Жизнь в движении

Остеопатические воззрения

Роллина Е. Беккера, Д.О.

Редакция Рэйчел Е. Брукс, М.Д.

Рудра Пресс

Портланд, Оригон

1997

Оглавление

ОГЛАВЛЕНИЕ..... 3

Вступление 7

ПРЕДИСЛОВИЕ • . . . • . . . . . • 9

Введение 11

ГЛАВА 1: ИЗУЧЕНИЕ И ПРАКТИКА ОСТЕОПАТИИ.....15

ГЛУБОКИЙ ОКЕАН ИССЛЕДОВАНИЙ 17

ВЕЧНЫЕ СТУДЕНТЫ 20

ШАГИ,КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ……22

Помощь ВСЕГДА РЯДОМ---------- •••••——• 24

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖИЗНЕННОЙ силы "— ••••-•••• 27

РАССЛАБЬТЕСЬ, НЕ ТОРОПИТЕСЬ 29

НАЧАЛО РАБОТЫ…….31

БУДЬТЕ спокойны и ЗНАЙТЕ 33

ГЛАВА 2: ПОСТИГАЯ МЕХАНИЗМ 43

НЕПРОИЗВОЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ.....45

ДВИЖЕНИЕ - ключ к ДИАГНОСТИКЕ и ЛЕЧЕНИЮ……..... 51

Эндрю Тейлор Стилл: ВРАЧ — ИНЖЕНЕР — ГУМАНИСТ……58

Неподвижньш точки …….....64

Сидя со своим МЕХАНИЗМОМ……..... 65

ГЛАВА 3: ПОТОК СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ 69

спинномозговая жидкость…….....71
эффективность движения типа прилив - отлив- ….....83
флюктуация спинномозговой жидкости—.....84
владение спинномозговой жидкостью ……89
спинномозговая жидкость как механизм…….....92
ВРЕМЯ, ТКАНИ И ДВИЖЕНИЕ ТИПА ПРИЛИВ-ОТЛИВ.....96

ПОСВЯЩАЕТСЯ АРДАТ БЕККЕР (ARDATH BECKER)

Вступление

РОЛЛИН Е. БЕККЕР, доктор остеопатии, был одним из тех студентов Вильяма Гарнера Сазерленда, доктора остеопатии, почётного доктора наук, кто внимательно вслушивался и вдумывался в значение и значимость того, чему он обучался. Он был врачом-остеопатом, а также преподавателем на одном из медицинских факультетов. Нам очень повезло, что доктор Беккер сделал записи о том, что он изучал как во время обучения, так и на собственном опыте практикующего врача-остеопата.

В его записях отражены примерно 60 лет клинической практики. Несмотря на то, что остеопатическому учению сегодня уже более 100 лет, существует довольно небольшое количество литературы, написанной на основе современного опыта остеопатического диагноза и лечения клинических проблем. Данная книга, содержащая работу доктора Беккера, является значительным вкладом в общий фонд остеопатической литературы.

На своих лекциях, прочитанных в Краниальной Обучающей Организации Сазерленда, доктор Беккер говорил студентам о том, что их дальнейшее обучение последует из их опыта как практикующих врачей. Это верно, поскольку не может быть двух совершенно одинаковых пациентов, когда речь идет о диагнозе и проблемах тела. Существует множество проблем, которые сегодня обнаруживает в телах своих пациентов практикующий врач-остеопат, проблем, которых никогда не видели ни доктор Стилл, ни доктор Сазерленд. Так же верно и то, что в наше время остеопат вероятно не столкнется с теми заболеваниями, которые приходилось лечить доктору Стиллу за время его практики.

На сегодняшний день большое количество данных поступает из области физических и биологических наук, которые способствуют более точной диагностике и пониманию того, как проблемы в механике тела проявляются в физиологических расстройствах. Однако простые механические принципы мануальных операций в остеопатической практике являются теми же, что и 100 лет назад, и эти простые принципы несут в себе обещание чего-то далеко идущего. Ибо как сказал доктор Сазерленд: «Возможности науки Остеопатии велики, подобно величию Небес».

Именно принимая во внимание эти «возможности», доктор Беккер проводил остеопатическое лечение и учился на заболеваниях своих пациентов. И именно исследование этих возможностей позволило ему как учителю сказать нам столько

ценного.

Энн Л. Уэльс, доктор остеопатии, почётный доктор наук (Аппе Ь. "\Уа1ез, П.О., О.Зс. (поп)

9

Предисловие

ПРОЕКТ ОПУБЛИКОВАНИЯ лекций доктора Роллина Е. Беккера был задуман в 1991 году, когда я начала собирать материалы из всех доступных источников. Я рассчитывала найти довольно ограниченное количество этих работ, поскольку известно, что доктор Беккер был довольно немногословным человеком и любил особо выделять снова и снова одни и те же моменты. Однако мои поиски были вознаграждены: Я обнаружила богатый и разнообразный материал. В данном томе содержатся опубликованные и неопубликованные беседы, которые он вел со своими коллегами. Во втором томе напечатаны более личные и частные его беседы.

Материал, опубликованный в данной книге, охватывает тридцатилетний период, с 1958 по 1988 год. Он был собран из различных источников, которые включают в себя записи, сделанные для представления на лекциях, а также опубликованные статьи, записи прочитанных лекций с магнитофонных кассет, беседы со своим сыном (доктором Дональдом Беккером), очерки и заметки, бегло записанные при различных обстоятельствах. Поскольку источники столь разнообразны, не всегда было возможно точно установить авторство цитат, использованных доктором Беккером. Особенно это касается тех цитат, которые он зачитывал на своих лекциях.

Доктор Беккер говорил и писал в свободном, идиосинкразическом стиле. При публикации данной книги потребовалось приложение больших усилий для передачи его манеры повествования, для того, чтобы одновременно сделать текст удобочитаемым, а информацию - доступной. Некоторые повторяющиеся места не были опубликованы в этой книге, но многие были оставлены. Всегда, когда доктор Беккер писал или говорил о какой-нибудь части тела или теме, он обращался ко всей аудитории. Кроме того, концепции, которым учёный неоднократно придавал особое значение, заключают в себе повторение, поскольку детально они очень мало изучены. Также незначительные, но постоянные отклонения в его формулировке этих идей предоставляют нам более глубокое их понимание. Доктор Беккер часто говорил о том, что работе нельзя научить, но ей можно обучиться.

Доктор Беккер всегда довольно свободно использовал в своих выступлениях слова

докторов Эндрю Тейлора Стилла и Вильяма Гарнера Сазерленда. В данной книге слова этих великих людей часто оформлены в виде цитат. Однако осведомленный читатель легко распознает другие намеки на слова и действия Стилла и Сазерленда. Читатель также отметит тот факт, что использование доктором Беккером некоторых слов различается в зависимости от различных обстоятельств. В частности, значения, которые он вкладывает в термины «неподвижность», «потенция» и «точка опоры» свидетельствуют о некоторых едва уловимых или вполне очевидных отклонениях в смысле этих слов, используемых в различных контекстах.

В этом томе большая часть опубликованных статей была издана с внесенными изменениями в их первоначальный текст. Это было сделано для того, чтобы книгу было легче читать, а также для того, чтобы убрать постороннюю или повторяющуюся информацию. Однако особое внимание было уделено тому, чтобы сохранить смысл, который доктор Беккер вкладывал в свои слова. В тех же случаях, когда издатель был неуверен в том или ином смысле, была оставлена двусмысленность, чтобы сам читатель мог поразмыслить над этим.

Лишь небольшое количество грамматических изменений было внесено в текст лекции «Будьте спокойны и знайте», поскольку эта глава - особая дань своему-учителю, доктору Сазерленду, имеет огромное личное значение для доктора Беккера. В другой части книги две группы статей были значительно отредактированы: они были

10

перегруппированы, и из них была издана примерно половина их первоначального размера. Речь идет о статьях, входящих в главу «Диагностическая пальпация» и лекциях о травмах типа «удара хлыста» и о тех, которые входят в главу «Силовые Факторы и физиология тела. Обе эти серии статей изначально были опубликованы в Ежегодном издании Академии Прикладной Остеопатии. Они повторно опубликованы в данной книге с позволения Американской Академии Остеопатии. Некоторое количество статей, содержащихся в этой книги, были напечатаны за последние шесть лет в газете Краниальной Академии; большее количество из них публиковались после того, как книга вышла в свет.

Я благодарю всех людей, которые работали вместе со мной над этим проектом. Прежде всего, благодарю моего учителя Свами Четанананда (З^уагш Спе^апапапда), который познакомил меня с Роллином Беккером, и который помогает мне понимать те знания, которые доктор Беккер дал мне. Я также благодарю за хорошее отношение ко мне и за помощь в создании книги семью Беккера - его жену Ар дат и детей - Дона и Джинни.

У меня нет слов, чтобы поблагодарить Пэт Тарзиан за ее добровольную помощь. Она приняла этот проект близко к сердцу и использовала свой богатый издательский дар для того, чтобы эта книга достигла того уровня качества, который заслуживает работа доктора Беккера. Она также очень помогла мне, проведя несметное количество часов, делая записи с магнитофонных лент и внося исправления, сделанные на многочисленных черновиках каждой статьи. В число других людей, которые мне помогли, входят доктор Дункан Соул (Випсап 5ои1е), Лаура Вашингтон (Ьаига ШазЫп§гоп), Джули Хенкин (1иНе Напкт), доктор остеопатии Хэролд Гудмен (НагоЫ Сооётап), а также члены правления Краниальной Обучающей Организации Сазерленда.

В конце концов, я должна поблагодарить самого доктора Роллина Беккера, человека, который глубоко повлиял на меня и дал мне больше, чем работу всей моей жизни. Он ничего не просил взамен, кроме того, чтобы я сделала все от меня зависящее с имеющимся материалом. Данная книга является частью приложенного мной усилия.

11

Введение

НА ПРОТЯЖЕНИИ СТА ЛЕТ своего существования остеопатическая наука и искусство передавались из рук в руки, от сердца к сердцу. Учение доктора Роллина Е. Беккера является живым связующим звеном в этой цепи. Этот человек был одновременно и одаренным студентом, и мудрым учителем.

Доктор Беккер посвятил всего себя тому, чтобы стать студентом остеопатии. После того, как он получил ученую степень в остеопатическом колледже и насколько лет занимался практикой, используя полученные знания, он обнаружил у себя способности к более углубленному исследованию того, что было сформулировано доктором Эндрю Тейлором Стиллом, основателем остеопатии. В трудах Стилла он обнаружил богатое количество мыслей для дальнейшей разработки, а также специфическое руководство, которое потребовалось ему для того, чтобы продолжить свои исследования.

Стремление доктора Беккера исследовать то, чему учил доктор Стилл, было, прежде всего, самообучением. Он делился своими вопросами и мыслями с коллегами, но в конечном итоге он переносил все усилия в свой офис, когда работал с пациентами. После нескольких лет такого типа обучения он пришел к доктору Вильяму Г. Сазерленду, автору краниальной концепции в остеопатии. На протяжении тех десяти лет, во время которых они тесно сотрудничали, доктор Сазерленд поделился с доктором Беккером своим методом, способствовавшим проведению более глубоких

изысканий в проведённых исследованиях.

Руководство докторов Стилла и Сазерленда способствовало тому, что доктор Беккер начал изучать наиболее достоверный из всех доступных источников -жизненные силы, присутствующие в живом организме. Он стал непрерывным наблюдателем, постоянно ищущим ответы на вопросы. Чем является *здоровье*^ и какой наиболее действенный и эффективный путь для того, чтобы помочь ему восстановиться?

Остеопатия в понимании доктора Беккера сосредоточилась на «Жизни в движении» и Неподвижности. Он пришел к выводу, что все живое находится в движении, - что сама Жизнь проявляется как движение. Для него единственным способом описать состояние, названное здоровьем, являлось наличие абсолютно свободного движения внутри организма на всех уровнях. Для того, чтобы помочь пациентам восстановить здоровье, прежде всего, необходимо устранить все ограничения этого свободного движения.

Признавая тот факт, что жизнь проявляется в виде движения, он также понимал, что мощность жизни находится в Неподвижности. Он говорил о фундаментальной Потенции или Мощности, существующей во всем живом на протяжении всей жизни. Сама жизнь берет свое начало из этой мощности, в основе которой лежит неподвижность - динамическая неподвижность, наполненная потенциалом, та неподвижность, которую можно научиться так же уверенно пальпировать, как и движение. Все эти свойства жизни - движение, потенция и неподвижность - являются доступными источниками для восстановления здоровья.

Признание такого взгляда на природу здоровья ведет к другой ключевой концепции учения и практики доктора Беккера. Речь идет о понимании роли врача. Врач больше не решает в чем состоит проблема пациента, и затем делает что-либо для её разрешения. Доктор Беккер всегда особо подчеркивал тот факт, что одна и та же неподвижность и жизнь в движении существует как в теле врача, так и в теле пациента. В организме пациента такие свойства представляют собой самоисправляющиеся

12

способности, постоянно находящиеся в действии. А врач, в свою очередь, при помощи своей сознательной осведомленности и умелых рук способен побудить эти механизмы здоровья внутри пациента к более эффективному уровню функционирования.

Доктор Беккер всю свою жизнь посвятил остеопатии, которой он обучал своих студентов. Его понимание здоровья и лечения было глубоким, как и его способность

применять свои познания на благо пациентам и студентам. Однако он всегда выражал свое глубокое понимание как можно более простым и понятным способом. Он делал все возможное, чтобы помочь каждому пациенту, и всегда стремился узнать как можно больше о жизни от каждой встречи.

Остеопатия и Краниальная Концепция

Наука остеопатия была открыта в 1874 году врачом-терапевтом Эндрю Тейлором Стиллом, человеком, который старательно пытался обнаружить более эффективную систему лечения. Его интенсивное исследование обеспечило ему понимание, благодаря которому он сформулировал несколько фундаментальных принципов. Он учил тому, что структура тела и способы его функционирования неразрывно связаны, и что в каждом человеке содержатся необходимые для здоровья ресурсы. Он также говорил о том, что тело является единицей функционирования - что тело, мозг и душа действуют как единое целое, постоянно работая для того, чтобы исцелить себя. По мнению доктора Стилла, все болезни или недомогания являются препятствиями на пути свободного потока материальных и энергетических элементов в теле, нарушая, таким образом, внутренний процесс самолечения.

На основе понимания этих принципов доктор Стилл разработал свой подход, в котором используются знание врача, его понимание, и руки как первичные инструменты, как для диагностики, так и для лечения. В основанном им колледже студентам предоставляется большое количество познаний в области медицины и хирургии, однако сам доктор Стилл всегда настаивал на необходимости глубокого понимания анатомии и физиологии, а также на применении навыков пальпации. Со временем были разработаны остеопатические манипуляторные подходы, в которых применялись принципы Стилла для лечения пациентов.

В 1892 году доктор Стилл основал Американскую Остеоатическую Школу в Керксвиле, штат Миссури, а в 1900 в нее поступил человек, которого звали Вильям Гарнер Сазерленд. За время своей учебы в колледже доктор Сазерленд также задумывался над функционированием механизмов, присутствующих в человеческом теле. Ему пришла в голову мысль о том, что кости живого черепа поддерживают движение на протяжении всей жизни, которое определяет наличие того или иного типа дыхания. При помощи исследований, наблюдений и проведения опытов над собой за сорокалетний период доктор Сазерленд детально изучил функционирование респираторного механизма. После этого 15 последних лет своей жизни он занимался обучением студентов своей *краниальной концепции* [a] также практическим

применением этой концепции при лечении пациентов - лечении, которое стало известно как *краниальная остеопатия* или *остеопатия в области черепа*- "а всем протяжении своей преподавательской практики доктор Сазерленд постоянно подчеркивал тот факт, что краниальная концепция является лишь продолжением науки остеопатии доктора Стилла, а не находится в стороне от нее.

Открытия, сделанные доктором Сазерлендом, вышли далеко за рамки описания механической системы; он пришел к пониманию того, что наблюдаемое им движение является основной действующей жизненной силой. Это проявление жизни в движении - проявление фундаментальных саморегулирующихся, самоисцеляющих механизмов тела.

13

Из-за самой природы этих фундаментальных механизмов и их ритмического качества доктор Сазерленд назвал это *первичным респираторным механизмом* (который также называется *краниосакралъным* механизмом). Он описал пять компонентов этого механизма, которые функционируют как единое целое. Вот эти пять компонентов: 1) колебание спинно-мозговой жидкости с потенцией прилива; 2) подвижность, присущая центральной нервной системе; 3) подвижность краниальной и спинальной твердых мембран (реципрокно напряженных мембран); 4) суставная подвижность костей черепа; и, наконец 5) непроизвольная подвижность крестца между подвздошными костями.

Обладая пониманием анатомии и физиологии этого хрупкого, но мощного механизма, доктор Сазерленд также смог установить принципы лечения для работы с данным механизмом. Он разработал свой подход, заключающийся в использовании манипуляций рук, который был настолько же тонким, но мощным, как и сам механизм. Этот лечебный подход доктора Сазерленда может быть обобщен в одной фразе: «Позвольте внутреннему физиологическому функционированию проявить свою собственную безошибочную потенцию вместо того, чтобы использовать слепую силу извне».

Понимание и подход, которому учил доктор Сазерленд, никогда не ограничивался краниальным механизмом. Этот первичный респираторный механизм представлен во всей физиологии тела. Вот почему он используется исключительно для того, чтобы лечить заболевания в краниальной сфере, а потенциально он может способствовать любому проявлению, возникающему вследствие болезни или травмы.

Доктор Сазерленд разработал курс обучения врачей необходимому пониманию и

пальпаторным навыкам, чтобы они могли начать лечить своих пациентов таким способом. Преданные ему студенты, в число которых входил доктор Роллин Беккер, продолжили его работу и таким образом дело доктора Сазерленда живо по сей день.

Биографические данные

Роллин Е. Беккер (1910-1996) родился и вырос в семье остеопата. Его отец, доктор остеопатии Артур Д. Беккер был выдающимся и уважаемым врачом, работающим на факультете доктора Эндрю Тейлора Стилла. а позднее был деканом в двух остеопатических колледжах. В 1933 году Роллин получил ученую степень в Американской Остеопатической Школе (позже переименованной в Керксвилский Коледж Остеопатической медицины), и после нескольких лет, проведенных в Оклахоме, он переехал в Мичиган, где занимался Остеопатической практикой в течение тринадцати лет.

В 1944 году, прожив в Мичигане примерно десять лет, он познакомился с доктором Вильямом Гернером Сазерлендом. В 1948 он начал работать на обучающем факультете в рамках одного из курсов обучения доктора Сазерленда. В 1949 году доктор Беккер переехал в Техас, где занимался практикой до 1989 года. На протяжении всего этого времени он постоянно помогал доктору Сазерленду в его работе. С 1962 по 1979 год доктор Беккер был президентом Краниальной Обучающей Организации Сазерленда, образовательного учреждения, целью которого является продолжение работы В. Г. Сазерленда.

Более подробную информацию о Краниальной Обучающей Организации Сазерленда вы найдете в конце книги.

15

Глава 1: Изучение и практика остеопатии

17

Глубокий океан исследований

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1982 году в рамках основного курса Краниальной обучающей организации Сазерленда в Александрии, Виржиния.

СЕЙЧАС НАМ С ВАМИ предстоит совершить грандиозный переход для того, чтобы использовать все то, что вы применяли до сих пор в своей практике, при работе во

время этой недели. Нашей главной задачей как преподавателей является помочь вам пройти этот путь, как можно более легко. Однако хочу предупредить вас, что все, что мы будем делать во время этой недели, является довольно сложной работой.

В качестве одного из мостиков, который мы будем использовать для осуществления этого перехода, я написал на доске основные остеопатические принципы, уже знакомые вам по колледжу. Вот четыре из них: 1) Тело - это единое целое; 2) Тело обладает саморегулирующимися механизмами; 3) Структура и функция взаимосвязаны; 4) Рациональная терапия основана на понимании саморегулирующегося механизма тела как единого целого, а также взаимосвязи структуры и функции в организме. Эти принципы вы неоднократно слышали во время вашей практики, начиная с того времени, когда вы только поступили в остеопатический колледж. Мы все согласны с тем, что это замечательные принципы. Однако кто из вас осознает, когда вы слышите или читаете эти постулаты, что речь идет о живом механизме? Большинство из вас приходит из школы, где вы видели, как все медицинские действия осуществляются на трупе, лежащем на столе, с которым можно делать все, что нам будет угодно.

На протяжении этой недели мы будем говорить о *живом* тело как едином целом, о *живом* саморегулирующемся механизме, о *живых* структуре и функции, которые взаимосвязаны, а также о *живой* терапии, основанной на понимании. Эти механизмы живые, они здоровы. Именно поэтому сегодня мы находимся здесь. Мы считаем, что именно сейчас необходимо взять на себя дополнительную ответственность при работе с живым механизмом, заставляя его работать на нас, вместо того, чтобы самим делать что-нибудь для него. Мы находимся здесь для того, чтобы понять, как данный механизм работает на нас, понять правила и принципы, которые позволят нам заставить его делать это. Существует много способов заставить его сотрудничать с нами, чтобы затем мы могли сотрудничать с ним. Мы ничего не будем делать для него, мы просто будем сотрудничать с ним, так как он уже работает на нас.

Итак, целью данного курса является обучение здоровью и функции как механизмам, выраженным анатомо-физиологическими функционирующими механизмами. Мы находимся здесь, чтобы изучить, как тело и мозг, наши различные функциональные единицы, работают для нас при здоровом состоянии организма. Мы здесь не для того, чтобы изучать анатомию и физиологию краниосакрального механизма; поскольку они являются лишь инструментами, с которыми нам предстоит работать, у которых нам нужно будет учиться. Мы здесь не для того, чтобы научиться ставить диагноз и лечить

болезни или травмы этого механизма; мы здесь для того, чтобы узнать, каким образом здоровье доставляется изнутри живого механизма. Для этого нужно осознать, что внутри каждого из нас находится первичный врач, который включает в себя краниосакральный механизм - их невозможно разделить, они являются единым целым. Нам необходимо понять, что именно этот первичный врач, находящийся внутри нас, точно знает все о состоянии здоровья и постоянно выносит это здоровье на поверхность при условии, что мы будем прислушиваться к нему.

Этот живой врач внутри нас всегда проявляет здоровье. Начиная с того времени, когда вы были зачаты, и до тех пор, пока вы не протянете ноги, он постоянно проявляет

18

здоровье для вас. Для каждого десятилетия вашей жизни у вас имеется соответствующий тип здоровья. Если вам двадцать лет, вы обладаете тем типом здоровья, который буквально является выражением вашего возраста. Подобно каждому из нас, этот тип здоровья созревает, постепенно изменяется, но постоянно присутствует в нас.

Пациенты приходят к нам на прием, поскольку их здоровье слегка закрылось тучами, и из этих туч на них идет дождь, но это не меняет тот факт, что над этими тучами продолжает светить солнце, и здоровье все еще возможно. В нашей власти освободить это состояние здоровья из состояния травмы или заболевания, и позволить остаться лишь здоровью. В таком случае наша позиция как врачей вторична. В нашу обязанность, как вторичных врачей, входит работа с первичным врачом внутри нас и внутри наших пациентов, чтобы позволить внутренней физиологической функции проявить свою скрытую потенцию - вывести это состояние здоровья на поверхность.

Для того чтобы научиться это делать, мы должны углубиться в другой океан понимания и позволить физиологической функции, находящейся внутри пациента, буквально натренировать нас. Нас интересует вопрос: где находится здоровье в пациенте? Как вывести это здоровье на поверхность? Физиология тела пациента буквально обучает нас этому. Врач, находящийся внутри моих пациентов, обучал меня в течение последних сорока восьми лет, но я до сих пор остаюсь студентом. Этот этап также является частью того перехода, который нам предстоит совершить.

Мы хотим научиться чувствовать и понимать, как эти механизмы работают внутри нас и в наших пациентах. Во время этой недели, когда вы поставите себя на место пациента, позвольте себе почувствовать работу этих механизмов подобно тому, как студент-доктор будет пытаться почувствовать работу тех же механизмов внутри

вашего тела. Это способ начать чувствовать функцию.

Для достижения вышеизложенных целей, мы рассмотрим три основных этапа, которые нужно пройти, первый из которых является самым сложным. Прежде всего, следует учесть тот факт, что анатомо-физиологическая функция внутри вас и вашего пациента является живой и уже находится в движении, а также доступна для вашей оценки и использования. Вам необходимо примириться с этим фактом - закройте глаза и переступите через невидимую границу, надеясь на то, что там, куда опустится ваша нога, с другой стороны этой границы, вы ощутите твердую почву. Внезапно вы поймете, что ваша роль вторична по отношению к тому, с чем вы работаете. Главный босс находится внутри. Он внутри вас и ваших пациентов. Вторичный врач должен научиться понимать и использовать его.

Во-вторых, нам необходимо детально изучить анатомо-физиологический механизм живого тела. Мы должны понять, что живые анатомо-физиологические элементы первичного респираторного и краниосакрального механизмов не являются отдельной единицей функционирования или изучения. Мы должны добавить эти элементы к тем знаниям по анатомии и физиологии, которые мы получили в школе. Когда я пришел на первое занятие к доктору Вильяму Гарнеру Сазерленду, я сказал ему, что пришел не для того, чтобы изучать его труды, а чтобы расширить свои познания в области анатомии и физиологии, включая краниосакральный механизм, который мы не изучали в школе. Доктор Сазерленд обучил меня этой профессии, и теперь я обучу ей вас. Вы находитесь здесь, чтобы продолжать изучение анатомии и физиологии живого тела, что включает в себя первичный респираторный механизм.

Третьим нашим шагом будет являться усовершенствование наших живых навыков пальпации. Они понадобятся нам для того, чтобы работать с живыми механизмами в живом теле. Именно эти навыки позволят нам правильно оценить и использовать работающие элементы тела, чтобы позволить им самостоятельно вылечить пациента. Такое самолечение пациентов наступает каждый раз, когда мы

19

кладем наши руки на их тело, при условии, что мы будем сотрудничать с уже работающими механизмами.

20

Вечные студенты

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1986 году в рамках развивающей

программы на факультете Краниальной обучающей организации Сазерленда в Филадельфии, Пенсильвания.

Кто ТАКОЙ ВРАЧ? Главной задачей врача является служение людям. Наука остеопатия начинается с обнаружения структуры и функции в организме человека. Они проявляются в виде жидкого движущегося мобильного механизма внутри физиологии тела. Они являются своеобразным опытом, исходящим изнутри тела пациента, этот опыт выражается как самообученный, натренированный пальпаторный навык врача. В работе Э.Т. Стилла содержится вся наука остеопатия. В работе В. Г. Сазерленда -описание первичного респираторного механизма, с детально рассмотренной анатомией и физиологией, при этом его работа является не одним из компонентов работы доктора Стилла, а самостоятельным целым, входящим в науку остеопатию.

Нужно постоянно помнить о таком важном факте, что во время своих открытий доктора Стилл и Сазерленд признавали, что наука остеопатия является основополагающим жизненно важным законом физиологии тела, и признавали необходимость стать вечными студентами, на протяжении всей жизни изучающими живую физиологию тела. Они перестали быть врачами - они стали студентами. Они прекратили свои поиски и основали остеопатию; они стали студентами науки остеопатии до конца своих дней. Доктора Стилл и Сазерленд стали вечными студентами, подобно всем тем врачам, следующим по их стопам, которые также сочтут, что необходимо быть студентами - которые согласятся действовать в соответствии с определенным набором жизненных законов для служения человечеству.

Мы находимся здесь не для того, чтобы вспоминать о трудах Стилла или Сазерленда; мы здесь для того, чтобы стать студентами, изучающими законы того механизма, который был ими открыт. Эти законы вполне доступны, они являются открытым пространством. Стилл и Сазерленд стали студентами и посвятили себя науке. Они передали свои труды своим последователям, но они дали только ключ, зная, что все врачи должны сами стать студентами своей работы. Главной задачей в остеопатической практике является рассмотрение физиологии тела как единого целого - ее структуры и функции как некоего единства - а также нужно признать, что произвольно-непроизвольный жидкий движущийся мобильный механизм является выраженным преобразованием, заключенным в физиологии тела. Как врачам, нам необходимо развить навыки пальпации, которые позволяют нам улавливать

физиологию пациента. Мы должны осознать тот факт, что первичный респираторный механизм являемся рабочей единицей науки остеопатии и включить эту функциональную единицу в целую картину здорового состояния и/или дисфункции в физиологии тела пациента.

Мы должны поставить диагноз и лечить тело как единое целое. Нам не следует делить его на соматический и краниальный отделы, но вместо этого мы должны лечить его как целостность. В науке остеопатии функция здоровья и дисфункции также рассматривается как единое целое. Врач должен уметь общаться с физиологией тела пациента, учиться у нее и стараться не попадать в ловушку - то есть не разделять различные части тела. Когда вы работаете с одной его частью, вы находитесь в контакте со всеми остальными. Вы прислушиваетесь и чувствуете функционирование одного отдела, но одновременно вы слышите, как функционирует весь организм. Если вы усвоите такое открытое отношение к своей работе, организм пациента станет для вас большим, чем просто единицей - он станет единым целым.

21

Когда вы учитесь прислушиваться к физиологии тела пациента, со стороны может показаться, что вы ничего не делаете, однако вы совершаете довольно тяжелую работу; слушать на протяжении определенного отрезка времени - это довольно трудное дело. Однако вы можете научиться выполнять эту работу, у вас впереди вся жизнь. Стилл и Сазерленд делали это, вы тоже вполне можете научиться. Доктора Стилл и Сазерленд были студентами. Они посвятили всю свою жизни изучению науки остеопатии, и одной из основных вещей, которые они поняли, было то, что никогда не наступит такого времени, когда можно прекратить изучать науку остеопатию. Они согласились подчиниться фундаментальным законам, находящимся внутри физиологии в теле каждого пациента. Они научились определять и использовать основные правила здорового состояния, действующие в нас, и именно эти правила следует искать для восстановления состояния здоровья при любой дисфункции, заболевании или травме, из-за которых пациент пришел к вам на прием. Доктора Стилл и Сазерленд изучали каждый отдельный механизм внутри физиологии тела каждого пациента, и они учились для каждого отдельного случая ставить подобающий диагноз и составлять лечебную программу. Они учились у самого тела своих пациентов.

Что может быть нового в науке остеопатии? Ответ прост: это каждый следующий

пациент, приходящий в ваш офис, тот самый, который везде побывал и все испробовал. Физиология тела является учителем, а врач - студентом. Механизм физиологии тела предоставляет нам множество экспериментальных возможностей для обеспечения здорового состояния для пациента. Как врачу-студенту вам следует создавать техники, основанные на понимании механизма, мысленно представляя, что, по вашему мнению, должно быть в данном отделе, и затем развивать эти техники, когда вы поймете функционирование механизма для каждого конкретного заболевания и каждого пациента. Иными словами, перед вами открыто множество дверей для проведения экспериментов, при условии, что вы будете подчиняться законам науки остеопатии. Результаты вашей работы будут прямо пропорциональны вашим знаниям и развитому вами чувству осязания. Как студенты физиологии тела и как врачи мы можем использовать и подчиняться физиологии тела пациента при лечении каждого отдельного случая. Тех, кто решил изучать и использовать работы докторов Стилла и Сазерленда, ждет блестящее будущее. Спасибо вам.

22

Шаги, которые необходимо предпринять

Отрывки из разных лекций, прочитанных с 1969 по 1986 гг.

ОСНОВНЫЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ были окончательно сформулированы в 1874 году при рождении науки остеопатии, и их истинность с каждым десятилетием все более подтверждается. Современные исследования при помощи чрезвычайно чувствительных инструментов доказывают действенность этих истин. Для того, чтобы доказать некоторые другие истины, сформулированные докторами Э.Т. Стиллом и Сазерлендом, ученые применяют сверхточные инструменты. Наша задача как врачей-остеопатов состоит в том, чтобы воплотить эти истины в нашей повседневной рабочей практике и регулярно применять их как для разрешения каждой клинической проблемы, так и для лечения каждого пациента.

Основные принципы Э.Т. Стилла не являются готовой программой для мгновенного понимания физиологии живого тела в здоровом состоянии и при травме или заболевании; напротив, это требующие длительного изучения программы для самостоятельно обучающегося врача, развивающие его понимание этих сложных живых механизмов. Каждый живой анатомо-физиологический механизм демонстрирует свое внутреннее функционирование, как в здоровом состоянии, так и

при травме или заболевании.

80

Для того, чтобы понять основные принципы остеопатии, врачу необходимо внести радикальное изменение в свою концепцию о предназначении врача. Он не должен сохранять свои прежние концепции в работе с пациентами; ему не следует пытаться усвоить новые концепции, просто пытаясь применять их при лечении пациентов. Он должен прежде всего изменить свой образ мыслей и попытаться познать себя самого, до тех пор, пока не почувствует удобство при работе с новыми инструментами. Вторым шагом будет применение этих инструментов для лечения пациентов.

90

Шаги:

1. Признать тот факт, что в вашем пациенте находится Живой Механизм. Жизнь всегда пытается выразить здоровье.
2. После принятия этого факта наступает отступление. Признайте тот факт, что механизм говорит вам *правду*-
3. Усовершенствуйте навыки пальпации. Человеческое тело умнее вас, следовательно, учитесь у него.

во

Первый шаг является самым трудным, но и самым важным для понимания и использования *жцвых* здоровых механизмов. Во-первых, обнаружьте и исследуйте механизмы живого функционирования внутри себя, и это приведет вас к пониманию функционирования этих механизмов в организме пациентов.

23

Второй шаг - стать хранителем *живых* функций в работе. Подчинитесь пациентам.

Третий шаг состоит в том, чтобы развить *жцвоц* навык пальпации. Пальпация является тем инструментом, который врач использует для обнаружения здоровья, находящегося внутри каждого человека. Научитесь *чувствовать* внутреннюю функцию, а не просто сильные и слабые движения.

20

Возможно, вы думаете, что в ходе данного курса вы получите какую-либо информацию? Усовершенствуете пальпаторные навыки? Получите необходимые знания, касающиеся лечения пациентов?

Нет, вы пришли сюда для того, чтобы самим *стать* тем лечением, которое вам нужно будет осознать и использовать при работе с пациентами.

24

Помощь всегда рядом

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1988 году в рамках обучающего курса и развивающей программы факультета Краниальной обучающей организации Сазерленда.

ОДНАЖДЫ Я УВИДЕЛ в одной газете статью, озаглавленную «Помощь, которая всегда рядом». Речь шла о международной организации, которая разработала телефонную сеть для людей, нуждающихся в помощи. Ознакомившись с принципами функционирования этой организации, мы можем извлечь для себя много полезного, поскольку эти принципы аналогичны тем, которые врачи используют при лечении пациентов. Методы, используемые работниками этой организации, могут применяться всеми, кто хочет помочь людям.

24 часа в сутки телефонные линии «Помощи» обслуживаются обученными добровольцами, отвечающими на любые звонки - молодых и старых людей, богатых и бедных, больных, потерявших надежду, склонных к самоубийству, даже тех, кто просто жалуется на одиночество. Секрет их метода состоит не в том, что они говорят этим людям, а в их умении слушать людей, которым необходима помощь.

Сотрудников центров "Помощи" обучают тому, что умение слушать, даже по телефону, уже является своеобразной помощью. Им известно, что умение слушать в зависимости от каждого нуждающегося в помощи само по себе является настоящей реакцией, если этот человек, в свою очередь, сам себе пытается помочь. Сотрудники этой организации не дают приказов или советов, они не проповедуют и не поучают. Они не указывают человеку на то, что ему следует делать, и не утверждают, что знают, что именно его беспокоит. Напротив, они обучены лишь слушать то, что говорят люди, не делая при этом никаких заключений, их задача - слушать, не пытаясь анализировать состояние людей или их проблемы. Отвечая человеку, они говорят с ним беспристрастно. В их задачу входит побудить человека просто ответить им, сказать что-нибудь, что может ему помочь заглянуть вглубь себя.

Вот один из методов, которым обучают сотрудников организации «Помощь», -когда к вам обращаются за помощью, вы должны попытаться повторить проблему, выраженную человеком, нуждающимся в помощи, так, чтобы он или она могли услышать, как их проблема звучит со стороны. Не утверждайте, что понимаете эту проблему. Позвольте человеку самому выразить свои чувства. Позвольте человеку, нуждающемуся в помощи, самому делать предположения и двигаться по направлению

к разрешению проблемы. Например, вам лучше спросить у этого человека, как он намерен справиться с создавшейся ситуацией, вместо того, чтобы говорить, как вы сами поступили бы в создавшихся обстоятельствах. Вы хотите помочь им обнаружить, что их собственная сила вполне хороша, какой бы ограниченной она им ни казалась. Таким образом, сотрудники-добровольцы помогают людям, которые им звонят, наилучшим образом использовать их собственные ресурсы и делиться своими чувствами наиболее конструктивным способом. В конечном итоге метод организации «Помощь» состоит в том, что следует сопереживать человеку и дать ему понять, что вас волнует то, что с ним происходит. Вас волнует тот факт, что этот человек обратился к вам за помощью, и вы внимательны к нему как к личности.

Благодаря этим принципам и навыкам деятельность организации «Помощь» весьма эффективна. Такой метод вербального контакта требует тренировки, но его принципы довольно просто освоить, и каждый из нас способен применять их на практике.

25

Поскольку я сейчас стою здесь и разговариваю с вами, мне бы хотелось, чтобы вы прислушались к тому, что происходит в вашем мозгу, когда к вам обращаются -т помощью. Вы должны осознавать свои чувства по отношению к обратившемуся к нам человеку, вы должны принимать этого человека таким, какой он есть - то есть считать его таким же сильным человеком, как и вы сами. Слушайте его и отвечайте ему, не вынося никаких суждений о нем. Люди чувствуют себя свободней рядом с человеком, который спокойно принимает их такими, какие они есть. От вас требуется просто оставаться в расслабленном состоянии и ничего не делать. Уже одно ваше присутствие в подобной атмосфере окажет целительное действие. Именно эта *заботливая внимательная* реакция, а не показная или активная делает эффективным остеопатическое лечение, связанное с манипуляциями.

В своей книге *«д„ Becomm§ a РегзогР* Карл Роджерс (Саг! Кой§егз) изложил подобную концепцию. Он писал о том, что на самом деле помощь состоит не в том, чтобы что-то отдавать, а в том, чтобы разделять горе другого человека. Он учил, что мы можем помочь другим, если мы поймем и осознаем наши настоящие чувства, не вынося никаких суждений, и если мы тепло отнесемся к людям, которым нужна наша помощь, и которые настолько же сильны, как и те из нас, кто думает, что здоров. Люди отреагируют на наше хорошее отношение к ним, доверившись нам, и смогут сами себе помочь.

Мы провели параллель между работой добровольцев, общающихся с людьми, и врачей, занимающихся наукой остеопатией. Следует учитывать тот факт, что когда к вам на прием приходит пациент, он несет в себе физиологию тела, которому нужна ваша помощь. Вместо того, чтобы говорить об этой помощи с пациентом, мы обучимся пальпации и молча обследуем физиологию тела. Научитесь молча работать с пациентом, используя ваше натренированное чувство осязания для того, чтобы позволить здоровью восстановиться. Вместо того чтобы просто слушать слова, мы молча прислушивается к физиологии тела и понимаем ее. Вместо того чтобы обсуждать с пациентом создавшуюся ситуацию, мы займемся физической практикой, обучаясь тому, как почувствовать эти изменения, услышать то, что происходит внутри -пациента. Пациент, как и я сам, не должен произнести ни слова. Мне не нужны слова, когда я практикую искусство прислушиваться к тканям.

90

Подобно тому, как добровольцу необходимо научиться случать людей, для успешной работы врачу нужно развить и усовершенствовать свой навык пальпации, чтобы прислушиваться как к общему, так и к специфическому непроизвольным механизмам анатомии и физиологии пациента, к механизмам, нуждающимся в помощи. Развивайте пальпаторный навык для того, чтобы буквально почувствовать те вопросы, с которыми пациент пришел к вам на прием. Помощь, в которой нуждается пациент, может быть определена и скоординирована при помощи слушающей реакции, которую врач развивает своими пальпаторными навыками. Пациент нуждается в помощи, физиология тела также нуждается в помощи, и вместо того, чтобы говорить об этом, мы очень осторожно кладем наши руки на тело пациента, чтобы что-нибудь обнаружить, начать лечение и не останавливаться до тех пор, пока мы не поймем, что физиология тела пациента осуществляет некоторую реакцию по направлению к здоровью. Врач должен научиться замечать наступление такого состояния в физиологии тела, испытывать и разделять проблемы этой физиологии тела, и нам совсем не обязательно на словах объяснять наши действия пациенту. Пациент лишь почувствует контакт, который мы установили с его телом, он будет знать тот факт, что врач разделяет его проблему. Если мы станем слушающим добровольцем и позволим физиологии тела пациента быть нашим учителем, эта физиология сама нам все

26

расскажет. При создании изменений глубоко внутри физиологии пациента последний будет испытывать эти изменения, а я как врач буду учиться разделять этот опыт.

Очень сложно описать, что именно мы делаем, но совсем не важно, что мы при этом говорим, важно то, что мы делаем. Обычно во время лечения я ничего не говорю своим пациентам. Я обследую их, прислушиваюсь к ним и работаю с ними - не при помощи техник, но при помощи понимания физиологии тела. Чем глубже врач погрузится в себя, чтобы прислушаться к активности физиологии тела пациента через пальпаторный контакт, тем больше информации он почерпнет при проведении осмотра. Вас обучит этому сама физиология тела пациента. Активное прислушивание врача как бы пробуждает физиологию тела и побуждает ее приступить к работе. Физиология начинает помогать пациенту, и вам даже не нужно думать или говорить о ней. Вам необходимо лишь наблюдать и прислушиваться к ней, буквально ощущая ее при помощи ваших навыков пальпации. Работайте с пациентом спокойно, будьте молчаливым партнером и активным слушателем.

27

Использование жизненной силы

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1 986 году в рамках основного курса Краниальной обучающей организации Сазерленда в Филадельфии, Пенсильвания

МЫ ГОВОРИЛИ 0 ТОМ, почему важно усвоить тот факт, что и вы, и ваши пациенты

являетесь живыми, и я коротко хотел бы поговорить о том, как использовать эту жизненную силу в вашей ежедневной практике. Мне кажется, что она повышает эффективность моей заботы о пациентах, и я хотел бы поделиться с вами своим опытом. Для начала, мне кажется, что просто необходимо признать, что во всех живых существах происходит основной первичный ритмический взаимообмен. Это изменяющийся, прекрасный первичный респираторный механизм-в-действии, и я признаю жизненную силу этого ритмического движения.

Далее, я признаю, что единственной целью каждого из нас, врачей, является научиться служить человечеству. На собственном опыте я убедился в том, что для того, чтобы подготовиться к служению человечеству, прежде всего мне необходимо внутренне успокоиться - это необходимо мне для приема пациентов. После того, как я успокоился, следующим моим шагом будет осознание спокойствия в пациенте, который придет ко мне на прием. Это можно сделать примерно за пятнадцать секунд, даже на одном дыхании. Все это можно сделать, пока пациент ждет приема, даже прежде, чем он войдет в мой лечебный кабинет.

Теперь я установил в обнаруженном во мне спокойствии некий невидимый контакт с ритмической, колеблющейся структурой; Я автоматически реагирую на такое непроизвольное движение приливов и отливов внутри себя. Когда я настраиваюсь на относительное спокойствие в организме пациента, даже перед началом лечения, я нахожусь в полной гармонии с сущностью пациента, которая также представляет собой подобное приливу и отливу движение. Его темп может отличаться от моего, но это не важно, поскольку это точно такой же механизм. Таким образом, после того, как я успокоился, я могу спокойно погрузиться вглубь пациента. Я его еще не видел, но я признаю, что он обладает тем же самым механизмом, что и я сам. Только после этого я приглашаю пациента пройти в лечебный кабинет. Затем я могу делать все, что считаю нужным; при работе я не уделяю внимания тому, что, по моему мнению, уже совершилось для этого пациента. Я просто приступаю к работе.

Это небольшое введение, идущее изнутри меня и признающее мое собственное спокойствие в пациенте, является молчаливым признанием того, что это спокойствие *живое-* Это невидимое осознание или осмысление. Даже если к вам на прием приходит 45 пациентов в день, вы можете позволить себе на очень короткий момент ощутить контакт с точкой тишины в вас самих, а затем с точкой тишины в пациенте. И тогда будет неважно, как именно вы будете работать с пациентами, за эти сорок пять раз вы обнаружите нечто в вас самих и в ваших пациентах, что незаметно поможет в

программе лечения. Что это будет, я не знаю, да это и не важно. Это просто факт идентификации с механизмом, существующим в каждом из нас, а также использование его.

Такое спокойное состояние укажет вам, что необходимо сделать в данный день, . и я убежден в том, что пациенту не нужно сознательно участвовать в этом процессе. Я лечил множество пациентов, которые имели довольно смутное представление о том, что я делал, но, тем не менее, им нравилось это, поскольку они чувствовали, что что-то происходит внутри них. Они чувствовали, что доктор как бы ухватился за что-то,

28

принадлежащее им, и пытается им помочь. Иногда они подозревают, что я ничего не делаю, но, в конце концов, им становится ясно, что это не так, поскольку в их организме происходит клиническая реакция.

Итак, такой контакт действует подобно спокойному заверению, а также он позволяет мне на короткое время отдохнуть в промежутках между приемами пациентов. Когда вы имеете дело со случаем, отрицательно воздействующим на вас, - а такие случаи бывают - вам не хочется переносить все эти негативные эмоции на следующего пациента. Если у вас будет такая возможность, уделите немного больше времени этому процессу. Посидите где-нибудь в течение 45 секунд и прогоните от себя мрачные мысли. Вы завершили работу с пациентом, он уже ушел из вашего офиса, вы даже не знаете его имени. Затем успокойтесь и попросите другого пациента зайти в ваш офис. Даже если это был не очень трудный случай, когда пациент уйдет, вы также можете спокойно осознать тот факт, что что-то произошло за то время, пока он был в вашем офисе. Вам не нужно об этом говорить. Это всего лишь молчаливый обмен между моим молчанием и молчанием пациента - без использования имен, техник или чего-то еще. Это спокойное осознание того факта, что вы готовы к приему следующего пациента, а пациент готов к встрече с вами.

Я никогда не лечил пациентов, если они меня лично об этом не просили. Я отказываю жене, которая просит меня назначить время для приема ее мужа; пациент должен сам прийти ко мне и договориться о времени визита. В противном случае приходящие пациенты часто держатся довольно вызывающе. Очень редко бывает, что кого-нибудь силой вталкивают в мой офис; я провожу очень краткое обследование и говорю этому человеку: «Да, я обнаружил у вас проблемы здесь и здесь. Идите домой и забудьте об этом, а если вы когда-нибудь захотите полечиться, позвоните мне». Возможно, через

шесть месяцев или через два года этот человек в конечном итоге позвонит мне. Он согласится с тем, что, возможно, ему нужна некоторая помощь. Пятьдесят процентов всех аргументов убеждают их в том, что им следует обратиться ко мне за помощью. Как только они осознают этот факт, к тому времени, когда они войдут в мой офис, их организм уже начнет работать над разрешением их проблемы; они примирились с мыслью, что, в первую очередь, им необходимо лечение.

Несмотря на то, что я сказал, что такое успокоение будет руководить вашими действиями, я не. использую его для того, чтобы поставить диагноз - это лишь начальная стадия осмотра. Это просто признание того факта, что вы имеете дело с жизненной силой, которая находится внутри тела пациента, так почему бы не бросить ей вызов? Мы не просим ее поставить диагноз, мы ничего у нее не просим, кроме простого факта ее присутствия. Пытаясь помогать своим пациентам, я достиг наилучших результатов, зная о том, что в них присутствует жизненная сила в той же мере, что и во мне самом. Речь идет не о том, чтобы что-то выучить, а о том, чтобы что-то использовать - использовать неизвестный фактор, который будет способствовать как вашему собственному здоровью, так и здоровью пациентов. Вам нужно будет обнаружить, произведет ли действие такого состояния спокойствия перемену в вашей практике. Я убежден в том, что в моей практике произошла такая перемена, и я очень рад этому.

29

Расслабьтесь, не торопитесь

во

В механизме нет проблем

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1986 году в рамках основного курса Краниальной обучающей организации Сазерленда в Филадельфии, Пенсильвания.

Я ХОТЕЛ БЫ РАССКАЗАТЬ вам интересную историю, в которой речь идет об одном происшествии с доктором Уиллом Сазерлендом. В ходе курса лекций, посвященного науке остеопатии в Денвере, штат Колорадо, один из врачей привел с собой на лекцию пациента для консультации. Этот человек попал в аварию, связанную с трактором, и у него развились судорожные припадки. Доктор занимался лечением этого пациента, но не верил в достижение хороших результатов, и поэтому он попросил доктора Сазерленда осмотреть пациента и сказать, что еще можно для него сделать.

В то время доктор Сазерленд был очень неразговорчивым человеком, который никогда

не говорил десять слов, когда мог все сказать одним. Он обследовал пациента, а затем повернулся к врачу, который занимался этим случаем, и сказал: «Я думаю, вы на верном пути, просто продолжайте хорошо работать». Тогда, поскольку доктор Сазерленд уже направился на свое место, доктор обратился к нему: «Доктор Сазерленд, пожалуйста, подождите минутку. Что бы вы сделали, если бы в то время, пока вы пытаетесь помочь пациенту, он охвачен конвульсиями?» Доктор Сазерленд просто ответил ему: «Заприте его» и пошел дальше. Я находился там и видел аудиторию, в которой я заметил тридцать озадаченных лиц. Он просто сказал: «Заприте его». Он надеялся, что мы вернемся к механизмам наших пациентов и разгадаем, что он имел в виду. Он был великим человеком, который обучал нас строению механизма, позволяя механизму самому обучать вас.

Итак, мы можем расслабиться, порадоваться и перестать беспокоиться об этом. Мы должны признать тот факт, что жизнь уже функционирует как во враче, так и в пациенте, следовательно, мы можем расслабиться. Нам не нужно никуда идти, и наши пациенты также всегда будут рядом с нами. Пациенты должны взять на себя ответственность и прийти к вам на прием, и они не убегут от вас до тех пор, пока вы действительно не причините им вред. Они будут рядом с вами, и большинство из них захочет снова прийти к вам. Я искренне говорю вам - расслабьтесь.

Вы находитесь здесь и слушаете данный курс лекций в течение пяти дней для того, чтобы изучить, что пациенты несут в своем механизме, что, как окажется, является тем же самым, что вы несете в вашем механизме. Я не вижу никакой особой причины торопиться и поспешно изучать программу этой недели. Осознайте тот факт, что вы уже здесь. Вы и ваш пациент уже работаете, спокойно делая все необходимое для того, чтобы поддержать хорошее состояние здоровья. Пациенты особенно никуда не спешат. Может показаться, что они торопятся, но их механизм никуда не спешит, ни в малейшей степени. Я не беспокоюсь относительно того, что пациенту, возможно, придется прийти ко мне еще раз просто потому, что я не услышал механизм настолько ясно, насколько следовало. Возможно, я не достиг тех результатов, которые хотел. Тем не менее, у меня будет возможность увидеть этого пациента снова во время следующего визита, и поэтому я могу расслабиться, и насладиться своей работой.

У механизмов внутри физиологии нашего тела нет абсолютно никаких проблем. В каждом из нас они постоянно работают. Они выполняют свою работу наилучшим образом для того, чтобы мы продолжали жить. Даже если вследствие несчастного случая, родовой травмы или факторов окружающей среды с ними произойдет

проблема, и их функционирование будет нарушено, они все же найдут разрешение
30
данной проблемы. Некоторые нарушения могут потребовать помощи со стороны; применения хирургического вмешательства, комплексного лечения или какой-либо другой дополнительной помощи. Однако сам механизм не знает об этом. Если внутри него образуется какое-либо напряженное состояние, он обладает всеми необходимыми инструментами, при помощи которых он сможет снова все исправить. Таким образом, мы, врачи, должны стать старательными слугами, которые обнаружат этот механизм внутри пациента и будут работать вместе с ним, стараясь помочь ему.

Нас будет обучать сам механизм. Да, у пациентов есть проблемы -- иначе они не пришли бы в ваш офис. Однако нам не следует торопиться или сразу же пытаться обнаружить, в чем дело. Мы должны спокойно осознать тот факт, что как врач, так и пациент являются живыми и функционирующими существами, и все правила игры скрыты в механизмах пациента. Пациенты об этом не думают. Они думают о симптомах, болях, и так далее. Но механизм не испытывает боли, он спокойно делает свою работу. Если в организме образовался очаг напряжения, например, затылочно-мастоидный тип повреждения в основании черепа - это, несомненно, проблема, однако само затылочно-мастоидное повреждение не осознает это как проблему. Такое повреждение является занятым трудящимся существом. Поэтому нам следует обратиться к нему и спокойно сказать: «Послушай, возможно, ты наслаждаешься жизнью при виде припадка, но тело, в котором ты живешь, не очень наслаждается этим. Почему бы тебе не позволить мне положить мои руки на тебя таким образом, что ты сможешь изменить свой подход и перестать быть так называемым комплексом повреждения?»

Мы обладаем правом, привилегией и механизмом внутри нас, чтобы понять затылочно-мастоидное повреждение внутри пациента. В нашей голове находится затылочно-мастоидный механизм, который, возможно, не поврежден, но мы можем понять этот механизм, который мы исследуем изнутри нас. Несомненно, мы лучше поймем его, когда положим наши руки на тело приходящих к нам пациентов.

Те же механизмы, которые требуют здоровья, являются механизмами, выражающими здоровье. Они работают и постоянно находятся в движении; они всегда работают для достижения той же цели, что и мы. Мы сражаемся - мы живем - для того, чтобы выразить здоровье внутри нас. Всем нам пациенты, приходящие в наш офис, говорят: «Доктор, все, чего я прошу, это восстановить здоровье моего организма, а мне сказали,

что вы понимаете механизмы как внутри себя, так и внутри меня и сможете восстановить мое здоровье». Нам не нужно торопиться. Мы можем ответить ему так: «Этот сеанс продлится столько-то минут. Мы сделаем все возможное; мы зададим механизму направления для работы здесь и там, а потом вы возьмете все это домой и будете работать самостоятельно. Просто спокойно живите, следуйте некоторым предписаниям, возвращайтесь через неделю и мы продолжим прилагать совместные усилия, чтобы помочь друг другу». Механизм пациента спокойно соединяется с механизмом внутри меня, а я спокойно соединяюсь с механизмом внутри пациента; мы спокойно пытаемся работать в атмосфере, в которой мы обмениваемся мыслями и способностью функционировать, и затем мы просто спокойно расслабляемся.

Когда вы вернетесь домой после этого курса, все эти механизмы внутри вас начнут работать над механизмами внутри пациентов, и вы оба почувствуете себя лучше. Позаботьтесь о ваших пациентах.

31

Начало работы

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1976 году в рамках основного курса Краниальной обучающей организации Сазерленда в Милуоки, Висконсин.

А ТЕПЕРЬ МНЕ БЫ ХОТЕЛОСЬ, чтобы вы просто спокойно посидели несколько минут, чтобы все, что вы изучили за последние четыре с половиной дня на этих лекциях, впиталось в вашу систему, как нечто, что произошло для всех внутренних, непроизвольных, физиологических механизмов вашего существа. Забудьте о деталях того, что вы изучили к настоящему моменту. Сядьте прямо на ваших стульях, сосредоточьте ваше внимание на вашей собственной точке опоры Сазерленда и спокойно всем своим существом почувствуйте работу, осуществленную за четыре с половиной дня.[1] Позвольте этим ощущениям впитаться в ваше существо, а также позвольте им вернуться обратно туда, откуда они пришли. Мы предоставили вам материалы, понимание и концепции; мы дали вам много всего, и все это должно быть возвращено туда, откуда оно пришло. Поэтому позвольте им вернуться обратно к их источнику, так как это такие вещи, которые работают везде. Просто сидите и ничего не делайте во время этого взаимообмена между тем, что вошло внутрь и тем, что должно быть возвращено - все это успокаивается, это неподвижная точка.

Хорошо. Спасибо. Зачем мы это сделали? Друзья мои, я хочу, чтобы вы, когда вернетесь домой к своим занятиям, не взяли все это огромное накопленное знание и не

применили его на практике, говоря себе, что вы кое-что знаете. Учитывайте эту информацию, эти знания, этот опыт в вашей практике и делайте все точно так же, как делали всегда; смотрите на своих пациентов точно так же, как смотрели до посещения этого курса. К сожалению, вы не сможете этого сделать, но просто позвольте этой информации быть рядом с вами.

Когда вы вернетесь в свой кабинет и решите что-нибудь сделать для пациента, прежде всего, посоветуйтесь с состоянием неподвижности внутри вас и немедленно, в мгновение ока что-то произойдет. Когда вы положите ваши руки на тело пациента, вы обнаружите, что ваши руки, ваш разум и тело пациента начнут объединяться, и вы начнете лучше понимать, что вам необходимо сделать для данного пациента на сегодняшний день. Посоветуйтесь с вашей собственной точкой опоры Сазерленда при контакте с пациентом - посоветуйтесь с этой точкой опоры и с состоянием неподвижности.

А теперь давайте спустимся обратно на землю. Когда вы вернетесь к своим пациентам, позвольте полученным знаниям стать частью ваших навыков для лечения больных. Пациенты сами покажут вам свои проблемы, для разрешения которых вам потребуется применить то, что вы изучили. Это подобно тому, когда вы готовитесь к сдаче государственного экзамена. Вы учите как сумасшедший, заполняете свою память различной информацией и не уверены в том, что у вас все получится. Вы просто учите, читаете и впитываете все это в себя. Затем вы выбрасываете все учебники в окно и идете на экзамен, во время которого необходимая информация каким-то образом всплывает в вашей памяти.

Итак, уделите несколько дней тому, чтобы этот курс впитался в вас до того, как попытаетесь применить его - применяйте его удобным образом. Позвольте вашим познаниям в области движения височных костей; сфенобазилярных структур, индивидуальных и специфических растяжений мембран и суставов; мыщелковых частей; динамики жизненно важных жидкостей; движения реципрокно напряженной мембраны; суставной подвижности костей черепа и крестца между подвздошными костями - позвольте всем этим знаниям просто проникнуть в вас за небольшое

32

количество дней. Учиться использовать эти новые диагностические инструменты следует постепенно. Пациенты, которые придут к вам на прием после того, как вы прослушаете данный курс, - это те же самые люди, которых вы лечили на протяжении определенного количества лет, все то время, которое вы занимаетесь практикой, и

если прежде они не получали пользы от данного подхода, несколько дней ничего существенно не изменят.

1. «Точкой опоры Сазерленда» называется область прямого синуса, в которой серповидная структура головного мозга присоединяется к мозжечковому намету. Она рассматривается как точка опоры для твердой, реципрокно напряженной мембраны.

33

Будьте спокойны и знайте

Посвящается Вильяму Г. Сазерленду, Доктору Остеопатии.

Этот документ был зачитан 22 Сентября 1965 года в Филадельфии, штат Пенсильвания в ходе Мемориальных чтений, посвященных Сазерленду. Затем он был опубликован в газете Краниальной Академии в Декабре 1965 года.

ЦЕЛЬЮ ДАННОГО ДОКУМЕНТА является признание необходимости «быть спокойным для того, чтобы знать», через наиболее прямой канал - то есть нужно стать на какой-то момент ближе к своему Создателю. Лучше было сделать следующий подзаголовок: «Повторное посвящение Вильяму Г. Сазерленду». Когда мы думаем о посвящении человеку, который принес огромную пользу человечеству, мы склонны думать об этом как о том, что случилось, когда он был жив, а сегодня новое время, наполненное новыми открытиями. Посвящение - это, с одной стороны, нечто живое, продолжающийся опыт, развернутое понимание и обещание следовать великим истинам. Такой была работа Вильяма Гарнера Сазерленда. Он предоставил нам понимание Дыхания жизни как целительного принципа и продемонстрировал нам это своей работой человека и врача, проведением опытов .над собой до тех пор, пока истины, которые он дал нам, не подтвердились, своим служением пациентам, а также своей преподавательской работой, которая осталась в памяти его студентов.

Насколько часто в наше время мы слышим упоминание о Главном Механике человеческого тела, о Великом Архитекторе, Главном Архитекторе, Боге, Божестве, Создателе человеческого храма, в котором мы живем? Это термины науки остеопатии, такой, какой ее видел доктор Эндрю Тейлор Стилл. Доктор Сазерленд сказал нам: «Я часто говорил, что мы кое-что потеряли в остеопатии, то, что пытался исследовать доктор Стилл - это духовный аспект, который он включал в эту науку». При развитии науки остеопатии доктор Стилл приблизился к своему Создателю в более значительной степени, чем одно мгновение; им управляла Духовная Точка опоры, как и доктором Сазерлендом. Если нам как студентам, изучающим науку остеопатию,

нужно будет ее понять, нам покажется необходимым заново пробудить наше познание относительно того Божества, которое объединяет всех нас, сделать его нашей Духовной Точкой опоры, чтобы она управляла нами, учила думать, чувствовать и использовать Создателя в нашей практике. При помощи этого знания и использования науки остеопатии доктор Сазерленд указал нам основные направления, которым мы должны следовать. Давайте сравним, например, тип рассуждения в начале XX века с сегодняшней наукой. Я прочел одну редакционную статью в газете, автор которой, прославленный ученый, пытался объединить духовные и научные истины. Он пришел к следующему выводу: научный и духовный аспекты не являются несовместимыми, и великие истины каждого из них более или менее параллельны друг другу - иными словами, оба эти аспекта стремятся по направлению к непознанному пониманию, что необходимо для достижения осознанного понимания. Я не согласен с этой мыслью. Как человек может понять, что является научной истиной, а что - духовной? Я бы поверил тому ученому, который бы достиг научного понимания при помощи Духовного управления, а не пытался бы исследовать эту высшую структуру поделив ее на части.

Мне нравится мысль, высказанная одним ученым-биологом, который рассуждал о феномене жизни: «На самом деле, естественные науки не только гораздо сложнее физических, их значение гораздо важнее и они проникают гораздо глубже в исследование вселенной, чем физические науки. Они требуют и охватывают все данные и все пояснительные принципы физических наук и затем еще дальше выходят за их

34

1ределы, чтобы воплотить множество других данных и дополнительных пояснительных принципов, которые являются не менее - а в некотором смысле даже Золее - научными. Суть в том, что *все* известные материальные процессы и юяснительные принципы применяются к живым организмам, и лишь ограниченное их количество применяется к неживым системам». Остеопатическая концепция относится < живой системе и включает в себя краниальную концепцию. Доктор Сазерленд сказал зам: «Краниальная концепция не является отдельной единицей, стоящей в стороне от зауки остеопатии. В истинном понимании эта концепция была сформулирована доктором Эндрю Тейлором Стиллом». Снова повторю, что остеопатическая концепция гребует поиска всех пояснительных принципов, говоря обобщенно, для того, чтобы трийти к пониманию этих принципов, это включает в себя Создателя, который

воплотил их в жизнь.

В ходе этого мемориального чтения, посвященного человеку, чью память мы ггим, мы можем следовать по нескольким путям. Мы можем вспомнить историю его вклада в развитие остеопатии в краниальной сфере в хронологическом порядке, однако)то лишь ограничит его вклад в науку датами его жизни. Этого не достаточно; истины, соторые он дал нам, являются камнями в фундаменте великих истин, которые еще тредстоит раскрыть. Мы можем детально обсуждать функционирование анатомии и физиологии, которое он преподавал своим студентам, но это лишь даст нам информацию, не указав тот путь, который нам предлагает Великий Архитектор, для 1риобретения *знания* в области функционирования анатомии и физиологии, о которых эн говорил. Мы можем развивать гипотезы, чтобы объяснить те принципы, которые он 1ал нам, но в конечном итоге они так и останутся гипотезами, и мы так ни к чему и не тридем. Мне вспоминается одна цитата, касающаяся теорий, которую я однажды грочел: «Одна из величайших трагедий жизни состоит в убийстве прекрасной теории •рубыми фактами».

Вместо того чтобы следовать по одному из этих путей, мне кажется, что было 5ы разумным поговорить о работе В.Г. Сазерленда, уделяя особое внимание изучению Духовной Точки опоры и ее клинического применения в повседневном лечении наших тациентов. Принимая во внимание эту мысль, давайте вспомним о терминах, которые) н использовал, - Верховный Известный Элемент, Потенция, Точка опоры, 1еподвижность, Прилив и Отлив, а также Дыхание Жизни - и постараемся читать , 1ежду строк, чтобы обнаружить практическое наполнение этих основных принципов. ^*а* протяжении данной дискуссии нужно помнить о том, что доктором Сазерлендом щравлял его Создатель, которого он с любовью называл Отцом. Это слово совсем не :видетельствовало о непочтительности, напротив, оно позволяло доктору Сазерленду гувствовать себя ближе к своему Создателю, от Которого зависело управление его 1,ействиями, и от Которого он получал необходимые указания, что делать, когда на тути встречались, преграды. Это была не просто прихоть. Это была зависимость от Великой Мудрости Божественного Разума.

Необходимо дать определение термину «функция», который будет 'потребляться далее. Физиологическая функция - это специальное, нормальное 1ействие любой части или органа тела человека. Нас волнуют не конечные продукты функционирования, а подвижность и моторика, сопровождающие функционирование !нутри физиологии тела, его тканей и жидкостей. Нас волнуют те движения, которые ювершает тело в

качестве реакции на внутренние и внешние факторы среды, а также то произвольные и непроизвольные действия и те факторы, которые мы можем щучиться чувствовать, используя наши думающие, чувствующие, видящие и знающие гальцы.

Когда мы кладем наши руки на тело совершенно здорового пациента, мы гувствуем общее хорошее состояние. Мы чувствуем респираторный цикл его дыхания, чувствуем сжатие и растяжение его серединных швов при их функционировании.

35

Мы чувствуем чередующуюся наружную и внутреннюю ротацию его двусторонних структур. Мы чувствуем любые произвольные движения, которые он может сделать, и множество непроизвольных движений различных систем внутренних органов тела. Если мы положим наши руки на череп, мы сможем почувствовать движения краниального суставного механизма, движения реципрокно напряженной мембраны, а также ток цереброспинальной жидкости как интегрированный функциональный механизм. На протяжении всего тела мы можем почувствовать нечто еще, что на сегодняшний день обычно не указано в анатомических и физиологических текстах. Это общее приливно-отливное движение всего тела, движущееся внутрь и наружу. Этот процесс подобен тому, как если бы все тело, функционирующее как единое целое, реагировало на силу, подобную той, что управляет приливами и отливами океана. Это ритмическое движение всех жидкостей тела. Хотя оно довольно спокойное, оно мощнее любого другого движения в механизме человеческого тела, оно значительнее и сильнее респираторного цикла, произвольного и непроизвольного движений или любых других движений, которые мы обычно рассматриваем. Наше натренированное осязание учится распознавать все эти факторы, действующие в интегрированном функционировании в любой части физиологии тела, которую мы исследуем. Это ритмический Прилив в физиологическом функционировании с его Высшим Известным Элементом и его врожденной Потенцией.

Если мы углубимся в понимание механизмов тела, мы обнаружим, что любое нормальное функционирование отдельных частей тела - будь то кость, связка, мембрана, фасция, органы или жидкость - действуют при помощи автоматических, подвижных подвешенных точек опоры. Точка опоры Сазерленда, находящаяся в месте, где серп большого мозга присоединяется к мозжечковому намету, является автоматической, подвижной, подвешенной точкой опоры для реципрокно

напряженной мембраны. Грудинное окончание ключицы является костной точкой опоры для функционирования всей верхней части тела. Первый шейный позвонок является костной точкой опоры для мыщелковых частей затылка во время рождения ребенка. Существуют жидкие точки опоры на протяжении всего тела для всех видов функционирования жидкостей. Мы можем привести отлив цереброспинальной жидкости к тому короткому ритмическому периоду, за который мы достигнем неподвижной точки, периода паузы или отдыха, и мы знаем, что мы достигли точки опоры для цереброспинальной жидкости в данный момент времени. Доктор Сазерленд говорил нам о том, что именно в этот момент происходит превращение Высшего Известного Элемента, который создает взаимообмен между всеми жидкостями тела, даже внутри всех клеток костей. Когда тело реагирует на этот процесс превращения и начинает движение к более нормальному функционированию, мы можем отметить, что происходит перемена в движении приливов и отливов всего механизма тела по сравнению с Тем движением, которое мы наблюдали в начале осмотра.

Доктор Сазерленд говорил нам, что движущая сила для функционирования находится рядом или внутри точки опоры, а не на концах рычага. Мы обучены им тому, что нужно обнаружить в механизме тела точки опоры для того, чтобы слушать и чувствовать функционирование этих точек, определить качество тона в них и отметить ритм таких периодов паузы или отдыха. Эти точки являются автоматическими подвижными подвешенными областями опоры, они являются неподвижными точками равновесия, очень важного равновесия, которое при работе с тканевыми элементами и их жидким содержимым, при помощи нашей обученной пальпации, стремится привести функционирование этих элементов к сбалансированному состоянию. Когда мы достигли этого периода паузы, в действие вступает Потенция Прилива для осуществления процесса превращения, который вызывает нормализацию функционирования тела. Как инженеры человеческого тела, как врачи, мы имеем дело с наиболее мощной силой внутри человеческого тела, когда мы учимся использовать

36

движения приливов и отливов физиологии тела, движения, задуманные Главным Механиком.

Именно исходя из проделанной им исследовательской работы и детального исследования всех частей первичного респираторного механизма, доктор Стилл сделал следующий вывод: «Правило артерии абсолютно, но командует им цереброспинальная жидкость». Поясняя эту мысль, он сказал: «Дыхание Жизни в Приливе цереброспинальной жидкости является основополагающим принципом первичного респираторного механизма». И он дал нам подробную инструкцию относительно того, как развить способность пальцев думать, чувствовать, видеть и знать, чтобы довести этот Прилив до его неподвижной точки, периода паузы, чтобы контролировать его функционирование в физиологии тела. Важно знать, что мы не ограничены краниосакральным механизмом при обучении контролировать Приливы и Отливы. Когда мы занимаемся поисками равновесия в тканях и жидких элементах в любой части тела при поиске заболевания или состояния расстройства, мы обучены приводить Прилив-Отлив к его точке равновесия или области точки опоры. После того, как мы сделаем это, может начать свое действие процесс превращения, который уменьшит механизмы повреждения, исправит патологию и вернет здоровье данному пациенту. Это исцеляющий принцип Главного механика, который работает в наших пациентах; а мы как врачи можем расширить наши познания и наблюдать, как он работает в тканях организма.

В ходе нашей беседы на эту тему я рассказал о функционировании Приливов в теле и о многочисленных точках опоры, которые действуют в физиологии тела. Настало время поговорить еще кое о чем, что доктор Сазерленд дал нам, развивая наше понимание. Речь идет о неподвижности Прилива - не о движении его волн вверх-вниз, а о неподвижности, обнаруженной в точке опоры внутри него. Это Потенция внутри неподвижности. Слово «неподвижность» может смутить нас, когда мы попытаемся понять принцип такой работы. Как могут Потенция, Мощность или Энергия быть неподвижными? Доктор Сазерленд иллюстрировал этот процесс, создав вибрацию в стакане воды и наблюдая за тем, как в центре этого стакана воды образуется неподвижная точка. Он особо подчеркивал тот факт, что в стакане воды образовалась неподвижная точка, которую он сравнивал с точкой опоры, которую мы достигаем, приводя ток цереброспинальной жидкости вниз к ее неподвижной точке при компрессии четвертого желудочка или при другой технике контроля Прилива. «Мы ищем неподвижность Прилива», - подразумевал Сазерленд, поскольку именно в этой неподвижности находится Потенция Прилива.

Те из нас, кому посчастливилось присутствовать на его лекциях, где он затрагивал эту

тему, наблюдали и разделяли состояние аудитории, которая успокаивалась. Он хотел привлечь к этому наше внимание и хотел сказать нам, что такое состояние наступало довольно часто, когда речь шла о Потенции Прилива. Оно наступало спонтанно и не было чем-то спланированным или предопределенным. Те из нас, кто пережил это, могли почувствовать это спокойствие, и услышать его комментарий: «Можете ли вы почувствовать изменение в Приливе?» Это было чем-то, что происходило за определенный момент времени, а затем проходило. Таким образом, мы говорим о том, что происходит в живом механизме в определенный временной отрезок, когда все факторы, ведущие к наступлению такого состояния, должным образом настроены на то, чтобы это произошло. Содержится ли в этом спокойствии инертное ощущение отсутствия жизни или жизненной силы? Нет. Это живая вещь, в которой присутствует ощущение мощности и внутренней Потенции. Это невозможно описать, так как у меня для этого просто нет слов, но это случается и имеет благотворное влияние.

Иногда это происходило в ваших офисах, когда вы проводили лечение пациента. Внезапно вам казалось, что все помещение, в котором вы работаете, становилась

периодом паузы-отдыха, и рядом с вами находилась Неподвижность, которая находится над всем и вне всего, что вы можете объяснить себе или своим пациентам. Вы ощущаете, что находитесь близко от своего Создателя. Когда у доктора Сазерленда спросили об этой точке, он ответил: «Мы знаем, что обладаем потенцией. Нам не следует задаваться вопросом, ни откуда она возникает, ни куда уходит».

Природа предоставила нам множество примеров проявления Потенции и мощности внутри неподвижности в ее функционировании. «Глаз» урагана является огромным центром неподвижности, хотя все же это мощная неподвижность. Это также область автоматической колеблющейся, подвешенной точки опоры, когда ураган движется через океан. Ветры, дующие над поверхностью земли, не могут дуть одновременно отовсюду. Должна быть точка спокойствия. Ось колеса также должна иметь неподвижную точку, вокруг которой будет двигаться колесо. Мы бы могли перечислять примеры очень долго. Все ли перечисленные мной живые системы имеют одинаковую природу? Мы не можем их так классифицировать. Однако при работе с физиологией тела биологических систем мы сталкиваемся с принципами и «нерукотворными законами» и обнаруживаем здесь Потенцию внутри неподвижности Прилива внутри физиологии тела. Мы имеем дело не со статичным механизмом, когда мы просто спокойно сидим на стульях. Наши тела представляют собой динамический

поток энергии, начинающей свое действие от момента зачатия и на протяжении всей жизни, и внутри этих энергетических полей наступают определенные отрезки времени - моменты Неподвижности внутри этих энергетических полей, временные точки опоры для различных физиологических нужд - они все сосредоточены в Потенции Неподвижности как движущей силы для последующего действия. Мы должны понять механизм этой Неподвижности и использовать её при лечении наших пациентов, и нам совсем необязательно иметь полное объяснение того, чем она является, откуда она приходит, или куда уходит после того, как послужила нам в данный момент времени -речь идет о неподвижности Прилива в физиологии тела.

Итак, я рассказал вам о функции, автоматической, подвижной и подвешенной точках опоры, о Приливах и Отливах, о Неподвижности, а также о Потенции, которые действуют внутри всех частей физиологии тела. Может показаться, что я пытаюсь развить теологическую гипотезу для объяснения этой работы. Это не верно. Я пытаюсь объяснить, что Создатель человеческого тела и его механизмов является более, чем просто пассивной терминологией, которой мы поклоняемся лишь на словах, но которую не используем. Наука остеопатия включает в себя активное использование Создателя в своей повседневной работе. Это приобретенное искусство, в равной степени как и наука, и мне нравятся слова, которые я где-то прочитал: «Будьте в мире с Богом, *чем бы он ни был в ваших глазах*^ и какими бы ни были ваши дела и замыслы, в шумном беспорядке жизни пребывайте в мире со своей душой». Поэтому мы нуждаемся в инструментах при .постижении и использовании Божественной Точки опоры в нашей повседневной практике.

Чем являются некоторые из этих инструментов? Во-первых, я хотел бы подчеркнуть, что врач должен развить объективную осведомленность. Он должен знать анатомию, физиологию, патологию и все, что с этим связано, а также взаимосвязанное функционирование, проявляющееся между этими элементами в физиологии тела. Он должен обладать способностью правильно оценить и поставить диагноз и прогноз, от первого обследования пациента до его окончательного излечения. Врач должен уметь соотносить происходящие в тканях изменения, используя Потенцию в тканях, с объективным прогрессом для данного пациента к нормальному состоянию или к восстановлению здоровья. Он должен прислушиваться к объективным обнаружениям, которые он делает при определении типа лечения для каждого случая.

Во-вторых, врач должен обладать субъективной осведомленностью относительно потенциальных возможностей для использования целительных

принципов, о которых здесь идет речь. Он должен уметь почувствовать степень возможностей для обратимости патологических состояний внутри пациента, а также степень потенциального выздоровления, которое может быть достигнуто внутри определенных тканевых единиц. Он имеет дело с субъективным феноменом самой жизни, и он будет принимать участие в субъективных изменениях, которые произойдут внутри пациента, когда он будет пытаться их оценить. Он должен знать анатомо-физиологические потребности проблемы каждого пациента и субъективно работать с ними, одновременно объективно наблюдая за их прогрессированием.

В-третьих, он должен обучить свои пальцы думать, видеть, чувствовать и знать, чтобы они могли буквально проследить последовательные перемены, которые будут происходить в больных тканях при их работе с Главным Архитектором по повторному построению их нормального или восстановленного типа здоровья. Такой *знающей* пальпации не так-то просто научиться. Это потребует от вас многих месяцев или лет терпения и многих пациентов для того, чтобы заставить работать этот эффективный инструмент для диагностики и лечения. Каждый пациент будет очередным этапом на пути к улучшению навыков врача, и никогда не наступит такой момент, когда врач сможет сказать, что знает все, что необходимо знать относительно конкретной проблемы. Следующий визит этого же пациента откроет перед вами новые двери к дальнейшему исследованию.

Существует множество других факторов, о которых можно поговорить, но эти три пункта являются основными, которые врачу нужно знать прежде всего при обучении использованию целительных принципов Высшего Известного Элемента при диагностическом и терапевтическом подходах в лечении пациента. К этим трем пунктам можно добавить, что каждый раз, когда к врачу на прием приходит пациент. врач должен признавать одну мысль. Это объективная, субъективная и знающая осведомленность о Потенции внутри него самого, внутри его опытных, знающих пальцев и внутри пациента - это та Потенция, которой врач спокойно подчиняется для того, чтобы она управляла его действиями и давала ему знания. Я не утверждаю, что этот подход будет производить мгновенное исцеляющее действие каждый раз, когда вы будете лечить пациентов, хотя достигнутые результаты будут часто удивлять вас. Я пытаюсь сказать вам, что если врач будет сотрудничать с Главным Механиком, то каждый визит пациента позволить ему дать наилучшую, наиболее эффективную и наиболее профессиональную помощь при проведении любого типа лечения. Это

научный подход, вмещающий в себя все принципы «нерукотворных законов», которые в свою очередь включают в себя ″*все* известные материальные процессы и пояснительные принципы, одаренные феноменом жизни". Это жизненное применение науки остеопатии.

До сих пор мы занимались исследованием достаточно сложных предметов. Настало время изменить темп и приступить к изучению некоторых более простых моментов, которые происходят в нашей клинической практике при использовании этих истин. Одной из важнейших вещей, которую, по-моему, нужно развить врачу, является чувство юмора. Наиболее распространенное утверждение, которое я неоднократно слышал за время моей практики, было: «Он ничего не сделал, но... Он лишь положил свои руки на мое тело, подержал их некоторое время, а когда он их убрал, я почувствовал себя лучше». Всегда необходимо поддерживать хорошие взаимоотношения между доктором и пациентом, а также позволять внутренней физиологической функции проявлять свою безошибочную потенцию для движущей силы для исправления, вместо того, чтобы использовать слепую силу извне.

После того, как вы добились хороших результатов при лечении кого-нибудь, кому не помогло обычное медицинское лечение, иногда включающее в себя манипуляторную остеопатию, этот пациент захочет направить к вам своих друзей, и вам интересно будет понаблюдать за тем, как он будет подготавливать этого

39

потенциального пациента к вашему лечению. Он скажет ему или ей: «Когда ты придешь к моему доктору, не удивляйся тому, как он будет лечить тебя. У тебя сложится такое впечатление, что он ничего не делает, но ты почувствуешь себя лучше, когда он прекратит свою работу, и если он скажет, что ему нужно снова тебя увидеть, послушайся его совета, и он вылечит тебя». Я занимался лечением одного очень достойного господина, который направил ко мне многих пациентов, говоря им следующее: «Вы идете на прием к моему доктору, у которого волшебные руки. Я не знаю, как он это делает, но он поможет вам».

Ваши пациенты возвращаются к вам и направляют к вам своих друзей, так как вы способны достигать хороших результатов при лечении тех заболеваний, которые не смогла вылечить обычная медицина, физиотерапия или любая другая форма обследования или тестов. Поскольку ваши навыки постоянно совершенствуются, вы будете иметь дело с все более и более сложными случаями - с пациентами,

которые уже безрезультатно испробовали многие методы лечения и все еще продолжают искать помощь. В то время, когда врач думает, что он уже увидел все наиболее сложные случаи в своей практике, к нему может прийти на лечение человек, направленный кем-либо из его пациентов, по сравнению с которым все предшествующие тяжелые случаи покажутся врачу очень простыми. Тот факт, что врач использует Потенцию как движущую силу для диагностики и лечения, притягивает к нему в офис пациентов с серьезными проблемами подобно тому, как цветы притягивают пчел. Вот почему его работа всегда востребована. Всегда есть нечто новое, что можно изучить на основе физиологической картины тела пациента. Врачу всегда будет необходимо более глубокое понимание, при помощи которого он сможет помочь пациенту.

«Вы возвращаетесь обратно к Причине», - сказал доктор Сазерленд. - «Если вы поймете механизм, ваша техника будет простой». Задумайтесь на мгновенье о многочисленных смыслах, которые эти два утверждения предоставляют врачу. В этом мире проявлений случаи заболеваний, с которыми мы имеем дело, являются наслоенными друг на друга проявлениями, до тех пор, пока эти проявления не перевесят причинный фактор — ту причину возникновения проблем со здоровьем, то есть повреждение или заболевание, которое вызвало синдром. Теперь мы направляемся к Создателю внутри этого нарушенного состояния, к Причине, которая проникнет сквозь проявления и позволит здоровью вновь проявиться в пациенте. Мы стремимся восстановить жизненную силу и здоровье пациента, а не просто устранить симптоматические проявления болезни. Внутри всеохватывающей Причины находится здоровье, и наша задача состоит в том, чтобы помочь пациенту выявить это здоровье для последующего выздоровления.

Наше внутреннее богатство заключено в нескольких словах: «Если вы понимаете механизм». Оно охватывает все, о чем мы говорили. Врач должен знать о Создателе внутри него самого и внутри его пациентов. Он должен знать о Потенции и об ее ритмической способности функционировать внутри Приливов и Отливов физиологии тела, а также он должен знать, как работать с этими Приливами и Отливами во всем теле так, чтобы использовать их Потенцию. Он должен знать и уметь работать с функционированием физиологии тела и при помощи знающей пальпации уметь почувствовать перемены, происходящие в

тканях и жидкостях. Он должен обладать познаниями в области анатомии и физиологии, изложенными на сегодняшний день в книгах, а также быть способным выйти за пределы этих данных и быть открытым и готовым принять те опыты, которые приходят к нему через точную Потенцию внутри физиологии тела, когда она делает свою невидимую работу. Несомненно, это невидимая сила, однако она проявляется сквозь анатомо-физиологические элементы, и врач может научиться чувствовать и интерпретировать ее для постановки диагноза и лечения своих пациентов. Он должен развить свое понимание точек опоры, автоматических, подвижных, подвешенных точек опоры в

физиологии тела. Он должен развить свое понимание Потенции внутри неподвижности в периоды паузы-отдыха этих точек опоры, в определенный временной отрезок их функционирования, когда все в организме настроено на эту временную последовательность.

Он сочтет необходимым развить иное взаимоотношение между пациентом и врачом, так как врач уже в значительной степени прекратил быть просто исполнителем лечебной программы и позволяет внутренней физиологической функции проявить свою точную Потенцию вместо того, чтобы применять слепую силу извне. Ему будут задавать большое количество вопросов, и много вопросов останется в уме пациентов. К счастью, этот этап легко превозмочь при помощи положительных результатов, которые врач достигает при лечении большей части пациентов, а также благодаря позитивным отзывам о проведенном лечении, которые делают его пациенты, направляя к нему других людей. Однако сомневающийся пациент представляет собой интересный феномен для рассмотрения, и это создает интересную цель для использования данного типа работы. Врач должен обладать субъективной и объективной осведомленностью, а также думающим, видящим, чувствующим и знающим чувством осязания. Все эти способности можно суммировать несколькими словами доктора Сазерленда: «Если вы понимаете механизм, техника будет простой». И она действительно проста. Такой была и остается наука остеопатия, сформулированная и примененная докторами Э.Т. Стиллом и В.Г. Сазерлендом, а также многими другими врачами-мастерами своего дела. На сегодняшний день мы имеем дело с истинами и доказательствами этих истин, которые донес до нас доктор Сазерленд.

Теперь настало время рассмотреть, что все это означает для нас, занимающихся практикой сегодня, в 1965 году, и в последующие годы. Наша профессия высоко квалифицирована, и мы нуждаемся в каждой используемой нами отрасли, входящей в нее. Мы нуждаемся в больницах, хирургах, терапевтах, педиатрах, акушерах, психиатрах и во всех людях нашей профессии. Мы нуждаемся во всем, что современная медицина может дать нам для проведения обычного лечения наших пациентов. Наша работа включает в себя все выше описанное, а также нечто еще. Нам нужны, по меньшей мере, 2000 мужчин и женщин, которые посвятили бы свое время на обучение необходимым дисциплинам для того, чтобы применять в своей повседневной практике истины, сформулированные Стиллом и Сазерлендом. Мне говорили, что не каждый врач способен освоить эти специфические навыки, что он должен быть одарен особыми качествами, прежде чем приступить к обучению. Я не согласен с таким утверждением. Я считаю, что для того, чтобы освоить данную науку и искусство, потребуется упорство, время и огромная проделанная работа на врачебном поприще. Если любой врач захочет направить свое время и усилия на освоение основных предпосылок принципа «будь спокойным для того, чтобы знать» как средства стать ближе, чем на миг, к своему создателю, его путь приведет его к необходимым приобретениям для того, чтобы стать врачом, обученным принципам и практическим навыкам, данным нам докторами Э.Т. Стиллом и В.Г. Сазерлендом. Откровенно говоря, мне бы очень хотелось увидеть, -как эти 2000 мужчин и женщин занимаются применением данного типа остеопатии, так как эти врачи принесут огромную пользу многим тысячам пациентов, которым другие врачи сказали: «Мы сделали для вас все возможное. Вы должны научиться жить с тем заболеванием, которым вы сейчас страдаете». Большая часть этих пациентов может достичь более высокого уровня здоровья, чем до лечения. Я говорю о тех пациентах, кому можно помочь. Таким образом, возникает потребность для тех, кто может помочь им, идти вперед и развивать свои навыки в этой области. На сегодняшний день в нашей стране существует лишь маленькая группа людей, принимающих близко к сердцу слова и работу доктора Сазерленда - его концепцию остеопатии как единого целого - и пытающихся стать врачами, подобными ему.

41

Теперь надо затронуть другую тему, о которой пока не было речи. Врач, который возлагает на себя обязанность освоения данного типа практики, должен стать исследователем в своем офисе. Подобно тому, как доктор Сазерленд потратил многие

годы на изучение истин, которые он почерпнул из работы над собой и на основе наблюдений за своими пациентами, каждый врач должен найти направления для своего исследования и изучения, которые нельзя обнаружить в учебниках и периодических современных изданиях. Власть над многими проблемами, стоящими перед врачом, будет обнаружена внутри сложностей физиологии тела каждого пациента, а также внутри мудрой осведомленности врача о потенциале для изучения этих проблем. Указания, данные доктором Сазерлендом, и его работа являются лишь начальным этапом для дальнейшего осмысления, которое расширит платформу существующего знания. Это осмысление впредь будет приносить новые истины, нуждающиеся в постоянной проверке и перепроверке до тех пор, пока их можно будет всем нам применять.

Один мой молодой пациент, который сейчас поступил на первый курс одного из наших колледжей, сказал своей матери, что планирует получить степень доктора остеопатии, затем вернуться в Даллас и учиться под моим руководством до тех пор, пока не сможет познать все основные принципы и способы применения этих принципов в своей собственной практике. Затем он сказал ей, что планирует работать лучше меня. Ега матери это показалось тщеславием с его стороны. Я же считаю, что он способен работать лучше меня, так как мой собственный опыт сократит то время, которое потребуется ему для приобретения тех же навыков и результатов, и что он должен суметь «встать на мои плечи» и превзойти меня. Мысленно я поаплодировал ему за его намерение. Мне кажется, что уже пора всем нам «встать на плечи» доктора Сазерленда, во-первых, став такими же опытными в работе, как он, а во-вторых, используя уже полученные до нас навыки и понимание для продвижения его работы и работы доктора Э.Т. Стилла. Именно в этом состоит наша роль как врачей-исследователей науки остеопатии. Такова была воля доктора Сазерленда. Готовы ли мы возложить на себя такую задачу?

«Будьте спокойны и знайте»; «Вам нужно вернуться к Причине»; «Дыхание Жизни является основополагающим принципом остеопатии». Эти мысли доктор Сазерленд оставил нам в своих трудах, посвященных науке остеопатии. В заключении я бы хотел процитировать отрывок из письма, которое он послал мне много лет назад. Я писал ему о некоторых аспектах остеопатии в краниальной области, хотя его ответ мог включать в себя всю физиологию тела в науке остеопатии. Тем не менее, я процитирую его слова так, как он их написал:

Ближе дыхания ко мне находится Создатель краниального механизма.... Ближе всего к пациенту находится Создатель его или ее краниального механизма.... Действиями моих думающих, чувствующих, видящих и *знающих* пальцев *Разумно* управляет Главный Механик, Который сконструировал этот механизм. Не имеет значения, как это можно

интерпретировать, главное, чтобы трамвай нашего разума следовал по своим *Проводам.*

Я хочу повторить: «Не имеет значения, как это можно интерпретировать, главное, чтобы трамвай нашего разума следовал по своим *Проводам*^-

43

Глава 2: Постигая механизм

45

Непроизвольный механизм

Опубликованная запись отрывков лекций, прочитанных в 1976 году в рамках основного курса Краниальной обучающей организации Сазерленда в Милуоки, штат Висконсин.

90

ДАВАЙТЕ ПОГОВОРИМ О природе первичного респираторного механизма, который является простой, основной, первичной, ритмической единицей функционирования. По своей природе он полностью непроизвольный; он включает в себя всю анатомию и физиологию; опытный врач может почувствовать его при помощи пальпации в любой части тела; он обеспечивает физиологические проявления здоровья внутри всей физиологии тела, так же, как и проявления утраты этого здоровья в любой области дисфункции. Его можно использовать как диагностический инструмент, так и как лечебный, и он является проявлением жизни внутри пациента, проявлением, которое врач может использовать при восстановлении здоровья этого пациента.

Первичный респираторный механизм был поделен на пять компонентов с обучающими целями, однако он остается единым функциональным целым. Все эти компоненты являются частью простой, ритмической, первичной единицы внутри физиологии тела. Заметьте, что я не просто сказал «внутри первичного респираторного механизма», но «внутри физиологии тела». Все целое обладает этим фактором. Все подчиняется законам сжатия / внешней ротации и растяжения / внутренней ротации анатомии и физиологии. Все мы полностью зависим от этого простого, ритмического, текучего, подвижного механизма.

Все части тела обладают непроизвольным механизмом. Ваша поясничная мышца, даже если она больна, предназначена для того, чтобы осуществлять внешнюю и внутреннюю ротацию. Ваша ступня предназначена для того, чтобы совершать внешнюю и внутреннюю ротацию 10-12 раз в минуту, не просто из-за наличия первичного респираторного механизма, но потому что этот первичный респираторный

механизм может функционировать только так; вот почему мы должны изучить его правила и способы их регулирования.

Позвольте мне процитировать вам один отрывок, содержащий в себе несколько интересных замечаний, которые я хотел бы особо подчеркнуть. Этот текст был написан Лореном Эйсли (Ьогеп Е1зе1еу) в его книге очерков. Если вы не читали произведения этого автора, вам следует это сделать; если вы хотите научиться правильно проводить пальпацию, прочтите одну из его книг. Когда вы читаете его книги, вы обнаруживаете в них опыт его устаревших исследований. У вас создается впечатление, что вы возвращаетесь назад во времени и присутствуете при описываемых им событиях. Вы можете провести пальпацию вместе с Лореном Эйсли и ощутить этот процесс всем своим существом. Мне кажется, что это будет очень полезно. Вот эта цитата:

Представьте на мгновенье, что вы сделали глоток из волшебного кубка. Поверните вспять необратимый поток времени. Спуститесь вглубь длинного темного колодца, из которого исходит этот поток. Вы очутитесь на самой нижней ступеньке времени, скользя, спотыкаясь и утопая в грязи и тине, из которой вы появились на свет. Пройдите сквозь ворчание и безмолвное шипение из-под последних трех папоротников. Не видя солнечного света и ничего не слыша, плывите в первобытных водах. Поглощайте смутные вкусы, плывущие в воде. Неподвижный в вашем бесформенном изменении остается лишь вид. Скользящие

46

крупицы, соки и трансформации работают в изысканно установленном ритме, целью которого является сохранить вас — целостность, амебовидное существо, содержащее в себе непостижимое будущее. Так происходит с каждым человеком, который идет наверх из вод своего рождения. Даже если в любой момент волшебник, склоняющийся над вами, попросит вас рассказать ему о проделанном вами пути, вы не сможете ответить, хотя вы сохраните об этом ощущения, и это одна из величайших тайн — сила, оказываемая действие на ваше тело. Вы не можете ни описать, как функционирует ваше тело, ни изобразить либо проконтролировать это прядение из танцующих молекул, ни объяснить, почему они предпочитают танцевать таким особым образом, чтобы получились вы, или почему наверху этой длинной лестницы они переходят из одного состояния в другое. Именно поэтому я больше не интересуюсь конечными частицами. Следуйте за ними, преследуйте их до тех пор, пока они не станут безымянными кристаллами белка, повторяющимися на краю жизни. Используйте великую силу своего разума и идите назад до тех пор, пока вы с устрашающим лицом победителя не очутитесь в водородных облаках, из которых родилось солнце. Тогда вы осуществите наивысший обман, который

требует от вас наша аналитическая эпоха. Однако облако будет по-прежнему скрывать в себе тайну, и если это не облако, то небытие. Облако может растаять. Если можно так выразиться, тайна находится в эпохе ночи.

Теперь, после многих периодов развития, наше тело стало тем, чем оно является сегодня. Следуя предписаниям своего происхождения, оно обладает непроизвольным механизмом, который заставляет его двигаться, поддерживать в нем жизнь для того, чтобы наш организм был тем, чем он является, то есть структурой, объединяющей разум и тело, анатомо-физиологическим, функционирующим механизмом. В нашем теле находится много непроизвольных систем — циркуляторная, пищеварительная и так далее, — но лишь один особенный непроизвольный механизм — своеобразный ключ к человеческому телу. Каждая отдельная клетка тела, каждая клетка, находящаяся в жидкостях, в которых она была образована, сжимается и растягивается и осуществляет внешнюю и внутреннюю ротацию 10-12 раз в минуту.

Итак, если мы имеем дело со здоровым пациентом — что бы он ни делал: спокойно сидел, ходил, крепко спал, бежал, находился в активном состоянии или на отдыхе — внутри него находится непроизвольное физиологическое движение функции во всем организме. Нейро-краниальный и сакральный механизм являются частями, на которые мы обратим свое внимание как на проявления этого механизма — этого непроизвольного движения. Однако физиологическое функционирование нейро-краниальной и сакральной осей активности является более или менее подвижной осью той системы, все колесики и ролики которой на всем ее протяжении сделаны для того, чтобы выполнять свою работу, состоящую в сжатии/внешней ротации и растяжении/внутренней ротации. Итак, невозможно отделить нейро-краниальный и сакральный механизмы от физиологии всего тела. Каждый раз, когда мы кладем наши руки на тело пациента, мы имеем дело с самой обширной, самой важной непроизвольной системой в человеческом теле. Каждый раз, когда мы прикасаемся к какой-либо части тела пациента, будь то маленький сустав пальца или же вся нога, нам потребуется настроиться на этот непроизвольный физиологический механизм.

Непроизвольные механизмы — это все то, что часть мозга, принимающая решение, намеревается делать с этой непроизвольной структурой. Я решаю, что мне делать — ходить, стоять на месте или сидеть; я решаю, следует мне говорить, есть или думать (или же думать, что думаю); я принимаю решение делать миллион вещей. Я решаю испытывать эмоции или мысли — все эти процессы произвольны. Они являются теми видами активности, которые мы можем использовать разумно,

пытаясь не оскорбить их, не дать им умереть от голода или переутомить. Мы лишь используем их

47

в обычной повседневной жизни, и как только мы прекращаем использовать их, они просто отступают туда, откуда пришли, и наш непроизвольный механизм продолжает поддерживать нас до тех пор, пока мы снова не дадим указания относительно того, что мы сознательно намерены делать. Именно произвольная часть жизни ведет нас к проблемам, а не непроизвольная.

Когда ко мне на прием приходит пациент, страдающий стрессом или напряжением на любом уровне — будь то ментальная усталость, эмоциональный шок либо физические последствия заболевания или травмы, — когда я спокойно сижу у себя в кабинете и работаю над проблемой этого пациента, когда мои руки спокойно начинают поиск внутри, снаружи и на всем протяжении клеточных структур, фасций, жидкостей и механизмов этого человеческого тела, я осознаю тот факт, что еще до того, как я вступил в контакт с этим механизмом, он автоматически пытался избавиться от этой проблемы при помощи своего непроизвольного механизма. Когда я спокойно помещаю свои руки на этот механизм, я настраиваюсь на него — на непроизвольное физиологическое движение под травмой. Я стараюсь прочувствовать весь этот непроизвольный механизм, внутри которого произошла травма. И затем я пытаюсь работать, достигая равновесие на мельчайшем микроскопическом уровне, что необходимо для нахождения той точки, на которой этот непроизвольный механизм может разрубить цепи, сковывающие его. В этом месте я могу почувствовать наступление незначительного изменения внутри пациента, которое как бы говорит мне: «Да, теперь я могу попытаться как-нибудь разрешить эту проблему», и когда это изменение пройдет сквозь свою точку опоры, свою неподвижную точку, свою точку равновесия, оно перестанет сдерживать непроизвольный механизм конкретной части тела пациента. Это изменение может высунуть свою голову и сказать: «Отлично, теперь я могу приступить к работе», это подобно камню, брошенному в спокойную воду пруда; вы увидите, как волны этой непроизвольной активности начнут распространяться не только с той стороны, на которой вы работаете, но на протяжении всех непроизвольных систем тела — вы лишь сможете почувствовать, как эта активность распространяется по направлению наружу.

После того, как произошло это перемещение, я обнаруживаю, что когда я возвращаюсь назад, чтобы проверить или проследить, как ведет себя произвольно

вызванная травма или процесс, если случай был не очень тяжелым, я обнаруживаю, что этой травмьг там больше нет. При рассмотрении всего этого процесса я никогда не уделяю внимания самому напряжению, до тех пор, пока не пробужу этот непроизвольный механизм. Обычно после того, как это сделано, то, что требуется исправить, очень незначительно, оно практически не существует, и для его исправления требуется приложение весьма незначительного усилия.

А теперь нужно ответить на вопрос, чем является это изменение, происходящее в непроизвольном механизме? Сколько времени потребуется для того, чтобы оно произошло? Это прекрасно проиллюстрировал Ешер (ЕзсЬег), изобразив ступеньки лестницы. Куда идут ступеньки — вверх или вниз? Исследуйте это до тех пор, пока вы не увидите, как они перемещаются. В мгновение ока в вашем восприятии они будут перемещаться, направляясь вверх, а затем вниз. Именно о таком перемещении говорит Эйсли — о несметном числе структур, находящихся между одним состоянием и другим в тех непроизвольных механизмах, с которыми вы работаете. Именно на протяжении этого отрезка времени и происходит такое изменение, за этот период и происходит перемещение. Наша задача как врачей состоит в том, чтобы спокойно настроиться всем нашим существом на понимание этого процесса. Наше понимание исходит из того, что мы не можем объяснить, хотя мы и можем это почувствовать. То, что мы чувствуем, в силу того факта, что мы можем это ощущать, является лишь результатом. Однако, тем не менее, мы знаем, что за это мгновение кое-что происходит. Мы можем наблюдать за тем, что было до, как и за тем, что стало после, и при нашем разумном понимании этого

непроизвольного механизма (поскольку мы изучили все детали физиологического движения каждой части непроизвольного механизма, не только краниосакральные оси, но всю систему), мы должны рассматривать этот механизм в общем контексте функционирования и использования.

Универсальный замысел

Это один из АСПЕКТОВ универсальности в этом краниосакральном механизме и во всей анатомии и физиологии всего тела. Потребовалось примерно десять тысяч поколений или три миллиона лет на то, чтобы построить человеческое тело таким, каким оно является сегодня. С самого начала оно было задумано как произвольный и непроизвольный механизм. Единственной причиной для нашей сегодняшней встречи является то, что все мы являемся продуктом определенного количества поколений

людей, которым удалось выжить. Итак, сама природа позаботилась о том, чтобы механизмы внутри нашего тела продолжали существовать.

Иными словами, основополагающий принцип лечебных искусств (я умышленно не сказал «остеопатической профессии», поскольку это относится ко всем лечебным искусствам) состоит в том, что человеческое тело от макушки и до подошв ступней является прекрасным механизмом, и, не смотря на то, что оно состоит из многих частей, оно задума'но как единое целое; оно представляет собой универсальный функциональный дизайн. Чем яснее мы сможем понять, как функционирует внутри нас этот механизм, включающий в себя как произвольный, так и непроизвольный механизмы, тем точнее мы сможем ставить диагнозы и, конечно, наше лечение станет более профессиональным.

Вчера на факультете речь шла об архитектурных принципах нейро-краниальных костей. У каждого из нас имеются височные кости, у каждого есть затылочная и клиновидная кости, а также две теменные и две лобные. Не важно, кому они принадлежат — они одни и те же в каждом человеке с точки зрения анатомических принципов их функционирования. Мы имеем автоматическую тенденцию при проведении лечения, посмотрев на кого-либо, сказать: «Ах, у него повреждение. Я вижу, что его лицо искривлено от боли, следовательно, это означает, что у него какое-то нарушение в организме». Однако, прежде всего, мы должны подумать о том, как задумано функционирование этой области черепа в этом человеке. Каков нормальный тип состояния здоровья для этого человека? Каков основной принцип работы внутри этого физиологического механизма?

То же самое происходит при лечении травмы руки. Когда кто-нибудь приходит к вам на прием, жалуясь на «теннисный» локоть — воспаление суставной капсулы локтевого сустава, вызванное игрой в теннис (боковой эпикондилит), — в его аппендикулярном механизме образована область напряжения. Прежде всего, мы должны подумать о том, что произошло бы в этом механизме, если бы пациент не пришел ко мне на прием. Что бы произошло с мышцами, каковы основные принципы функционирования мышц руки, предплечья, запястья и плеча? Как задумано их здоровое состояние в данном человеке? И когда мы осознаем это, мы сможем понять, как этот механизм функционирует внутри конкретной проблемы, с которой пациент пришел к вам.

Итак, основной нашей целью в рамках данного курса является не изучение патологий в различных областях тела, о которых мы говорим и на которые кладем наши руки. Наша задача состоит в том, чтобы изучить основные принципы работы этого

механизма. Что предположительно делает тот или иной механизм внутри данного пациента? Вопрос не в том, что именно делают эти механизмы, это лишь диагностический показатель того, что у них, возможно, какая-то проблема. Вопрос в том, что эти механизмы должны делать в данном пациенте. Я говорю не только о

краниосакральном механизме, хотя наш курс сосредоточен именно на нем. Принципы анатомии и физиологии краниосакрального механизма идентичны принципам любой другой системы тела — включая мышечно-скелетную, пищеварительную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Итак, мы должны задаться вопросом, как этот универсальный дизайн проявляется и работает внутри данного пациента. Этот индивидуальный дизайн имеет собственное название у каждого человека, а также индивидуальную структуру у каждого пациента. У каждого человека свой индивидуальный дизайн, в соответствии с которым работает его организм, однако его части также универсальны. Каждый компонент краниосакрального механизма имеет свои принципы, которые с индивидуальными особенностями функционируют повсюду в каждом из нас.

Эти познания значительно расширят наши горизонты, так как мы на этих лекциях занимаемся не поисками патологии, а изучением принципов, заставляющих этот механизм работать. Итак, вы находитесь здесь не для того, чтобы изучать так называемое нормальное состояние здоровья, а чтобы изучать *принципы'* задействованные в так называемом нормальном состоянии для того человека, с которым вам предстоит работать.

| Структура ДНК /

ЕСЛИ БЫ вы могли ИССЛЕДОВАТЬ непроизвольную структуру какого-нибудь человека без препятствий со стороны произвольной структуры, то вы бы обнаружили, что для каждого человека на земле существует свой собственный индивидуальный тип здоровья. Анатомо-физиологический непроизвольный механизм людей от темени и до ступней соответствует структуре, находящейся в них, созданной для них при помощи ДНК, присутствующей, начиная со времени зачатия, и вокруг которой организм строит свой тип здоровья. ДНК снабжена энергией для того, чтобы создать эту структуру. Ей требуется девять месяцев на то, чтобы человек пришел в мир, и 90 лет на то, чтобы он ушел из него, однако все это время непроизвольная структура постоянно перестраивает клетку за клеткой структуру ДНК этого тела, чтобы создать

внутренний механизм, который представляет собой работающую непроизвольную систему.

Когда вы настраиваетесь на организм пациента при помощи своих рук с намерением 'обнаружить проблемы, вы понимаете, что они вызваны произвольным стрессом, заболеванием или травмой — чем-то, что пришло извне. Однако если вы сможете работать с тем, что было нарушено, и сосредоточиться на целостности данной непроизвольной структуры, то вы будете обращаться к самой мощной энергии в мире — к ДНК и ее структуре или шаблону — который говорит вам: «Это то, чем я хочу быть». Такая структура индивидуально предназначена для данной души и данного тела.

Таким образом, когда я кладу свои руки на этот краниальный механизм или на любую другую часть тела, которую я пытаюсь лечить, после того, как я сосредоточу свое внимание на данном механизме, я пытаюсь заглянуть вглубь него, спрашивая себя, что хочет делать этот непроизвольный механизм. Где он находится, и как я могу вынуть его на поверхность для лучшего функционирования? Поскольку мне известно, что он обладает своей энергией, приведенной в действие со времени рождения или раньше, а также и то, что эта энергия доступна, то когда я сосредотачиваюсь на этом, она может пройти сквозь организм и проявиться в той области, лечение которой я провожу. Тогда я вижу, как она высовывает свою голову и говорит: «Все в порядке, босс, я нашла свою нейтральную точку и теперь могу начать работу»; я знаю, что что-то произошло на непроизвольном уровне, и я могу вернуться и проверить то напряжение в произвольном механизме, которое я обнаружил в самом начале. В ходе такого простого процесса фокусирования внимания многие напряжения исправляются самостоятельно.

50

Более глубокие взаимоотношения

ДАВАЙТЕ ПРЕДПОЛОЖИМ» что мы вернулись к себе домой и занялись практикой, поддерживая обычные отношения с пациентами. Мы внимательно изучаем историю болезни пациента, проводим физическое обследование, лабораторные тесты, делаем рентген, обращаемся за консультацией к специалистам, и в конечном итоге ставим диагноз и намечаем программу лечения. Мы можем использовать разные виды лечения или хирургическое вмешательство; словом, мы делаем все, что необходимо для поддержания хороших отношений с нашими пациентами.

А теперь представим себе, что мы хотим установить другой, более глубокий уровень

взаимоотношений — речь идет о более тесном союзе, о более близких отношениях. Давайте вместо обычных объективных взаимоотношений между врачом и пациентом установим немного более субъективный подход; давайте объединим нашего врача и пациента в единое целое.

У врача и у пациента идентичная физиология тела. Внутри их организма находится один и тот же анатомо-физиологический механизм. У этого механизма нет собственного «я», нет имени — его зовут не Бекер и не Джон. У врача, как и у пациента, есть энергетическое начало, которое поддерживает в них жизнь, ментальное начало, обеспечивающее интеллектуальную, а также эмоциональную и духовную способности. Между врачом и пациентом нет различий. У них одинаковое тело — нет абсолютно никакой разницы.

И вы, студенты, и мы, преподаватели — все мы имеем одни и те же механизмы, которые я описал. Ни у кого из нас не будет никакого «собственного я» до тех пор, пока функционирует этот механизм.

51

движение - ключ к диагностике и лечению

Этот документ был представлен в 1979 году на конференции Краниальной Академии, организованной Краниальной Образовательной Организациенй Сазерленда.

ДВИЖЕНИЕ — это НЕ САМА жизнь- Движение — это проявление жизни. Чудо жизни выражается в движении, от потока электронов вокруг ядра и до живых существ, которых мы называем вирусами, бактериями, грибками, растениями, животными и людьми. Жизнь можно обнаружить в море, на земле и в воздухе — возможно, даже в другой вселенной. Человек приспособился к жизни в каждой из этих сред.

В словаре Вебстера (\УеЪ51ег) дается следующее определение движения: «акт или процесс перемещения; прохождение тела от одного места к другому; факт перемещения всего тела или любой из его частей; в механике — комбинация движущихся частей; механизм».

Дорланд (Вог1апс1) дает 30 определений движения. Вот некоторые из них: 1. Процесс перемещения. 2. Активное движение — перемещение, осуществленное при помощи мышц человека. 3. Автоматическое движение — движение, порожденное внутри организма, непроизвольно. 4. Сообщенное движение — производится действием внешней силы. 5. Пассивное движение — любое движение тела, осуществленное под воздействием силы, находящейся вне организма. 6. Рефлекторное движение —

непроизвольное движение, вызванное слабым внешним раздражителем, действующим через нервный центр. 7. Спонтанное движение — порождено внутри организма. 8. Коэффициентное движение — движение головной части тела по отношению к зафиксированной хвостовой части. 9. Броуновское движение — танцующее движение мельчайших частиц, находящихся в жидкой среде. Эти девять определений очень важны для данной дискуссии. Например, восьмое определение: «Коэффициентное движение — движение головной части тела по отношению к зафиксированной хвостовой части» очень ясно определяет то клиническое состояние, которое мы обнаруживаем при травмах типа «удар хлыста» или после сильного падения на ягодицы, при котором заторможенное непроизвольное движение крестца способствует движению головы относительно зафиксированной хвостовой части.

Как врачи мы имеем дело с движением и перемещением внутри каждого конкретного пациента. Когда человек здоров, он не нуждается в наших услугах. Его жизнь и проявляющееся внутреннее и внешнее движение и перемещение, а также его анатомо-физиологические механизмы функционируют в свободном состоянии. Все его системы, как произвольная, так и непроизвольная, работают для того, чтобы поддержать гомеостатический баланс функционирования внутри его организма, и человек реагирует на естественную взаимосвязь и соотнесенность со специфическим окружением внешнего мира движения и перемещения.

Во время обучения профессии врача мы расчленяли то тело, в котором мы живем, анатомически и физиологически. Мы давали названия и описывали функционирование всех частей сложной системы клеток, жидкостей и механизмов частей тела и их движений. Однако на самом деле наше анатомо-физиологическое тело само себя не подразделяет на те многочисленные части, которые известны нам как врачам. Это физическое функционирующее тело никак не определяет свои многочисленные части и действия. У него нет названия, и даже наше имя также не является этим названием. Это безымянное тело, которое мы используем в нашей повседневной жизни, оно постоянно осуществляет простую взаимосвязь, как со своим организмом, так и со своим окружением.

52

»

Это очень важный момент. Как врачи мы нуждаемся в детальном знании анатомии и физиологии, приобретённых нами для расширения области нашей аналитической осведомленности о потребностях пациентов. Тело наших пациентов не нуждается в таком

детальном знании. Жизнь в теле и ее проявляющееся движение и перемещение работают как единый механизм для того, чтобы проявлять здоровье, сопротивляться и побеждать болезни, а также корректировать или приспосабливаться к травмам.

Мы говорим о холистической медицине и о холизме — «философии целостности», однако в современной практике очень часто мы имеем дело лишь с теорией, не находящей своего применения на практике. Мое собственное тело, как и тела моих пациентов — безымянные, поскольку они испытывают на себе холизм — предоставляют мне, врачу, преимущество использовать в своей практике клинически используемые холистические принципы при проведении диагностических и лечебных процедур. Ресурсы как моего собственного тела, так и тел моих пациентов, проявляющееся в них движение и перемещения, как значительные, так и ограниченные, обладающие свойственной им потенцией, позволяют мне как врачу при лечении своих пациентов предоставить возможность физиологической внутренней функции проявить свою безошибочную потенцию вместо того, чтобы использовать слепую силу извне.

Наши безымянные тела обладают другими ресурсами, которые способствуют усложнению, усилению и укреплению всего функционирования наших внутренних и наружных органов. У нас есть имя, которое нам дали наши родители. У нас есть наше эго, разум и эмоции. Эти три компонента — эго, разум и эмоции — также являются проявлениями жизни как движения и перемещения с частотой, отличной от частоты функционирования физической и физиологической структур нашего безымянного тела. Все три компонента являются неотъемлемой частью нашей холистической природы, и их следует включить в наше существование. Эго, разум и эмоции создают области проявляющихся движений и перемещений, способности которых изменяться или варьироваться настолько же многочисленны, насколько различны все люди на земле. Здесь снова наше безымянное тело реагирует и отражает естественную взаимосвязь и соотнесенность с многочисленными переменными величинами этих областей эго, разума и эмоций.

Можно сравнить тело человека, выражающего гнев всем своим существом, с телом человека, выражающего безмятежность и находящегося в состоянии абсолютного покоя и созерцательного безмолвия. Очевидно то влияние, которое оказывает напуганная мать, на своего травмированного ребенка. Однажды ко мне на прием принесли ребенка, который упал с высокого стульчика и находился без сознания. Его мать сидела рядом со мной, пока я проводил обследование малыша. Я аккуратно осмотрел ребенка, пока он был без сознания, и не обнаружил никаких физических повреждений. Тогда я сказал его матери: «Беспокоиться не о чем. С ребенком все в порядке». Она воскликнула: «Слава богу!» и

расслабилась. В то же самое мгновение ребенок как бы отреагировал на ее состояние, закричав и задвигавшись почти нормально. Опасения матери способствовали наступлению неподвижного состояния ребенка.

Мы коротко поговорили об общей целостности проявляющегося движения и перемещения в безымянном теле, способном реагировать на внутреннее и внешнее окружение и отражать его как единицу функционирования внутри себя. Мы добавили к этому многочисленные переменные величины, на которые могут повлиять эго, разум и гип движения и перемещения. Это не является взаимоотношением причины и следствия. Это полностью индивидуальные, со стороны пациента или врача, взаимоотношения, со своим внешним или внутренним окружением.

Существует еще один фактор, который мы должны включить в наш клинический холистический подход, и который является самой жизнью, вызывающей

53

движение и перемещение безымянного тела и различных областей эго, разума и эмоций. Если вы обладаете жизнью как фактором, проявляющимся в движении и перемещении на всех уровнях от крупных движений до малейших электронных уровней в клеточном функционировании или областей эго, разума или эмоций, то следует изучать и развивать жизнь как фактор до тех пор, пока она также не станет частью клинического опыта параллельно с клиническим развитием движения и передвижения как проявлений этой жизни.

Вы можете назвать это Жизнью, Потенцией или любым другим термином, который понравится вам как врачу. Этот фактор присутствует как во мне, враче, так и в каждом живом существе, живущем на земле, — в том числе и в пациентах. Этот фактор жизни может быть разработан и использован врачом при индивидуальной работе с организмом каждого пациента. Интересно отметить тот факт, что отношение врача или пациента к жизни как к фактору также имеет индивидуальную основу, подобно индивидуальной основе безымянного тела. Жизнь находится вне переменных величин эго, разума или эмоций. Она просто есть. Каждый врач, который стремится понять и использовать жизнь как фактор, активно участвующий в клинической практике, должен развить свое собственное понимание и получить необходимый для самообучения опыт. Я не могу научить вас, а вы не можете научить меня, как именно следует включить этот фактор жизни в наше ежедневное использование и в лечение конкретных пациентов. Это нечто такое, чему можно научиться, однако для этого требуется приложение индивидуальных усилий.

Итак, мы поговорили о движении и перемещении в безымянной физиологии тела, и в названной физиологии тела, включающей в себя эго, разум и эмоции. Любое движение или перемещение являются эффектами, которые могут быть либо мыслительными процессами, либо эмоциональными переживаниями, либо физиологическими механизмами тела. Для того, чтобы обнаружить движение или перемещение, необходимо принимать во внимание автоматические, подвижные подвешенные неподвижные точки — точки опоры, которые обеспечивают существование этих движений и перемещений. Врач может почувствовать движение и перемещение при помощи своих сенсорных навыков. Сосуществующие подвижные точки опоры, сосредотачивающие в себе движение, требуют от врача использования его сознательной осведомленности об их существовании. Очень важно для врача знать о существующих точках опоры, а также получить сенсорный опыт движения и перемещения во время проведения диагностических и лечебных программ при работе с пациентами.

Нижеследующие критерии для врача и пациента могут быть обнаружены в физиологическом функционировании тела. Наша безымянная физиология тела обладает четырьмя основными структурами движения и перемещения, пятью сенсорными характеристиками, которые используются врачом при диагностике, а также пятью основными принципами возможных методов лечения.

Четыре основные вида движения и перемещений:

1. Нейро-мышечно-скелетное движение и перемещение; также можно это назвать произвольными механизмами функционирования физиологии тела.
2. Вторичные реберные респираторные механизмы, которые приводят в движение все ткани тела во время респираторных циклов дыхания.
3. Непроизвольное краниосакральное колебание спинномозговой жидкости и всей лимфатической системы с частотой 10-14 раз в минуту в здоровом состоянии при ритмической подвижности и мобильности. Доктор Вильям Г. Сазерленд описал это общее ритмическое движение и перемещение как приливообразный феномен. Это означает, что в любой десятиминутный период вся физиология тела прошла сквозь цикл

• движения со сжиманием и наружной ротацией и растяжением с внутренней ротацией 100 раз. Это мощный диагностический и терапевтический инструмент.

4. Широкое движение типа прилив-отлив, которое происходит примерно шесть раз за

девятисекундный период времени, колеблющийся механизм, который затрачивает приблизительно полторы минуты на осуществление каждого ритмического цикла. Впервые я обнаружил такой широкий прилив в моих пациентах десять лет назад, и я понятия не имею о его источнике или основной природе. Это массивное ощущение прилива с постепенным текучим распространением по всей физиологии тела, а также постепенное отступающее движение, за которым следует другое постепенное массивное распространение в соответствии с ритмическим сбалансированным взаимообменом внутри и на протяжении всей физиологии тела. Я проследил такое движение одновременно в двух пациентах, и в обоих организмах оно присутствовало, но у каждого оно имело свои характеристики. Это мощный терапевтический инструмент, о котором речь пойдет ниже.

Все ресурсы физиологии тела, включающие четыре основных структуры движения и перемещения, реагируют и отражают креативные напряженные состояния нормального функционирования, осуществляемого через непроизвольные мембранные и суставные механизмы первичного респираторного механизма и фасциально-связочные суставные произвольные и непроизвольные механизмы остальной физиологии тела. Эти же творческие напряженные состояния также можно обнаружить в структурах стресса или напряжения, связанных со специфическими проблемами в физиологии тела пациента. Иными словами, необходим баланс реципрокного напряжения для поддержания гомеостатического состояния здоровья, а также для поддержания специфических структур стрессов или напряжений в безымянной физиологи тела.

В дополнение к сознательной осведомленности врача в его распоряжении имеются следующие пять сенсорных способностей для оценки движения и перемещения:

1. Чувство обоняния для обнаружения запахов.
2. Чувство вкуса для обнаружения химических веществ в пище и напитках.
3. Чувство слуха для прислушивания к движению в функционировании * тканей.
4. Зрение для наблюдения за движением и перемещением.
5. Чувство осязания и пальпации, чтобы чувствовать движение и перемещение в безымянной физиологии тела.

Все сенсорные способности даны нам от рождения, и мы используем их без сознательного усилия. Однако мы можем сознательно натренировать любую из них для осуществления более глубокого уровня восприятия. В качестве примера можно привести чувство обоняния производителя духов, чувство вкуса продавца вина или

чая, слух музыканта, кардиолога или специалиста по легким, а также зрение художника.

На то, чтобы действительно развить осязание и навык пальпации, могут потребоваться месяцы или даже годы сознательного углубления познаний и опыта. Потребуется терпение и тренировка на многих пациентах на протяжении долгого периода времени, чтобы научиться чувствовать многочисленные оттенки движения и перемещения в безымянной физиологии тела. Навыки искусства и науки пальпации могут быть усилены в количестве и качестве при помощи обучения сознательно проецировать чувство осязания от сенсорный области мозга сквозь руки при помощи проприоцептивных нервных путей, а также тактильных окончаний, вместо того, чтобы

55

' пассивно ждать, пока сенсорный импульс будет передан от рук к сенсорным центрам в мозгу.

Другим важным фактором является признание того факта, что развитие пальпаторных навыков — это индивидуальный опыт в квантовой механике. Невозможно оставаться беспристрастным наблюдателем. Мы должны быть активными и разумными участниками, разделяющими опыт движения и перемещения на всех уровнях функционирования, от простейшего позиционного движения суставных механизмов до глубокого уровня произвольного и непроизвольного движения и перемещения во всей физиологии пациента.

Чем более чувствительной станет наша «участвующая» пальпация, тем большие познания мы разовьем для оценки способности и ресурсов, присущих произвольному и непроизвольному механизмам нашего пациента, для того чтобы приобрести способность диагностической оценки и обеспечить терапевтические механизмы для лечения многочисленных проблем, с которыми нам приходится сталкиваться как врачам. Преимущества такого метода безграничны.

Концепция движения и перемещения широко применяется в терапевтических дисциплинах, включающих все медицинские и хирургические подходы, психологию, радиологию, физиотерапию, и другие дополнительные виды лечения. Все эти дисциплины основаны на наборе принципов, специально разработанных для использования-в каждой сфере, а также для борьбы со специфическими проблемами при проведении диагностики или клинического терапевтического восстановления здоровья. Наша дискуссия будет являться продолжением описания

того критерия, который мы установили для некоторых основных видов движения, обнаруженных в безымянной физиологии тела, а также для использования врачом своей сознательной осведомленности, своих спроецированных сенсорных навыков и своих сенсорных моторных способностей в соотношении с его пальпаторными обнаружениями как участника.

Терапевтическими принципами, включенными в использование движения и перемещений являются: 1. Преувеличение, 2. Освобождение, 3. Прямое действие, 4. Противоположное физиологическое движение, и 5. Сжатие.

Искусство и наука пальпации с целью диагностической оценки, когда она сознательно служит участником, не может быть отделена от терапевтических принципов, поскольку это синхронный процесс в физиологическом функционировании безымянного тела, когда врач работает с проблемой в пациенте. Причина этого проста. Безымянное тело пациента развило в себе то заболевание, с которым он пришел к нам. Наша внимательная оценка вместе с использованием нашей участвующей пальпации и моторных навыков дает нам опыт структуры движения и перемещения внутри организма пациента. Нашими действиями управляет движение и перемещение. При оценке состояния пациента мы используем принципы, а не техники преувеличения, освобождения, прямого действия, противоположного физиологического движения и сжатия или комбинацию этих принципов для того, чтобы локализовать и сфокусировать свое внимание на специфической природе движения и перемещения в связи с недомоганием пациента. Это также начальные шаги, которые мы делаем при лечении заболеваний. Процесс лечения продвинется на шаг дальше, когда мы попытаемся найти точку или точки равновесия для этого нарушения движения или перемещения, а также когда мы позволим внутренним физиологическим ресурсам и потенциям безымянного тела обеспечить доступные исправления для проводимого в данный момент лечения.

Этапы лечения можно описать следующим образом: Наши руки, наши чувствующие движение пальпаторные навыки, участвующие в квантовой механике, устанавливают определенные точки опоры для безымянной физиологии тела пациента для того, чтобы пробудить и использовать ее движение-и-перемещение — внутренние

ресурсы, чтобы они выполняли работу по исправлению проблем и привели механизмы в здоровое состояние. При помощи сознательной осведомленности, пальпаторных навыков, а также сенсорных моторных навыков мы занимаемся поисками точек равновесия структур движения-и-перемещения для каждого специфического напряжения или напряжений; мы поддерживаем ткани на участках этих точек равновесия; мы чувствуем как ткани и жидкости проходят сквозь период напряженного состояния для разрешения проблемы; мы узнаем о наступлении периода спокойствия, о неподвижности, перемещении равновесия реципрокного напряжения или специфических точек опоры для данной проблемы; и мы чувствуем едва уловимое разрешение проблемы в тканях и восстановление здоровья, которое следует за исправлением. Физиология безымянного тела сделала всю работу, возможную для лечения на данный день. В зависимости от потребностей пациента можно проводить лечение одного или нескольких участков тела.

Эти пять принципов лечения являются именно принципами, а не техниками, поскольку применение любого из них или их комбинации побуждают физиологию тела к действию. Какие ресурсы задействованы? Любое расстройство изменяет четыре основных структуры движения и перемещения: нейро-мышечно-скелетное произвольное движение, вторичные реберные респираторные механизмы, ритмическое непроизвольное колебание спинномозговой жидкости и лимфатической системы, а также обширное Движение типа прилив-отлив, имеющее ритмический цикл, равняющийся одной с половиной минутам. Именно эти ресурсы, а, возможно, намного больше обеспечивают нам те инструменты, которые необходимы для диагностики и лечения с использованием пяти лечебных принципов.

И здесь снова будет интересно проверить, что когда мы достигли точки или точек равновесия и поддерживаем ткани так, чтобы они прошли сквозь лечебный цикл, творческие напряженные состояния безымянного тела демонстрируют преувеличение, освобождение, прямое действие, противоположное физиологическое движение и сжатие или их комбинацию изнутри самого тела, когда оно пытается пройти и проходит сквозь спокойный период исправления — перемещения равновесия реципрокного напряжения. Безымянное тело внутри себя использует тот же самый набор принципов, которые мы как врачи употребляем для обнаружения точки равновесия, позволяющей телу пройти сквозь лечебный цикл.

Короткое замечание относительно обширного приливообразного движения и перемещения как терапевтического инструмента. Не всегда легко его почувствовать в каждом пациенте. Если его можно проследить, оно является более мощным эщущением

текучего распространения приливообразных жидких волн, проникающих в узелки мембранных и фасциальных оболочек на протяжении всего тела. Если вы Зывали на морском берегу и видели накатывающиеся волны прилива, заполняющие все эухточки и трещины в прибрежных скалах, вы получите представление об этом типе обширного функционирования прилива. Во время стадии отлива волны отступают от мембранных и фасциальных узелков и снова возвращаются во время следующего 1риливного ритмического цикла. Это мощный терапевтический инструмент, поскольку зрач может почувствовать, как на протяжении десятков или сотен минут происходит мембранная суставная и фасциально-связочная суставная коррекция — соединительная гкань обогащается от некоторого источника, который приводит ее в рабочее состояние 5 самой эффективной фазе жизненного функционирования. Используя наши участвующие пальпаторные и сенсорные моторные навыки, можно научиться)бнаруживать и использовать этот широкий прилив, не обязательно при проведении течения каждого пациента, но часто достаточно для того, чтобы сделать его проявления штересными и продуктивными. '

В заключении я хочу сказать, что оба мы — я как врач и мой пациент как шчность — одарены жизнью, которая проявляется в движении и перемещении. Мы

57

испытываем на себе ресурсы этого дара на всех уровнях нашего организма — в нашей духовной осведомленности, в нашем эго, разуме, эмоциях и функционировании безымянного тела. Очевидно, что мы как врачи можем использовать это проявляющееся движение и перемещение в качестве ключей к диагностике и лечению наших пациентов. Мне бы хотелось закончить эту лекцию, задав вам вопрос: «Что является ключом к движению?»

58

Эндрю Тейлор Стиля: врдч — ИНЖЕНЕР — ГУМАНИСТ

Этот документ был представлен в 1985 году на мемориальных чтениях, посвященных Скотту в Керксвше, штат Миссури.

90

НАУКА ОСТАОПАТИЯ занимается изучением человеческого тела, когда оно функционирует в здоровом состоянии.

Врач

Доктор Эндрю Тейлор Стилл объявил об открытии науки остеопатии 22 июня 1874 года. Это произошло после многих лет интенсивных изучений, наблюдений,

скептицизма, горя, связанного со смертью его родственников, и работы фронтовым врачом на Среднем Западе во время гражданской войны. Неудовлетворенный медицинскими средствами своего времени он занялся поисками нового, жизненного знания о детальном анатомо-физиологическом функционировании всех структур человеческого тела. Его лабораторией были его пациенты, которых он лечил в своей повседневной практике, а также наблюдения, которые он сделал над животными формами фронтовой жизни. Его «открытие» было накоплением и синтезом исследования всей его жизни.

Спустя двадцать пять лет он опубликовал свою автобиографию, в которой подтвердил свое открытие науки остеопатии как жизнеспособный жизненный опыт внутри каждого человека, который ищет возврат к здоровью. Роль доктора Стилла в этом процессе заключалась в его детальных познаниях в области анатомии и физиологии, функционирующих в здоровом состоянии для каждого человека, а также в его способности использовать свои руки и навыки для направления ресурсов живых механизмов пациента к возврату здорового функционирования в качестве реакции на потребности пациента.

В 1910 году после 35 лет остеопатической практики доктор Стилл опубликовал свою книгу *«Остеопатия: Исследование и Практика»*[в] которой снова подтвердил все истины, обнаруженные в 1874 году. В этой книге речь идет о понимании анатомии, физиологии, врожденной жизненной силы в каждом живом существе, а также об использовании врачом этих принципов анатомии и физиологии внутри живого пациента для восстановления здоровья. Тридцать пять лет он занимался испытанием этих принципов. Доктор Стилл знал основную анатомию и физиологию живого тела, мог изобразить в своем уме механизмы здоровья в каждом человеке, а также развить квалифицированный мануальный корректирующий подход к физиологии тела пациента, чтобы управлять ее возвратом к здоровому функционированию. Доктор Стилл знал эти принципы и, что более важно, использовал их и наблюдал за результатами — возвратом здоровья внутри и снаружи в пациентах, обращавшихся к нему за помощью.

Принципы, которые доктор Стилл открыл НО лет назад, в 1874 году, применимы и актуальна по сей день, в наш 1985 год. Термину «принципы» словарь дает следующее определение: «1) Первичный источник, первопричина, причина чего-либо, 2) естественная или подлинная тенденция или дарование». Эти определения описывают фундаментальные концепции, которые выдвигал доктор Стилл.

Чтение работ доктора Стилла оказывает освежающее воздействие, и в них легко обнаружить сотни цитат, касающихся прямого, индивидуального общения между доктором Стиллом и его пациентами. Открытия доктора Стилла предоставили ему понимание того факта, что эти активные принципы и концепции неотъемлемо живы в мозгу, в теле и душе каждого пациента; что первостепенной задачей для врача является

59

«обнаружение здоровья» в каждом человеке, «который может обнаружить у себя заболевание»; что ресурсы живого тела доступны для проницательного врача, использующего представление в уме и пальпаторные навыки для оценки физиологии тела в здоровом состоянии, так же как и при травме; что живое тело пациента обладает свойственными ему инструментами, при помощи которых можно стимулировать и вызывать самозаживляющие принципы, доступные изнутри пациента.

Инженер

Хочу процитировать отрывок из предисловия к книге доктора Стилла *«Остеопатия: Исследование и Практика»:*

Остеопатия основана на совершенстве работы Природы. Когда все части человеческого тела находятся в хорошем состоянии, мы здоровы. В противном случае возникает заболевание. Когда части тела выправляются, болезнь уступает место здоровью. Работа остеопата состоит в приведении тела из ненормального состояния к нормальному; после этого ненормальное состояние уступает место нормальному и результатом нормального состояния является здоровье.'

В этих словах выражена мечта инженера о живой машине, способной оставаться в здоровом состоянии на протяжении многих десятилетий, о машине, доступной для использования инженера. Каждое прожитое десятилетие несет с собой изменение «нормального» состояния здоровья для определенного периода, в который наблюдается пациент. С точки зрения инженера, что является здоровьем для данного мужчины или женщины в возрасте от 13 до 19 лет? Как оно изменяется в этих же людях, когда им исполняется тридцать или сорок?

Нормальное здоровье физиологии тела — это такое состояние жизни, которое не поддается определению. Нормальное и есть нормальное, и оно является жизненным опытом и принципом. Если нормальное состояние здоровья нельзя

определить, его можно описать как два уровня функционирования: первый уровень — это основная непроизвольная подвижность и моторика в физиологии тела на протяжении всей жизни, а второй — произвольная подвижность в физиологии тела в нашей повседневной жизни. Движение — это не сама жизнь. Движение — это проявление жизни. Инженер-врач обладает преимуществом исследовать как непроизвольную, так и произвольную мобильность в физиологии тела пациента и определить качество механизмов здоровья в этом человеке. Иными словами, проявление «нормального» состояния изнутри организма пациента обеспечивает те движение и функцию, называющиеся здоровьем, чтобы продемонстрировать себя наблюдающему инженеру. Так как целью каждого пациента является возвращение к нормальному состоянию, очень важно, чтобы врач знал, чем является здоровое функционирование для организма пациента, который обратился к нему за помощью.

В приведённом отрывке из книги доктора Стилла акцент делается на нормальном состоянии здоровья в живом человеческом теле. Во всех работах учёного внимание фокусируется на здоровье. Вторым уроком, который следует извлечь из данной цитаты, является тот факт, что наличие любого заболевания и/или травмы в физиологии тела является лишь следствием, отклонением от нормального положения и функционирования в тех областях, в которых было обнаружено это заболевание или травма.

Здоровье является живым принципом живого тела, и ему нельзя дать определения. Причина и следствие являются принципами физиологии тела, которые могут быть определены при наличии заболевания или травмы.

Например, у пациента было обнаружено растяжение лодыжки с возможным разрывом связок. Лодыжка испытывает симптомы, ее функционирование нарушено,

60

однако это лишь следствия, а не причина заболевания. Возможно, пациент пытался опереться при падении вытянутой рукой или руками. Вероятно наличие отклонений от нормального состояния на некоторых участках тела пациента, и каждый из этих участков представляет собой причину, способствующую конечному развитию растяжения связок лодыжки. Возможно, это был ненормальный вывих колена или вертлужной впадины правой или левой ноги, растяжение поясничных мышц или же

связочное суставное растяжение руки или кисти от удара о землю во время падения. Накопленные результаты всех этих отдельных участков тела в сумме являются общей причиной поражения лодыжки. Каждый из этих участков должен быть оценен, и следует назначить восстанавливающее лечение для улучшения здорового функционирования на затронутых участках, также как и на лодыжке. С возвратом нормального состояния здоровье снова проявится в лодыжке, и даже оборванные связки осуществят более полное восстановление функционирования в тканях.

Заболевание является другой формой отклонения от здоровья и, подобно растяжению связок лодыжки, также лишь следствием. Болезнь может принять множество форм, от длительных проявлений, таких как ревматоидный артрит, который длится годами, до относительно коротких заболеваний, таких, как долевая пневмония. Больное легкое в случае долевой пневмонии не является причиной чего-либо. Это ряд следствий, которые образуют специфическую структуру как отклонение от нормального состояния. Здоровье возвращается в легкие, когда все проявления устранены. Для того, чтобы оценить степень восстановления и назначить лечение для исчезновения причины состояния болезни, нужно работать на участках физиологии тела, которые позволили легкому понизить сопротивляемость к заболеванию, а также позволили развиться структуре, названной долевой пневмонией. Следствие — это больное легкое. Необходимо обнаружить участки причины, которые способствовали наступлению этого результата, в жидкостях, в мышцах и в сочленениях костей, которые контролируют кровоснабжение легкого, венозный и лимфатический дренаж от легкого и грудной клетки, автономную нервную систему, контролирующую вторичные респираторные механизмы, колебание органов выделительной системы, а также пробуждение иммунной системы, влияющей на больное легкое. Иными словами, действие восстанавливающего лечения должно быть направлено сквозь участки причины для восстановления здоровья в области проявления заболевания, а не просто для устранения симптомов.

Каждый год выходят из печати буквально сотни книг и газет, посвященных комплексам симптомов, клиническим синдромам, описанию состояний болезни, диагностическим и лечебным программам для лечения травматических случаев, а также советам для сохранения здоровья. В этих книгах содержатся многочисленные законы, принципы и концепции, объясняющие сущность этих расстройств. Термин «причина» служит в качестве опоры другим объяснениям обсуждаемой клинической проблемы. Опубликованный материал обоснован в рамках познаний его автора. На

сегодняшний день существует бесконечное множество всевозможной информации.

С другой стороны, доктор Стилл предлагает вниманию врача-инженера два основных принципа, исходя из своего открытия, сделанного в 1874 году: 1) Принцип здоровья в физиологии живого тела в костях, тканях и жидкостях; 2) Признание того факта, что болезнь и/или травма являются лишь последствиями и подчиняются принципам причины и следствия в физиологии тела в костях, тканях и жидкостях. Для того чтобы понять доктора Стилла, необходимо осуществить на практике его работу такой, какой он открыл ее, и использовать те принципы, которые он провозгласил.

Гуманист

«Гуманист — это человек, посвятивший себя улучшению благоденствия человечества, особенно благодаря устранению боли и страданий». Применяя это

61

определение, данное словарем, к доктору Э.Т. Стиллу, необходимо его углубить, добавив к нему следующую фразу: «особенно благодаря восстановлению здоровья изнутри».

Работа доктора Стилла началась в тот час, когда он отвернулся от неэффективных лечебных методов своего времени. Описывая свое открытие науки остеопатии 22 июня 1874 года, он заявляет:

...Я был опустошен — не в сердце, но во вместилище разума. Этот свод был тогда в очень жалком состоянии для того, чтобы в него проникла стрела, несущая принципы остеопатии. ... Часть того дня я провел в одиночестве, размышляя над этим, и тогда при помощи силы разума я понял, что слово «Бог» означает совершенство во всем и везде. С этого дня я начал проводить тщательное исследование при помощи микроскопа разума, чтобы доказать утверждение, которое часто делают, о том...что совершенство Божества может быть доказано его работой.[2]

Доктор Стилл взял на себя задачу проводить исследования, экспериментировать, изучать, тестировать, думать, чувствовать и работать со всеми скрытыми факторами, которые заключают в себе принципы науки остеопатии. Это был неожиданный прорыв для человека, который перешел от «устранения боли и страдания» к «восстановлению здоровья изнутри».

Существует много аспектов знания и понимания, которым можно научиться у физиологии *живого* [тела] пациента. Существует множество *живых* Диагностических и лечебных навыков, которые могут быть использованы в связи с развитием чувствительной координации *у/сивого* [в]Р[ача]> работающего с *живым* пациентом для

достижения восстановления здоровья.

Я умышленно делаю акцент на слове *снсивой*- Открытие доктора Стилла включает в себя признание того факта, что человеческое тело — это машина, управляемая невидимой силой, зовущейся Жизнью. Именно «жизнеспособность» человеческого тела позволяет ему реагировать на тесты, техники и инструменты медицинской науки, от высоко технических достижений в области компьютеризированных измерительных приборов и магнитного резонанса изображения до развития вакцин, которые уничтожили некоторые неизлечимые болезни человечества, усовершенствованных антибиотиков и других лекарств, тонкой хирургии на сердце и так далее. За последние шесть-десять лет было сделано больше всевозможных достижений, чем за последние 50 лет. В результате этих достижений были спасены многие тысячи жизней.

Медицинская и остеопатическая науки не состязяются друг с другом. Обе они зависят от «жизнеспособности» человеческого тела, с присущим ей жизненным принципом. Ни одна из них не смогла бы получить реакцию на любую диагностическую или терапевтическую меру, если бы эта «жизнеспособность» внутри человеческого тела не предоставила бы такую реакцию. Качество этой «жизнеспособности» влияет на достигнутые результаты. Например, определенная доза данного лечения будет плохо соответствовать телу пациента с пониженной жизнеспособностью. Только относительно здоровое тело будет правильно реагировать на любое лекарство, использованное в ходе диагностической или лечебной программы. В качестве другого примера я расскажу о пациенте, которого я лечил много лет назад. Этот человек перенес серьезный приступ ревматоидной атаки, после которой у него осталось клапанное расстройство, о котором свидетельствовал шум. Когда повседневная «жизнеспособность» пациента была хорошей, то этот шум был слышен громко и отчетливо. Но если его жизнестойкость была низкой вследствие различных злоупотреблений его образа жизни, шум слабел до такой степени, что был едва различим. После проведения сстеопатического лечения по восстановлению

62

«жизнеспособности» до здорового состояния, его шум снова стал звучать с полной силой. Этому пациенту потребовалось сильное сердце для производства хорошего

шума. Оба эти примера демонстрируют тот факт, что «жизнеспособность» является функцией в физиологии тела, которая может быть оценена и использована живым врачом в работе с живым пациентом.

При рассмотрении случаев применения науки остеопатии подумайте о тысячах случаев травм типа «удар хлыста», которые были вылечены, и о роли остеопатического лечения при подготовке пациентов к хирургическим операциям — о пред- и постоперационном лечении для упрощения возврата к здоровью при помощи использования внутренних ресурсов пациентов. Вспомните об остеопатическом лечении тысяч травматических случаев со значительными и, гораздо чаще, с незначительными поражениями, которые ухудшают нормальное состояние здоровья пациента. Подумайте об остеопатическом лечении, доступном сотням пациентов с различными расстройствами, людям, которым другие врачи сказали: «Ваше заболевание неизлечимо». В данных случаях остеопатическая диагностика и лечение продемонстрировали тот факт, что «жизнеспособность» функционирования физиологии тела, несомненно, обладает необходимыми ресурсами для того, чтобы пробудить здоровье изнутри.

В трудах доктора Стилла присутствует невидимое качество, которое сложно определить или обсудить, но о котором следует поговорить и преобразовать его в научный опыт в повседневной практике врача. Определение, данное слову «гуманист», может в некоторой степени объяснить это качество медицинской помощи. До осуществления своего открытия доктор Стилл работал врачом на благо человечества, «особенно устраняя боль и страдания» снаружи и внутри, используя медицинское искусство и науку своего времени. Как гуманист он не был удовлетворен достигнутыми результатами и занялся поисками ответов и навыков, при помощи которых он мог бы повысить свой профессионализм. К моменту его открытия «кое-что произошло», невидимый фактор, шаг в неизвестность. Качество его жизни как врача изменилось, трансформировалось, могу ли я использовать слово «преобразование», чтобы объяснить то, что произошло? Вследствие этого безмолвного «события» он стал гуманистом, чьей первой задачей было служение человечеству «при помощи восстановления здоровья изнутри». Сам он понял значение и опыт «жизненной силы» как в себе самом, так и внутри своих пациентов как некое единое жизненное целое. Он признал это качество «жизнеспособности», данное ему без вопросов, и как врач, инженер и гуманист заставил его служить себе в познании и использовании в своей повседневной практике.

В момент открытия произошло нечто, что случалось сотни раз с людьми, работающими в различных областях науки. Это часть процесса исследования тех самообучающихся людей, которые старательно ищут ответы на интересующие их вопросы. Такие открытия наступают в непредсказуемый момент, независимо от воли человека.

Доктор Стилл подарил миру науку остеопатию и два ясных основных принципа, которые могут быть использованы для служения человеческим потребностям: 1) принцип здоровья в физиологии тела, который может быть использован самостоятельно, и 2) принцип причины и следствия, который может быть использован при лечении заболеваний и/или травм физиологии тела там, где любая проблема является только следствием, которое может быть диагностировано и вылечено через участки причины для восстановления процессов здоровья. Оба принципа доступны для использования живым врачом при работе с живым пациентом.

Следующая цитата из книги доктора Стилла предоставляет нам понимание глубины его знаний, а также значимости его опыта работы:

63

Я совершенно убежден в том, что Бог, как разум природы, доказал свою способность планировать (если это необходимо) и устанавливать или предоставлять свои законы, без структур, для несметного числа видов живых существ; и основательно наделять их для потребностей жизни двигателями и батареями движущей силы, находящимися в действии. Каждая часть тела полностью оснащена для выполнения своих обязанностей, она обладает возможностью отбирать и присваивать из великой лаборатории природы те силы, которые необходимы ей, чтобы выполнять свои обязанности в соответствии с принципом жизненной экономии. Короче говоря, всезнающий Архитектор сделал и пронумеровал каждую часть, чтобы она точно соответствовала своему месту и выполняла свои обязанности в каждом здании животной жизни, в то время как солнце, звезды, спутники и кометы подчиняются вечному закону жизни и движения.[3]

Вот почему знание врача, способности инженера и реакция гуманиста по отношению к здоровью являются универсальными ключами к работе, данной нам доктором Эндрю Тейлором Стиллом.

1. А.Т. 8Й11, Оз1еора1пу: КезеагсЬ апо! Ргасйсе, р. VII.
2. А.Т. ЗИП, АигоЪю§гарпу, р. 258. [

3.Пж1.,р. 148.

64

Неподвижные точки

Опубликованная запись дискуссии, состоявшейся в 1986 году па факультете развивающих программ Краниальной Образовательной Организации Сазерленда в Филадельфии, штат Пенсильвания.

80

БЫ СПРОСИЛИ МЕНЯ о ТОМ' что происходит в неподвижной точке. Это хороший вопрос, и я постараюсь внести некоторую ясность, однако это не будет ответом, так как на данный вопрос в принципе не существует ответа.

Перемещая относительное функционирование рычага через точку опоры, вы проходите через неподвижную точку. Вы создаете абсолютный взаимообмен между двумя концами рычага.

А теперь не упустите эту возможность; однако я отказался от использования неподвижных точек; они не являются целью моего лечения. Я даже прекратил их поиски. Я обнаружил миллион неподвижных точек — до, во время и после... и, в конце концов, я отказался от этого. Я просто ушел с этой дороги настолько далеко, насколько нужно, что бы ни случилось.

Неподвижная точка является физиологическим уравновешенным действием, сквозь которое проходит физиология тела любого пациента. Она может образоваться в любое время, везде и любым способом. Вероятно, она образуется спонтанно в пациенте во время спокойного сна или чего-то в этом роде. Это попытка тела освободиться и стать полностью подвижным механизмом. Во время лечения она представляет собой заметное событие, которое врач может обнаружить, и которое происходит в физиологии тела, но не такое, которое он обдуманно ищет или пытается оценить. Это анатомо-физиологическое изменение, которое осуществляет тело, и как врач я ничего не могу с этим поделать. Мне даже не нужно это признавать. Тот факт, что это имеет место, указывает нам на то, что физиология тела решила использовать это, а я лишь простой наблюдатель, а не искатель цели.

Часто неподвижные точки могут образовываться прямо на ваших глазах, однако также вы часто можете наблюдать за тем, как они образуются на некоторой дистанции. Вы спокойно работаете с пациентом, прислушиваетесь к некоторым его областям и внезапно вы осознаете, что нечто происходит где-то в другом месте. Вам следовало бы работать, используя эту неподвижную точку для того, чтобы это произошло. Но вы не находились в той области, когда установили место работы. Вы можете знать о том, что изменение произошло, что нечто прошло сквозь неподвижную точку, однако инициатором этого были не вы.

65

Сидя со своим механизмом

Опубликованная запись лекций, прочитанных в 1976 году в рамках основного курса Краниальной Обучающей Организации Сазерленда в Милуоки, штат Висконсин.

Опыт внутреннего восприятия

ДАННЫЙ КУРС мы начали с разговора о наружных костях черепа, затем направились внутрь сквозь реципрокно напряженную мембрану, поговорили о свертывании и развертывании центральной нервной системы и ввели поток спинномозговой жидкости в нейро-краниальный механизм. Мы увидели, что этот механизм обладает способностью делать некоторые вещи и создавать некоторые структуры — искривления, наклоны в сторону и ротации вертикальных и боковых напряжений, а также компрессии. Мы обнаружили, что он может иметь специфические мембранные суставные напряжения, и что он имеет огромное множество суставов, а сегодня мы детально рассмотрели его.

А теперь на несколько минут мне бы хотелось, чтобы вы выпрямились на своих стульях 'и настроились на себя самих; сейчас мы повернем вспять процесс обучающей программы этой недели. Я хочу, чтобы вы очень спокойно и без усилий вдумчиво осознали колебание спинномозговой жидкости, которое происходит в вашей голове — колебание потока жидкости. Спокойно почувствуйте цереброспинальную жидкость, фундаментальный принцип первичного респираторного механизма. Независимо от того, сможете вы её почувствовать или нет, просто знайте о ней. Я не требую от вас действительно почувствовать её, просто знайте, что это поток жидкости, который ритмически колеблется, прибывая и убывая, подобно приливам и отливам в океане, входя и выходя из всего краниосакрального механизма, проходя по нервам черепа, позвоночника, вливаясь и становясь частью лимфатической системы — все ваше тело становится проводником спинномозговой жидкости.

А теперь посмотрите, как этот поток жидкости колеблется на точке опоры Сазерленда. Представьте, что вы находитесь на этой точке опоры и посмотрите, как твердая мозговая оболочка двигается вперед, как и серповидная структура головного мозга, мозжечковый намет, седла диафрагмы и посмотрите, как она спускается вдоль нервной трубки к крестцу. Все это является частью этой твердой мембраны, расположенной на внутренней стороне мозгового черепа. Почувствуйте, как она колеблется вперед-назад внутри вашего собственного механизма и внутри механизма

каждого человека. Во всех нас происходит одно и то же, нет никакого различия.

Посмотрите, как центральная нервная система ритмически сворачивается и разворачивается, а височные доли оборачиваются вокруг. Происходит общее движение вперед поверх теменных долей по направлению к лобным долям, к некой точке опоры, если вам будет угодно так это назвать. Сворачивание и разворачивание движется к третьему желудочку и от него. Посмотрите на расширяющиеся и сужающиеся ствол мозга и мозжечок; посмотрите на спинной мозг, спускающийся от ствола мозга. Почувствуйте, как поток жидкости влияет на центральную нервную систему, ритмически, в унисон влияя на реципрокно напряженную мембрану.

А теперь постарайтесь быть осведомленным обо всех этих единицах, которые слегка раскачивают сфенобазилярный синхондроз, приводя его в сжатое и растянутое состояние, височные кости — во внутреннюю и внешнюю ротацию, теменные, фронтальную (фронтальные) и лицевые кости — во внутреннюю и внешнюю ротацию. Почувствуйте крестец; почувствуйте натяжение твердой мозговой оболочки на крестце.

66

Почувствуйте, как сакральное основание движется назад во время сжатия сфенобазилярного синхондроза и вперед во время сфенобазилярного растяжения. Почувствуйте, как работает весь механизм в целом.

Изучите эту вещь от костного скелета внутри, как целый непроизвольный механизм внутри нас, а затем вернитесь туда, откуда начали вместе с жидкостью, центральной нервной системой, реципрокно напряженной мембраной и костным скелетом. Почувствуйте влияние на протяжении всех фасций тела, сжатие-растяжение у основания черепа, побуждающее фасции шеи направляться во внешнюю и внутреннюю ротацию, подобно рукам, ногам и тазу. Все части вашего тела осуществляют внешнюю или внутреннюю ротацию, сжимаются или разжимаются. Почувствуйте, как работает это единое целое. Спокойно. Без усилий. Этот самый мощный механизм является динамическим, целым механизмом, работающим для здоровья. Спасибо за внимание.

Медитация

СЕГОДНЯ УТРОМ я сделаю кое-что, чего раньше никогда не делал, — не знаю, будет ли это работать или нет, но попробовать стоит. У нас в Далласе существует довольно большое количество групп, занимающихся йогой, а поскольку входящие в них люди

являются западными людьми, которые пытаются сидеть в не западных позах, то они часто приходят ко мне с физиологическими напряженными состояниями, которые стимулировались от попыток сидеть и медитировать в течение определенного периода времени. Я говорю не об упражнениях йоги, но о сидении для медитации. Однако также я встречался, по меньшей мере, с двумя людьми, лидерами групп медитации — экспертами по сидению в позе, названной в йоге медитацией, и я верю в наличие физиологической причины для того, почему они используют эту позу.

Когда они сидят в позе лотоса, они делают это таким образом, что сидят не на своих ягодицах, как вы сейчас — оперевшись на стул и переложив давление на крестец, упертый в сиденье, и ограничивая первичный и вторичный респираторные механизмы. Вместо этого они сидят, вытянувшись вверх и наклонившись вперед, держа позвоночный столб прямо, сидя на бугристостях седалищных костей и бедрах. Что они при этом делают? Они подвесили в воздухе свой первичный респираторный механизм — и весь этот механизм от краниального свода до крестца буквально подвешен в пространстве.

Поскольку непроизвольный механизм ритмически колеблется из стороны в сторону, жидкости, реципрокно напряженная мембрана, центральная нервная система, а также суставный механизм могут находиться в таком подвешенном состоянии и позволять потенции в спинномозговой жидкости питать каждую отдельную клетку тела. Это позволяет реципрокно напряженной мембране легко покачивать фасции, приводя их в ротацию сжатия-растяжения и обратно; это позволяет костям, связкам, центральной нервной системе и всем остальным органам перемещаться и изменять свою структуру на микроскопическом уровне, что позволяет им переместиться обратно к более нормальному физиологическому механизму. Они практически находятся в состоянии самолечения, когда они находятся в таком позе; они делают этот механизм живым фактором функционирования.

А теперь сидя на стульях, поставьте ступни на пол, выпрямите спины и наклоните туловище слегка вперед, так, чтобы вы сели на ваши кости таза, и совсем не отклоняйтесь назад на спинку стула. Затем спокойно, на мгновение закрыв глаза, подумайте о мощной спинномозговой жидкости, ритмически сокращающейся и расширяющейся. Это внутреннее ощущение — спокойно внутри себя попытайтесь почувствовать, как эта жидкость доходит до неподвижной точки, расширяется, затем

67

подходит к неподвижной точке и убывает, далее она подходит к неподвижной точке и

расширяется, подходит к неподвижной точке и снова убывает, делая это ритмически каждые пять или десять секунд. Соедините это ощущение с покачиванием из стороны в сторону реципрокно напряженной мембраны, фокусируя внимание на прямом синусе, точке опоры для реципрокно напряженной мембраны. Не беспокойтесь относительно концов рычага, смотрите на точку опоры. Сосредоточьте свое внимание, не ментальный разум, но осведомленность, на реципрокно напряженной мембране и на точке опоры Сазерленда. Спокойно. Спокойно. Будьте неподвижны ... и прочувствуйте *эту* жизнь в движении.

69

Глава 3: Поток спинномозговой жидкости

71

Спинномозговая жидкость

Материал лекции 1977 года.

во

Понимание спинномозговой жидкости в анатомической физиологии всего организма . дает материал, богатый анатомическими, физическими потребностями, и что более важно, философскими представлениями. Д-р Э. Т. Стилл утверждал, что «... спинномозговая жидкость - это наивысший из известных элементов, которые содержатся в теле, и если мозг не будет вырабатывать эту жидкость в достаточном количестве, болезненное состояние организма будет сохраняться. Тот, кто способен рассуждать, может понять, что эта великая река жизни должна сразу выпускать жидкость и орошать искусственное поле или же урожай здоровья будет погублен». [1] У. Дж. Сазерленд добавлял, что артериальный поток является самым главным, но спинномозговая жидкость руководит, и ее флюктуацию внутри естественной полости можно наблюдать при помощи пальпации. Ключ к пониманию спинномозговой жидкости заключается в том, что врач может *использовать* ее как при диагнозе, так и при лечении в виде паттернов ее флюктуации и более важно, -как анатомофизиологическую сущность внутри живого тела при интегрированной функции со всем организмом. Можно сказать: что при изучении спинномозговой жидкости и паттернов ее флюктуации мы имеем дело с перезаряжающейся батареей жизни и здоровья в физиологии человека.

Анатомическое обсуждение

74

Открытие спинномозговой жидкости обычно приписывается Доменико Котуньо (Вотешсо СоШ§по), но первое серьезное исследование в спинномозговой жидкости было проведено в 1825 году французским физиологом Франсуа Маженди (Ргапсо1з Ма§епсне). В настоящее время большинством исследователей принято считать, что основная часть спинномозговой жидкости вырабатывается сосудистыми сплетениями, однако, пока еще остаются вопросы, образуется ли она при секреции или при диализе. Также имеются доказательства того, что небольшое количество спинномозговой жидкости вырабатывают церебральные структуры в периваскулярных областях и из структур в центральном канале ствола спинного мозга.

Сосудистые сплетения - это пучок мелких капиллярных сосудов сосудистой ткани в форме бахромы, которые покрыты очень тонким слоем клеток однослойного эпителия. Другими словами, ложе капилляров сосудистых сплетений прямо не соприкасается со спинномозговой жидкостью, а отделено от нее тонкой перегородкой из клеток эпителия. Сосудистое сплетение находится в каждом желудочке мозга. Венозный дренаж для сосудистого сплетения бокового и третьего желудочков идет по пути большой церебральной вены Галена, которая проходит через соединение серпа мозга с палаткой мозжечка) - точкой опоры Сазерленда, реципрокного напряжения мембраны. Венозный дренаж сосудистых сплетений в четвертом желудочке проходит по пути других венозных синусов внизу затылочной части основания черепа.

В настоящее время циркуляция спинномозговой жидкости определена радионуклидными исследованиями. Эти исследования показывают поток спинномозговой жидкости из боковых желудочков через отверстие Монро в третий желудочек: вниз по церебральному сильвиеву водопроводу в четвертый желудочек и из четвертого желудочка через отверстие Маженди в верху этого желудочка в большой резервуар или через два боковых отверстия Лушки (Ьизспка) в боковые углубления. Из этих трех отверстий в четвертом желудочке движение спинномозговой жидкости продолжается по субарахноидальным путям к вершине мозга, где происходит

72

поглощение в основном в пахионовых грануляциях вдоль верхнего сагиттального синуса. Часть спинномозговой жидкости спускается по спинальному каналу, затем вновь начинает подниматься и присоединяется к общей циркуляции. Наибольшее поглощение происходит по пути пахионовых грануляций, но дополнительно существует медленное поглощение на протяжении периневрального расположения

краниальных и спинальных нервов по пути в лимфатическую систему. Особенно это характерно для поглощения лимфатической системой шеи из субарахноидальной области через ее связь с обонятельной луковицей, первым краниальным нервом. В основном считается, что спинномозговая жидкость (третья циркуляция центральной нервной системы) поглощается лимфатической системой (третья циркуляция всего организма).

Общее количество спинномозговой жидкости в вентикулярных и субарахноидальных областях обычно колеблется от 125 до 150 кубических сантиметров.

Примечание редактора: Статья, в которой рассматриваются различные пути распределения спинномозговой жидкости, называется "КесеШ Кезеагсп тю 1пе КаШге о/СегеЪгозрта1 Р1тс1 РогтаНоп апд. АЪзогрПоп ". /. Кеигозш§ 1983, 59: 369 - 383. (Современные исследования о природе образования и поглощения спинномозговой жидкости).

С физической точки зрения спинномозговая жидкость - это живая жидкость, содержание воды в которой несколько выше, чем в крови. Содержание белка очень низкое по сравнению с кровью, содержание сахара в ней несколько понижено. Другие вещества, такие как креатинин. мочевая кислота, мочевина, неорганический фосфат, двуглекислые продукты, ионы водорода (рН), натрий, поташ, магний; присутствуют в спинальной жидкости в количествах, равных или обычно ниже тех, что находятся в плазме крови. Спинальная жидкость, полученная во время пункции позвоночника, будет слегка отличаться от жидкости, которая находится в желудочках.

Дополнительно в вышеописанным циркуляторным паттернам спинномозговой жидкости в некоторых работах имеются указания на движение типа отлив - прилив в спинномозговой жидкости, движение, характерное при флюктуации. Если обратиться к этим работам, можно обнаружить, что это не четкое признание феномена, а скорее проведенное наблюдение, которое находит, что такой паттерн существует, но для него нет объяснения. Так как авторы этих исследований старались определить факторы циркуляции в спинномозговой жидкости, то их основные интересы были связаны с этой темой, а не с определением паттерна флюктуации и ее значения.

Физиологические обсуждения

В 1975 году в журнале Ьапсе! была опубликована редакционная статья «СегеЬгозрта! Р1шс1: ТЬе ЬутрЬ оГ Вгат?» (Спинномозговая жидкость: Лимфа мозга?»). В статье содержатся некоторые цитаты, которые следует привести:

Функция лимфатической системы состоит в том, чтобы очищать ткани от веществ, которые

сбрасывают капилляры крови или которые образуются в тканях и не перепоглощаются потоком крови. В мозговых оболочках и нервных тканях мозга нет лимфатических каналов; означает ли их отсутствие, что нет проблем при избавлении от ненужного?

.... кроме основного потока спинномозговой жидкости обратно в кровь через паутиновые ворсинки вещества из спинномозговой жидкости вычищаются сплетениями сосудов. Эта концепция может показаться странной, если сосредоточить внимание только на сплетениях в боковых желудочках; вырабатывая спинномозговую жидкость так, как они делают, как им удается избавляться от отстатков при течении вверх? Но это не единственные сплетения; у третьего желудочка тоже есть сплетения, и поток спинномозговой жидкости, возникающий в системе желудочков, проходит через лепестки сплетения

73

четвертого желудочка. Определенные органические кислоты могут активно поглощаться на этом пути; а значительно количество других веществ, некоторые из которых (такие **как** норадреналин и серотонин) представляют явный интерес из-за того, что они выполняют функцию нейротрансмиттеров, накапливаются отдельными препаратами сосудистых сплетений, чтобы они могли там поглотиться или они еще могут поглощаться из церебральной субарахноидальной области. Таким образом, из спинномозговой жидкости обратно в кровь существует другой путь, кроме обильного потока через ворсинки паутинной оболочки.

... Другим компонентом, который легко проникает в мозг, является CO2; конечно, он еще образуется и там; сам мозг может производить лактаты и рущуа1е. Спинномозговая жидкость слабо растворяется; в ней содержится так же много двууглекислых соединений, сколько и в плазме, но мало белков и небольшое количество клеток. Поэтому поток спинномозговой жидкости может служить для сообщения информации об избыточном CO2 или повышенном образовании кислоты в мозгу, так как pH спинномозговой жидкости будет падать. Эту информацию можно ощутить на боковых поверхностях спинного мозга, и реакция заключается в усиленной вентиляции легких - у человека она увеличивается в 10 раз при изменении pH спинномозговой жидкости на 0,05. Стабилизирующее воздействие pH спинномозговой жидкости очевидно - в том случае, если только дыхательная система в норме и способна больше выделять CO2. Устройство более быстродействующее и более эффективное, чем ожидание пока медленный поток постепенно промоет и снова очистит мозг. Лимфатический поток в основном очищает внеклеточные жидкости тела; поток спинномозговой жидкости, возможно, должен сделать то же самое для мозга более тщательно и эффективно.[2]

Обсуждение, предложенное в редакционной статье *«Ланцетам* наводит на мысль, что изучение веществ и метаболитов спинномозговой жидкости является сложной темой,

которая в течение нескольких десятилетий привлекает многих исследователей, и будет привлекать еще большее число исследователей в будущем.

Интересная, хотя сейчас уже устаревшая методика использования спинномозговой жидкости была применена русским физиологом А. Д. Сперанским и описана в его книге «Элементы построения медицины», перевод которой был опубликован в 1943 году.[3] Один из разделов этой книги содержит следующие названия глав: «Вопрос о связи подоболоченных пространств мозга с лимфатической системой». «Наши исследования по вопросу о связи подоболоченных пространств мозга с лимфатической системой». «Движение цереброспинальной жидкости в мозгу и его подоболоченных пространствах». «О проникновении различных веществ в нервный ствол и движения по нему». Эти главы указывают на направленность научной мысли Сперанского и его коллег.

В главе «Ревматизм» Сперанский описывает метод «выкачивания» спинномозговой жидкости: «Буксирование производилось через поясничный прокол, обычно в сидячем положении. Для операции употреблялся шприц «Рекорд» объемом в 10,0. Прием извлечения и обратного введения жидкости повторялся от 8 до 40 раз. Последняя порция жидкости удалялась. Извлекать и вводить жидкость обратно нужно не слишком медленно, но и не быстро. При быстром извлечении, особенно когда это производится во вторую половину операции, всегда получаются болевые ощущения в голове. Начавшаяся в этот момент головная боль не проходит до вечера, иногда держится и на следующий день. В единичных случаях отмечена рвота».

Примечание переводчика: Названия глав и цитата даны по изданию: Сперанский А. Д. Элементы построения теории медицины. Москва, 1937, с. 3 и 288.

74

Такое большое механическое выкачивание спинномозговой жидкости из мешка твердой оболочки и субарахноидальных областей проводилось в ряде нейродистрофизических процессов и заболеваний. Метод, который применял А. Д. Сперанский, был, мягко говоря, не безопасен. Работа Сперанского вызывала споры при его жизни и в продолжение многих лет. Его заявление в начале XXI главы: «У этой книги не может быть заключения» являются знаменательным. Не может быть других заключений, кроме того, что, изучение, касающееся спинномозговой жидкости, является очень сложным. Спинномозговая жидкость взаимно обменивается ионами, метаболитами и трофическими факторами с сосудистыми сплетениями, нейронами

центральной и периферической нервной системы, автономной системы, гипофизно-гипотоламовой осью, шишковидной железой и лимфатической системой. И дополнительно ее тонкая оболочка жидкости в субарахноидальных пространствах, соединенная с цистернами, действует как резиновые подушки для защиты головного и спинного мозга.

Философские обсуждения

Чтобы использовать спинномозговую жидкость при диагнозе и в программе лечения, требуется не только синтез анатомофизиологических деталей и не только лабораторные показатели данных о спинномозговой жидкости, полученных в состоянии здоровья, травмы или заболевания. Искусство пальпации требуется довести до естественности в опыте работы с этой живой жидкостью внутри живого организма человеческого тела.

Когда мы говорим о пальпации, мне нравится думать об этом, как о двух фазах, действующих совместно. Существует входящий сигнал ощущения активности внутри тела, зарегистрированный пальпацией и выходящий сигнал движения, который я выбираю, чтобы применить пальпацию, причем я работаю с активностью, воспринимаемой пальпацией, чтобы добиться изменения в активности или в паттерне функционирования. Для меня прикладная пальпаторная методика в виде двигательного сигнала является более чувствительной и тонкой в ее применении, чем так называемая манипулятивная техника. Любая работа, проводимая со спинномозговой жидкостью в клиническом использовании, как с живой жидкостью, уже находящейся в движении, требует личной чувствительности, как врача, если я собираюсь добиться максимальной эффективности при использовании динамики спинномозговой жидкости. Тема пальпации влечет за собой еще одну особенность, которую следует отметить. При пальпации используется энергия, как при сенсорном вводном сигнале, так и при выходящем сигнале движения, и эту энергию можно только объяснить квантовой механикой. Статья в журнале 8c1епсе №\уз («Новости науки») дает оценку этому явлению:

Механистическая философия классической науки: Предмет имеет свою собственную объективную реальность. Основа науки - это объективность... В квантовой сфере, возможно, и не так. Так как квантовая механика делает наблюдателя участником. Не только в том смысле, как считал Хейзенберг (Не1$епЬег§), что наблюдатель нарушает то, что измеряет, а в более глубоком смысле, когда считается, что его выбор, что измерять, будет определять, какие результаты он получит. Реальность объективно не существует отдельно от акта наблюдения.

Уиллер (^Ьее1ег) говорит: «В некотором странном смысле - это участвующая вселенная. То, что мы обычно называем «физической реальностью» оборачивается в значительной степени конструкцией из папье-маше, существующей в нашем воображении и закрепленной между железными опорами наших наблюдений. Эти наблюдения заменяют единственную реальность».

Уиллер (\УЬее1ег) заключает: «До тех пор, пока мы не поймем, почему вселенная построена именно так, мы не поймем главного о ней... Можно быть

уверенным, **что** мы впервые поймем, насколько проста вселенная, когда узнаем, какая она странная». [4]

Моя точка зрения: Когда я, врач, работаю с паттернами флюктуации живой спинномозговой жидкости, действующими внутри пациента, я участвую в этом паттерне флюктуации и разделяю опыт, который я получаю через пальпацию при помощи вводного сенсорного сигнала и который изменяется в паттернах в результате техники пальпации в виде исходящего сигнала движения. Единственной приемлемой реальностью остается считать, что постоянное изменение - те изменения, которые я наблюдаю в паттернах, те изменения, которые происходят после того, как примененная пальпаторная техника видоизменяет паттерны, а также изменения, которые возникают в физиологии пациента после моих диагностических и лечебных программ - это постоянное изменение продолжает работу данного дня. Наиболее важна роль врача как участника при его пальпации функционирования спинномозговой жидкости.

Мне больше нравится мысль быть участником, чем третьестепенным наблюдателем при решении проблем в организме пациента, будь то скелетно-мышечная дисфункция, паттерн фасциального напряжения или нарушения, связанные с основным дыхательным механизмом. Как при диагностической, так и при лечебной программе я испытываю такое чувство, будто я сам испытываю изменения, которые происходят в .пациенте и благодаря этому, получаю более глубокое понимание диагноза и природу дисфункции. При этом я могу лучше контролировать результаты лечения, чтобы сделать возможное корректирование в работе данного дня. Считаю, что надо принять мысль о том, что я участник, и сохранить это в сознании во время своих диагностических и терапевтических обследований. Я получаю значительно более

глубокий опыт и результаты как участник, чем когда являюсь просто третьестепенным наблюдателем.

При работе с естественными ресурсами внутри организма, включая спинномозговую жидкость и использование наших сенсорных и моторных качеств сознания, требуются три определения и две группы факторов для более полного понимания вовлечения механизмов. Определения - это самоорганизация, флюктуация и трансмутация. А двумя группами факторов являются: Дыхание Жизни и Дыхание Воздуха.

Самоорганизация : внутренняя способность индивида выражать жизнь физически, умственно, эмоционально и философски.

Индивид обладает двойным набором механизмов, работающих совместно в течение жизни - произвольная .способность работать, играть и отдыхать, а также сложный непроизвольный механизм, предназначенный поддерживать здоровье и приспосабливаться к травме и / или болезни. В 1932 году Кэннон (Саппоп) назвал эту самоорганизацию организма гомеостазом, диагностическим равновесием, при котором каждый процесс организма сохраняется в соответствующем ему равновесии. Это явно не статический процесс, а постоянный живой процесс. В своей автобиографии Э. Т. Стилл говорит об этом так:

«Я полностью убежден, что Бог, разум природы, доказал Свою способность планировать (если планирование было необходимо) и создавать и выполнять самому законы без образцов для мириад форм одушевленных существ; и полностью обеспечить их режимом жизни при помощи механизмов и силы батарей работающего мотора. Каждая часть полностью вооружена для работы, уполномоченная выбирать из великой лаборатории природы и присваивать себе такие силы, которые необходимы ей, чтобы справиться с обязанностями, возложенными на ее организацию в системе жизни. Короче говоря, этот

76

всезнающий Создатель выкроил и подогнал каждую частицу, чтобы она соответствовала месту и могла выполнять работу в каждом творении живой формы, а солнце, звезды, луны и кометы - все подчиняются одному вечному закону жизни и движения».[5]

Большинство из нас, как врачи так и пациенты слепо, не задавая вопросов, полагаются на эту саморегуляцию внутри нас для поддержания здоровья и борьбы с травмой и / или с болезнью. У меня есть вопрос: Как много можем мы, терапевты и хирурги, сделать для наших пациентов, если мы будем развивать наше понимание потенциалов самоорганизации в нас самих и у пациентов каждый раз, когда они обращаются к нам за помощью? Каждый из нас, как индивид, должен задавать свои собственные вопросы и

искать своих ответов.

Флюктуация' движение жидкости, содержащейся внутри естественной или искусственной полости, которое определяется пальпацией и выстукиванием.

Спинномозговая жидкость ритмично перемещается в естественной полости, мозговом черепе и ее можно выявить при помощи пальпации. Из-за того, что тело в основном состоит из жидкостей и из-за того, что часть спинномозговой жидкости поглощается лимфатической системой организма, за флюктуацией спинномозговой жидкости можно наблюдать по всему телу.

Основные ритмические паттерны флюктуации спинномозговой жидкости, которые можно наблюдать при помощи пальпации, представляют собой продольные типы, чередующиеся с боковыми и спиральными. Возможно, существует еще много других паттернов или их комбинаций, которые непросто выявить из-за нечеткости их признаков. Более специфические ритмические паттерны флюктуации спинномозговой жидкости можно пропальпировать, направив спинномозговую жидкость через длинную диагональ любой части тела.

Принятый темп флюктуации спинномозговой жидкости в состоянии здоровья составляет 10-14 перемещений в минуту, однако, этот темп меняется в зависимости от различных состояний дисфункции у индивида. Он может быть очень медленным при хронических заболеваниях и ускоренным в случаях лихорадки.

Качество паттернов флюктуации гораздо важнее ее скорости. При здоровом состоянии существует пальпаторное восприятие полной амплитуды, ощущение жизни и живой динамики. При ревматоидном артрите из-за застоя во всех соединительных тканях и лимфатических жидкостях амплитуда воспринимается недостаточной, размытой и слабой; в случаях пост- менингитных и пост - энцефалитных состояний амплитуда представляется вялой из-за того, что реципрокное напряжение мембраны утратило физиологическое качество тональности. Это некоторые из наиболее явных примеров изменчивости качества паттернов флюктуации спинномозговой жидкости. Эта живая спинномозговая жидкость с ее проявляемой флюктуацией сталкивается с ежечасными, ежедневными паттернами здоровья индивида и может показать изменения качества и скорости, чтобы отразить эти ежедневные потребности.

Д-р Сазерленд говорил нам, что флюктуация спинномозговой жидкости - это прежде всего феномен сам по себе, и я полностью согласен с этой мыслью. Но некоторые не согласны с этим и ищут связи флюктуации с сокращением центральной нервной системы или с ритмическим вдохом и выдохом дыхательной системы. Существует явная взаимосвязь всех живых тканей и их темпов ритмической функции,

подвижности центральной нервной системы, колебания туда - сюда реципрокного напряжения мембраны, ритмического механизма дыхания и других, произвольных и непроизвольных механизмов, и все они видоизменяют флюктуацию спинномозговой жидкости, а спинномозговая жидкость видоизменяет их. Если мы, врачи, с нашим пониманием и методами пальпации будем работать с динамикой спинномозговой жидкости с мыслью о том, что она является главным феноменом, нам будет легче работать с диагнозом и лечебными программами. Аналогией может служить то, как я

77

внимательно прослушиваю сердце, зная, что оно является главным насосом сердечно-сосудистой системы. Это возвращает нас к ранее сказанному: Мы являемся участниками живой сущности в живом теле при применении наших техник.

Еще пример паттерна флюктуации. В краниосакральном механизме, при флюктуации спинномозговой жидкости, подвижности центральной нервной системы, подвижности реципрокного напряжения мембраны возникает ритмическое сгибание и разгибание по средней линии суставного движения черепных костей и крестца, связанного с внешней и внутренней ротацией боковых костей. Эти ритмические паттерны не ограничиваются пределами краниосакрального механизма. Они присутствуют во всех анатомо-физиологических механизмах тела, и это микродвижение в каждой кости, клетке и жидкости является одним из важных факторов саморегулирования здоровья в организме. Это непроизвольное движение сохраняется в течение всей жизни индивида, и оно укладывается в понятие гомеостаза Кэннона (Саппоп) и в «один вечный закон жизни и движения» Стилла. Это непроизвольное движение присутствует во всех произвольных движениях индивида - в работе, игре и при отдыхе. Его можно почувствовать при пальпации.

Исходя из этого, я хотел бы предложить два диагностических теста, в которых используется это непроизвольное движение и самоорганизация организма:

1. У пациента имеется область соматической дисфункции, вы, врач хотите помочь. Пользуясь быстрой, но спокойной пальпацией, проверьте качество паттерна непроизвольного сгибания / внешняя ротация и разгибания / внутренняя ротация в какой либо части тела пациента, а затем проверьте это в области соматической дисфункции. Проверьте снова после проведения корректирующего лечения соматической дисфункции. Если вы ощущаете примерно такое же качество непроизвольного движения в области соматической дисфункции, как и в контрольной области, то можете быть уверены, что ваша коррекция будет и дальше способствовать

возвращению здоровья при данной проблеме. Если вы не чувствуете улучшения произвольного движения после коррекции в области дисфункции, это значит, что вы могли обеспечить движение для этой области, но не добились того, чтобы организм немедленно использовал врожденную функцию.

2. Проводя быструю, но спокойную пальпацию, имейте в виду все компоненты самоорганизации, включая качество флюктуации спинномозговой жидкости и непроизвольное движение *в* теле. Проведите пальпацию, чтобы оценить общую жизнеспособность анатомо-физиологических механизмов пациента. Хотя в природе жизнеспособность не обязательно бывает электрической, мне нравится сравнивать ее с показателями электрического напряжения и делать оценку показателей для каждого пациента. Другими словами, средний индивид должен чувствовать, будто его' жизнеспособность составляет 110 вольт. При дисфункциях, как хронические нарушения нервной системы, вольтаж может понижаться до 60, 50 или ниже. То же самое происходит при ревматоидном артрите. Вольтаж может быть низким при резкой усталости пациента, но эти показатели воспринимаются как временные, которые, возможно, могут улучшаться после хорошего ночного сна. Вольтовые показатели для атлетов-профессионалов, на 100 вольт, а 220 физиологических вольт. Следовало бы наказывать этих людей за такие занятия спортом.

Это полезная методика тестирования, так как она дает вам ощущение качества жизнеспособности, с которой вы работаете при постановке диагноза и при лечении. Достаточный вольтаж означает соответствующую жизнеспособность, при которой вы проводите коррекцию, и она продолжает действовать и раскрывается так, как этого бы вам хотелось; низкое напряжение указывает на то, что предпринятые вами попытки коррекции будут зависеть от способности пациента воспринять эту коррекцию, так как

излишняя коррекция при таком пониженном состоянии жизнеспособности не будет продолжать действовать и добавит пациенту местную и общую усталость к уже имеющейся.

Этот тест не следует смешивать с улавливанием краниального ритмического импульса. Тест, который я вам предлагаю, более чувствителен и информативен. Оба этих теста требуют дальнейшей разработки, но было уже достаточно сказано, чтобы привлечь к ним ваше внимание.

Трансмутация: превращение одного предмета в другой; перемена одного химического элемента в другой.

Способность к трансмутации - это естественное явление, которое происходит в организме в течение жизни. Ритмическая флюктуация спинномозговой жидкости использует возможности превращения и создает ритмический сбалансированный взаимообмен со сплетениями сосудов, с физиологическими центрами в полости четвертого желудочка, нейронами центральной нервной и периферической нервной систем гипофизно-гипоталамусной осью, шишковидной железой и другими гормональными железами, имеющимися в теле, лимфатической системой, т.е. со всеми клеточными и жидкостными системами организма.

Этот фактор трансмутации во время флюктуации спинномозговой жидкости у пациента врач может обогатить, оживить и усилить. Используя свои знания, пальпацию и ее функциональные техники, врач может применить контролируемую компрессию на существующие паттерны флюктуации спинномозговой жидкости - будь то продольный, переменно-боковой или спиральный паттерн - чтобы ее снижать до тех пор, пока она не достигнет короткого ритмического периода в своем функционировании, «точки покоя». При снижении движения жидкости и доведения его до точки покоя, происходит немедленный ритмический сбалансированный взаимообмен между всеми жидкостями тела. Это имеет глубокое физиологическое воздействие.

Волнующие примеры были взяты из двух историй болезни. В 1947 году ко мне принесли девятимесячного ребенка, который плакал и пронзительно кричал. Кожа ребенка от головы до ступней была сплошным дерматитом, растрескавшейся, мокнущей, кровавого цвета. Воспаление кожи длилось восемь месяцев, ребенка показывали десяти врачам без наблюдения и облегчения. Чем я мог помочь этому ребенку? Я не знал. Я применил лечение используя компрессию четвертого желудочка. Через 18 часов после проведения первого сеанса лечения у ребенка появилась полностью новая, без пятен кожа. Спустя три дня, когда ребенка вновь принесли ко мне, у него все еще была неповрежденная новая кожа с небольшими пятнышками в некоторых отдельных местах. В последующие месяцы продолжалось улучшение.

Такой же необычный случай был с 55-летним мужчиной, у которого ревматоидный артрит достиг хронической стадии немощности, но без болей. Я сказал ему, что я ничего не могу сделать с его «артритом», но я должен оказать ему помощь, раз он пришел ко мне на прием. Из-за периферического сопротивления, причиной которого был лимфатический застой в его теле, мне потребовалось 45 минут, чтобы применить

компрессию на четвертый желудочек и снижать флюктуацию, ведя ее через точку покоя. Пациент вернулся через неделю и настаивал на следующем сеансе лечения. Он показал мне свои ноги ниже колен (до этого я их не осматривал), они были покрыты экзантематозной коркой, которая как он мне сказал, годами сочилась. Было сделано второе использование техники компрессии на четвертый желудочек, и процедура заняла 30 минут. На следующей неделе кожа на его ногах полностью зажила и оставалась здоровой.

Говард Липпинкотт (Ношагё Ырршпсои), д-р остеопатии, так описывает компрессию четвертого желудочка:

79

Трудно оставаться сдержанным при рассмотрении использования техники компрессии четвертого желудочка, потому что эта мощная жидкость, активизированная примененной техникой, дает результаты, которые оправдывают энтузиазм.

Она оказывает благотворное воздействие на всю систему циркуляции, исправляя закупорки, ишемии, опухоли в доступных областях без хирургического вмешательства.

Улучшаются процессы обмена веществ, включая доставку питания к тканям и постепенное поглощение фиброзных и кальцевых остатков, которые не выполняют ни физиологической, ни возмещающей функции.

Эта техника повышает органическую функцию, и при наличии инфекции повышает иммунитет, действуя через селезенку, поджелудочную железу и печень

Эндокринная система мобилизуется при срочных потребностях организма.

Спинномозговая жидкость управляет обменом веществ, большинством непроизвольных действий и автозащитных механизмов системы.

Д-р Сазерленд обращает внимание на тот факт, что при воздействии компрессии желудочка вторичные остеопатические нарушения становятся менее ощутимыми. Поэтому эта процедура ценна при определении первичных нарушений.[6]

Как указывалось, восстанавливается непроизвольное движение в теле с его микродвижением сгибания / внешняя ротация и разгибанием / внутренняя ротация. Более того, показания батареи жизни на воображаемом индикаторе напряжения сразу же превращаются в такие, какие физиологически идеально подходят данному пациенту, 110 или 220 вольт.

Процедуру контролируемой компрессии флюктуации спинномозговой жидкости, понижая ее, доводя до короткого ритмического периода или точки покоя, можно осуществить, надавливая на теменные, лобные или височные кости или на крестец. Это не должно быть только компрессией четвертого желудочка. Необходимо

пользоваться этой техникой, применяя ее на крестце при серьезных травмах головы или при подозрениях на повреждение мозга.

Что представляет собой фактор трансмутации? Д-р Сазерленд говорил, что когда флюктуация спинномозговой жидкости понижена до короткого ритмического момента, точки покоя, наступает ритмически сбалансированный взаимообмен с Дыханием Жизни. У него не было объяснения этому фактору трансмутации, и он не объяснял, почему флюктуация спинномозговой жидкости сама по себе является важнейшей. Результаты изменений во всех жидкостях тела можно измерить до и после применения этих техник к спинномозговой жидкости, и результаты скажут за себя. Принцип Дыхания Жизни входит в само-организацию организма и является его основным фактором трансмутации, но он остается невидимым и его нельзя измерить. Знания врача позволяют принять этот принцип трансмутации как факт и использовать его в работе со спинномозговой жидкостью. Врач может измерить результаты своей пальпации и примененных техник, а также результаты лабораторных опытов.

Следующие истории болезней представляют неоднократное применение техники компрессии четвертого желудочка, как единственного лечения в каждом случае, некоторые из которых были чисто экспериментальными.

В 1945 году, когда моей дочери было три года, она заболела крупозным воспалением легких. Болезнь длилась три дня, и легкие стали чистыми. Через восемь дней ее жизнеспособность была такой же, как при физическом здоровье. Похожие результаты были получены в нескольких случаях крупозного воспаления легких у взрослых.

В 1955 году мой 20 летний сын заболел тяжелей формой мононуклеоза. Через 30 дней его общий паттерн был паттерном здоровья, включая лейкоцитарную формулу.

80

Он полностью восстановил свое здоровье намного раньше одноклассников, которые заболели одновременно с ним. Можно привести много примеров таких случаев.

Более, чем в 50 случаях нервного расстройства с недостаточной, размытой и слабой амплитудой, с низкими вольтовыми показателями паттернов флюктуации один раз в неделю в течение 6-9 месяцев проводилась компрессия четвертого желудочка. В каждом случае был восстановлен паттерн здоровья физиологической само-поддерживающейся флюктуации, хотя в первой половине курса лечения результаты проявлялись медленно, и приходилось убеждать некоторых пациентов продолжать лечение, чтобы достичь таких результатов, на какие они надеялись.

Равное количество больных с ревматоидным артритом показали похожую

клиническую реакцию и вернули свойственную им жизнеспособность. Хотя сохранялся болезненный вид пораженных суставов, боль была значительно слабее. И снова лечение длилось от шести до девяти месяцев. У меня еще было двое больных с неадекватной реакцией, но даже у них улучшилось состояние. Как описывалось выше, много времени уходило на то, чтобы в начале лечения дойти до точки покоя, но эта фаза улучшалась, так как шли недели, и больные начинали реагировать на ритмически сбалансированный взаимообмен, происходящий в их застойных тканях.

Многих больных в последней стадии рака, включая неоперабельные опухоли мозга, это лечение в некоторой степени освобождало от боли, и их жизнь в последние недели или месяцы перед смертью становилась более терпимой.

Я работаю с контролируемой флюктуацией спинномозговой жидкости, понижая ее до короткого ритмического периода, разными способами и в сотнях случаев, чтобы обеспечить различные потребности организма. Я не пользуюсь ею при лечении каждого больного, который приходит на прием. Я пользуюсь этой методикой, когда понимаю, что возникла потребность. Обычно пациент отзывается на эту технику, особенно не в таких сложных случаях, описанных выше, и я уверен, что при помощи пальпации и ее техник я обеспечиваю все потребности, возникающие в процессе лечения в определенный день.

Принцип Дыхания Жизни: Д-р Сазерленд утверждал, что Мощь спинномозговой жидкости может считаться основным фактором в функционировании основного дыхательного механизма. Он также называл ее Дыханием Жизни, Невидимым Элементом и другими эпитетами, чтобы привлечь наше внимание к значимости этой мощи в функционировании спинномозговой жидкости. Д-р Сазерленд потратил много лет на изучение всех элементов и компонентов краниосакрального механизма: суставных краниальных механизмов и крестца, реципрокного напряжения мембраны, подвижности центральной нервной системы и флюктуации спинномозговой жидкости. Работая в одиночку, он проводил эксперименты, надевая себе на голову сдавливающие шлемы, чтобы привести в действие механизмы разгибания, сгибания, ротаций бокового наклона и торсий;' он вызывал напряжения суставных мембран, иногда очень серьезные, и корректировал их. В этих сдавливающих шлемах он изучал сильную реакцию при работе со спинномозговой жидкостью, понижая ее до короткого ритмического момента, точки покоя, и наблюдал воздействие на лимфатические и другие жидкости по всему своему телу. Он работал своими думающими-чувствующими-видящими-понимающими пальцами на механизмах собственного

организма, чтобы *узнать* сложное функционирование всех элементов основного дыхательного механизма прежде, чем стал использовать этот подход к проблемам пациентов. Его понимание, терминология, концепции основаны на знаниях с участием самого себя, а не только на клинических наблюдениях при проверке этих данных, полученных от других индивидов.

Как врачи мы можем развивать наше понимание личного участия, нашу пальпацию и ее технику. Для большинства из нас мучительно медленным становится процесс разрабатывания своих собственных думающих-чувствующих-видящих-

81

понимающих пальцев таким образом, чтобы работать с пациентами по всем фазам основного дыхательного механизма, которые назвал нам д-р Сазерленд.

Я не считаю обязательным принимать то, как д-р Сазерленд дал нам объяснение того, что флюктуация спинномозговой жидкости в первую очередь явление само по себе, ни объяснения явления трансмутации и взаимообмена с Мощью, Дыханием Жизни или как вы это назовете (у меня личное название для этого), которые происходят в момент короткого, ритмического периода, точки покоя, как и немедленный ритмический сбалансированный обмен, которые происходит физиологически во всех жидкостях организма. Д-р Сазерленд представил *нам* терминологию много лет тому назад. Современная наука и в наше время работает над терминологией и изучением во всех отраслях знаний, как высказался Уилер (\Упее1ег), которого мы уже цитировали: «Можно быть уверенным, что мы впервые поймем насколько проста вселенная, когда узнаем, какая она странная». Д-р Сазерленд подтверждал свои идеи на своем организме; мы доказываем их на основе нашего клинического опыта при работе с пациентами.

Фактор Дыхания Воздуха: Так же, как Дыхание Жизни, информирует нас о том, что спинномозговая жидкость является перемещающейся сущностью функции для взаимного обмена с жизненной силой, дыхание воздуха дает нам информацию обо всех анатомо-физиологических циркуляторных и ритмических системах, связанных с функцией нашего пребывания на земле. Нам требуется больше, чем только жизненная сила, чтобы выразить себя как индивидуальность. Нам требуется пища, вода, воздух, свет, темнота, мобильность, подвижность и другие факторы; у нас целый набор внутренних систем, некоторые из них произвольные, другие непроизвольные, которые предназначены видоизменять друг друга и быть

видоизменяемыми друг другом при выполнении своих циркуляторных и ритмических обязанностей и функций; у нас есть то, что называется разумом, сознанием или понятием, что позволяет нам четко представлять, что мы являемся созданием общего окружения, а не только своего собственного (даже если мы действительно так думаем, то это очень важно), и что мы должны находиться в ритмическом сбалансированном взаимообмене с окружающей средой. Это некоторые из элементов для общей функции само-организации жизни индивида, для поддержания здоровья и адаптации к травме и / или заболеванию. Как врачам, нам доступно огромное множество постоянно развивающихся диагностических и терапевтических средств, чтобы оценивать и лечить индивида, который приходит к нам со своими проблемами. Одним из наиболее ценных средств являются наше понимание, пальпация и ее техники, чтобы общаться с внутренней средой пациента как при основном лечении, так и при дополнительных потребностях диагностической и лечебной программы.

Для удобства обсуждения я разделил само-организацию индивида на принцип Дыхания Жизни и принцип дыхания воздуха, но на самом деле они составляют единое целое: едины во врожденной способности индивида выражать жизнь физически, умственно, эмоционально и философски. Как врач, я могу пользоваться всеми доступными средствами медицины и хирургии, чтобы оказать помощь пациенту, который обращается ко мне; а как участник, при помощи своих знаний, пальпации и техник пальпации я могу работать с врожденными возможностями, чтобы добиться равновесия в функционировании этого динамического, контролируемого гомеостатически тела, так как оно подчиняется «одному вечному закону жизни и движения.» Спинномозговая жидкость, как одна из этих врожденных возможностей, представляет открытый доступ для использования своих потенциалов.

1. А. Т. 51111, *РЫЬзорЪу о/ОзгеорсИЪу,* р. 39.
2. "СегеЪгозрта! РшЫ: Тпе ЬутрЬ огЧЬе Вгат?", *Ьапсе1,* 1975, 2:444-5. \
3. А. В. Зрегапзку, *А Вазгз /ог 1Ъе ТНеогу о/МесИсгпе,* ес1. апё {гапз. С.Р. Вип Уогк: Ыегпагюпа! РиЪНзЪегз, 1943).

82

4. "Quantum Mechanics", *Sceince News,* Vol 109, No. 21, May 22, 1976.

5. A. T. Still, *Autobiography,* p. 148.

6. W. G. Sutherland, *Contributions of Thought,* pp. 152-3.

83

Эффективность движения типа прилив - отлив.

Взято из материалов лекций 1 985 и 1969 годов.

В спинномозговой жидкости есть Сила, фактор Дыхания Жизни, Высочайший Известный Элемент - жидкость в жидкости. Этот невидимый фактор обнаружен в середине момента между вдохом и выдохом, точка опоры при смене перемещающегося движения от сгибания / внутренняя ротация и разгибания / внешняя ротация. Эта Сила находится в точке равновесия для движения типа прилив - отлив в спинномозговой жидкости.

Перемещающееся движение спинномозговой жидкости можно использовать и управлять им, изменяя его ритмический паттерн, снижая движение жидкости (с присущим ему Дыханием Жизни) к точке покоя и через нее. Во время этой точки покоя происходит немедленная смена в движении (прилив - отлив) и взаимный обмен между спинномозговой жидкостью и всеми жидкостями тела - трансмутация между динамикой Силы с ее Дыханием Жизни и жизнеспособностью каждой живой ткани и жидкости в организме. Точка, где происходит трансмутация Силы и ее проявления, является видимым физиологическим функционированием всего тела.

При пальпации можно наблюдать ритмичные типы флюктуации (прилив -отлив) спинномозговой жидкости, и для каждого пациента можно оценить качество флюктуации. Возможно так же наблюдать изменения, которые происходят, когда движение снижается к точке покоя и через нее, а также терапевтическую реакцию в основном механизме дыхания и физиологии тела. При этой реакции на покой в движении и трансмутацию оказанное воздействие идет от простого облегчения соматической дисфункции к состоянию, которое дает начало возврата здорового функционирования. Знания и использование флюктуации спинномозговой жидкости является примером, когда можно «позволить внутренней физиологической функции проявить свою верную мощь, чем пользоваться слепой силой со стороны» .

Д-р Стилл не изобретал основы науки остеопатии: он открыл их. Об этом он говорит в своей автобиографии. Д-р У. Дж. Сазерленд не изобретал концепцию краниальной остеопатии; он открыл ее основные принципы. Он обнаружил, что спинномозговая жидкость взаимно обменивается с тем, что он решил назвать «Дыхание Жизни». Когда

управляют спинномозговой жидкостью и снижают ее движение до естественной точки покоя, происходит немедленная трансмутация, взаимный обмен между высочайшим известным элементом и спинномозговой жидкостью, которая вносит поддерживающий фактор, «искру» и фактор «биоэнергии», а также другие факторы, которые еще предстоит открыть, действующие между спинномозговой жидкостью и центральной нервной системой, капиллярами сосудистых сплетений во всей физиологии, где имеется спинномозговая жидкость. В каждой сложной механической системе - будь то автомобиль, автоматическая посудомоечная машина или космическая ракета - требуется наличие в системе искры, чтобы началось и продолжалось движение. В биологических системах «Искра» и «биоэнергия» встроены в их механизмы навечно. Это не тайная фантазия, известная посвященным, и не религиозная фантазия; это простой, биоэнергетический, физиологический факт.

84

Флюктуация спинномозговой жидкости

Ее природа и терапевтическое применение

Это отредактированный материал лекции, прочитанной в 1976 году по основному курсу в Фонде Сазерленда по краниальному обучению в городе Милуоки, штат Висконсин.

80

Здесь мы говорим о чем-то таком, что находится за пределами нашего повседневного опыта и понимания. Из-за этого я не знаю, как точно выразиться, но мы ныряем вглубь и пытаемся вынырнуть оттуда. В первые годы преподавания д-р Сазерленд не объяснял своим студентам, как использовать спинномозговую жидкость, потому что он понимал, что они к этому не готовы. За тридцать лет исследований Сазерленд познакомился со спинномозговой жидкостью и использовал ее. В течение многих лет он использовал ее своим умом, руками и на своих пациентах. Но он, однако, не вводил в курс обучения ни спинномозговую жидкость, ни ее движение вплоть до 1947 года. Поэтому иногда говорят, что он открыл спинномозговую жидкость только в 1947 году, но это не так.

Мы с д-ром "Уиллом Сазерлендом хорошо знали друг друга, и я знаю, что спинномозговая жидкость с самого начала являлась составной частью его тщательного изучения анатомии и физиологии основного дыхательного механизма. Просто Сазерленд считал, что у его первых учеников были трудности в освоении понятия движения краниальных костей, а о факторе, который способствует этому движению

следует говорить особо. Так он учил нас, постепенно ведя от внешнего к тому, что расположено внутри: Он начал обучение с кости, суставного движения черепа, затем постепенно вел нас к реципрокному напряжению мембраны, которое объединяет кости и двигает их; далее к подвижности центральной нервной системы; и, наконец, к движению жидкости.

Нельзя разделить этот механизм на отдельные части в пределах функции; в организме он работает не так. Он работает, как единое целое - в нем есть пять разделов, которые мы изучаем, это верно - но работает он как единое целое функции. Все ваше тело от макушки головы до ступней вступает в анатомо-физиологическое сгибание /внешняя ротация и разгибание / внутренняя ротация при его непроизвольном движении 10 раз в минуту. Микродвижение по общему паттерну функции во всем теле.

Я произвольно выбрал тело, с которым буду манипулировать, делать с ним то, что я хочу, и все это время, пока я занимаюсь им, пока стою здесь, во всем механизме, в том, что у нас имеется внутри, происходит непроизвольное сгибание /внешняя ротация и разгибание / внутренняя ротация.

Несмотря на то, что у нас могут отсутствовать «научные, лабораторные доказательства» того, что основной дыхательный механизм отвечает за общую непроизвольную систему всего организма, мы можем очень решительно заявить, что это единственный путь, по которому основной дыхательный механизм совершает работу. В основном дыхательном механизме нет ни мышечных агентов, ни других произвольных механизмов, чтобы привести в действие это сгибание /внешняя ротация и разгибание / внутренняя ротация - но только так он работает.

Система дыхания - это механизм, а это значит, что мы должны изучать ее как механизм. Мы должны изучать кости, мембраны, центральную нервную систему и спинномозговую жидкость, как рабочие элементы чего-то того, что уже делает то, что должно делать, потому что так ему предназначено, и это единственный способ, по которому он может функционировать.

85

Теперь я хочу рассмотреть спинномозговую жидкость, как часть этого механизма. Д-р Сазерленд утверждал, что спинномозговая жидкость является основным фундаментальным фактором в работе основного дыхательного механизма. Д-р Э. Т. Стилл говорил, что эта жидкость является элементом высшего класса, из всех известных элементов организма человека, еще в своих работах он указывал на то, что в спинномозговой жидкости есть что-то, что отличает ее от других жидкостей тела, то,

что работает внутри нее и представляет основной фактор. Это движение жидкости, она перемещается, меняется, и от нервной системы не требуется, свертываться или развертываться для того, чтобы заставить ее перемещаться. Она перемещается и точка. Признайте этот факт. Я его признал с тех пор, когда впервые услышал, как об этом сказал Уилл Сазерленд. Я понял, что это правда, и от своих пациентов я никогда не получал обратного подтверждения. Меня меньше всего волнует, что заставляет жидкость двигаться - просто я хочу использовать это в работе - это правило.

У спинномозговой жидкости автоматическое передвижение потока, что позволяет свершаться некоторым явлениям. Д-р Сазерленд говорил, что она освящена Дыханием Жизни. Что он под этим подразумевал? Можете представить себе сами. У этого есть невидимая искра, сила, то, чему нравится быть движением жидкости. Есть поддерживающий фактор. Питающий фактор, который омывает всю центральную нервную систему, включая 12 пар краниальных нервов. Эта жидкость также идет вниз вокруг спинального ствола и внутри центрального канала этого ствола. Она выходит через твердые оболочки и следует вдоль периферической нервной системы и через периферическую нервную систему и через нервные узлы, которые соединяются с автономной нервной системой, она омывает и питает автономную нервную систему. Как только она выходит наружу, она сразу становится частью лимфатической циркуляции; здесь она заканчивается. Это научно доказано. На этом пути происходит поглощение спинномозговой жидкости, не только через пахионовы грануляции в венозный дренаж, но и в лимфатические жидкости тела.

Примечание редактора: Статья, в которой рассматриваются различные пути распределения спинномозговой жидкости, называется: «Recent Research into the Nature of Cerebrospinal Fluid Formation and Absorption». J. Neurosurg *1983, 59:369 - 383. (Последние исследования об образовании и поглощении спинномозговой жидкости).*

Итак, мы здесь имеем некое универсальное присутствие в лимфатической жидкости (третья циркуляция организма). Имеется подобное универсальное присутствие внутри и вокруг всех жизнеспособных структур, которые связаны с жизнью человека - центральная нервная система с гипофизом, ось гипоталамуса для гормональной системы, физиологические центры на дне четвертого желудочка и основные отделы автономной системы. Мы имеем фактор питания, который приносит от своей искры или этого Дыхания Жизни нечто именно такое, что требуется организму. По крайней мере, .мои пациенты подтверждали это, и я уверенно пользовался этим.

Примером применения спинномозговой жидкости в лечении может служить моя

пациентка, у которой были повторяющиеся головные боли. Я заметил, что у нее длинная, узкая, вытянутая голова, у нее было и это, и то, и еще кроме этого. Самым удивительным было то, вы можете не поверить, у нее был паттерн торсии. Чтобы это проверить, я запустил механизм по паттерну правой торсии, и она реагировала, пока я не стал ощущать эту реакцию так, будто я сам весь изогнулся вправо. Я попытался попробовать вариант с левой торсией, но механизм остановился до того, как я смог начать. Что должна была делать установленная торсия такого качества? Центральная нервная система должна была изогнуться в торсию, реципрокное напряжение мембраны, костные элементы тоже должны были согнуться в торсию. У нее была насктолько сильной механика торсии, что сильвиев канал сморщился как чулок и взаимный обмен жидкостями между ее третьим и четвертым желудочками не мог

86

проходить спокойно. Возможно, у пациентки всю жизнь был механизм торсии, но она сделала что-то такое - упала или неудобно изогнулась, очень резко села или что-то еще - и она ухудшила свой механизм торсии еще большей торсией.

Чтобы исправить это, я ввел ее в паттерн правой торсии, усилив его и оттуда повел его. На этом пути мы запустили весь механизм - движение жидкости, подвижность нервной системы и реципрокное напряжение мембраны, чтобы лечить этот паттерн торсии. Завершение лечения на конкретный день определяло успокаивание центральной нервной системы до состояния, когда почти нет движения, успокаивание реципрокного напряжения мембраны до состояния, когда почти нет движения, а успокаивание спинномозговой жидкости до точки очень большого покоя. Корректирование проводилось через точку покоя жидкости, нервную систему и реципрокное напряжение мембраны. Когда оно достигало точки покоя, ее голова начинала распрямляться в удобное положение, возвращаясь к надлежащему механизму. Позже, когда мы снова сделали проверку, пациентка все еще находилась в паттерне установленной правой торсии, но теперь канал, водопровод мозга, мог делать то, что ему нужно делать. Он обеспечил прохождение жидкости, и это стало окончанием ее головных болей. Смысл моего объяснения заключается в том, что мы должны вести спинномозговую жидкость через точку покоя, чтобы она правильно функционировала для того, чтобы добиться корректирования.

То же мы пытаемся делать при использовании техники компрессии четвертого

желудочка. Мы заинтересованы в том, чтобы понизить его основное действие до точки, при которой он может изменить свои передаточные механизмы. Совершая это, он идет навстречу физиологическим потребностям пациента. Он вводит в действие свой силовой фактор. Он взаимообменивается с жидкостями тела. Он точно спускается до лимфатических сосудов кончиков пальцев на ногах. Когда мы подводим его к точке покоя, он может поменять все эти действия, а мы воздействуем на общую физиологию.

Когда мы говорим о четвертом желудочке (или боковой флюктуации), мы говорим об управлении движением спинномозговой жидкости, чтобы его снизить до точки покоя. Мы собираемся испытать различные типы реакций у различных типов людей, и я хочу привлечь ваше внимание к некоторым высказываниям. Так как мы ведем спинномозговую жидкость через эту точку покоя, мы собираемся полностью воздействовать на лимфатическую систему так, чтобы лимфатические жидкости могли автоматически обезвредить токсины, протекая через них. Мы пытаемся вдохнуть заряд в нервную систему, которая расстроена. Использование этой техники со спинномозговой жидкостью, снижая ее флюктуацию к точке покоя, дает каждой больной ткани шанс на восстановление.

Менингит: Техника компрессии четвертого желудочка действует в пост-менингитных и пост-энцефалитных случаях. Совсем недавно у меня был пациент, который перенес энцефало-менингит 30 лет тому назад и у которого была нечеткая симптомология. Я сразу проверил его механизм, и мозговые оболочки ощущались как влажный картон и имели такое же качество тона - мозговые оболочки были больны. Он приходил ко мне на лечение один раз в неделю в течение четырех или пяти месяцев, и я пытался использовать в его лечении технику четвертого желудочка (нам удалось это делать через теменные кости, а не через подзатылочную кость). Когда он приходил, мы каждый раз проходили через точку покоя, и постепенно, с течением времени мозговые оболочки начали поглощать свои отходы и становились тоньше. Они утратили ощущение мокрого картона и стали похожи на мокрую бумагу; затем у них образовалось некоторое качество тона, а позже он у них появился. Как-то он пришел на лечение и сказал: «Я не знаю, что случилось, но что-то произошло по пути домой после последнего сеанса лечения; я никогда в жизни не чувствовал себя лучше». Я постарался сразу оценить

состояние пациента, и он показал все необходимые коррекции. К мембранам вернулось их качество тона, и он это показал; мы смогли подключить его.

87

Итак, в случаях хронического нарушения мозговых оболочек, вам предстоит столкнуться с различным качеством тона этих оболочек. Используйте спинномозговую жидкость, как путь, позволяющий им откорректировать самих себя.

Как при острых, так при хронических энцефало-менингитах, клиническая проблема мозговых оболочек является болезненной и неприятной. В острых случаях при этом заболевании проявляется качество тона, напоминающее влажный бумажный носовой платок, в хронических случаях он больше похож на толстый мокрый картон. Представьте, что я еще обнаружил у пациента краниальное напряжение и пытался провести мембранно-суставное корректирование. Забудьте об этом. Больные мембраны не поддаются коррекции, они не могут. В этом реципрокном напряжении мембраны нет качества тона; оно, конечно, есть, но не функционирует.

Итак, в течение нескольких недель или месяцев, в зависимости от продолжительности проблемы четвертый желудочек, как постоянный участник вашего курса лечения будет постепенно восстанавливать общее качество тона и функцию реципрокного напряжения мембраны, постепенно возвращая ей нормальную плотность и напряженность. Исправив это, вы не только добиваетесь лучших коррекций, но и позволяете пациенту избавиться от проблем.

В сложных случаях пациенты обычно спрашивают как долго продлится коррекция. Я отвечаю им: «Вы можете забыть о том, сколько времени это займет; мы будем заниматься лечением до тех пор, пока вы не устанете от меня или я не устану от вас, и если в течение шести месяцев вы не заметите изменений. Если вы не хотите этого, не начинайте». Исходя из этого, возможно, один человек из трех согласится на лечение. И этот один добьется результатов.

Нервное расстройство: Существуют люди с полным нервным расстройством -не говорю о психосоматических случаях - я говорю о людях, которые пришли и которые физиологически перенесли нервное напряжение. Вы сразу проверяете их механизм, и они, как бы не включаются. Они едва дотягивают до 20 вольт (а должно быть НО) - это больная нервная система. У них было нервное расстройство. Это слабый, уставший, мало мощный механизм. Состояние механизма хроническое, сохраняется в течение нескольких лет; в некоторые месяцы он работал лучше, в другие хуже, но это скверный механизм. Нервная система больна. У нее нет заряда.

Что их заряжает? Техника четвертого желудочка один раз в неделю в течение необходимого времени, требуется для лечения ревматоидного артрита (6-12 месяцев). Вы должны сказать пациентам: «Некоторое время вы не будете чувствовать себя лучше, и я не собираюсь доказывать, что вам будет лучше. Этот механизм должен доказать нам обоим, что вам стало лучше». Спустя два или три месяца, совсем неожиданно вместо 20 вольт - 25. Некоторое время возможен возврат к 23, но потом опять повышение до 27 вольт. Со временем, в какой-то день пациенты приходят, и механизм заряжен. И, наконец, они входят в кабинет (коррекция обычно происходит между сеансами лечения, а не тогда, когда пациенты лежат на столе), вы кладете руку на их механизм, и он говорит, «НО вольт - включайте». Я так делаю, и на этом нервное расстройство заканчивается.

У меня была пациентка, которая точно выполняла то, о чем я вам рассказываю, только когда в ней произошло последняя большая коррекция, это случилось, когда она была на сеансе лечения у меня в кабинете. Это было впечатляюще; она боялась спуститься со стола и колотила меня, потому что ей не нравилось, что с ней происходит. То, что она чувствовала в тот момент перемены, было тем же самым, что она ощущала шесть или семь раз в течение лет, перед тем, как она вернулась в больницу. Она могла сделать коррекцию между сеансами лечения, но не сделала. Случайно эта коррекция произошла, когда пациентка была в кабинете, поэтому я ее наблюдал. Я считаю, когда бы ни произошла подобная коррекция, в следующий раз, когда они входят в ваш кабинет, вы понимаете, что их механизм в порядке. В этом

случае я ей сказал: «Вам больше не надо приходить ко мне». Позже она обращалась ко мне в связи со смертью мужа и двумя-тремя эпизодами, которые довели ее до больницы, но это подействовало на нее не больше, чем должно бы. Она сохраняла полный заряд в 110 вольт и была способна управлять жизнью.

Итак, мы имеем физиологический подход к некоторым определенным людям, у которых действительно обнаружилось физиологическое нервное расстройство. Было что-то, что подействовало прежде всего - не болезнь, я не знаю, что - что-то, что подействовало, но это можно исправить.

Когда у вас пациент, у которого масса проблем, среди которых есть и хронические недуги, которым, как вы понимаете, требуется помощь, включите все факторы, которые имеются у данного пациента. Если у пациента плохая история со многими несчастными случаями или многочисленными болезнями, даже если это было в далеком детстве, включите все эти факторы в ваше сознание при проведение

пальпации с тем, чтобы при чтении этих тканей, вы сохраняли толерантность, доступную для диагностики и лечения на тот определенный день. Подобные пациенты находятся при вас в течение долгого времени - поэтому нет смысла кидаться и проектировать грандиозные открытия на их материале и создать больше проблем, чем уже у них есть. Оставайтесь терпимыми с людьми с многочисленными несчастными случаями или со многими болезнями когда вы начинаете вашу программу и позвольте времени укреплять здоровье, это более результативно и более интересно.

Ревматоидный артрит: Я предполагаю, что все мои пациенты с ревматоидным артритом обращались к другим врачам, но они идут ко мне из-за того, что знают о том, что мне известна наука об организме человека, и поэтому они надеются получить от меня лучшее, на что я способен. Я лечу своих пациентов с ревматоидным артритом техникой компрессии четвертого желудочка и точка. Я не пользуюсь теми же методиками, когда имею дело с суставами индивида и т.д. Для меня ревматоидный артрит - это соединительная ткань, коллогенное заболевание от макушки головы до ступней. Все в застое. Скажите, вы ведь хотите иметь метод, при помощи которого можно повлиять на всю систему коллогенов самым коротким и быстрым способом, и втайне надеетесь изменить жизнедеятельность всех костей и клеток так, чтобы она стала поддерживающей, и вы хотите сделать это везде, от макушки головы и до ступней - включая все больные суставы. Какой метод физиологической медицины может вам это дать? Конечно, техника четвертого желудочка.

89

Владение спинномозговой жидкостью

Это отредактированная запись лекции 1976 года на «продвинутом» курсе в Фонде краниального обучения Сазерленда в Милуоки, Висконсин.

Четвертый желудочек: Компрессия четвертого желудочка.

Наши руки должны соприкасаться с боковыми краями подзатылочной кости, внутри затылочномастоидного шва. Затем мы слегка надавливаем на эти области, чтобы легко сдавить жидкость, мозг, реципрокное напряжение мембраны и все участки, которые лежат ниже палатки мозжечка. Мы слегка надавливаем и замедляем подвижность центральной нервной системы, замедляем движение реципрокного напряжения мембраны, замедляем флюктуацию спинномозговой жидкости, замедляем движение суставного краниального механизма до тех пор, пока не приводим поток спинномозговой жидкости к ее точке покоя.

Когда вы проводите лечение, вы не можете думать об игре в гольф на следующей неделе. Вы должны сконцентрировать внимание и слушать, что происходит в потоке жидкости, когда вы с ней работаете и разумно ее используете. Она тоже разумна; соедините свою разумность с ее и придерживайтесь их при проведении программы сознательного понимания. Это делает проведение коррекции более безопасной для пациента и устраняет реакции.

Вы можете добиться огромных успехов при дополнительном лечении своих пациентов с ревматоидным артритом, используя компрессию четвертого желудочка. Но вы должны сидеть и методично проводить на них технику четвертого желудочка, а это может стать испытанием. Пациенты с ревматоидным артритом больны с головы до пят. Каждая соединительная ткань их тела говорит: «Я наполнена густой патокой, и если вы думаете, что я собираюсь произвести для вас какие-то изменения, вы ошибаетесь». Когда я лечу больных с ревматоидным артритом, я не включаю себя в управление их лечением: я просто каждую неделю применяю на них технику четвертого желудочка. Лечение вновь поступившего больного с ревматоидным артритом может занять много времени, нужно сидеть над этой надзатылочной костью, чтобы замедлить поток спинномозговой жидкости до ее точки покоя. Нарушения имеются в каждой ткани, в каждой фасции, во всех лимфатических сосудах. Поэтому я не просто выполняю технику компрессии четвертого желудочка, а провожу технику, которая влияет на весь паттерн спинномозговой жидкости по всему телу.

В одном случае сеанс занимает 45 минут, когда сидишь и ждешь, пока жидкость дойдет до точки покоя и пройдет через нее до того момента, когда подзатылочная кость будет готова включиться. Когда пациент приходит в следующий раз, сеанс длитя уже 40 минут, в следующий приход это уже 30 минут, следовательно, мы выбрали правильное направление. Примерно через шесть или двенадцать месяцев мы вернемся к нормальным семи минутам и пациент будет бодр и полон жизни. И хотя при нем останется ревматоидный артрит, но не в этом дело - пациент снова полон сил.

Я считаю, что техника компрессии четвертого желудочка является живым лечением. Вы можете читать качество жидкости внутри механизма и качество тканей. Каждый сеанс компрессии четвертого желудочка - это не шаблонное прикладывание рук, сделай так, и это произойдет. Вслушивайтесь и читайте качество всего механизма, когда вы применяете эту технику,

Сила давления на надзатылочную кость, которую вы используете, меняется в зависимости от пациента и от лечения - иногда она сильнее, иногда слабее. При

применении техники компрессии четвертого желудочка вы можете столкнуться с непредвиденными реакциями, особенно если у пациента есть затылочно-мастоидное
90
нарушение, и не важно, случилось ли это 25 лет или 25 минут назад. Подобные пациенты уже испытывают давление подзатылочной кости на височную кость на стороне нарушения, а вы еще больше надавливаете на нее. Затылочно-мастоидные нарушения печально известны своими реакциями; у вас могут возникнуть трудности при применении техники компрессии четвертого желудочка, если вы слепо используете одинаковую силу давления с обеих сторон надзатылочнои кости.

Я дам вам небольшой совет, но пользоваться им надо выборочно, в зависимости от конкретного пациента, нельзя использовать его в том виде как я говорю о нем, при работе с любым пацинтом; вы должны менять приемы в зависимости от состояния и потребностей каждого пациента. Так как данная надзатылочная кость уже наехала на височную, на этой стороне у вас уже есть то давление, которое необходимо вам при технике компрессии четвертого желудочка. Итак, вы просто поддерживаете ту сторону надзатылочнои кости, где на ней есть затылочно-мастоидное нарушение и применяете компрессию на противоположной стороне до тех пор, пока вы не приведете движение спинномозговой жидкости к ее точке покоя для проведения техники компрессии четвертого желудочка. Таким способом вы заставляете затылочно-мастоидное нарушение работать; вы надавливаете только на противоположную сторону участка до тех пор, пока жидкость не проходит через точку покоя. Вы не проводите давления в равной степени с двух сторон. Это позволяет избежать непредвиденных реакций. Это просто совет.

Особого подхода также требуют пациенты с вытянутым типом головы. Если вы подвергнете их растяжению, растяжение останется у них и после проведения техники компрессии четвертого желудочка, и такие пациенты жалуются на головные боли и упадок сил. Чтобы этого избежать, при проведении процедуры вы нейтрально надавливаете на надзатылочную кость; не тяните ее назад на растяжение. При подобных типах растяжения врач должен быть уверен, что затылочные и височные кости пациента возобновят полное сгибание / внешняя ротация после проведения процедуры компрессии четвертого желудочка. Несколько глубоких вдохов и выдохов помогут им справиться с этим растяжением.

Мы можем способствовать процедуре компрессии четвертого желудочка, заставляя пациента выдыхать и на некоторое время задерживать дыхание. Можно также

предложить пациенту вытянуть ноги, чтобы вызвать растяжение основания крестца и затылка - т. е. сделать что-то такое, что притормозило бы и замедлило имеющуюся флюктуацию. Постепенно все это успокаивается пока мы продолжаем наше наблюдение, и через 3-7 минут происходит внезапное изменение паттерна флюктуации спинномозговой жидкости, которое происходит в тот момент, когда жидкость к этому готова. Наблюдая за этим, мы можем видеть некоторые клинические эффекты, которые позволят нам заметить, что что-то произошло. Мы можем отметить ощущение тепла, простой вспомогательного дыхания, а иногда выделение пота на лбу или где-либо на коже. Мы получили несколько клинических эффектов, которые позволили нам отметить: что-то произошло.

Вместо того, чтобы проводить процедуру компрессии четвертого желудочка на надзатылочнои кости, вы можете сразу взять теменные кости и осторожно подтолкнуть внутреннюю ротацию и успокоить флюктуацию на этом направлении, особенно обращая внимание на основную часть спинномозговой жидкости в боковых желудочках, но там очень много жидкости, и вы не можете в достаточной мере контролировать этот процесс, как вы это делаете, когда используете четвертый желудочек и надзатылочную кость.

91

Вы также можете провести эту процедуру со стороны крестца, это важно знать. Своим прикосновением вы вводите крестец в положение фазы растяжения и сохраняете эту фазу до тех пор, пока вы не почувствуете реакцию спинномозговой жидкости, которая начинает успокаиваться до того момента, когда она меняет свою точку опоры. Сакральный подход используется во всех случаях, когда есть подозрение на черепную травму, которая не позволяет работать в области головы, а вам бы хотелось провести для пациента некоторое лечение. Мы знаем, что успокаивание спинномозговой жидкости приводит к равновесию взаимного обмена; оно стимулирует работу жизненных, физиологических центров; модифицирует напряжение фасций и связок внутричерепных пространств; повышает иммунологическую реакцию, т. е. делает очень многое. Если мы можем успокоить спинномозговую жидкость со стороны крестца, мы можем сделать массу полезного и не будем беспокоиться о проблемах из-за перелома черепа и других травматических повреждений.

Боковая флюктуация. Нам известна техника для создания боковой флюктуации.

Следует быстро охватить височные кости так, как мы делаем это при наблюдении за движением этих костей - руки находятся около основания черепа, большие пальцы вдоль сосцевидных отростков височной кости и их частей; а остальные пальцы располагаются в области шеи. Если мы очень осторожно повернем наши средние пальцы, мы автоматически слегка повернем одну височную кость во внешнюю ротацию, а другую во внутреннюю ротацию, и спинномозговая жидкость начнет перемещаться с одной стороны на другую. Мы лишь поворачиваем наши средние пальцы до тех пор, пока не почувствуем, как это боковая флюктуация переходит на другую сторону и возникает на противоположной стороне. Как только мы почувствуем, что жидкость поступает со всех сторон, мы снижаем силу поворота пальцев, чтобы начать ограничивать это поступление. Мы кое-что запустили а теперь начинаем притормаживать это движение, постепенно замедляя его. Другими словами, жидкость хочет перейти на другую сторону, но мы не особенно ей позволяем и начинаем возвращать ее назад. Мы постепенно тормозим флюктуацию этой жидкости до тех пор, пока она не переходит к смене точки опоры в спинномозговой жидкости. Таким способом мы осуществляем смягчающее воздействие. Это успокаивает реакции, которые могут возникнуть при проведении лечения, и это важно понять и использовать в своей практике.

Если наш пациент остро нуждается в приливе энергии, в тех случаях, когда механизм спинномозговой жидкости будто бы наполовину умер, и ничего нельзя сделать, мы можем воспользоваться техникой боковой флюктуации, чтобы побудить этот механизм к действию, запустить его и сделать более активным. Если пользоваться этой техникой, надо уметь ощущать, насколько следует его активизировать. Если вы просто запустили механизм и позволили пациенту встать со стола, вы ответственны за то, что он чувствует себя пьяным. Мы хотим произвести воздействие на энергию пациента, чтобы создать новый взаимообмен в системе; после запуска мы затем ведем механизм на снижение до точки покоя так, чтобы произошла смена точки опоры в спинномозговой жидкости, которая правильно распределит полезные потребности, возникшие при запуске механизма.

92

Спинномозговая жидкость как механизм

Это отредактированная запись лекции, прочитанной в 1986 году на основном курсе в

Фонде краниального обучения Сазерленда в Филадельфии.

Нашу жизнь, как индивидов, составляет работа произвольных и непроизвольных механизмов. В общей физиологии пациента имеются сотни различных механизмов. Наш произвольный механизм позволяет нам делать все - от передвижения по улице до спокойного сна. Этот механизм действия в каждом человеке проявляется индивидуально в зависимости от общего качества жизни этого человека.

С другой стороны спокойный дыхательный механизм - это непроизвольное одно целое, состоящее из функции, физиологии, активности и жизнеспособности, что позволяет нам быть активным, живым, произвольным механизмом. Мы никогда не задумываемся об изменениях, которые происходят в функции, так называемой, флюктуации спинномозговой жидкости и основного дыхательного механизма; просто они есть. Мы принимаем жизнь такой, как она есть; принимаем факт работы нашего механизма, мы об этом не думаем. Когда мы собираемся вместе и начинаем говорить об этом, это становится темой разговора, но обычно мы не думаем о том, что представляем собой основной дыхательный механизм. Непроизвольный механизм - это то, что дает нам возможность быть живыми и он функционирует как проявление этой жизни.

Спинномозговая жидкость является частью основного дыхательного механизма, который также включает подвижность центральной нервной системы и движение реципрокного напряжения мембраны, краниальных костей и крестца. Мы не можем ничего отделить - это единое целое. Любая травма или заболевание, которые происходят в организме, влияют на основной дыхательный механизм, а любое восстановление здоровья, коррекция в системе произвольного механизма должны включать улучшение функции основного дыхательного механизма - это единая функция. Это то же механизм.

Движение жидкости - это механизм. Вода в турбине - механизм, приливы и отливы в океане - механизм, флюктуация спинномозговой жидкости - механизм, механизмом является даже потенциальная сила этой жидкости. Механизмы, как произвольные, так и непроизвольные составляют сущность жизни и функции. Когда мы проверяем ритмическую флюктуацию спинномозговой жидкости, движение взад и вперед, мы наблюдаем за работой механизма. Мы изучаем эти механизмы и узнаем как они работают в здоровье, и учимся, как возвращать здоровье нашим пациентам. Мы находимся в тихом контакте с основным дыхательным механизмом, который помогает нам при нашем корректировании и возвращении к нормальному состоянию.

Существуют различные виды движения типа прилив - отлив в физиологии организма и в спинномозговой жидкости. Проще всего найти продольный, 8 — 12 раз в минуту прилив - отлив спинномозговой жидкости. Он похож на приливы и отливы океана; два раза в день океан приливает и отливает. В механизме нашего тела этот ритм составляет от 8 до 12 раз в минуту. Мы пользуемся понятием «прилив - отлив», чтобы создать впечатление ритмического входа и выхода жидкости. Это учение типа прилива - отлива спинномозговой жидкости - механизм, всегда находящийся в движении, и мы называем его движением жидкости.

Продольный прилив - отлив одновременно со всем в организме, ритмически переходит в простое сгибание и разгибание структур по средней линии и во внешнюю и внутреннюю ротацию боковых структур, 8-12 раз в минуту. Все клетки тела -клетки сердца, легких, костных структур, как единое целое функции - подвержены

93

ритму легкого сгибания / внешняя ротация, разгибания / внутренняя ротация в течение жизни. Продольный прилив - отлив это то, что всегда, или почти всегда, есть у нас. Когда мы кладем руки на пациента, именно это мы ощущаем - продольное движение от макушки головы до ступней.

Существует боковая флюктуация, при которой спинномозговая жидкость вместе со всеми элементами организма может ритмически переходить с одной стороны на другую. Мы можем специально создать этот тип паттерна для тех пациентов, у которых есть специфические потребности, или в некоторых случаях она может проявиться самопроизвольно, ее можно пропальпировать и диагностировать, как боковую флюктуацию. Существуют еще спиральные флюктуации. Это небольшие завихрения, возможно, некоторые участки центральной нервной системы свертываются и развертываются.

Я говорю вам об этом, потому что эти явления может наблюдать любой врач, который понимает работу механизма и учится читать при помощи пальпации то, что происходит в организме пациента. Относительно просто обнаружить продольную и боковую флюктуацию; они мощные и проходят по всему телу. Спиральные флюктуации подобны мелким насекомым, которые ползают по краю отмели или похожи на спирали колышущихся вдоль берега водорослей. Эта флюктуация не открывается вам, возможно, спиральная флюктуация является частью происходящих локальных изменений.

Еще существует то, что я называю разорванной флюктуацией. Такой тип флюктуации

врач может применить, чтобы сохранить изменения, в том случае, когда требуется изменить имеющийся у пациента паттерн механизма перемещения спинномозговой жидкости. Используя подобную флюктуацию, мы собираемся слегка модифицировать механизм перемещения жидкости у пациента. Если мы положим пациента на спину, а ноги согнем, это положение склонит весь механизм тела к сгибанию. Затем, если вызвать боковую флюктуацию, когда ноги пациента согнуты, очень скоро в организме появятся две действующих флюктуации: одна продольная и наложившаяся на нее боковая флюктуация. Конечно, все это делается под контролем врача, который знает, как осторожно обращаться с эти механизмом, и который может медленно вызывать флюктуацию, внимательно изучая то, что ощущает при пальпации и позволяя этим вещам проявляться у пациента. Иногда работая с подобным типом потока, попробуйте себе представить, почему вам понадобилось этим воспользоваться.

Еще один вид движения типа прилив - отлив, я думаю, появился у меня из космического, пространства. У меня был пациент с серьезной, неясной и сложной проблемой, и я спокойно пытался читать поток жидкости, работая с физиологией данного пациента, как вдруг, совершенно неожиданно я осознал, что появился еще более обширный поток жидкости и наложился на имеющийся, который протекал 8 раз в минуту. Это был мощный -поток, который воспринимался, как появившейся неизвестно откуда, и он начал расширяться, останавливаться, расширяться, останавливаться. Это перемещение заняло полторы минуты, чтобы войти этому более мощному потоку и стать частью физиологии пациента, а затем он так же медленно вытек, как и вошел. Откуда он появился и куда исчез, я не знаю, но его появление, безусловно, видоизменило питание каждой клетки тела, чтобы они могли что-то сделать. Для данного пациента такое питание, конечно, оказалось помощью, так как клинические реакции показали, что в областях дисфункции появилось улучшение.

После того первого появления я иногда наблюдал подобный медленный поток. Это не то, что может вызывать сам врач и не то, чего можно ожидать, но при проведении остеопатического лечения по линии основного дыхательного механизма и пользуясь им как инструментом, этот поток может неожиданно объявиться. Когда этот поток впервые появился, я спокойно работал с чем-то, что требовало спокойной помощи. Этот поток объявляется только тогда, когда он требуется, а вы и ваш пациент

находитесь достаточно в спокойном состоянии, чтобы он мог проявиться. Его не надо заказывать.

Качество спинномозговой жидкости тоже может учитываться при диагнозе. Просто спокойно положите руки на пациента и спросите себя, чувствует ли механизм перемещения жидкости себя здоровым или изнуренным? Вы можете судить об этом, сравнивая ощущения, полученные от разных пациентов в течение дня. Несмотря на то, какова скорость цикла, спросите: «Каково качество данного потока? Здоров ли он?» Когда вы понимаете, что поток не имеет того напряжения, которое вы рассчитывали ощутить, вы можете учесть это в планируемой фазе лечения.

Считается, что пациент, у которого изнуренный основной механизм дыхания, оцененный по качеству потока жидкости и по элементам непроизвольного функционирования организма, не готов к проведению основного корректирования из-за недостаточной энергии, необходимой для этого. Результаты иногда не подтверждаются; нет достаточной жизненной силы, чтобы заставить их проявляться в вашем корректирующем лечении. Поэтому вы выбираете лечение по жизнеспособности потока жидкости пациента, по жизнеспособности основного механизма дыхания. Учитесь работать, учитывая подобную информацию, и проводимые вами коррекции будут более успешны, а следовательно, более полезны для пациента.

Когда вы оцениваете пациента, прежде всего положите на него руки и очень спокойно ощутите-, что он чувствует, как непроизвольная единица. Как он реагирует, каковы его реакции? Теперь, когда вы получили общее представление о пациенте, положите руку на место, где болит. В случае судороги поясничных мышц вы кладете одну руку на спастическую область поясницы, а другую поверх живота, и проблема оказывается между ваших рук. Теперь прослушайте механизм непроизвольного перемещения спинномозговой жидкости во всем организме. В области напряжения оно такое же? Нет, это перемещение ограничено и существуют достаточные помехи, которые не позволяют почувствовать паттерн флюктуации, вы понимаете, что в этой области вы ощущаете не такую жизнеспособность, как во всем организме. Отметьте для себя, как прощупывается дисфункция.

Теперь приступайте к лечению. Определите лечение на этот день для данной проблемы; выберите технику, какую захотите, это безразлично. Когда вы проводите лечение и думаете, что вы уже сделали коррекцию или вы думаете, что что-то еще сделали, снова положите руку под поясницу и почувствуйте тот же поток, который вы чувствовали сначала во всем теле. Если вы почувствовали, что эта область поясницы, которую вы лечили, может лучше выразить непроизвольное движение, это значит, что

лечение дало корректирующие результаты, потому что «Хозяин» общего непроизвольного механизма теперь тоже может локально объявиться в той области. Вы можете это почувствовать, это случилось, что-то происходит.

Если же, наоборот, при проверке вы почувствуете в том же месте вялость, что и до лечения данного пациента, я уверен, что вы не довели лечения до конца. Пациент не успеет выйти из приемной, как уже готов вернуться с теми же проблемами. Итак, этот поток жидкости может использоваться как небольшой, невидимый диагностический ключ; мы можем использовать этот тихий, непроизвольный механизм как ориентир в наших лечебных программах остальных частей организма.

При каждом пациенте, который приходит к вам, тихо задайте себе вопрос: «Каково качество этой главной функции жизни у данного пациента? Каково качество в области здоровья, каково оно в области напряжения, каково оно до и после каждого посещения врача?» Так как вы имеете дело с напряжениями и дисфункциями у пациента, всегда спокойно удостоверьтесь, что этот паттерн флюктуации, вся система целиком постоянно является вашим безмолвным партнером и помогает вам добиться коррективных изменений в пораженной области, потому что ваша цель состоит в том, чтобы восстановить здоровье данного пациента. Пациенты приходят к врачу не только

за тем, чтобы сразу вылечить или исправить повреждение. Они приходят за тем, чтобы облегчить растяжения, восстановить утраченную функцию, устранить нарушение движения - т. е. отпереть двери жизни и позволить свободно входить в них и выходить из них так, как это должно быть. Вы имеете тихого партнера в виде флюктуации спинномозговой жидкости, и вы имеете право знать и понимать ее, использовать и проверять ее.

Теперь, когда вы подходите для практики к столу, просто возьмитесь за свод и очень тихо работайте, чтобы просто в целом представить себе пациента, спокойно ощущая и читая через свои руки. Вы можете сказать, что смотрите на пациента, спокойно ощущая и читая через свои руки. Вы можете сказать, что смотрите на пациента изнутри, смотря прямо через контакт своих рук и терпеливо подождите несколько минут. Подождите фазы расширения, когда теменная кость слегка выдвигается наружу во внешнюю ротацию с хлынувшей в этом механизме жидкостью, а затем постепенно ждите, когда она возвратиться назад к внутренней ротации. Ритмическое движение, движение типа прилив - отлив, входящее и исходящее, расширяющее и сокращающее тело, как единое целое. Д-р Сазерленд предпочел назвать это движение флюктуацией

спинномозговой жидкости, (термин «краниальный ритмический импульс» был принят другими специалистами исключительно для цели подсчета).

Так как- мы считаем работу спинномозговой флюктуации динамичной, живой функцией, и именно функцию мы изучаем на этой неделе. Мы хотим сначала поиграть с ним, почувствовать это несильное, ритмическое вливающееся и отливающееся движение жидкости. Вы можете почувствовать его в голове; вы можете почувствовать его в остальной части тела. Вы можете пропальпировать и почувствовать этот механизм сгибания - разгибания в любом месте тела, когда вы отрабатываете тактильную чувствительность. Вы можете почувствовать его в лодыжках, в большом пальце на ноге, в любой части тела, куда вы можете приложить свои руки. Мы не хотим, чтобы вы сосредотачивались на голове; мы пытаемся, чтобы вы получили представление обо всей картине, поэтому вы можете использовать весь механизм для диагноза и терапевтического лечения в любом месте тела.

96

время, ткани и движение типа прилив-отлив

Статья написана в сентябре 1983 года.

«ОПРЕДЕЛИТЬ ЗДОРОВЬЕ - это цель врача. Болезнь может определить любой». Так высказывался Э.Т. Стилл. Здоровье - это больше, чем просто отсутствие болезни или травмы; это живое анатомо-физиологическое функционирование, физическое, умственное и духовное.

Основные принципы, которых придерживается врач-остеопат:

1. Организм - это единое целое.
2. Организм - механизм саморегулирования.
3. Организму свойственна врожденная способность лечить себя.
4. Структура и функция соответственно взаимосвязаны.

Основываясь на этих принципах, организм пользуется временем, тканями и потоками жидкости как рабочими инструментами для выражения здоровья или особых областей травмы и/или болезни.

Организм - единое целое

Тело создано для существования на определенный период времени; это сложная система тканей и жидкостей в постоянном движении и микродвижении; оно обеспечено произвольным и непроизвольным механизмами, которые организм

использует для поддержания повседневной жизни и сохранения здоровья. Доктор Стилл учил нас в науке остеопатии понимать организм как единое целое, включая и представление о черепе. Доктор Сазерленд часто заявлял, что вклад в детальное исследование анатомии и физиологии краниосакрального механизма является продолжением науки остеопатии, какой ее представлял себе доктор Стилл. Один организм - одно целое функции.

Тело - саморегулируемый механизм

Понять механизм как единое целое - это значит понять его в здоровье. Следует научиться узнавать и принимать саморегулирующиеся механизмы, активно наблюдая их, слушая их, где возможно, и учась пальпировать их отработанным тактильным прикосновением во время их функционирования в здоровье.

Одним из этих саморегулируемых механизмов является паттерн мобильности и подвижности, непроизвольный по своей природе, который сопутствует индивиду в течение всей его жизни, и который легко поддается пальпированию. Все структуры тела по средней линии, ткани, жидкости переменно двигаются от сгибания к разгибанию, тогда как боковые структуры, жидкости и ткани двигаются во внешней ротации во время фазы сгибания и во внутренней ротации в фазе разгибания. Для этого паттерна свойственно согласованное непроизвольное движение 8-12 раз в минуту в здоровом состоянии. Качество этого движения, как и его механическая мобильность, может служить диагностическим ключом к жизнеспособности пациента, показывая его статус здоровья, или может помогать при определении состояния травмы и/или болезни.

Часть жидкости в ритмическом сгибании с внешней ротацией и в разгибании во внутренней ротацией является врожденной флюктуацией спинномозговой жидкости. Это движение типа прилив-отлив, которое орошает все тело. Так как спинномозговая

жидкость образуется в основном из сосудистых сплетений в желудочках центральной нервной системы, она перепоглощается циркуляторной системой венозных каналов, и что очень важно, она также перепоглощается общими жидкостями тела по пути периневральных каналов в лимфатическую систему. Таким образом, система спинномозговой-лимфатической жидкостей ритмично взаимообменивается со всеми

тканями тела в паттерне прилив-отлив саморегуляторного функционирования во время каждого цикла движения жидкости 8-12 раз в минуту.

В физиологии организма случается другое движение типа прилив-отлив помимо движения 8-12 раз в минуту. Этот второй поток орошает все тело в виде паттерна мощного непроизвольного сгибания с внешней ротацией, разгибания с внутренней ротацией паттерна тканей и жидкостей, проявляющегося примерно шесть раз в каждые 10 минут или полторы минуты на каждый ритмический цикл. Этот поток, входящий и исходящий, можно наблюдать при помощи пальпации во время его ритмического движения, но только *тогда,* когда он начинает себя проявлять. Я не знаю его происхождения; я не чувствую, что он встречается у каждого пациента, и я не способствую началу его ритмического паттерна. Этот поток открылся мне несколько лет тому назад, когда я лечил пациента и наблюдал, как работает его 8-10 разовое движение спинномозговой жидкости. Я наблюдал подобный мощный ток много раз и могу сообщить, что он не является абсолютно одинаковым у каждого пациента; у каждого пациента он свой. Могу сказать, что я не знаю, когда он проявит себя, и я не знаю, куда он исчезает, когда прекращает свою работу в организме данного пациента.

В физиологии организма имеются десятки механизмов саморегулирования, но сейчас основное внимание будет направлено на рассмотрение непроизвольного движения быстрого потока жидкости, 8-12 раз в минуту и на движение медленного потока, 6 раз за 10 минут. Оба эти движения можно пропальпировать при развитой тактильной чувствительности. Пальпирование движения этих потоков лучше проводить в роли участника, как в квантовой механике, процесс, при котором врач настраивается своими рецепторами участвовать в движении одного из потоков по мере того, как это движение проводит свою работу в физиологии пациента. Оба потока присутствуют как в здоровом состоянии, так и при травме и/или болезни. Качество движения жидкости типа прилив-отлив будет меняться в зависимости от здоровья, травмы и/или болезни, иногда это будут локальные изменения, вызванные определенной проблемой, или изменения в системе функционирования тканей всего организма.

Оба эти потока жидкости являются врожденными, неотъемлемыми и произвольными механизмами саморегулирования, основная цель которых заключается в сохранении здоровья - быть поддерживающими факторами в усилиях организма излечиться от травмы и/или болезни. Реципрокно сбалансированный взаимообмен, который происходит между жидкостями и тканями, является результатом и увеличивается быстрым и медленным потоками, которые постоянно находятся в рабочем состоянии в

течение жизни индивида.

Механизму свойственна врожденная способность лечить себя.

Ритмическая произвольная мобильность тканей и жидкостей и различных потоков типа прилив-отлив - объединяются все друг с другом и с организмом, как единое целое. Они являются поддерживающими факторами способности организма к самолечению, и их следует узнавать и принимать, как самостоятельно функционирующие механизмы. Их тоже можно рассматривать, как врожденные механизмы в физиологии организма пациента, которые врач может использовать для увеличения и усиления стараний организма лечить самого себя.

Движение по средней и боковой линиям'. Это непроизвольное движение присутствует у человека в течение всей его жизни, и его может использовать врач, как

диагностический инструмент до и после каждого сеанса лечения, чтобы оценить процесс корректирования в данном курсе лечения во время назначения лечения и в каждый последующий визит. Движение по средней и боковым линиям свойственно физиологии всего организма, и хотя это движение очень слабое, его можно пальпировать в любом месте на теле пациента.

Представляю процесс, по которому проходит использование этого движения в виде диагностического инструмента. Пациент обращается к врачу с жалобой на соматическую дисфункцию в определенной части тела. Врач кладет руки на пациента, чтобы сделать осмотр про помощи пальпации, а затем проводит такой же сравнительный осмотр в относительно здоровой части тела вдали от области соматической дисфункции. Врач оценивает движение по средней и боковым линиям в обеих областях - в области относительного здоровья и в области напряжения. Ритм движения будет одинаковым в обеих областях. Но качество в области здоровья и в области напряжения будет явно различным. После проведения корректирующего лечения на данный день, следует подвести итоги в обеих областях. Если обе области покажут такой же паттерн, как и до лечения, то значит достигнуто мало корректирующих изменений в области соматической дисфункции. Если структура средней и боковых линий соматической дисфункции возвращается к состоянию, которое отмечено в здоровой области, врач может быть уверен, что ему удалось ввести в действие самокорректирующиеся изменения в области соматической дисфункции. Следующее посещение пациента подтвердит эту самокорректирующую меру. Изменения в физиологии к здоровому функционированию вызваны лечением, а не

простой мобилизацией, и проверка по движению в области относительного здоровья и в области соматической дисфункции обеспечит диагностический инструмент, чтобы зарегистрировать полученный результат. Чтобы провести такую оценку, требуется очень мало времени, если врач умеет ощущать своими сенсорными возможностями это врожденное, непроизвольное, слабое движение.

Быстрый поток: Флюктуация спинномозговой жидкости 8-12 раз в минуту является компонентом жидкости, участвующим в непроизвольной мобильности по средней и боковым линиям. Спинномозговая жидкость и ее флюктуация в форме прилива-отлива изучается в течение многих лет. Паттерны ее флюктуации могут быть видоизменены в связи с физиологическими нуждами пациента. Использование спинномозговой жидкости и ее быстрого потока может помочь в понимании медленного потока в ее функционировании. Поток внутри потока.

Спинномозговая жидкость является компонентом основного механизма дыхания, который в основном и состоит из высочайшего из известных элементов -спинномозговой жидкости, в которой обитает невидимое Дыхание Жизни. Остеопатия признает и принимает все физиологические механизмы, которые создают и поддерживают здоровье индивида, и, конечно, жизненные факторы быстрого и медленного потоков являются основными аспектами этих факторов здоровья.

Флюктуацию спинномозговой жидкости можно наблюдать при помощи пальпации. Существующий паттерн флюктуации быстрого потока может быть модифицирован мягким, разумным и постепенным ограничением движения спинномозговой жидкости в ее ритмическом наполнении и убывании до тех пор, пока флюктуация не снизится до и не пройдет точку покоя. По мере того, как жидкость проходит через эту точку покоя, в ее ритмической флюктуации происходят изменения, которые благотворно влияют на всю физиологию организма - краткая, но мощная трансмутация, получаемая от спинномозговой жидкости.

Так доктор Хауард Липпинкотт (Howard Lippincott) описывает то, что происходит в результате осторожного использования техники компрессии четвертого желудочка (техника замедления продольной флюктуации) для модификации спинномозговой жидкости:

99

Трудно оставаться сдержанным при рассмотрении использования техники компрессии четвертого желудочка, потому, что эта мощная жидкость, активизированная примененной техникой, дает результаты, оправдывающие энтузиазм.

Она оказывает благотворное воздействие на всю систему циркуляции, исправляя закупорки, ишемии и опухоли в доступных областях без хирургического вмешательства. Улучшаются процессы обмена веществ, включая доставку питания тканям и постепенное поглощение фиброзных и кальциевых остатков, которые не выполняют ни диагностической, ни возмещающей функции.

Эта техника усиливает органическую функцию, и при инфекции повышает иммунитет, действуя через селезенку, поджелудочную железу и печень.

Эндокринная система мобилизуется при срочных потребностях организма.

Спинномозговая жидкость управляет обменом веществ, большинством непроизвольных действий и автозащитных механизмов системы.

Доктор Сазерленд обращает внимание на тот факт, что при воздействии компрессии желудочка слабее ощущаются вторичные остеопатические нарушения. Поэтому ценность этой техники состоит в выявлении первичных нарушений.[1]

Существуют различные пути модификации функции быстрого потока в физиологии организма. Для продольных быстрых потоков существуют техники ускорения, оживления и замедления. При боковой флюктуации быстрого потока используются смягчающие и побуждающие техники. Существует еще комбинированная техника для продольных и боковых флюктуации. И, наконец, есть возможность направлять быстрый поток через область напряжения для модификации специфического нарушения.

Следует вспомнить, что спинномозговая жидкость образуется в желудочках центральной нервной системы; через венозные каналы она вновь поступает в циркуляцию организма, а через первичные каналы в лимфатическую систему. Итак, можно модифицировать флюктуацию спинномозговой жидкости при помощи различных анатомо-физиологических механизмов, включая лимфатическую систему. Силу основного механизма дыхания можно определить по спинномозговой жидкости, абсорбированной лимфатическими тканями.

Интересно отметить, что у среднего пациента можно провести снижение флюктуации спинномозговой жидкости и довести ее до точки покоя примерно за семь минут, используя технику компрессии четвертого желудочка. В случае ревматоидного артрита потребуется 30 минут, чтобы успокоить поток и провести его через точку покоя. Это ощущается так, будто вся структура соединительных тканей организма с застойными жидкостями внутри этих тканей должна организоваться в единое целое, чтобы замедлить весь механизм и привести его к

точке покоя. Применяя эту технику один раз в неделю в течение недель и месяцев на пациентах с ревматоидным артритом, можно наблюдать заметные изменения в физиологической жизнеспособности, а также в общем улучшении в направлении к здоровью их клинической проблемы. Время проведения процедуры снижается от 30 минут в первый визит до 15 минут, а затем постепенно снижается еще больше при каждом последующем сеансе лечения.

Этот тип клинической проблемы иллюстрирует важный момент. Вовлекается движение по средней и боковым лилиям всего организма, а также флюктуация спинномозговой жидкости, которая понижена и доведена до точки покоя. Как указывал доктор Липпинкотт (Lippincott), все непроизвольные механизмы изменяются при модификации функционирования потока жидкости. До и после применения подобных техник может измениться тонус тканей и жидкостей. При искусной технике пальпирования и знании анатомо-физиологических механизмов быстрый поток и

непроизвольная средне-боковая мобильность организма в целом представляют диагностические данные до и после корректирующего лечения, а также в процессе лечения. В случаях ревматоидного артрита для врача "Искать здоровье" - это значит провести компрессию четвертого желудочка и позволить механизму стимулировать ресурсы пациента поисков здоровья в его собственных возможностях само-излечения. Это продолжительный процесс с корректирующими изменениями, происходящими между сеансами лечения. Через некоторое время проявит себя относительное здоровье, доступное данному индивиду с данной клинической проблемой. Суть заключается в том, что для данного пациента ищется здоровье в его жизни, а не в лечении его от артрита.

Медленный поток: *6* раз за 10 минут, это физическое явление, которое случается в физиологии организма. В некоторых случаях этот поток проявляется при применении корректирующей техники лечения, в другом случае, при такой же технике, медленный поток не выявляет себя.

Я полагаю, что мне помогла почувствовать медленный потока та техника корректирующего лечения, которой я пользовался в тот момент несколько лет тому назад и еще много раз после. В остеопатии существуют различные типы

корректирующих техник, но определенные принципы их использования помогают данной технике быть эффективной при ее применении. Можно назвать технику мобилизации суставов, облегчения миофасций, мышечной энергии и техники, вызывающие обратное действие, а также многие другие. Еще есть техники суставных связок и фасций, разработанные доктором В. Г. Сазерлендом и которые используются по всей физиологии организма. Некоторые из названных техник способствуют тому, что во время работы с пациентом можно наблюдать медленный поток жидкости, другие же. наоборот, усложняют подобное наблюдение.

Когда я в первый раз почувствовал медленный поток, я работал над соматической дисфункцией в грудной области, используя технику суставных соединений. Данная техника требует от врача сенсорно-моторного типа пальпации, которая участвует в области напряжения. Врач кладет руки на пораженную область мягко, но уверенно и устраивает (выкладывает) руки так, чтобы читать паттерн движения в напряженном механизме. Врач использует контролируемую компрессию, усиление, ослабление или видоизменение прямого направляющего воздействия или сочетание этих приемов пальпации, чтобы заставить область напряжения искать свою самокоррекцию, направленную на здоровье, при этом врач при помощи своего сенсорно-моторного умения контролирует, как продвигается физиология организма, чтобы исправить свою проблему. Врач также читает движение сильного потока и одновременное средне-боковое движение, которые проявляются в области соматической дисфункции. Когда начинают происходить корректирующие изменения в области напряжения, и сенсорное восприятие врача ощущает здоровое функционирование в области, где проводилось лечение, врач размыкает контакт рук. Этот тип техники лечения дает возможность наблюдать другие происходящие изменения в функционировании физиологии пациента во время ожидания, пока самокоррекция сделает свою работу. И в один такой момент возникло явление медленного потока и стало известно моему сенсорно-моторному восприятию.

Общее описание медленного потока таково: когда самокорректирующее лечение локальной соматической дисфункции проводит свою работу, возникает медленное проникающее ощущение того, что жидкостный механизм распространяется по всей физиологии тела пациента, возрастающее ощущение того, что это движение типа

прилив-отлив достигает каждой клетки, каждого пространства, каждого канала -ощущение продолжающегося наполнения не только области напряжения, где проводится лечение, но также и в областях относительного здоровья. Когда эта волна прилива достигает состояния максимального наполнения, наступает короткая

101

остановка, и затем начинается отлив. Кажется, что много времени уходит на то, чтобы освободить все ткани и все пространства от жидкости, как и заполнить их. Наступает следующая короткая остановка, и снова начинается наполнение, остановка и отлив 6 раз в течение 10 минут.

Качество медленного потока различается в зависимости от проблем пациента, оно бывает разным у одного и того же пациента в разное время. Интересной иллюстрацией медленного потока в действии является случай, когда у пациента была серьезная клиническая проблема, требующая еженедельного лечения, чтобы максимально направить самоизлечение пациента, которое помогло бы в восстановлении здоровья. Медленный поток не проявлялся в течение нескольких сеансов лечения, но когда он возник, это была мощная большая волна наполнения физиологии, буквально сметающая на своем пути сопротивление тканей и жидкостей тела. Поток достигает пика, останавливается и вытекает почти с тем же напором. После небольшой остановки накатывалась вторая волна, но возникало ощущение, что эта волна пыталась сгладить действия первой волны, повлиять успокаивающе. Третья волна почти была мягкой при приливе и отливе. Так закончился медленный поток во время того сеанса лечения: общее время 6 минут на три волны. Тем временем в области местной соматической дисфункции продолжалось самокорректирующее самоизлечение,. но его эффективность была выше во время и после трех циклов медленного потока. Медленный поток не возникал регулярно во время последующих еженедельных сеансов лечения. Очевидно, у данного пациента в определенный момент программы лечения возникала физиологическая потребность в медленном потоке.

В отличие от быстрого потока, 8-12 раз в минуту, функционирование которого можно модифицировать применением различных техник, медленный поток представляется неотъемлемой сущностью по себе и в физиологии пациента,

которому не требуется модификация, ни модификация его работы. Я установил, что эффективнее продолжать свои попытки введения самокорректирующих лечащих изменений в локальных областях напряжения и включать в местное лечение любое воздействие медленного потока, даже если его приливы и отливы происходят по всему телу. Медленный поток способствует улучшению возможностей и сокращению времени, которое потребуется для того, чтобы провести напряжение суставных соединений или фасций через, их точку покоя для самокорректирования внутри тела.

Я понимаю, что медленный поток действовал чаще, чем я обнаруживал его присутствие у пациента, так как я не делал попыток ввести его в действие, не искал его сознательно, не планировал использовать его, когда он возникнет. Я принимаю его присутствие, когда он проявляется, и стараюсь объединять свои усилия с его работой в организме пациента. Это еще один механизм саморегулирования в физиологии организма.

Структура и функция соответственно взаимосвязаны

Для хорошего здоровья физиологии организма требуется качество соответственного взаимообмена между структурой и функцией для выражения здоровья. Поиски здоровья вн)три организма - это продолжительность времени, ткань и усилие потока жидкости от зачатия до последнего момента физиологической жизни. При травме и/или заболевании усилие прилагается к тому, чтобы часть физиологии организма привела механизмы здоровья локальной области напряжения к полному функционированию здоровья. Лечение - это больше, чем обеспечение "коррекций" при проблемах травмы и/или болезни.

Известно, что механизмы травмы и/или заболевания накладываются на физиологию организма; что время, ткани, жидкости и потоки перестраиваются в этих областях напряжения до тех пор, пока они не становятся паттернами "замкнутой цепи", которым требуется компенсирующая адаптация организма, чтобы пациент

функционировал; что хроническим паттернам дисфункции, некоторые из них недельной, месячной или годовой давности, буквально надо перестроиться, чтобы снова стать механизмом здоровья; и, наконец, что в каждом проявлении травмы и/или болезни имеется механизм здоровья, который ждет, чтобы его разбудили вновь для здорового

функционирования. Врач может использовать свои пальпаторные возможности остеопатической коррекции при острых и хронических травмах, хронических болезненных состояниях для определения точного диагноза и проведения лечения. Он может определить функцию здоровья, которая ждет, чтобы ее вернули от болезни к здоровью. Иногда, в застарелых случаях заболевания может потребоваться время и неоднократные курсы лечения по предварительному корректированию соматической дисфункции, чтобы обнаружить элемент здоровья, который должен там быть. Когда этот фактор здоровья раскрывает себя под чуткими пальцами врача, усилия врача должны быть направлены на работу с этим фактором, а не с наложившимся на физиологию механизмом нарушения. Другими словами, врач участвует в работе физиологии пациента в поисках здоровья изнутри.

Врач принимает структуру и функцию и их соответственные взаимосвязи и оттачивает свое искусство пальпации, чтобы использовать эти факторы. Физиология пациента предлагает врачу три работающих процесса в качестве указателей в его поисках физиологических потребностей пациента: непроизвольная мобильность по средне-боковым линиям с ритмом работы 8-12 раз в минуту в течение всей жизни; быстрый поток жидкости в ритме этого движения, т.е. механизм спинномозговой жидкости с его мощью, которую можно модифицировать в соответствии с физиологическими потребностями пациента и медленный поток,-который приливает и отливает 6 раз в течение 10 минут и который, возможно, является жизненным фактором по своей функции в физиологии организма. Как в самом начале говорил доктор Э. Т. Стилл «найти здоровье - это должно быть задачей врача», и это является основным принципом программы корректирующего лечения.

1. W.G.Sutherland, Contribution of Thought, pp. 152-3.

Жизнь в движении

Остеопатические воззрения

Роллина Е. Беккера, Д.О.

Редакция Рэйчел Е. Брукс, М.Д.

Рудра Пресс

Портланд, Оригон

1997

Оглавление

***ГЛАВА 4:ИСКУССТВО пальпации*..... 5**

РОЛЬ ПАЛЬПАЦИИ В ДИАГНОЗЕ КРАНИО-САКРАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА 7

РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ПАЛЬААЦИИ……..... 15

КАК НАУЧИТЬСЯ СЛУШАТЬ.....20

***ГЛАВА 5: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ*..... 23**

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ: ЕЕ ПРИНЦИПЫ и ПРИМЕНЕНИЕ …….....25

ЧАСТЬ I: ПОЧУВСТВОВАТЬ ЖИЗНЕННУЮ ФУНКЦИЮ.....25

часть II: Что можно сделать при помощи диагностической пальпации?.....34

ЧАСТЬ III: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ..... 43

ЧАСТЬ IV: ТРАВМА и СТРЕСС.....60

ГЛАВА 6: ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ*..... *71

ФИЛОСОФИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....73

ПЛАСТИЧНОСТЬ В ОСТЕОПАТИИ.....82

РУКОВОДСТВУЯСЬ МЕХАНИЗМОМ 90

Мысли о ЛЕЧЕНИИ.....92

ПРИЧИНА И СЛЕДСТВИЕ.....95

ВЛАДЕНИЯ здоровья.....98

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ..... 101

СБАЛАНСИРОВАННОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЕМБРАНЫ 103

ДЕТИ: ДИАГНОЗ и ЛЕЧЕНИЕ……..... 105

ГЛАВА 7 : ПРИРОДА ТРАВМЫ……..109

СИЛОВЫЕ ФАКТОРЫ В ФИЗИОЛОГИИ ТЕЛА..... ..... 1 1 1

Х..... «УДАР хлыстом» 120

"УДАР ХЛЫСТОМ"..... 128

ГЛАВА 8: КЛИНИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ.....145

ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОБЛЕМАМ .....
147

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ..... 148

В ИСЦЕР АЛЬНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ: СЕРДЕЧНАЯ И МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМЫ .....
152

ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕНЕЙ..... 158

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ с СИНУСОМ……..159

РАСТЯЖЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ..... 162

ГЛАЗА.....166

БИБЛИОГРАФИЯ 174

0 КРАНИАЛЬНОЙ ОБУЧАЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ САЗЕРЛЕНДА 175

ОБ ИЗДАТЕЛЕ..... 176

5

Глава 4: Искусство пальпации

Роль пальпации в диагнозе кранио-сакрального механизма

Статья датирована февралем J 98 3 года.

Пальпация кранио-сакрального механизма.

Д-р Э. Т. Стилл (A. T. Still) представил врачу-остеопату следующие концепции: Артерия - это главный критерий; тело обладает врожденной способностью лечить себя; структура и функция взаимосвязаны. Д-р Дж. Сазерленд (G. Sutherland) добавил еще одну основную концепцию: Артериальный поток - самый главный, но спинномозговая жидкость руководит, и ее флюктуацию в естественной полости можно наблюдать при пальпации, с применением краниальной методики.

Хотя д-р Сазерленд говорил об основном дыхательном механизме, -краниосакральном механизме - мы знаем, что физиология тела - это одно анатомикофизиологическое функционирующее целое, которое включает и основной механизм дыхания. Краниосакральный механизм не является отдельной обособленной областью.

Чтобы показать это ритмическое непроизвольное, мобильное, структурно-функциональное взаимоотношение, давайте рассмотрим следующее:

Спинномозговая жидкость: Она постоянно образуется, предположи-тельно, в сплетении сосудистых оболочек в боковом, третьем и четвертом

желудочках центральной нервной системы. Из четвертого желудочка спинномозговая жидкость идет в субарахноидальные области вокруг мозга и вниз по позвоночному каналу в крестец. Она перепоглощается венозной системой через пахионовы грануляции вдоль верхнего сагиттального синуса. Жидкость также следует по периневральным каналам или оболочкам краниальных и спинальных периферических нервов и перепоглащается системой лимфатической жидкости, что является третьей циркуляцией в физиологии тела.

Более серьезный подход рассматривает спинномозговую жидкость, как процесс флюктуации, а не просто процесс циркуляции, какой характерен для других жидкостей тела. Спинномозговая жидкость содержится в естественной полости, и ее движение или флюктуацию можно выявить при помощи пальпации, не только в краниальной области, но по всей лимфатической системе и другим системам жидкостей, имеющимся в теле. Эта флюктуация похожа на движение прилива - отлива в отличие от волнообразного движения. Этот прилив - отлив мощный, ритмический, постоянный, непроизвольный, состоит из 8 - 12 движений жидкости в минуту, вливающейся и выливающейся. При помощи умелой пальпации возможно контролировать ритм этого потока до того уровня, который свойственен для ритмического сбалансированного взаимного обмена всех жидкостей тела.

Д-р Стилл (Still) говорил, что спинномозговая жидкость является самым главным из известных элементов тела человека. Д-р Сазерленд (Sutherland) добавлял, что она обладает потенциалом, фактором Дыхания Жизни, который превращается в элемент физиологии центральной нервной системы. Все это позволило д-ру Сазерленду (Sutherland) утверждать, что перемещающаяся спинномозговая жидкость составляет основу главного дыхательного механизма.

«Ключи» пальпации: При помощи пальпации можно оценить качество жизнеспособности пациента. Полный объем потока прилива - отлива у

пациента, который составляет 8-12 движений в минуту, можно сравнить со 1 1 0-вольтовым паттерном здоровья. Поток, который кажется слишком медленным, составляет менее

8

110 вольт (30 - 90 вольт) и воспринимается скорее как вялый, чем полный, он может указывать на многие потенциальные проблемы, включая хронический серьезный стресс и другие заболевания. Такая оценка поможет направлять возврат к здоровью при помощи успешной программы лечения.

Центральная нервная система: Центральная нервная система состоит из полушарий мозга, мозжечка, мозгового ствола с четырьмя желудочками, в которых расположены все физиологические центры, включая центры дыхания; из 12 пар краниальных нервов; гипофиза и шишковидных тел; а также спинного мозга с периферийной нервной системой. Мелкие движения центральной нервной системы наблюдаются как результат пульсации церебральных артерий, произвольных движений головы и шеи, а также вдоха и выхода во время дыхательных циклов реберно-диафрагмальной системы.

Дополнительно к этим движениям существует сужение и расширение общего невронального канала, это движение связано с кранио-сакральным механизмом. Во время фазы расширения боковой и третий желудочек расширяются и заполняются поступающей спинномозговой жидкостью, а во время противоположной фазы желудочки сужаются, когда выливается жидкость. Эта постоянная, непроизвольная ритмическая подвижность нервной системы объединяется с перемещающейся спинномозговой жидкостью и реципрокным напряжением мембраны, чтобы способствовать адекватному дренажу мозга, гипофиза и шишковидных тел и других участков функционирования.

«Ключи» пальпации: Подвижность центральной нервной системы трудно почувствовать, и в основном это необязательно делать. Можно пропальпировать расширение сдавленного участка полушария мозга во время фазы коррекции напряжения суставной мембраны.

Реципрокное напряжение мембраны: Существует 3 слоя мозговых оболочек, окружающих центральную нервную систему: мягкая оболочка (pia mater), паутинная оболочка и твердая оболочка (dura mater). Твердую оболочку д-р Сазерленд (Sutherland) назвал реципрокным напряжением мембраны за то, что она функционирует, как элемент связи с кранио-сакральным механизмом. Твердая оболочка обволакивает мозговой череп в виде внутренней надкостницы, проходит через швы, чтобы продлиться внешней надкостницей черепа, затем соединяется с общей системой соединительных тканей, поскольку они подвешены к основанию черепа. Внутри мозгового черепа у твердой оболочки имеется три двойных элемента: серповидные образования мозга, палатки мозжечка и серповидное образование мозжечка. Главным свойством этого образования является соединение серповидного образования мозга с палаткой мозжечка в ровном синусе, чтобы создать точку опоры, где серповидные образования и две половины палатки мозжечка становятся тремя серпами мобильного функционирования. Это соединение называется точкой опоры Сазерленда (Sutherland).

Три серпа - серповидное образование мозга, правая и левая палатки мозжечка действуют, как реципрокное напряжение мембраны с их передними, задними, боковыми и нижними полюсами прикрепления к костным элементам черепа и крестца. Это реципрокное напряжение мембраны, а не мембран. Это один из элементов функции.

Соответственно реципрокное напряжение мембраны движется в передне-верхнем направлении в момент сгибания при расширении основания черепа и боковых сторон головы и в задне-нижнем направлении в момент разгибания при сжимании основания черепа и сторон головы. Точка опоры Сазерленда (Sutherland) является точкой, вокруг или через которую три серпа функционируют физиологически в поддержании баланса

в мембранном суставном механизме черепа. Это автоматическая, меняющаяся, < временными остановками, приспосабливающаяся точка опоры для торсии и сфен базилярных движений при боковом сгибании, так

же, как для различных неправильнь положений, которые случаются при напряжении краниальных суставных оболочек. Э[г] постоянная, непроизвольная мобильность, которую демонстрирует точка опор Сазерленда и три серпа, рефлектора и ее можно уловить при помощи пальпации во вс(соединительных тканях тела и в окруженных ими частях тела - костях, мышца органах, жидкостях, клетках и т. д. Следует добавить, что все пациенты живут торсией или с ротацией бокового наклона, что является физиологическим структурнь: компонентом их кранио-сакрального механизма. Этот компонент также проявляете рефлекторно во всех соединительных тканях тела. Когда в кранио-сакрально механизме обнаруживается какой-либо паттерн - будь то паттерн здоровья, травмы и; болезни - продолжается постоянное непроизвольное ритмическое движение все частей этого механизма. Реципрокное напряжение мембраны является рабочи подвижным инструментом, при помощи которого искусные пальцы врача мог поставить диагноз пациенту и работать с этими механизмами.

«Ключи» пальпации: При работе с реципрокным напряжением мембраны мозговом черепе и с соединительными тканями тела пальпация выявляет два фактор постоянное, подвижное сгибание / внешняя ротация, разгибание / внутренняя ротация движением 8.- 12 раз в минуту, а также структурный паттерн общей физиологии тел которая присутствует в организме пациента. Важно определить основной nairej здоровья, свойственный индивиду, так как по этому паттерну восстанавливает! здоровье; далее следует определить структуру - функцию паттерна стресс ответственного за болезнь пациента. Умелая пальпация выявит эти факторы *г* постоянному движению реципрокного напряжения мембраны и соединительнь тканей.

Краниальные суставные механизмы: В черепе имеются 29 костей, но крани-сокральный механизм включает из них только 22; 8 создают мозговой череп, 1 оставшихся находятся на лице. На 22 кости приходится почти 100 соединительнь: суставов. Сфеноид, затылочная кость, две височные кости, две теменные кости лобная (ые) кости образуют мозговой череп, и их можно

непосредствен! контролировать как по их движению, так и по направлению движения и паттерн структурной целостности при помощи точки опоры Сазерленда и реципрокно] напряжения мембраны. Относительная подвижность сфеноида производится вместе лобными и лицевыми костями, затылочная кость двигается вместе с височным: теменными костями и нижней челюстью.

Паттерны суставных мембран в кранио-сакральном механизме описываются в *i* связи со сфенобазилярным синхондрозом. К этим паттернам относится торсия (прав; или левая), наклонно-боковая ротация (правая или левая) и компрессия. Кроме это! существуют особые напряжения суставных мембран в зависимости от индивидуальнь сутурных взаимосвязей таких, как затылочномастоидная, лобносфеноидальна лобнотемная и теменная выемка и многих других, сколько существует суставнь мембран.

Основные паттерны, именуемые сфенобазилярным синхондрозом, такие, ка например, торсия, будут влиять на все костные элементы и соединительные ткани вс< физиологии тела. Это также относится и к некоторым особым тяжелым напряжения суставных мембран, как при затылочномастоидном типе стресса.

«Ключи» пальпации: Костные элементы распологаются на поверхности крани< сакрального механизма и более доступны для тактильной оценки, но необходш понять, что эти костные элементы являются частью мембранного суставно: механизма, и искусство заключается в том, чтобы при помощи пальпации определи'

10

мобильное функционирование этих элементов в состоянии здоровья-и при стрессе. Кости в основном лежат вдоль пути движущегося механизма.

Крестец: Крестец играет важную роль в физиологической мобильности из-за того, что он имеет сложный паттерн для произвольного движения таза по одной линии или для постурального движения и паттерн постоянной ритмической непроизвольной мобильности в виде сгибания - разгибания, как

части кранио-сакрального механизма. Крестец располагается на нижнем полюсе реципрокного напряжения мембраны и объединяется с точкой опоры Сазерленда и с тремя ручками управления (рычагами) или серпами. При травме может быть заблокирована непроизвольная подвижность крестца, и это может ограничить движение всего реципрокного напряжения мембраны и соединительных тканей тела. Это ограничение может способствовать возникновению многих проблем в общей физиологии тела. Утрата непроизвольной подвижности крестца не всегда приводит к потере произвольной или постуральной мобильности крестца, поэтому потеря непроизвольного движения часто не усматривается.

«Ключи» пальпации: «блокированная» непроизвольная сакральная подвижность может сохраняться в течение многих лет и может быть выявлена лишь при умелой пальпации врача. Когда крестец заблокирован, весь таз - крестец и обе подвздошные кости стараются вступать как единое целое в ритмическое сгибание и разгибание с точкой опоры Сазерленда. Когда крестец освобождается и получает возможность свободно действовать с точкой опоры Сазерленда, крестец и две подвздошные кости составляют три единицы движения. Диагноз при помощи пальпации этого сакрального фактора крайне важен при определении паттернов здоровья для пациента.

Теперь об основном дыхательном механизме. Общность основного дыхательного механизма является главным анатомико-физиологическим явлением: Существует живое, врожденное движение в физиологии всего тела, выражающееся в виде флексии всех структур по средней линии с внешней ротацией всех двусторонних структур, которое сменяется разгибанием всех структур средней линии с внутренней ротацией всех двусторонних структур со скоростью 8-12 раз в минуту. Это движение сохраняется в течение всей жизни. Этот механизм важен для здоровья индивида. Он есть как у врача, так и у пациента и доступен для диагностической пальпации во всех частях тела пациента. Каждый из пяти компонентов доступен для диагноза методом пальпации, пока врач

принимает во внимание качество и тип затронутой жидкости или ткани и их функциональную связь с другими компонентами.

«Ключи» **пальпации при клинических нарушениях.**

При многих проблемах, связанных с кранио-сакральным механизмом возможен диагноз методом пальпации по одному или более из пяти компонентов. Далее представлены примеры.

Головные боли: Существует так много различных видов головной боли, как и тех, кто от них страдает. Пальпация подзатылочных напряжений может подтвердить предположение о застое венозного дренажа из мозгового черепа в результате уменьшения колебания черепной коробки при сгибании и разгибании. Настоящие случаи мигрени почти неизменно показывают паттерн наклонно-боковой ротации при сфено-базилярном синхондрозе с продромальными симптомами, начинающимися на стороне верхнего большого крыла сфеноида и верхней части затылка. Наличие этого паттерна не является причиной мигреней, но служит подтверждением диагноза.

Повышенное кровяное давление: При хронической гипертонии пальпация обычно выявляет выравнивание палатки мозжечка, что влияет на его анатомическое функционирование. При флексии он не возвышается куполом насколько требуется при его ритмическом движении.

11

Дислексия: Во многих подобных случаях можно найти наличие паттерне внутрикостного напряжения височной кости.

Невралгия тройничного нерва и другие нарушения тройничного нерва: Эти нарушения обычно бывают связаны с зубными травматическими напряжениями.

Сотрясение: В функционировании реципрокного напряжения мембраны ощущается жесткость как при шоке.

Менингит и пост-менингитное состояние: Реципрокное напряжение мембраны меняется в своем тональном качестве и функции от «влажной папиросной бумаги» і острых случаях болезни до «мокрого картона» при

хроническом пост-менингитном состоянии. Как в острых, так и в хронических случаях наблюдается венозный застой, влияющий на центральную нервную систему.

Сфенобазилярные паттерны: Дополнительная травма может декомпенсировать имеющиеся паттерны и воздействовать на кранио-сакральный механизм и механизм тела.

Специфические напряжения суставных мембран: Они могут быть остро ослаблены или находиться в хроническом ослабленном состоянии в течение месяцев и лет.

12 пар краниальных нервов: Могут быть затронуты функциональные связи любого из этих нервов. На лице могут возникнуть проблемы с глазом, ухом, носом и горлом; в мозговом черепе и в основании черепа может проявиться синдром блуждающего нерва и ниже к крестцу может проявиться воздействие на его парасимпатический выход. Был интересный случай, когда пациент потерял зрение в результате теменной компрессии травматического происхождения, которая толкала затылочную долю центральной нервной системы и ее известковую фиссуру на серповидное образование мозга в районе ровного синуса. При пальпации наблюдалась теменная компрессия с утратой мембранной и суставной мобильности.

Крестец: Его свободное функционирование может быть пропальпировано. Диагностическая пальпация может выявить наличие «заблокированного»-крестца в результате жесткого падения на ягодицы или инерционных поражений («удар хлыстом»), ограниченного возвращения к физиологическому функционированию в послеродовой период, а также других сопутствующих факторов.

Новорожденные, младенцы и дети: Нельзя переоценить роль диагноза методом пальпации при использовании кранио-сакрального механизма новорожденного, младенца и ребенка. Основной дыхательный механизм при работе внутри плода способен свободно совершать ритмическое функционирование, защищенное жидкостью, в которую погружен плод. Его

движение в форме отлива - прилива обеспечивает жизненный фактор (любой, какой может быть) и ритмическое непроизвольное движение каждой клетки развивающегося тела плода 8-12 раз в минуту.

Затем ребенок рождается, 'формируясь в процессе своего прохода по родовому каналу. Основной дыхательный механизм продолжает свое движение типа прилив -отлив в новорожденном в его реципрокном напряжении мембраны, соединительных тканях и жидкостях, буквально ведя механизм новорожденного к общему паттерну здоровья, освобождая возникшие области от стресса и формируя здоровье для функции простой подвижности сгибания / внешняя ротация, разгибания / внутренняя ротация и мобильности. Физиологический паттерн торсии или наклонно-боковой ротации может быть достигнут к этому времени и будет частью общего паттерна здоровья, который сохранится у данного пациента на всю его жизнь.

У новорожденного нет суставного механизма кроме суставных контактов закругленных возвышенных частей костей затылка в углублениях атланта. Любые выгибы, склонения, повороты и растяжения являются основными напряжениями мембраны до 10 - 13 лет, когда костные пластины начинают развивать свой суставной статус. При диагностическом пальпировании можно обследовать кранио-сакральный

12

механизм ребенка, чтобы выявить основной паттерн мембранного суставного здоровья, который развивается в данном индивиде, чтобы пронести его через всю жизнь. Любые будущие травмы и / или болезни, приобретенные пациентом в течение жизни должны вести к этому функционированию здоровья дополнительно к корректированию появившегося стресса.

Этот процесс не требует времени. Можно работать при помощи умелой пальпации и позволить перемещению спинномозговой жидкости в виде прилива -отлива и подвижному мембранному реципрокному напряжению мембраны продемонстрировать их основной паттерн функционирования в

кранио-сакральном механизме, а через соединительные ткани и жидкостные матрицы тела и в общей физиологии тела. Будет легче понять будущие паттерны здоровья или стресса для данного индивида, если врач будет иметь пальпационный отчет об основной, непроизвольной жизненной мобильности пациента.

В общем, от головных болей и до проблем новорожденного, существует множество клинических проблем, которые можно диагностировать и лечить при помощи умелой пальпации. Во многих случаях методики пальпации являются единственным путем достижения результатов. Можно добавить, что клиническим фактом является то, что связочные суставные напряжения, фасциальные нарушения и другие травматические или связанные с заболеванием проблемы могут затрагивать .различные части функционирования основного дыхательного механизма, и, наоборот, проблемы кранио-сакрального механизма могут оказывать неблагоприятное воздействие на остальную часть организма. Вывод, который можно сделать, заключается в том, что физиология тела едина по функции в состоянии здоровья, при травме и / или болезни. Искусство пальпации способно проследить взаимосвязь здоровья и клинических проблем от ступни до макушки головы и в обратном порядке.

Диагноз при помощи пальпации как искусство и наука.

Пальпация играет одинаковую роль при диагнозе и лечении в использовании основного дыхательного механизма и физиологии тела. Пальпация - это и искусство и наука. С научной точки зрения пальпация - это квантовый скачок чувственного восприятия. В тот момент, когда врач кладет руки на пациента для проведения пальпации в целях диагноза и лечения, он становится участником долевого, совместного с пациентом эксперимента. Врачу совершенно не возможно оставаться нейтральным или сторонним наблюдателем, когда он работает с живыми тканями пациента.

Врач - это непроизвольный основной дыхательный механизм в пределах живой произвольной физиологии тела. Его пациент наделен такими же

качествами, непроизвольным основным дыхательным механизмом в пределах живой произвольной физиологии тела. Тогда пальпация становится живым взаимообменом между живыми организмами. Врач не просто наблюдает. Он участник, так как его руки, его приоцептивные волокна ввода и сенсорно-моторные области его центральной нервной системы отмечают движения, мобильность и подвижность живого тела и тканей пациента. Он располагает руки в готовности принять информацию. Осознание собственной жизни, толкающее его понять живую функцию у пациента, является важным стимулом, чтобы призвать основной дыхательный механизм и физиологию тела пациента продемонстрировать свои механизмы и реакцию тканей на пальпацию участвующего врача. Это действительно совместное объединение по обмену между врачом и пациентом.

Можно провести «целевое» обследование при более поверхностном подходе, если врач решит проверить уровень движения по пассивному движению затронутых частей. Сведения, которые он получит, неглубоки по своему содержанию и не

13

принимаются во внимание при определении функционирования данной области, кaь живого механизма.

Врач может остановиться на более глубоком изучении данной области. Дл; этого он должен наладить контакты своих рук таким образом, чтобы ввести в игр) разбуженный проприоцептивный контакт с глубокой сгибательной мышцей пальщ (flexor digitorum profimdus) и длинной сгибательной мышцей большого пальца (flexoi pollicis longus), чтобы почувствовать живые движения у пациента, а затем дат! возможность этой мобильности и подвижности самим послать сообщения в сенсорно-моторные области центральной нервной системы врача. Он больше не наблюдатель, он *участник.* Он не наблюдает за сенсорным сигналом, который он получает. Врач активно, а не пассивно дает возможность живой функции определенной области пациента сообщать ему - об ее здоровье, стрессе, и о динамике

взаимосвязей с общей физиологией пациента.

Оценка уровня движения простым наблюдением за имеющимся движением является относительно быстрой процедурой и может быть объективно проанализирована при сравнении одной области с другой, так как врач постоянно при ежедневном использовании развивает и совершенствует искусство пальпации, пальпация становится ценным орудием для диагноза до и после лечения. Пальпация дает некоторую информацию о качестве функции в затронутой области, хотя она не дает врачу полной картины элементов непроизвольного движения, мобильности и подвижности, а также более тонких подробностей произвольной активности. Для этого требуется участие в работе названных элементов самого пациента, а также дополнительный фактор времени, позволяющий тканям продемонстрировать свое функционирование. Так как врач проводит пальпацию при помощи своего проприоцептивного сенсорного сигнала, он должен подождать несколько мгновений или даже минут, пока разбуженный основной дыхательный механизм и физиологические механизмы приступят к работе. Эти механизмы включают все клетки, жидкости, соединительные ткани, их движение в виде прилива - отлива, мобильность и подвижность.

Область здоровья сообщит этот факт врачу через качество тона произвольных тканей и через качество непроизвольной мобильности базового ритма основного дыхательного механизма в его сгибании / внешняя ротация, разгибании / внутренняя ротация для структур средней линии и боковых структур. Область или области стресса сообщат об этих факторах врачу через изменение качества тона в произвольных тканях и ограничением или отсутствием движения типа прилив - отлив в основном дыхательном механизме. Врач должен дать возможность физиологии пациента сообщить об этих данных до того, как начать их анализировать. Функцию, как показывают живые ткани, можно легче понять после того, как работа закончена, и чуть труднее это можно сделать в то время, когда функция выполняет свою работу. После того, как было предпринято коррекционное

лечение для восстановления функции к здоровью, стоит проверить область стресса и посмотреть, работает ли опять, как обычно, ритм прилива - отлива основного дыхательного механизма в откорректированной области. Наличие ритма прилив - отлив гарантирует сохранившееся, врожденное самолечение жизненными механизмами пациента; отсутствие или ограничение этого ритмического движения указывает на вялую фазу функции локального лечения.

Пальпация - это процесс самообучения. Именно в это время искусство пальпации становится мастерством врача. Если врач использует целевую, пассивную технику движений, он научится читать (распознавать) качество собственных движений и движений пациента при использовании этих методик пальпации. Если же он является участником и использует непроизвольные механизмы и физиологию пациента, он научится узнавать качество движения, мобильности и подвижности от пациента через

14

свои проприоцептивные волокна и сенсорно-моторные области центральной нервной системы. Чтобы добиться для диагноза максимального сенсорного понимания от основного дыхательного механизма, врачу необходимо участвовать в развитии своего мастерства пальпации для оценки здоровья, для оценки травмы и / или болезни и для направления лечения к здоровью. Это действительно искусство - научиться использовать эти навыки пальпации. Для этого требуется время, пациенты и терпение.

15

Развитие навыков пальпации

Это отредактированный вариант лекции, прочитанной в 1986 году по основному курсу в Sutherland Cranial Taeching Foundayion (Учебный краниальный фонд Сазерленда) в Филадельфии.

йо

Когда я учился в остеопатическом колледже в 1930 году, нас наставляли инструкторы, которые учили нас искусству лечения пациентов различными

манипулятивными приемами, в основном надавливанием. То, что мы учили в школе было полезным, и когда я закончил колледж, я давал хорошее остеопатическое лечение. У меня было много пациентов, которых надо было лечить, и я применял много способов лечения, чтобы выяснить их проблемы. После восьми или десяти лет общей практики подобного типа я обнаружил, что мне стало надоедать, что эти пациенты возвращаются с теми же жалобами в тех же областях, которые должны были быть решены в их прошлый приход. Если у меня было десять случаев с определенной проблемой, трое или четверо из них могли дать адекватную реакцию в приемлемое время, еще трое или четверо могли дать когда-нибудь приемлемую реакцию, остальные никак не реагировали, что бы я ни делал. Меня расстраивало то, что я не мог при помощи пальпации определить, почему одни давали реакцию, а другие нет. Я окончательно убедился в том, что можно обладать большим набором техник пальпации, при помощи которых действительно много не узнаешь, очевидно, и мои методики были такими же.

Поэтому я вновь обратился к трудам Э. Т. Стилла и буквально решил прекратить практику «остеопатии», а вместо этого изучать опыт Э. Т. Стилла. Через некоторое время уяснил, что для того, чтобы понять и использовать его концепцию - в частности точно разработать один его параграф [1] - как цель для развития, необходимо оставить все мое, так называемое, мастерство пальпации и изучать целую новую систему. Я приступил к этому с простого прикладывания рук к различным частям тела пациентов, на которые они жаловались, и учился слушать, слушать, слушать ткани, которые внутри. Я делал это, потому что Старый Доктор, д-р Стилл, говорил, что внутри каждый физиологии находится врач, который дает возможность физиологической функции работать на самокоррекцию; вся энергия, движущие силы и все необходимое для лечения данного случая уже заложено в машину, все что необходимо, следует признать и работать с этими механизмами. Если моторы, движущие силы и все остальное уже в

действии и движении, и если основной принцип врача, сидящего внутри, заключается в движении, готового ко всему, что потребуется, тогда я думаю, что смогу разработать такой тип пальпации, при которой я смогу слышать, что должна сказать физиология тела вместо меня, что нужно делать.

Для этого я очень бережно кладу руки на области напряжения, стресса и дисфункций, или чего-то другого, с чем приходят ко мне в кабинет, и сижу так несколько минут и стараюсь тихо послушать, что эти ткани пытаются мне сказать. Я слушал не только основной дыхательный механизм, я слушал всю физиологию пациента, включая физиологию фасций, произвольного механизма и непроизвольного механизма. Ничего этого я не выделял в своих размышлениях, я не был ловкачом, я просто держал свои руки на теле пациента.

В начале подобного подхода я чувствовал, что, когда я что-то улавливал на слух, я мог лучше что-то сделать для лечения; я подходил к другой части тела и проводил легкую коррекцию таким образом, что пациент оказывался доволен, но я никогда не пальпировал область, с которой работал. Спустя три или четыре года я окончательно убедился в том, что я чувствовал, что что-то происходит. Через год или два я осознал,

16

хотя до конца я не понимал, что что-то должно происходить из-за реакций пациента. От пациентов я мог услышать лишь такое одобрение: «Вы еще ничего мне не сделали, доктор, а вчера я впервые за три месяца прибрал на чердаке». В кабинете звучали и такие слова: «...но я вымыл 17 машин и не устал». Это говорило мне, что что-то происходит, даже, если я не знал об этом.

Вы еще не перестали думать, насколько в целом паршива наша пальпация? Вы что-нибудь чувствуете? Вы действительно слушаете то, что происходит? Вы действительно знаете, что это такое? Мы должны развивать наше чувство пальпации, тренируя сенсорную область нашего мозга; ей никогда не приходилось сталкиваться с таким ощущением. Мы берем апельсин и яблоко

и можем почувствовать,- что у одного грубая кожура, а у другого относительно мягкая - это просто. А как быть с теми тонкими колебаниями и движениями, происходящими в организме и которые мы ощущаем? Мы должны развивать технику пальпации, соизмеримую со сложностью и простотой этого основного механизма дыхания. Мы должны научиться ощущать, но это не происходит при обучении. Я не могу научить вас этому: вы должны учиться этому сами, один на один. Пациенты учили меня этому от себя. Я учился этому по тому, что происходит внутри пациентов, но при этом слушая внутри себя, как надо работать с физиологией тела. Я все еще не знаю всего, что предполагаю почувствовать, я все еще учусь.

Спустя пять лет после того, как я начал применять, так называемый, новый подход, я переехал из Мичигана в Техас. Тогда ко мне обратились около трехсот человек и сказали: «Нам нравится то, что вы делаете, где теперь мы будем продолжать нашу программу лечения?» Хотите верьте, хотите - нет, но это было первый раз за пять лет работы по этому методу, когда мне сказали, что им это нравится; до этого ни один человек не говорил мне, что это хорошая идея. Я просто знал, что это хорошая идея, потому, что она работала.

Интересно отметить тот факт, что в те годы я не чувствовал и не определял эффективность лечения. Я не ощущал некоторых вещей, которые могу ощущать сейчас, но я работал с физиологией пациента, который понимал, что что-то происходит. Я действительно что-то делал для пациента - не потому, что я мог это почувствовать, или приказать или заставить замолчать, или еще из-за чего-то, а просто потому, что я работал в той области пациента, которой было, что сказать. Работа заключалась в том, что я осторожно прикладывал руки, а затем тихо слушал руками, читал руками, ощущал руками то, что пациент пытался мне сказать. Это не было ни эго, ни интеллект пациента, а тихое функционирование его тканей, сообщающее мне, что произведены необходимые изменения, и пациенту дана возможность сделать физиологические перемены для реставрации здоровья.

Единственная причина говорить о развитии подобного мастерства пальпации заключается в том, что это единственный путь, по которому работает физиология. Она не работает по нашему плану, она работает по своему плану, и единственная ее цель -здоровье. Мы можем научиться дифференцировать, осознавать и чувствовать качество здоровья. Мы можем научиться читать физиологические стрессы и напряжения дисфункции. Мы можем учиться изнутри. Врач, сидящий во мне, собирается работать с врачом, сидящим в пациенте, чтобы тихо учиться. Почему ко мне приходит пациент? Я не знаю, но я могу обратиться к своему внутреннему врачу и врачу внутри пациента и учиться молчать и слушать. От внутреннего врача пациента я могу услышать об его тканях, и получить некоторое сообщение по своим сенсорным каналам. В этом случае я могу начать понимать. Совершенствование мастерства пальпации происходит строго в условиях один на один. Кроме вас и пациента никого нет рядом. В моей книге пациент является единственным учителем. Знание остеопатии и физиологии пациента являются учителями, а я учеником. В конце концов, сенсорные области пробуждаются, и мы вдруг обнаруживаем, что можем чувствовать.

17

Сейчас я могу дать вам несколько небольших советов, которые, возможно поддержат ваши способности, и вы сможете больше почувствовать при проведенш пальпации. Поверьте моему слову, что эти советы ничего другого не значат, кром желания помочь вам в постепенном повышении вашего мастерства пальпации. Эт(просто советы, и их необязательно выполнять; это просто предложения, которым і течение десятилетий меня учили пациенты. Первое, что надо сделать, и вряд ли это вал понравится, это отказаться от собственного «я» (эго). Вы даже и наполовину не та] умны, как ваше тело или тело того пациента, который лежит на столе.

Следующий совет помогает подумать о четырех уровнях мастерства пальпации Первый уровень - это поверхностный контакт. Вы просто что-то случайно выбираете Вы не слушаете, вы просто отмечаете, что вы к чему-то

прикасаетесь. При тако\ контакте используются только рецепторы на пальцах и руках. Следующий этаг пальпации включает в работу проприоцептивные волокна длинной сгибательно£ мышцы большого пальца (flexor pollicis longus) и сгибательной глубокой мышць пальцев (flexor digitorum profimdus), которые являются мышцами предплечья, управляют движениями пальцев, включая большой палец. Вы можете сразу включит! механизм поверхностного контакта, а затем слегка сократить свои мышцы, и вы сразу совсем по-другому осознаете, что вы чувствуете объект.

Попробуйте сами. Во-первых, позвольте своим рукам просто установить контаю в каком-то месте тела. Затем ничего не делайте, а только сокращайте сгибательные мышцы пальцев и большого пальца. Вы почувствовали что-то, чего раньше не чувствовали? Теперь вернитесь и почувствуйте без проприорецепторов. Есть разница Е качестве ощущения, потому что при проприоцептивном контакте вы добираетесь дс жидкостей тела и комплекса связок и мышц, которые все находятся в движении. При поверхностном контакте вы не ощущаете движения; все, что вы имеете - это беглый осмотр тела. Когда вы пользуетесь проприорецепторами, вы механически слушаете функцию, которая происходит в той определенной области. Ввести в действие проприоцептивный контакт помогает создание точки опоры. Удобно расположите предплечья руки на лечебном столе, а затем мягко обопритесь на локти. Это вносит легкую компрессию в процедуру. Если вы очень сильно обопретесь на локти, вы заблокируете то, что пытаетесь почувствовать; вы помешаете тому, что должно произойти. Чтобы определить правильное количество нажима, нужно очень сильно опереться о стол, а затем постепенно ослаблять давление на стол. Снимите напряжение с предплечий, но не двигайте кистями рук, и вы сразу начнете понимать, что что-то происходит. В этот момент вы не сцеплены со столом и не висите свободно - вы находитесь в состоянии плавающего контакта. При таком плавающем контакте все, что происходит внутри пациента, готово рефлектировать обратно, а вы готовы принять это, так как сейчас ваши

проприорецепторы согласуются с точным напряжением той части механизма пациента, которую вы бегло схватили.

Это знакомство с соответствующим напряжением очень подходит для пациентов с повышенным давлением и стрессом и напряжением фиброзной области поясницы. Когда к вам приходит пациент с этими проблемами, положите руки под поясничные мышцы, установите контакт или точку опоры, а затем сильно надавите на свой локоть. Вы должны удостовериться, что очень сильно нажимаете на стол, на точку опоры до тех пор, пока окончательно не подберете напряжение, соответствующее напряжению поясничной мышцы. Затем, по мере того, как вы ослабляете напряжение, вы находите точку, при которой мышца начинает работать. Это пример применения компрессии через проприоцептивные контакты и подбора ее таким образом, чтобы почувствовать патологию в организме. Примените это в работе.

В нашем обсуждении мы прошли от кончиков пальцев до предплечья; теперь давайте пойдем наверх. В то же время, когда вы установили контакт руками и подключили к работе свои проприоцептивные волокна, чтобы слушать, что происходит

18

в физиологии - включите сенсорную область вашего мозга. Это звучит глупо, но как говорить о чем-либо, не рассмотрев его. Думайте сверху, чувствуйте сверху. Ощущайте сверху, продолжая слушать физиологию. Это похоже на фокус, но, в конце концов, вы обнаружите, что вместо ощущения происходящего просто внизу, в ваших руках, вы также получаете информацию в сенсорно-моторной области. Вы можете слушать и нести материал, которым тело пытается научить вас, прямо наверх в сенсорные и моторные области вашего мозга. Я называю этот уровень пальпации сенсорно-моторным. Одна сторона центральной бороздки сенсорная, а другая моторная; поэтому они обсуждают проблему, которую вы чувствуете здесь, внизу. Способность слушать в сенсорно-моторной области - это просто

другая методика; это не цель, которую следует достичь.

Теперь, давайте возьмем эти три уровня мастерства пальпации - поверхностный, проприоцептивный и сенсорно-моторный контакт - и продвинемся еще на шаг. Зная, что все эти средства каким-то образом работают, просто слушайте, слушайте, слушайте. Вы делаете квантовый (количественный) скачок, допуская, что что-то может случиться, а вы не знаете, почему. Это ощущение при помощи квантового скачка. Это развивает мастерство пальпации, которое вы не можете определить, но можете гарантировать, что оно работает. Поверхностный контакт дает вам один слой инструкций от физиологии тела; добавление проприорецепторов дает другой слой; подключение сенсорно-моторного механизма дает еще более глубокий слой инструкций. Теперь вы можете отбросить все три уровня и сказать: «Я собираюсь Слушать (с большой буквы), и вы вступаете на квантовый уровень. Я не могу объяснить это, но я получаю больше информации на этом квантовом уровне, чем на всех трех уровнях, вместе взятых.

Как аналогию для квантового контакта я привожу водяного жука. Вы знаете, что такое водяной жук? Вы когда-нибудь видели, как он стремительно несется по воде пруда? Чтобы понять, как действует квантовая механика освоении пальпации, нужно представить себя водяным жуком, несущемся над поверхностью жидкости, которая является физиологией тела. Водяной жук никогда не становится мокрым, он не тонет и с ним не происходит ничего подобного. Он просто несется над поверхностью этой живой воды, и сам остается живым. Водяной жук двигается над этой поверхностью и находит-области стресса или напряжения. Затем, как врач, вы можете сосредоточиться и через водяного жука послушать, что происходит в физиологии тела. Разве это не прекрасно? Водяной жук выполняет всю работу, а вы только сидите там и слушаете. Когда вы слушаете эту аналогию с маленьким водяным жуком, вы получаете другие впечатления от функционирования. Это просто дает вам ключ; забавная вещица, и вы просто с ней играете.

Когда вы начинаете изучать какую-либо проблему пациента, спокойно подумайте над тем, что происходит, и представьте себя в роли врача, считывающего показания данного механизма. Вы пользуетесь поверхностным контактом рук и получаете все сигналы, какие можете. При проприоцептивном и сенсорно-моторном контакте вы чувствуете и получаете сигналы от этого контакта, а затем с водяным жуком вы считываете показания всей физиологии пациента. Вы соглашаетесь, чтобы вами воспользовалась физиология тела данного пациента, поскольку вы прислушиваетесь к тем сигналам, которые получаете через водяного жука. Этими сигналами врач пациента, сидящий внутри него, пытается показать, как вы можете помочь данному пациенту двигаться к восстановлению его здоровья.

Сейчас я бы хотел, чтобы вы подошли к столу, положили руки на какой-то участок тела, стали водяным жуком и послушали, что могло бы возможно произойти -просто наблюдайте в течение 10 минут.

1. Абзац из автобиографии Э. Т. Стилла:

19

«Я полностью убежден, что Бог, разум природы, доказал Свою способно планировать (если планирование было необходимо) и создавать и самому выполн законы без образцов для мириад форм одушевленных существ; и полностью обеспеч] их режимом жизни при помощи механизмов и силы батарей работающего мото Каждая часть полностью вооружена для работы, уполномоченная выбирать из велиь лаборатории природы и присваивать себе такие силы, которые необходимы ей, что справиться с обязанностями, возложенными на ее организацию в системе жиз: Короче говоря, этот всезнающий Создатель выкроил и подогнал каждую частицу, что она соответствовала месту и могла выполнять работу в каждом творении живой форд а солнца, звезды, луны и кометы все подчиняются одному вечному закону жизш движения» (с. 148).

20

Как научиться слушать

Это выдержки из материалов к различным лекциям.

Сравните пальпацию с работой хирурга. При работе на теле хирурги чаще всего используют крупные движения. Микрохирурги имеют дело с мелкими движениями. Требуются месяцы и годы для того, чтобы микрохирург смог отработать координацию рук и глаз при использовании мелких движений. Подобным образом мы используем крупные пальпационные движения для рассмотрения произвольного движения в механизмах тела, как хирург. И нам тоже требуются месяцы и годы, чтобы развить пальпационное мастерство, пригодное для тонких непроизвольных движений механизмов тела, так же как это требуется микрохирургом.

Микрохирург пользуется микроскопом, чтобы увеличить поле работы. Мы увеличиваем наше поле работы и наблюдения, привлекая к участию все *живое* сенсорное поле. Мы открываем все сенсорные зоны мозга. Мы открываем все проприоцептивные сенсорные волокна от головы до ног, а не только волокна кистей и предплечий. Мы чувствуем все тело в ответ на тонкие движения и подвижность непроизвольных механизмов тела, включая основной дыхательный механизм. Мы учимся читать сенсорный сигнал из сенсорных зон центральной нервной системы, поступающий в руку, вместо того, чтобы посылать сигнал от руки в сенсорные зоны центральной нервной системы. Учимся слушать через руки, а не руками. Пациент демонстрирует; врач слушает, внимательно.

Мы работаем с нашими живыми механизмами, чтобы выразить жизнь и функцию. Поэтому мы учимся работать с живыми механизмами пациента, чтобы оценить состояние его здоровья. Мы становимся живым следопытом среди паттернов, проявляющихся в физиологии пациента. Мы делаем это при помощи пальпации.

Недостаточно чувствовать движение. Необходимо «слышать», что это движение обозначает - слушать мозгом, рассуждать мозгом, интерпретировать с помощью мозга, читать мозгом. Создать «уг^ственную

картину» того, когда и почему физиологическому механизму пациента требуется этот тип движения.

Роль врача при пальпации механизма:

следить за сенсорно-моторным сигналом

чувствовать сенсорно-моторный сигнал

читать сенсорно-моторный сигнал

слушать сенсорно-моторный сигнал

позволить водяному жуку быть тихим при движении механизма Согласие быть использованным физиологией пациента. *Рассуждение о водяном жуке смотри в «Развитии мастерства пальпации».*

20

Замечание по поводу *слушания:* Когда вы слушаете физиологию тела пациента, осознайте уровень происходящего в анатомофизиологии тела пациента, по сравнению с отсутствием событий, когда врач не слушает. Чем глубже врач уходит в себя, чтобы слушать активность физиологии тела пациента при помощи пальпации, тем больше данных будет представлено врачу при проведении обследования.

21

При этом процессе перестаньте *думать* об этом и подчинитесь общем} анатомофизиологическому сигналу пациента. Пусть он поступает как сенсорньп сигнал врачу, который получает и принимает этот сенсорный сигнал без обсуждение его содержания. Это позволит анатомикофизиологическому механизму пациент; «выполнить функцию, чтобы продемонстрировать свою собственную верную силу, чед использовать слепую силу со стороны». Врач соглашается быть использованный физиологией пациента.

23

Глава 5: Диагностическая палъпаци

25

ДОКТОР БЕКЕР НАПИСАЛ серию, состоящую из четырех статей,

озаглавленны «Диагностическая пальпация: ее законы и применение». Они были опубликованы ежегоднике Академии Прикладной Медицины. Первая часть появилась в издании 196. года, вторая и третья - в 1964 году, а четвертая часть - в 1965, Том 2.

До публикации в данной книге эти статьи были широко изданы. Оригинальна, написанная версия третьей части была почти полностью заменена материалом который был подготовлен для представления на собрании в Академии. Полные тексть читатель найдет в оригинальных источниках. Заглавия к I-III частям даны издателем название 4 главы дано доктором Бекером.

Терминология диагностической пальпации, включающая терминь биодинамической и биокинетической энергий была, в конце концов, отвергнутс доктором Бекером. В своем письме, написанном в 1969 году доктору Энн Уэльс, or объяснил свое решение прекратить использование этих терминов. По его мнению данная терминология была недостаточно высоко оценена и препятствовалс практикующим врачам в их обучении использованию этой концепции. Он выразш также свою уверенность в том, что сам материал был актуальным, но было бъ> лучше использовать более привычную терминологию при обсуждении «основньп принципов анатомии и физиологии Стилла-Сазерленда, а также палъпаторногс навыка, который требуется для применения анатомии и физиологии в клиническом использовании».

Диагностическая пальпация: ее принципы и

применение

Часть l: Почувствовать жизненную функцию

во

Диагноз - это и искусство, и наука. В области науки мы воспользовались различными инструментами и ввели в употребление целый ряд тестов для диагностирования состояния человеческого тела. Разнообразие и сложность этих тестов, а также параметры, которые ими определяются, почти

безграничны. Диагноз как наука предоставляет врачу данные, которые могут быть изучены объективно с минимальным риском ошибки.

Однако как искусство диагноз является умением, прилагаемым самим врачом. Следовательно, диагноз как искусство очень важен; всегда был и всегда будет таковым. Он включает в себя следующие факторы: толковательный навык врача при анализе данных, предоставляемых научньми инструментами, а также использование персональных способностей врача при оценке состояния пришедшего к нему пациента. Эти факторы являются по своей природе субъективными. Возможно, они смогут дать точные показания инструментов, но также и не будут ограничены узкими рамками этих показаний. Это хорошая возможность для оценки изменяющихся величин: способность воспринимать прошедшие и настоящие события, а также предсказывать будущие изменения. Научного диагноза недостаточно. Именно комплексное использование как научного (объективного), так и личного (субъективного) инструментов дает врачу истинный диагноз.

26

Интерпретирующие навыки врача представляют собой искусную смесь многих лет обучения, знания научных инструментов, опыта, а также разума, постоянно открытого для любых подходов, которые могут увеличить способности врача. Врач также должен развивать свои собственные, субъективные инструменты: глаза для проведения точного обследования, уши для точного выслушивания и выстукивания, обоняние и вкус, а также думающее, чувствующее и знающее осязание - пальпацию. Интерпретирующие навыки требуют знания функционирования человеческого тела в прошлом, в настоящем, а также способность проецировать состояние функционирования в ближайшем будущем. Это отличается от простых тестов, проводимых при помощи научных инструментов, имеющихся в нашем распоряжении. Последние показывают лишь временные данные, которые отражают картину в данный момент.

Истинная оценка состояния каждого пациента подразумевает определение того, что организм пациента делает со всеми этими переменными. Как его организм координирует их; как он адаптируется к дисфункции; где находится потенциал для обратимости дисфункций? Иными словами, как этот пациент функционирует как живое существо? Он болен. Он пришел к вам за помощью. Сейчас он в вашем офисе; где он был, когда началось заболевание? каковы его шансы на возвращение к нормальному состоянию здоровья? Только разумное использование врачом своих органов чувств поможет ему правильно ответить на эти вопросы.

Каждый раз, когда к вам на прием приходит пациент, необходимо рассмотреть три фактора: мысли и мнения самого пациента относительно того, чем он болен, концепция врача, объясняющая заболевание и, наконец, мнение анатомо-физиологического целого тела пациента относительно природы заболевания. Мнение пациента о том, что нарушено в его организме, может быть основано на диагнозах, поставленных другими врачами. Если вы сможете предоставить ему общую картину, которая объяснила бы ему его проблему удовлетворительным образом, он сможет сотрудничать с вами. Но при конечном анализе у него все же сложится свое верное или ошибочное мнение.

Концепция врача относительно того, что нарушено в организме пациента, основана на многих годах обучения. Он умеет создавать диагностические отметки, выраженные в терминологии, посредством которой он может сообщать о своих обнаружениях. Например, диагноз язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, вирусной пневмонии или травм, связанных с резким движением головы или шеи, типа «удар хлыста», выражается в целом синдроме клинических обнаружений в мозгу пациентов и других врачей. Несмотря на то, что эта способность сообщать информацию является необходимой, она также является ограничительным фактором при установлении истинного диагноза. Сам организм не думает о своих проблемах в таком ограниченном смысле.

И, наконец, существует третий фактор - знание анатомо-физиологического механизма о собственной проблеме. У него есть ответ. Анатомо-физиологический механизм, его структура и функция имеют полное представление как о заболевании, так и восстановлении здоровья.

Итак, пациент просто догадывается о диагнозе, врач с научной точки зрения догадывается о диагнозе, а тело пациента знает о проблеме и проявляет ее в тканях. Можно поставить более точный диагноз, который будет вернее отражать истинную проблему, при помощи использования информации и навыков тела пациента, чтобы воплотить этот диагноз в жизнь. Мы можем натренировать наши органы чувств, в особенности наше чувство осязания, чтобы проникнуть вглубь функциональной структуры анатомо-физиологических механизмов пациента и заставить их дать нам необходимую информацию. Говоря об этом процессе, каждый врач должен научиться всем деталям проникновения вглубь функциональной структуры. Это процесс самообучения. Возможно и управление, однако лишь сам врач является конечным

27

арбитром в отношении методов и результатов. Мы должны научиться чувствовать читать послания функциональной структуры, исходящие из тела пациента - ч-происходит сейчас, когда это началось, и как будет прогрессировать? Это довольь сложная задача.

При помощи чувства осязания мы можем почувствовать функцию внутр тканей, а также почувствовать дисфункцию, если она присутствует. Движение i является функцией; функция всегда подразумевает движение, однако движение t представляет всей ценности функции. Доказательство тому - пациент, которы жалуется на боль в ноге. Мы можем проверить ногу на движение и обнаружить, что *oi* работает хорошо, в соответствии с общим движением. Кроме того, обладая чувство: осязания, способным определять дисфункцию в организме пациента, можно точн сказать, чем является источник обнаруженного расстройства, хотя довольно сложи найти слова,

чтобы описать функцию в живых тканях.

Однажды у меня спросили относительно чувства осязания: «Вы чувствуете с самого сердца, не правда ли?» Это верно. Вы учитесь чувствовать самое серди проблемы пациента, начиная от неподвижной точки рычага, которая позволяе функциям и дисфункциям пациента отражаться в вашем чувстве осязания. Первый шагом в развитии глубины осязания является общая оценка состояния пациента с точк: зрения анатомо-физиологического механизма. Что же само тело пациента хочет ва? сказать? Послушайте историю пациента и его мнение и отложите это в сторон) прислушайтесь к вашему собственному мнению и диагнозу и отложите их также сторону, затем позвольте телу пациента высказать свое мнение. Положите свои руки н тело пациента в той области, где он жалуется на боль. Позвольте впечатлению о тканей из самого центра их глубин пройти сквозь ваше чувство осязяния, послушайте і прочтите их историю.

Для того, чтобы ее получить, необходимо вчитаться в структуру и функции тканей. Для этого мы должны кое-что узнать о потенции, а также кое-что о точю опоры.

Потенция

Знание о потенции внутри тканей начинается с формулировки, данной доктором В.Г. Сазерлендом: «Позвольте внутренней физиологической функцш проявить свою точную потенцию, вместо того, чтобы использовать слепую сил} извне».[1] В этих словах содержится принцип, в соответствии с которым мы буде!* развивать понимание того, чем является потенция. Диагностическим инструментом, с помощью которого мы будем учиться читать и понимать эту потенцию, является принцип использования точки опоры. Мы будем использовать этот принцип, использую наши руки и пальцы так, чтобы создать такое состояние, при котором принцип потенции может дать нам знание, для использования этого принципа при диагностике и лечении.

Словарь определяет потенцию как «состояние или качество состояния

мощности или ее степень; мощность; сила». Он определяет слово «мощный» как «способный контролировать или оказывать влияние; имеющий авторитет или власть». В течение многих лет мы слышали, что внутри тела имеются все факторы, при помощи которых оно поддерживает свое здоровье и лечит себя в случае заболевания или травмы. В основном, это утверждение верно. Человеческое тело обладает способностью выражать здоровье через врожденную потенцию, а также способностью поддерживать компенсаторные механизмы, реагируя на травму или заболевание через различные потенции. Что касается истинной сути полного здоровья, это потенция внутри

В.Г.Сазерленд, Краниальный шар, с.8.

29

травматическое или больное состояние. Внутри этого центра находится неподвижная точка. Она невидима, однако может быть обнаружена опытной и проницательной пальпацией врача. Как я ее распознаю? Мне приходилось обнаруживать эту потенцию сотни раз. Я научился на собственном опыте. Мне приходилось делать это, когда я учился читать структуру и функцию пациентов, пришедших ко мне со своими проблемами. Я получил полное представление об этой неподвижной области, сосредоточенной в травме или заболевании. Постепенно, после долгого периода времени ко мне пришло знание и понимание того, почему она существует, а также относительно ее роли в общей картине травм и заболеваний.

Если бы в центре урагана Карла произошло какое-нибудь изменение прежде, чем он обрушился на береговую линию Техаса, вся структура спиралей, энергия его ветров и другие факторы изменились бы, чтобы отреагировать на изменение в потенции внутри центра. Подобным образом я могу наблюдать за тем, что когда какое-либо изменение происходит в области неподвижности в организме пациента, проявляется новое значительное изменение в структуре травмы или заболевания, иными словами, в потенции. Это открыто не мной. Это происходит само собой. Просто требуется допускать ее

существование, а также нужно время, чтобы развить чувство осязания, и способность ощущать ее. Как всегда, проблемой остается найти слова, чтобы выразить, что это такое, а также методы, посредством которых она может стать частью жизненного опыта. Это процесс самообучения.

Точка опоры

Для того, чтобы развить чувство осязания, необходимо изучить принцип функционирования точки опоры и затем разработать метод ее использования при диагностическом подходе. Словарь определяет слово «fulcrum» как «опору или точку опоры, на которой поворачивается рычаг при поднятии или передвижении чего-либо»; отсюда смысл напрягающего влияния, нажима и так далее. Доктор В.Г.Сазерленд при описании точки опоры во взаимоотношении с двумя половинами мозжечкового намета и серповидной структуры мозжечка, говорил: «Точка опоры (соединение серповидной структуры мозжечка и мозжечкового намета на прямом синусе) является соединением неподвижной системы рычагов, на и через которую три цикла функционируют физиологически при поддержании баланса в центральном краниальном, мембранном и суставном механизме. Подобно любой другой точке опоры, она может перемещаться с одного места на другое, тем не менее, оставаясь неподвижной в своем рычажном функционировании». Ключом к пониманию принципа функционирования точки опоры является понимание того, чем является соединение неподвижной системы рычагов, даже если она может перемещаться с места на место, оставаясь неподвижной в своем рычажном функционировании.

На самом крупном уровне 'функционирования ученые, находящиеся в самолетах В-29, являлись относительно неподвижными точками, когда они летели в самолетах, реагирующих на бурю, в которой они очутились. Их тела целиком отражали движения шторма и потенцию или неподвижность центра урагана. Они почувствовали это всем телом во время полета, когда делали сообщения и интерпретировали полученные данные. Врач должен использовать тот же самый принцип на более тонком уровне. Он должен

установить механизм неподвижной системы рычагов, при помощи которого он может чувствовать стресс и напряжение в тканях под своими руками и пальцами и обнаружить потенцию или области неподвижности в напряженных областях. Он делает это, помещая свою руку или руки около области, в которой пациент испытывает боли, и затем установив точку опоры при помощи своего локтя, предплечья, перекрещенных пальцев или любой другой части его тела, которой ему удобно это сделать. От этой точки опоры его пальцы становятся концом рычага, который может замечать происходящие в теле изменения. Его точка опоры может перемещаться время от

30

времени, приспосабливаясь к изменениям внутри тела, тем не менее продолжая оставаться неподвижной в своем рычажном функционировании.

Пальпация

Помещая ваши ладони и пальцы на наблюдаемые ткани, думайте о том, что пальцы могут сами приспособиться к телу пациента. Этот легкий контакт не лишен твердости и силы. Необходимо развивать и перенимать дескриптивный анализ доктора Сазерленда: «...на концах пальцев расположены разумные клетки. Пальцы обладают способностью чувствовать, думать, видеть. Поэтому прежде всего научите ваши пальцы чувствовать, думать и видеть и затем позвольте им осязать».[2] Рассматривать функции и дисфункции тела нужно при помощи «чувствующих», «думающих» и «зрячих» пальцев. Механизмы тела и их потенции всегда находятся в действии и их можно почувствовать при помощи мыслящего, чувствующего, видящего осязания, которое своевременно становится знающей пальпацией. Это подобно посадке на движущийся поезд. Поезд продолжает двигаться и функционировать, когда я сажусь в него, анализирую неровности дорожного полотна, степень отклонения в бок на поворотах, его среднюю скорость, а затем схожу с него, в то время как он продолжает движение. То же самое происходит с заболеваниями пациента. Я контролирую деятельность живого

механизма, который продолжает функционировать; я ставлю диагноз, назначаю лечение и затем оставляю механизмы продолжать свою постоянно изменяющуюся деятельность. Моя пальпация носит глубоко обдуманный, глубоко видящий и глубоко чувствующий характер и совсем не подавляет и не блокирует структурное функционирование тканей, которые я исследую.

Я могу пойти еще дальше, развивая свою пальпацию. При помощи неподвижной точки равновесия и глубин моего осязания я могу развить знающую осведомленность о потенции и структурной функции в тканях тела пациента. Эта осведомленность находится за пределами физических ощущений пяти органов чувств врача. Это не то, что я чувствую своей пальпацеией; таковым будет мое мнение. Напротив, это является сообщением тела самого пациента через мою точку опоры и мою пальпацию. Это настоящее знание. Это слушающая пальпация. Это мнение и знание тела пациента, а не просто информация.

Я могу контролировать легкое, но твердое прикосновение своих ладоней и пальцев тем же способом, при помощи которого я создаю точку опоры. Вы устанавливаете точку опоры, чтобы обеспечить рабочую точку, от которой вы можете работать и оценивать случай, но вы должны обеспечить ей свободу, достаточную для того, чтобы она могла перемещаться, поддерживая свое неподвижное рычажное функционирование, чтобы приспосабливаться к изменяющимся нуждам наблюдаемых механизмов. Попробуйте обследовать чрезмерно активного ребенка, и вы обнаружите потребность в подвижной точке опоры и пальпирующего рычага не только в механизмах ребенка, но также во всем его организме.

Вы также обнаружите, что увеличение силы давления на точку опоры автоматически увеличивает глубину пальпаторного нажатия на конец рычага - ладонь и пальцы. Противоположное также верно. Я могу изменять свою пальпацию для того, чтобы реагировать на различные потребности кинетических энергий, выраженных обнаруженными анатомо-физиологическими механизмами и их потенциями. Каждый пациент непохож

на остальных, и он меняется каждый раз, когда приходит к вам на лечение.

Применение

В.Г. Сезерленд, Вклад мысли, с. 1

31

В данной главе содержатся примеры применения таких принципов на практш Пациент приходит к вам на прием, с жалобой на боли в нижней части спины. Полож: его на стол, сядьте рядом с ним и поместите его ладонь под крестец, так, чтобы KOHL его пальцев были вытянуты вверх и касались нижней части спины. Удобно оперевши на свой локоть, врач устанавливает точку опоры, при помощи которой он мож распознавать изменения, происходящие в спине. Лежа на столе, пациент может согну колени со ступнями, если ему так удобнее. Другая ладонь врача может бы переброшена сбоку и помещена под нижнюю часть спины. Точкой опоры для тако соприкосновения может быть край стола у предплечья или локоть на колене врача.

Умеренно усиливая нажатие на точку опоры, чтобы вызвать слабую степе] сжатия через крестец по направлению к голове, врач инициирует кинетическу энергию, которая позволит структурной функции напряженной области нача отражаться в его пальпации. Он учится распознавать эти изменения, идущие < установленной точки или точек опоры. Он почувствует натяжение или напряжен] тканей в самой их глубине; он обнаружит мобильность и подвижность и осознает т< факт, что здесь находится спокойная, неподвижная точка внутри напряжение структуры. Это точка потенции для данного растяжения. Я не говорю об анатом физиологических единицах тканей. Я имею в виду кинетические единиц энергетических полей, которые компенсируют эту структуру стресса. Анатом физиологические тканевые единицы проявляют эту кинетическую энергию и выражак такую дисфункцию в виде изменений и симптомов. Любое изменение в кинетическ* единицах энергетического поля потенции изменит структуру функционирования анатомо-физиологических единицах.

Другой пример иллюстрирует случай заболевания печени при гепатите.

Пации лежит на спине, врач удобно садится возле него и кладет одну руку под нижнюю час' грудной клетки, под больной орган. Затем врач может положить локоть или предплеч! этой руки себе на колено, зафиксировав таким образом точку опоры. Другая его руі может быть помещена на грудную клетку над печенью, а локоть или предплечье этс руки - на какую-либо точку, удобную для поддержания такого контакта. Больной орп находится между исследующими его руками. При обследовании с этими двумя точка!^ опоры врач может отметить структурно-функциональные изменения, происходящие области печени. Он сможет почувствовать, движется ли печень или же функциониру< на серповидной связке, как это должно происходить при ее здоровом состоянии, также он сможет почувствовать, реагирует ли она на ритмичные движения вверх-вш дифрагмы во время вдоха и выдоха, как это происходит в нормальном состоянии. 0 сможет также позволить неподвижной области, потенции для данной проблем: сфокусироваться, и с течением времени, после повторных обследований очень мног узнает о состоянии больной печени. Когда анатомо-физиологическое целое печен возобновляет свою способность реагировать на респираторные изменения диафрагмь ее нормальные движения при взаимоотношении с серповидной связкой, а также е венозное и лимфатическое дренирование начинает раскрываться и функционировав Тогда врач узнает, что он имеет дело со случаем гепатита, который изменил свс патологическое состояние и возвращается к нормальному состоянию. Все эт изменения воспринимаются проницательной пальпацией.

Применение принципа точки опоры настолько разнообразно, насколько широ перечень жалоб пациентов, приходящих на прием к врачу. В каждом случае требуете индивидуальное применение этого принципа, и каждый врач должен разработать сво собственный подход. Врач должен настолько хорошо знать анатомию, физиологии структуру и функцию, сопровождающую анатомо-физиологические единиц] насколько это возможно. Благодаря развитию такого типа пальпации, проникающе через точки опоры вглубь

структуры и функции, изменяющейся под его руками, врг приобретает знание, которое углубляет понимание. Такая пальпация дает ответ *t*

32

вопрос, почему данный пациент страдает заболеваниями, на которые жалуется. Даже когда лабораторные тесты не могут обнаружить происхождение недугов больного человека, обученная пальпация врача обеспечит ему полное понимание.

Почему необходимо установить такие точки опоры? Врач пытается почувствовать функционирование внутри живых тканей и обнаружить неподвижную точку, от которой структура напряжения проявляет свои симптомы. Для этого врач должен сосредоточиться и попытаться слиться с состоянием пациента.

Применение такого типа обученной пальпации безгранично. Она является инструментом, который можно использовать практически для любого типа заболевания, которое нужно лечить. При помощи нее можно определить различие между головной болью вследствие застоя и типом головной боли в результате сужения сосудов. Она поможет определить местонахождение специфического синуса, который хронически или остро заполнен каким-либо веществом. Она локализует специфическую пораженную часть легкого при долевой пневмонии, а также локализует области напряжения и стрессов в системе мышц и костей. Эта пальпация применяется от верхушки головы и до подошв ступней. Она является диагностическим инструментом, который помогает врачу понять хронический характер заболевания, его настоящее состояние, а также сделать возможный прогноз для данного случая.

Другая аналогия также может представлять интерес. Инженер-электрик способен применить свое умение и научные знания, поскольку он допускает тот факт, что в его машинном оборудовании присутствует электрическая энергия. Электричество также невидимо, однако оно может измеряться и его можно почувствовать с помощью инструментов и чувства, и его энергия может быть использована для развития функционирующих механизмов.

Инженер берет провода, транзисторы, печатные схемы и вакуумные трубки, соединяет все эти элементы вместе, чтобы получить обширную систему электрических продуктов. Он знает, что энергия по своей природе электрическая, и использует ее. Он может не знать, чем является электричество, но использует его, чтобы усовершенствовать функционирование механизмов.

Врач имеет в своем распоряжении некую форму энергии в живом теле, которая в данной работе была названа «потенцией». Это не электричество, но форма энергии в живом теле, и может быть использована разумным врачом для того, чтобы определить структурную функцию в анатомо-физиологических единицах тела. Чем является эта потенция? Этого не знает никто. Да это и не обязательно знать, так же, как инженеру не обязательно знать, чем является электричество для того, чтобы его использовать. В самом центре полного состояния здоровья находится потенция в человеческом теле, проявляющаяся в здоровье. В самом центре состояний травм или заболеваний лежит потенция, проявляющая свою соотнесенность с телом при травме или заболевании. Знайте об этом и используйте эту потенцию. В ней находится ключ к борьбе с присутствующей патологией, а также она позволяет снова проявиться основной потенции, то есть здоровью.

Принцип точки опоры может также использоваться при опорных техниках, чтобы сделать такие методы лечения более эффективными. После приведения в действие системы рычагов, которую вы будете использовать при дальнейшей работе, подождите немного, установите точку опоры, подождите еще и позвольте разумным, чувствующим, видящим пальцам определить степень действия рычага, а также величину силы, которую вам нужно использовать для завершения процедуры. Вы обнаружите, что нужно меньшее применение силы извне, и будете способны контролировать это рычажное действие с гораздо большей точностью.

Использование внутренних сил - это процесс, не отнимающий много времени. Поскольку мы используем механизмы, которые уже находятся в

действии, необходимо лишь прикоснуться к ним и предоставить им возможность говорить самим. Пациент приходит к вам с жалобой на боли в определенной области. Можно обратиться к этой

33

области и провести ее обследование, которое даст информацию, необходимую вам дш того, чтобы объяснить, почему пациент страдает данным заболеванием. Конечно, этс может быть лишь небольшой частью от взаимосвязанной полной картины егс заболевания, но это начало, от которого можно идти в другие области и, в конечно\ итоге, поставить полный правильный диагноз. Именно здесь знание врачом анатомии *v* физиологии играет важную роль. Он может соотносить свое знание со своим 4yBCTBOiv осязания, а также установить и понять структуру расстройства и дисфункций вплоть д< полного прояснения целого диагноза. Последующие визиты пациента в его офис углубят это проникновение вглубь проблемы до тех пор, пока врач не сможе! использовать свое знание, чтобы понять прошлую историю дисфункции, ее настоящее состояние и сделать прогноз относительно ее возможных последствий. Помните о том. что можно использовать то, что уже создано при лечении заболеваний наших пациентов. Нам лишь нужно прикоснуться к их телу и позволить ему работать за нас.

34

Часть I1: Что можно сделать при помощи диагностической пальпации?

Чем является диагностическая пальпация? Это такой тип пальпации, который предназначен для осуществления принципов, выраженных в следующем определении: в науке о здоровье, болезни и травме позвольте биодинамической внутренней силе проявить свою собственную безошибочную потенцию, вместо того, чтобы использовать наружные силы извне. Врач кладет свою ладонь или ладони на ткани и затем устанавливает точку опоры, через которую он может исследовать функционирование и нарушение функционирования изнутри тела пациента. То, что я чувствую, является моим мнением; то, что само тело сообщает через мою точку опоры

при пальпации, является мнением тела. Именно последнее нам требуется обнаружить при совершенствовании диагностической пальпации.

Что представляют собой некоторые ощущения, которые можно почувствовать при функционировании и нарушении функционирования внутри тела? Можно использовать терминологию из всех естественных и физических областей науки. Неполный перечень терминов будет включать в себя следующие понятия: сжатие, развертывание, напряженность, слабость, стресс, торможение, искривление, растяжение связок, столкновение, стягивание, растяжение, вращающий момент, ротация, дергание, вибрация, пульсация, мобильность, подвижность, неподвижность, возбуждение, неисправность, раскачивание, колебание, сужение, обилие, плоскость, опухоль, атрофия, дистрофия, раздражительность, мощность, отставание, энергия, сила, жизнеспособность, тон, мощность, потенция, неподвижность, равновесие, усталость, колыхание и многие другие.

Ниже перечислены некоторые вопросы, которые могут возникнуть у врача, использующего диагностическую пальпацию: При растяжении связок голеностопного сустава можно ли почувствовать сотрясение в тканях в дополнение к неправильному положению связок и механизма суставов? Если к вам в офис придут два пациента с болями в нижней части спины, один с вращательным растяжением, а другой - после сильного падения на ягодицы, вследствие чего образовалось сжатое растяжение, можно ли определить это при помощи диагностической пальпации? При серьезном заболевании поясничной мышцы можете ли вы определить, что во время лечебной программы эта мышца проявляет лучшую работу механизма дренирования?

Можно ли почувствовать сильное сотрясение в грудной клетке, сопровождающее каждый посткоронарный синдром умеренной или тяжелой степени? В случае долевой пневмонии, можно -ли определить, что имеет место относительное ограничение подвижности височной кости на стороне затвердевшей доли легкого? Известно ли вам анатомо-физиологическое соединение тканей, чтобы определить, почему данная ситуация верна? В

случае синусита можно ли при помощи диагностической пальпации определить местоположение пораженного синуса и степень заболевания?

При лечении плечевого бурсита или брахиального неврита можно ли почувствовать начало работы механизма лучшего дренирования из этих застойных областей во время лечения? При серьезных случаях следует приостановить лечение на день для того, чтобы избежать усталости в больных тканях. Помните о том, что большая часть растяжений тела изменяется на микрометрических уровнях измерения структуры и функции в сердце или центре нарушенной области. Можно ли почувствовать силы, исходящие из наблюдаемых напряженных областей тела?

35

Можно ли почувствовать плоскость и утрату жизненной силы, котора сопровождает каждый случай так называемого «нервного кризиса» или при все: постэнцефалитных синдромах? Можно ли почувствовать движение к нормальном; уровню жизнеспособности во время лечения данного пациента?

При недавней травме типа «удара хлыста», связанной с резким движение? головы или шеи, можно ли определить направление движения силы при несчастнол случае, положив свои диагностирующие руки на пораженные ткани? Можно Л1 почувствовать усталость в тканях, во всем организме пациента, либо в специфически; областях травмы или заболевания? Это самый важный фактор при диагностических t терапевтических рассмотрениях. Можем ли мы понять то, что мы чувствуем?

Это лишь некоторые из сотен вопросов, доступных для диагностическое пальпации. Для каждого из перечисленных пунктов имеются качественные количественные, прогнозирующие и терапевтические соображения. В этом пол* испытательной диагностической пальпации никто не является экспертом. Живое теле пациента, лежащего перед вами на исследовательском столе, является ваши& надзирателем. Оно требует от вас обнаружить его проблему.

В развитии диагностической пальпации существует несколько ступеней. I

общих чертах их можно охарактеризовать следующим образом: Положите вашу рую или руки на или под ткани, которые вы хотите исследовать. Для каждого прикосновения руки установите точку опоры, от которой вы будете работать далее Ваша рука или руки и точка или точки опоры должны стать единым целым < поврежденными тканями. Позвольте функционированию и нарушении функционирования в тканях проникнуть к вашим рукам и точкам опоры вместо того чтобы пытаться почувствовать что-либо в тканях; позвольте биодинамической внутренней силе проявить ее собственную точную потенцию, вместо того, чтобь использовать наружную силу извне.

Простой пример проиллюстрирует этот принцип. Возьмите ведро воды *i* приведите ее в сильное движение, затем приложите вашу руку к стенке ведра. Вь почувствуете волнение внутри ведра с водой. Затем поставьте локоть на стол, таю» образом, устанавливая точку опоры для прикосновения руки. Теперь, читая сквоз] точку опоры, отметьте, насколько сильнее вы способны чувствовать волнение воды і ведре вашей диагностической пальпацией. Заметьте, что если вы сильнее обопретесь *ш* точку опоры, вы сможете глубже вчитаться в волнующуюся воду, а если вы слабее обопретесь на точку опоры, то получите более поверхностное ощущение волнующейся воды. В физиологии человека биодинамические внутренние силы и биокинетическш внутренние силы и их потенции уже работают. Не обязательно взбалтывать их, как вь сделали это с водой.

Для того, чтобы увидеть эффект точки опоры в теле, попробуйте обследовав колено и направить диагностическую пальпацию сквозь области бедер и вертлужное впадины. Сначала сядьте напротив пациента, сидящего на смотровом столе, *v* обхватите руками его колено так, чтобы ваши пальцы переплелись в подколенное впадине. Попытайтесь почувствовать все, что сможете, пытаясь понять как можнс больше, не облокачиваясь. Затем слегка нажмите на колено по направлению і вертлужной впадине и поймите, что вы можете почувствовать в этой области.

Теперь проделайте то же самое, используя точку опоры. Облокотитесь на

CBOI колени, и прочитайте историю, которую вам рассказывает колено через точки опоры которые вы установили. Слегка надавите на бедро по направлению к облаете вертлужной впадины и снова почитайте сквозь точки опоры. Почувствуйте, ка] внутренние естественные силы внутри бедра и таза хотят повернуть вертлужнув впадину либо внутрь, либо наружу. Отметьте также качество и количество этоп вращения. Если вы слегка обопретесь на свои локтевые точки опоры, вы получит* более поверхностное чтение сквозь ткани, а если вы обопретесь посильнее, у ва<

36

сложится гораздо более глубокое впечатление. Его глубина зависит от устойчивости контактов в точке опоры, а не от плотности прикосновений обследующих пальцев. Если проблема стресса или растяжения скрыта глубоко внутри этой области, на собственном опыте вы удостоверитесь в том, что необходимо установить более плотный контакт на точках опоры, для того, чтобы обнаружить нарушение функционнирования, проявляющееся в данной области. Ваш опыт и характер заболевания, которое вы изучаете, усовершенствует ваше понимание.

Позвольте мне прояснить пункт, касающийся нажатия на точку опоры, а не на касающуюся руку. В случае использования рычага через точку опоры приложение силы, направленной вниз на одном конце рычага, автоматически поднимает другой конец вверх. Я описываю не рычажный механизм, прилагая силу или нажатие на свою точку опоры. Она легко, но твердо прилегает к телу пациента, и я прилагаю силу или нажимаю прямо вниз на точке опоры в соотношении со степенью растяжения или стресса, которые я чувствую в тканях. Прикосновение руки должно оставаться твердым, но аккуратным при контакте с физиологией тека пациента. Если человеку пришлось неправильно поднять 100 фунтовый мешок (45,3 кг.), мне потребуется приложить значительную силу при нажатии вниз на точке опоры, чтобы создать противовес этому 100 фунтовому растяжению, вызванному поднятым весом, но я не буду надавливать на руку с той же

степенью интенсивности. Если я сделаю это, то нарушу ощущение 6т впечатлений, полученных от биоэнергетических полей пациента. Попробуйте оба способа и сделайте выводы сами.

Этот процесс может потребовать достаточно сильное нажатие на точку опоры врача, или же, напротив, очень слабое. В случае растяжения, вызванного поднятием 100 фунтового мешка, врачу потребуется приложение значительной силы на точку опоры для того, чтобы уравновесить количество силы в области растяжения. Контакты рук могут быть менее плотными, но они должны быть достаточно аккуратными, чтобы позволить проблеме внутри пациента выполнять свою работу. После того, как врач приблизил силы внутри пациента, через свои точки опоры, он получит наиболее полный ответ от тканей, находящихся под напряжением при их попытках определить свое местоположение, диагностировать и вылечить самих себя. Достаточно интересно то, что когда врач приближает силы внутри физиологического механизма пациента, пациент начиннает ощущать в значительной степени комфортное состояние. Пациент может часто замечать, что врач лишь слегка надавливает на его тело или совсем йе надавливает, в то время как, на самом деле, я мог опереться на свою точку или точки опоры со всей тяжестью, которую я мог сосредоточить.

Врач должен знать свою собственную анатомию и физиологию, чтобы верно истолковать то, что тело пациента говорит ему через его точки опоры, и в то же самое время он должен отделять себя от своих действий в наблюдаемой области, таким образом, позволяя истории тела пройти к нему. Это довольно сложно. Как врачи мы обучены *делать* это, а здесь нам требуется позволить чему-либо еще *делать* нашу работу. Мы умеем выслушивать словесный отчет о проблеме пациента и затем *делать* что-либо на основе этого отчета. Теперь мы должны научиться прислушиваться к тактильному отчету, получаемому при помощи нашего развитого чувства диагностической пальпации.

В диагностической пальпации не существует «техник» в обычном смысле

этого слова. Врач позволяет внутренним энергиям здоровья, болезни или травматического состояния пациента рассказать свою историю о существующей проблеме. Таким образом, у врача нет техник, и на самом деле его как бы просят уйти с дороги. Как может тело рассказать вам о чем-то, если вы постоянно что-либо делаете с ним во время обследования? Ваши точки опоры являются вашими постами наблюдения. Позвольте тканям рассказать свою историю. Сидите спокойно и слушайте.

37

Я сказал, что техник не существует, и все-таки дал некую инструкцию. проведении обследования любой области тела врач кладет свою обследующую рук[1] или руки на тело пациента; он устанавливает точку (точки) опоры, через которые oi будет получать ответы изнутри тела; он варьирует степень нажатия на точки опоры чтобы достигнуть различной степени глубины активности и функционирования тканей и, в конечном итоге, он может добавить небольшую степень надавливания или тяп через обследующие руки или руку, чтобы инициировать движущие силы, исходящие и: наблюдаемых тканей. Однако это не является активной проверкой тканей, такой, как мануальное вращение бедра внутрь или наружу. Напротив, это являете; активизированием уже существующих сил внутри тела пациента так, чтобы от вращали бедро внутрь или наружу при помощи своей собственной неотъемлемой силы.

Таким образом, использование диагностической пальпации является чем-тс большим, чем просто пассивное прикладывание рук. Это вид пальпации, которук можно назвать внимательным, обогревательным типом знания функций и дисфункций тела пациента, при использовании побуждающей энергии, находящейся глубоко внутрь самих тканей. Ткани пациента внутри вертлужной впадины вращают ее для того, чтобы вы наблюдали за ней. Эта область вертлужной впадины обладает естественной тенденцией стремиться либо к внутренней, либо к внешней ротации, если силы внутри нее имеют возможность самовыражаться. Вы можете почувствовать, что этс

происходит, и сможете при помощи своего познания в области анатомии и физиологии определить, имеете ли вы дело с работой нормального физиологического механизма или механизма в состоянии дисфункции. Если вы не уверены, перейдите к другом) колену и бедру и проверьте их. Оба они могут быть нормальными, либо одно буде! нормальным, а другое - нет. Вам нужно будет это определить.

Диагностическая пальпация необходима, так как существуют некоторые тонкости в функционировании и в нарушении функционирования тканей, которые невозможно обнаружить никакими другими способами, кроме как опытным, чутким, знающим использованием такого вида пальпации. Примером может послужить случай пациентки, которая приходит на прием к врачу, жалуясь на сильные головные боли, которые она испытывает в течение последних двух лет. Врач просматривает ее историю болезни, проводит различные тесты, и может сообщить ей, каким типом головной боли она страдает. Он все делает правильно. Добавив к этому использование диагностической пальпации, вы обнаружите проявления давнего сотрясения мозга в основании черепа, которое ограничило подвижность в этой области, что препятствует венозному дренированию от головы пациентки и вызывает раздражение внутричерепных и внешнечерепньгх тканей, сквозь которые проходят нервы, связанные с головными болями. Спросите у нее, когда с ней случился несчастный случай, вызвавший сотрясение мозга или в результате которого у нее «искры из глаз посыпались». Тогда она расскажет вам о несчастном случае, произошедшем с ней Е детстве, когда она села так резко, что на время потеряла сознание, и у нее «искры из глаз посыпались». Теперь вы не только определили местоположение области ее головных болей и установили их тип, но также обнаружили этиологию расстройства, как в самом начале, так и в настоящее время. Эту информацию нельзя было получить иными способами, кроме как использованием диагностической пальпации, при помощи которой вы обнаружили старое повреждение, имевшее место 40 лет назад, и проявившееся в настоящее время в виде

головных болей. Такой пальпацией вы смогли буквально почувствовать нарушение функционирования в тканях и определить, в какш именно тканях имело место это нарушение функционирования. Эта же пальпация также снабдила вас прогнозирующей информацией относительно возможного лечения в данном случае.

Более того, диагностическая пальпация необходима, поскольку она является «партнером» терапевтической пальпации. Говоря о выше описанном случае, нужнс

38

отметить, что врач может излечить пациентку от симптомов заболевания при помощи медицинского лечения и физиотерапии, но вы хотите попытаться обеспечить полное решение проблемы, вам нужно устранить саму этиологию, старое сотрясение мозга, которое поразило основание черепа. Для этого потребуется использование терапевтической пальпации. Терапевтическая пальпация использует те же самые биодинамические принципы и энергии внутри тканей, что и диагностическая пальпация. Одним из самых важных факторов в использовании терапевтической пальпации является диагностическая пальпация, которая ведет и направляет вас сквозь все живые, исправляющие процессы, которые присутствуют в механизме сотрясения мозга во время его рассасывания. О терапевтической пальпации речь пойдет ниже.

Клинические результаты подтвердили диагноз, поставленный для женщины с сотрясением мозга. Через месяц после начала лечебной программы у нее исчезли симптомы, и за последний год больше не возобновлялись. Для диагностической пальпации остается очевидным тот факт, что механизм сотрясения мозга все еще присутствует, однако была восстановлена его компенсаторная способность иметь возвратно-поступательное движение вместе с физиологическим балансом всего тела. Существует также другой фактор в развитии диагностической пальпации. Кроме определения проблемной области в организме пациента врач должет научиться

определять, что происходит в ее взаимоотношении со всей физиологией пациента. Где находится потенция, неподвижная точка или точка опоры, которая поддерживает эту проблемную область? Каков ее потенциал для восстановления совершенно нормального состояния или компенсаторного баланса во взаимоотношении с физиологическими потребностями функционирования тела? В данном конкретном случае компенсаторный баланс был восстановлен; в настоящий момент симптомы пациентки исчезли, но они появятся вновь, если наступит регрессия способности ее тела поддерживать физиологическое функционирование внутри проблемной области. Таким образом, при помощи диагностической пальпации можно обнаружить самые незаметные тонкости.

Существует определенная группа пациентов, для которой особенно полезна диагностическая пальпация. Это те люди, которым врач сказал: «Я не могу обнаружить причину ваших недомоганий. Обследование вашего физического состояния и все тесты не выявляют заболевания. Все дело в состоянии вашего рассудка». Таких людей часто называют невротиками, психически неуравновешенными или «психами». Диагностическая пальпация определяет и подтверждает физическую очевидность для объяснения болей и недомоганий, которые испытывают эти люди. В таких психосоматических проблемах должен присутствовать соматический компонент, а обычные не способны уловить дисфункцию, выражающуюся в симптомах. Обнаружения, полученные при диагностической пальпации, находятся на более тонком, подклиническом уровне.

Отсюда следует интересный факт. Если обследование одного врача выявит истинную физическую картину, объясняющую суть расстройств, заставивших этих людей страдать в течение нескольких месяцев или лет, могут ли такие проблемы в действительности быть названы невротическими или психосоматическими? Я так не думаю. После этого оказывается, что ипохондрик совсем не ипохондрик. Мои доводы относительно такого утверждения основаны на том факте, что если врач способен

диагностировать субклинические растяжения или стрессы, вызывающие недомогания, он открывает путь, через который эти стрессы и растяжения могут быть исправлены, и, таким образом, к пациенту вернется нормальное или восстановленное состояние здоровья. Разумная, хорошо натренированная диагностическая пальпация может являться необходимым инструментом обеспечения требуемого в таких случаях понимания. Обнаружение физического объяснения их проблемам будет очень полезно таким людям.

39

Можно рассматривать человеческое тело, как составленное из твердых (кости полутвердых (мягкие ткани) и жидких (жидкости тела) веществ. Такая тверд! полутвердо-жидкая структура снабжена биодинамическими жизненными принципам Она высоко организована и способна выражать живые перемены, происходящие внутр ее собственного окружения. Область, находящаяся в напряженном состоянии внутр живого тела, может быть обнаружена, так как данная область тела сама заявляет, 41 находится в напряженном состоянии. То, что мы ощущаем при помош диагностической пальпации, является проявлением кинетической энергии внутр данной напряженной области, действующей в виде нарушения функций внутри тверд полутвердо-жидкого механизма. Врач переводит такое проявление кинетическо энергии на физиологический и клинический язык, основанный на анатоме физиологическом знании функционирования тела.

Все анатомо-физиологические единицы выражают и используют кинетическу] энергию, проявляя свое функционирование в здоровом состоянии, в заболевании или травме. Диагностическая пальпация является искусством обучения использованию эти кинетических энергий и сосредоточенных в них потенций. Эти энергии варьируются n интенсивности, качеству и количеству в случае каждого пациента. Когда я говорил о этом с инженером-электриком, он сделал следующее замечание: «Требуется больше количество энергии, чтобы заставить транзистор или

вакуумную трубку работать, и нужно лишь" немного энергии, чтобы эту работу направлять». Точно так же, физиологии человека уже присутствует большое количество работающе биодинамической энергии, но требуется только минимальное приложение энергии с стороны оператора, чтобы научиться распознавать и использовать эту кинетическу! энергию для диагностических и лечебных целей. Минимальная требуемая от врач энергия прилагается через точку (точки) опоры, исходя из которых он учите использовать биодинамическую, внутреннюю, кинетическую энергию, которая уж работает внутри пациента.

Объем информации, которую врач может получить, когда ткани реагируют н использование диагностической пальпации, действительно замечательный. Пр] помощи него можно выявить случаи, когда для пациента возможно полно выздоровление. Случаи, которые медленно реагируют или реагируют неадекватнс также демонстрируют это и дают более глубокое понимание причины, из-за которо! они не реагируют должным образом. Это является большой помощью для врачг которому нужно знать, как планировать дальнейшее лечение в случаях, которы представляют для него сложность. Существует необходимость в проведени] диагностического теста, который является точным руководством по лечению любог< случая. Диагностическая пальпация обеспечивает такой вид руководства.

Итак, к данному утверждению: «позвольте биодинамической внутренней сил внутри пациента проявить свою собственную точную потенцию, вместо того, чтоб! использовать наружную силу извне» можно сделать следующее заключение «позвольте разуму исследовать и интерпретировать биодинамическую внутренний силу пациента, когда она проявляет свою собственную точную потенцию вместо тоге чтобы использовать наружную силу извне». Необходимо развивать разумну! диагностическую пальпацию, способную ощущать эту биодинамическую силу и е безошибочную потенцию, а также необходимо развивать свой разум, чтобы быт: способным исследовать данное функционирование и разумно интерпретироват:

происходящие перемены. Чтобы прояснить эту мысль, давайте рассмотрим одш пример.

Биокинетические энергии или силы находятся в состоянии работы во все) физиологических и патологических процессах. Если бы нам пришлось добавить какую либо внешнюю силу или кинетическую энергию к физиологии тела, чтобы произвест] растяжение - например, удар, падение или вывих - в настоящее время мы бы имел!

40

дело со специфической структурой повреждения, проявляющийся внутри механизма тела. Теперь это биодинамическое энергетическое поле, объединенное с энергетическим полем окружающей среды - силой, которая потребовалась для того, чтобы вызвать растяжение. Мы кладем свою руку (руки) на эту область для проведения обследования и установления точки опоры для каждого контакта руки, через который мы будем инициировать и чувствовать перемену, происходящую в тканях, когда они начинают проявлять присутствующее в них расстройство. Структура данного расстройства будет обрабатывать именно биодинамическую внутреннюю энергию. Человек, наблюдающий за нашей работой со стороны, увидит, что наши руки спокойно лежат на теле пациента, однако те движения, подвижность и мобильность, которые мы чувствуем изнутри пациента, весьма значительны и их степень зависит от степени заболевания. Существует обдуманная структура, через которую проходят ткани, демонстрируя растяжение внутри себя. Они продолжают работать до той точки, на которой любое ощущение движения или подвижности кажется остановившимся. Это неподвижная точка. Но и не смотря на то, что она неподвижна, она все-таки снабжена биодинамической силой. Это область потенции для структуры растяжения. Это неподвижная точка внутри функционирующей единицы. В это время происходит изменение, которое врач в большей степени фиксирует при помощи знания, чем своей способностью почувствовать наступление этого изменения. Вслед за этим

проявляется новая структура, когда ткани создают новую структуру функционирования. Она более нормальная по сравнению с расстройством, чем та, которая присутствовала в начале обследования. Степень произведенного исправления может показаться небольшой, однако именно физиологическая коррекция, соразмерная с патологией ткани, присутствует и будет являться любой коррекцией, которую ткани физиологически способны осуществить для данного лечения.

Следуя за биодинамическими внутренними силами и их потенцией, а также за биокинетическими внутренними силами и их потенциями сквозь потенцию или неподвижную точку внутри структуры тканей пациента, я смог обеспечить терапевтическую пользу для большей части патологических состояний, обнаруженных мной в пациенте. Незачем говорить о том, что пациенты, неизлечимо больные, например, раком, как правило, умирали, однако результаты данного типа лечебной программы избавили их от симптомов на определенный период времени, и облегчили их страдания в большей степени, чем это могли сделать другие терапевтические средства.

Другие случаи, когда был потенциал для возвращения патологии к нормальному восстановленному состоянию, отвечали максимальной способностью со стороны физиологии пациента возвращаться к такому нормальному состоянию. Один мой друг, врач сказал мне: «При использовании диагностической и терапевтической пальпации, как вы это делаете, состояния болезней пробегут сквозь свой приливо-отливный цикл, но сделают это за минимальное количество времени для каждого состояния и с минимумом осложнений и последствий. В травматических случаях присутствует фактор стресса, который помогает в их деятельности, которой они были лишены, и такие случаи также позволят нормальной физиологии тела поддерживаться в нормальном состоянии или компенсироваться с минимальным количеством осложнений или последствий». Эти слова проверены на клиническом опыте.

Мозг врача становится наблюдающим, аналитическим, исследующим и

объясняющим инструментом, который сопровождает чувство осязания, следящее за происходящими изменениями. Кто-нибудь может предположить, что мозг врача лишь внимательно наблюдает за пальпацией на всем протяжении диагностического процесса, подобно опытному обозревателю, который сидит в стороне от проходящих соревнований и лишь наблюдает за участниками этих соревнований. Однако здесь, внутри структуры функционирующих тканей мозг врача должен проникнуть глубоко

41

внутрь тела пациента вместе с чувством осязания, когда биодинамические внутренни энергии проявляют свою безошибочную потенцию в наблюдаемой облает* Биокинетические и внешние энергии внутри данной области обеспечивают движущу! силу; чувство диагностической пальпации следует через целый ряд событий о проникновения внутрь и до получения максимально возможных для данног обследования данных; мозг врача наблюдает, оценивает и интерпретируе происходящие изменения. Поскольку врач обладает познаниями в области анатомии і физиологии, он может перевести свои обнаружения на биологический, патологический клинический, анатомо-физиологический язык. Он знает, например, что он обследова случай растяжения поясничной мышцы или затвердевшего легкого. При помощи свое] диагностической пальпации он способен почувствовать этот процесс нарушени функции, так как тело само проявляет его. С течением времени и с опытом он може[1] научиться узнавать прошлую историю данного расстройства, ее настоящее состояние, также делать прогноз на будущее. Это толковательный ментальный навык. Очен: важно держать ваш мозг в напряженном состоянии и в то же время готовым услышат: ту информацию, которую ткани хотят ему сообщить, вместо того, чтобы надеяться что то обнаружить самому. И здесь также позвольте тканям рассказать их историк Выслушайте ее. Со временем удивительный объем информации пройдет сквозь ткан) для вашей интерпретации. Это не займет много времени, если врач обладает навыкол бережно сотрудничать с телом

пациента. За пять-десять минут можно узнать очен многое.

Любая точка опоры является областью нахождения потенции - неподвижньа рычажным соединением, посредством которого происходит действие и реакция. Точк; опоры может перемещаться с места на место, продолжая оставаться неподвижной і своем функционировании. Вы можете взять стакан воды и, сообщив ему небольшую вибрацию, заметите, как вода сосредотачивается в середине стакана. Это неподвижная точка, вокруг которой скапливается вода, реагируя на сообщенную ей вибрацию Важно понять, что очень сильное действие происходит на периферии вокруг центра, ; также то, что потенция в области точки опоры является частью структуры обще! кинетической энергии. Точки опоры существуют во всех средах, в массах воздуха, і жидкостях, а также в твердых телах.

Во всех активных точках опоры функционирования тела находятся точи опоры, и подобно миру природы, в котором действует это тело, тако< функционирование биодинамически обеспечивает свою собственную силу. Требуете: умение, время и терпение для того, чтобы научиться чувствовать тако! функционирование, научиться ощущать движение внутри тканей, инициирование' этими живыми структурами, не произвольное движение оператора или пациента, ш движение, которое уже присутствует в пациенте, когда он спокойно лежит на столе чтобы научиться прослеживать выраженные процессы внутри структур тканей; чтобь научиться определять потенцию в точках опоры; чтобы распознавать, когда во время диагностической или терапевтической пальпации произойдет изменение в потенции чтобы почувствовать развертывание структуры после прохождения неподвижно] точки; и чтобы научиться анализировать и интерпетировать полученный материал, і также правильно рассуждать о нем с физиологической точки зрения. Несмотря на то что довольно сложно описать словами диагностическую пальпацию, на практике он; является относительно простой процедурой.

У тех людей, у которых не было какого-либо опыта в этой сфере

деятельности как правило, складывается очень скептическое отношение - они не верят, чтс диагностическая пальпация может выполнить все то, что ей приписывают. Это чувстве скептицизма является самым ценным качеством в данной работе. Оно служит для того чтобы удерживать ноги человека на земле. Врач ищет информацию внутри живоп тела. Если он настроен скептически относительно того, что данная информация

42

доступна для него при использовании диагностической пальпации, он получит лишь малое количество информации. Если же его разум будет открыт для мысли, что эта информация доступна, обладая при этом достаточным количеством скептицизма, чтобы заставить тело доказать, что оно предоставляет такую информацию, тогда он будет в состоянии более точно оценить полученную информацию. Позвольте телу продемонстрировать свое функционирование или его нарушение. Достаточно полезно быть слегка скептично настроенным.

Диагностическая пальпация носит научный характер. Из группы врачей, которые обучились правильному использованию этой формы обследования, после осмотра одного и того же пациента каждый придет к одному и тому же приблизительному выводу относительно его проблемы. Я использую слово «приблизительный», так как следующие одно за другим обследования за один день изменяют общую структуру расстройства, обнаруженную каждым врачом достаточно для того, чтобы у него сложилась слегка иная картина, чем у его коллег. Однако если пациент страдает относительно хроническим заболеванием, и обследования были проведены за временной отрезок, который позволяет проблеме оставаться неизменной, обнаружения каждого врача будут схожи с обнаружениями его коллег. Диагностическая пальпация имеет научный характер, поскольку проблема заключена в самом пациенте, а не в способности или неспособности врача обнаружить эту проблему.

Развитие диагностической пальпации является дополнительным инструментом для использования при понимании проблемы пациента.

Дополнительное, проведенное в течение нескольких минут обследование каждого пациента, обучающее использованию диагностической пальпации, усовершенствует этот вид осмотра для каждого врача. В случае каждого пациента она раскроет такую глубину анатомо-физиологического проникновения внутрь проблемы, которую прежде врач никогда не испытывал. Она позволит пациентам знать, что врач действительно ищет этиологию их частного случая заболевания и понимает суть их расстройства. Время и усилия, которые потребуются для усовершенствования мастерства и навыка диагностической пальпации, нужно совмещать с целью всей жизни врача - служением человечеству.

43

Часть III: диагностическая пальпация для практическс

работы

Часть III «Диагностической пальпации», которая была первоначально опубликован

*Академией Прикладной Остеопатии, претерпела значительные изменения в связи *

заменой материала, подготовленного для презентации на заседании Академии.

Когда к врачу приходит на прием пациент, то ему предстоит решить две зада[1] во-первых, поставить диагноз пациенту, во-вторых, оказать ему терапевтическ; помощь. Диагностическая пальпация вносит вклад в обе эти процедуры. Для врг пациент и его состояние представляют собой сложную задачу. В такой работе, і применяется диагностическая пальпация, пациент является человеком, который ДЕ врач}' задание. Его проблема представляет собой классную комнату. Е биодинамические внутренние силы и их потенциалы - это учителя. А диагностическ пальпация, применяемая врачом - это ученик. Диагностическая пальпац подразумевает под собой обучение тому, чтобы быть способным ощущать и понимг эти биодинамические внутренние силы и тому, чтобы иметь

представление об : потенциалах^ Передо мной стоят вопросы о действии биодинамических биокинетических сил и их потенциалах в организме пациента, которые посредстве моих опорных (fulcrum) точек могут сообщить мне сведения о себе. Со своей сторь они безотказно выполняют это. Если совершается ошибка, то это происходит і причине моей неспособности правильно истолковывать или интерпретировать дейст] этих сил и их потенциалов.

Я изучил, что в организме пациента всегда функционируют данные силов! поля. Элементы ткани внутри соединительных тканевых оболочек и жидю компоненты продолжают автоматическое движение по мере того, к; биоэнергетические паттерны раскрываются при своем функционировании. Я долж< сойти с пути, так сказать, и следовать за биоэнергетическими паттернами. Это схоже игрой аккомпаниатора на концерте. Хороший аккомпаниатор слушает певца, играет позволяет ему взять инициативу в свои руки. Применяя метод опорной компресс* (fulcrum-compression approach), врач посредством своих точек опорной компресси может приступить к работе с биоэнергетическими факторами в организме пациента оказать воздействие на паттерн при помощи цикла его активности.

Диагностическую пальпацию можно определить как определенную форл> искусства пальпации, в которой для диагностики и лечения при болезни, травме или здоровом состоянии пациента врач обращается к физиологическим энергиям и и потенциалам. Врач может научиться ощущать эти физиологические энергии и к потенциалы, а также соединительные тканевые структуры, которые функционируют организме больного. Это - методика, которой обучаются самостоятельно. Сущнос! диагностической пальпации заключается в том, чтобы узнать, понять и использова! потенциал в установившийся момент паузы отдыха (pause-rest moment of stillness) пределах любого данного паттерна болезни, травмы или здорового состояния.

Клиническое применение диагностической пальпации для различных участке

тела показано на фотографиях, которые приводятся после этого обсуждения. Короч говоря, рассмотрены положения руки врача, которая может находиться над или под те] участком, выбранном им для обследования, обычно там, где у пациента отмечаютс жалобы. Затем он устанавливает автоматическую-смещающуюся- подвешеннук опорную точку (automatic-shifting-suspension-fulcrum point) для контакта каждой рук посредством того, что он опирается своей рукой на лабораторный стол, на себя самог

44

или на пациента. Контакт его руки должен быть мягким, а контролировать это ему нужно при помощи общей компрессии, которую он применяет в опорной точке. Когда он в своей опорной точке применяет компрессию или силу, направленную вниз (а не вверх при контактах своих рук), то в организме больного непосредственно вступают в действие биодинамические и биокинетические внутренние силы, которые позволяют выявить степень, интенсивность и паттерны тканевых элементов в здоровом или поврежденном состоянии.

Биодинамическую внутреннюю силу и ее потенциал можно определить как физическую энергию, обнаруживаемую у пациента в здоровом состоянии. Биокинетические внутренние силы и их потенциалы можно определить как патологические - физические энергии и их потенциалы, проявляемые в организме пациента в состоянии болезни и при травме. Требуется дополнительная энергия, поступающая из окружающей среды пациента, в сочетании с биодинамической внутренней силой для того, чтобы вызвать состояние, проявляемое в виде болезни или травмы. Если диагностическая пальпация позволяет биодинамическим и биокинетическим силам в организме передаваться посредством своих собственных точных потенциалов вместо того, чтобы использовать некоторую скрытую силу из вне, то врачу гарантирован правильный подход в рамках проблемных тканевых структур, что указывает конкретный путь к здоровью для такого пациента.

Потенциал мржно определить как функционирующий, установившийся момент паузы отдыха, опорная точка или опорные точки (fulcrum or fulcrums) в рамках биодинамических внутренних сил и биокинетических внутренних сил, действующих в организме на физиологическим уровне через которые, вокруг которых и посредством которых сами собой проявляются такие паттерны активности. Это можно сравнить с энергией, присутствующей в функционирующей опорной точке качелей или с силой центра урагана. Опорная точка обладает энергией и силой. Врач осведомлен о таком периоде паузы отдыха и его потенциале, когда он изучает данные паттерны при помощи диагностической пальпации.

После того, как врач выбрал свои позиции для контакта с помощью рук и установил опорную точку для контакта каждой руки, примененикомпрессии или силы в его опорной точке вызывает активность биодинамических внутренних сил и биокинетических внутренних сил в организме пациента. Для тканевых структур и данных энергий можно выделить три различные фазы активности на микрометрическом уровне измерений, которые врач способен регистрировать посредством своих опорных точек:

(i) Это воспринимается так, как будто такие энергетические поля и тканевые элементы функционируют по-своему, в рамках своего паттерна, по отношению к точке равновесия для данного паттерна.

(i1) В спокойном периоде паузы отдыха, достигается потенциал, во время существования которого, по-видимому, прекращается всякое движение. По направлению к этой точке, врач может отслеживать такие изменения при помощи контакта своих рук и опорных точек и получать, таким образом, диагностическое представление о состоянии пациента. Когда паттерн проходит через состояние покоя, происходят изменения в потенциале. «Что-то случается» в результате такого изменения в потенциале. Это представляет собой корригирующую фазу лечебной программы.

(Hi) Снова ощущается движение в пределах энергетических полей и тканевых структур. Раскрывающийся паттерн - это тот, который указывает на

то, что существует нормальный паттерн функционирования для поврежденного участка.

45

Для завершенности своего цикла эти три фазы могут занимать достаточш короткий промежуток времени, составляющий всего одну минуту, или же период несколько минут в зависимости от степени патологической физиологии, вовлеченной і процесс.

Фаза (ii), физиологический момент паузы отдыха - это та цель, к которое стремится врач, когда он применяет диагностическую пальпацию. При компрессии і опорной точке врачом применяется сила в рамках потенциала в период паузы отдыха і организме на физиологическом уровне. Для врача физиологические энергетически* поля являются движущей силой, способствующей процессу получени: диагностической информации, и процессу лечения пациента.

Мое внимание как врача, применяющего диагностическую пальпацию обращено на внутренний потенциал пациента, потому, что я знаю, что если происходи-изменение внутри данного потенциала, то для пациента весь этот новый паттерн буде-проявлять себя по пути к здоровью. Я знаю, что существует основной потенциал который может быть определен у пациента, когда тот находится в здоровом состоянии Но я также знаю, что когда происходит разрушение различных энергий, которые присутствуют при травме или болезни, остается потенциал, и присутствует обычно< ощущение биодинамических внутренних сил, ясно показывающих мне, что это! пациент снова здоров.

По-видимому, для врача существует только один способ обучения примененик диагностической пальпации, который заключается в том, чтобы подойти к проблемам в организме пациента и научиться справляться с этими проблемами. На фотографиях приведенных ниже, контакты руками и описанные опорные точки - это всего липп советы и рекомендации. Каждый врач должен самостоятельно решать такие вопросы, *v.* для каждого врача и

для каждого пациента - это нелегкое дело. Если бы вь: понаблюдали за мной, когда я выполняю эту работу, вы могли бы увидеть то, как мноп движений мне приходиться выполнять, как это видно на фотографиях. Это всего лишь малая часть всех явных движений; однако, я произвожу к тому же очень многс согласованных движений. Я активным образом слежу за движениями *m* микрометрическом уровне, происходящими внутри наблюдаемых мною паттернов. Дл? диагностической пальпации, которую я применяю в своей практике, существуе: множество движений, характеризующихся мобильностью и подвижностью, которые осуществляются при помощи опорных точек. Я применяю крепкий, но вместе с тем мягкий контакт рукой, который позволяет силам, действующим в организме пациента выразить свой полный потенциал активности. Я варьирую числом компрессий и их силой в своих опорных точках для того, чтобы подобрать степень воздействия, с помощью которой я осуществляю работу над организмом больного во врем} трехфазного рабочего цикла. Биодинамические и биокинетические внутренние силы к их потенциалы будут диктовать 'мне свои условия для диагностической пальпации \ контролировать ту работу, интерпретируя ее по-своему, которую я должен выполнят] при каждом визите пациента.

Подводя итог всему выше сказанному, можно сказать, что для практическогс применения у нас в распоряжении имеются биодинамические и биокинетические внутренние силы; также пригодны для использования потенциалы, которые наличествуют в рамках этих физиологических энергий. Диагностическая пальпация и ее напарник - терапевтическая пальпация доступны к применению в любой врачебное практике.

На фотографиях, приведенных ниже, опорные точки отмечены стрелками. Эти фотографии были сделаны Др. Хеннигсеном, коллегой - зубным врачом из Хэйвардс (Hayward), штат Калифорния. У меня не хватает слов, чтобы выразить всю глубин) моей признательности за прекрасно выполненную работу по подготовке этих схем.

46

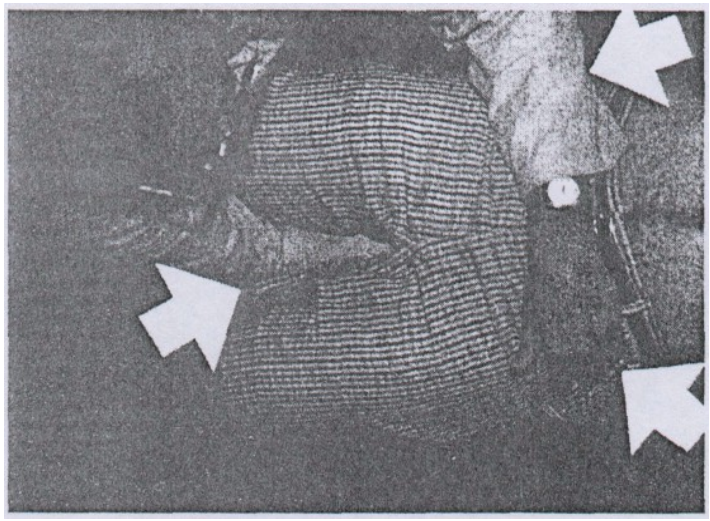

Рисунок №1: Крестец и таз

Пациент находится на спине, а его крестец - на ладони правой руки врача, при этом кончики пальцев лежат на остистых отростках пятого поясничного позвонка. Опорная точка располагается в области правого локтя, опирающегося на стол. Колени пациента приподняты, хотя ноги могут быть вытянуты или же одно колено может быть выше другого. Левой рукой и кистью этой руки перекрываются передние выступающие ости подвздошной кости (anterior superior spines of the ilia). Опорные точки показаны на обеих подвздошных костях потому, что врач может чередовать использование той или иной передней выступающей ости в качестве опорной точки при обследовании противоположной подвздошной кости в ее функционирующей взаимосвязи с крестцом.

С помощью такой позиции можно достичь понимания в функционировании таза как единого целого, крестца, подвздошной кости и взаимосвязи таза с поясницей, располагающейся выше, и с областью вертлужных впадин, которые находятся ниже. Это замечательная позиция для того, чтобы оценить функционирование крестца в случае удара хлыстом (whiplash cases).

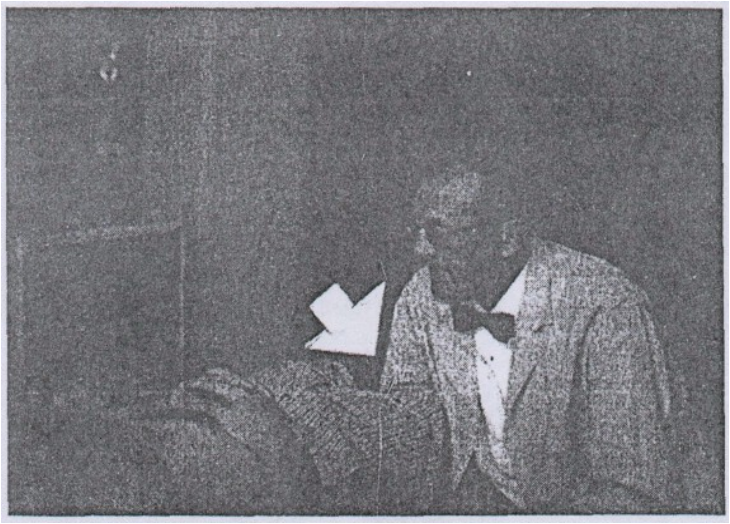

Рисунок №2: Крестец

Крестец пациента находится в руке врача. Опорная точка располагается в области локтя, который опирается на стол.

47

Крестец нужно рассматривать как функционирующую структуру, состоящую і пяти костей, а не из одной. Имеется пять сегментов, которые составляют крестец, и вс они имеют различную степень гибкости на протяжении жизни. В нижнем кони крестца находится копчик, который можно ощутить при помощи проксимальнои част ладонной поверхности, а нижний поясничный позвонок можно ощутить кончикам пальцев. Можно установить непрерывность срединной линии (midline функционирующей начиная с крестца и по направлению к основанию черепа.

Кроме того, можно особо выделить ощущение того, как функционируют пят сегментов крестца посредством подсовывания одной руки под ягодицу с той же само стороны и наложения кончиков пальцев на данные пять сегментов так, чтобы кончию пальцев одной руки располагались между крестцом и ладонью другой руки, с помощы которой подхватывается крестец. Опорная точка для этой второй руки находится н предплечье, опирающимся на скрещенные колени врача. Благодаря такой опорно] точке, данный контакт с крестцом, осуществляемый двумя руками, предоставляе врачу достаточное количество информации, связанной с функционированием крестца.

Использование в работе контакта, выполняемого второй рукой, и ее опорно]

точки для восстановления нормальной гибкости сегментов крестца является xopoinei терапией в случае болезненного раздражения седалищного нерва.

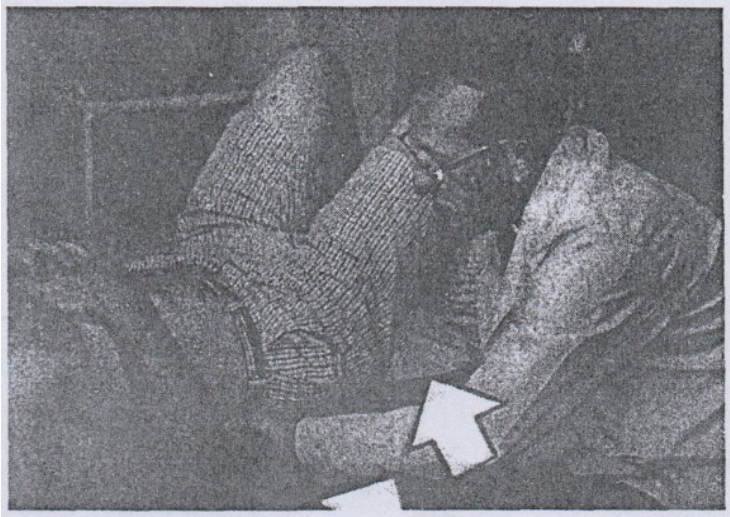

Рисунок №3: Крестец, подвздошно-крестцовый, нижний поясничный отделы

Правая рука находится под крестцом, а опорная точка расположена в локтево! области, опирающейся на стол. Левая рука располагается под подвздошно-крестцовьв сочленением, при этом кончики пальцев лежат на нижних поясничных остисты) отростках. Левая опорная точка - на скрещенных коленях врача.

Лучше использовать термин «подвздошно-крестцовый», а не крестцово подвздошный потому, что, мне кажется, что с точки зрения физиологии лучщ представлять, что распространение поражения происходит по пути, на котор01\ подвздошная кость находится после крестца, а не по такому пути, когда кресте! следует после подвздошной кости.

Данная позиция обеспечивает надежный контроль над диагностикой и лечениел деформаций подвздошно-крестцовой и нижней поясничной области.

48

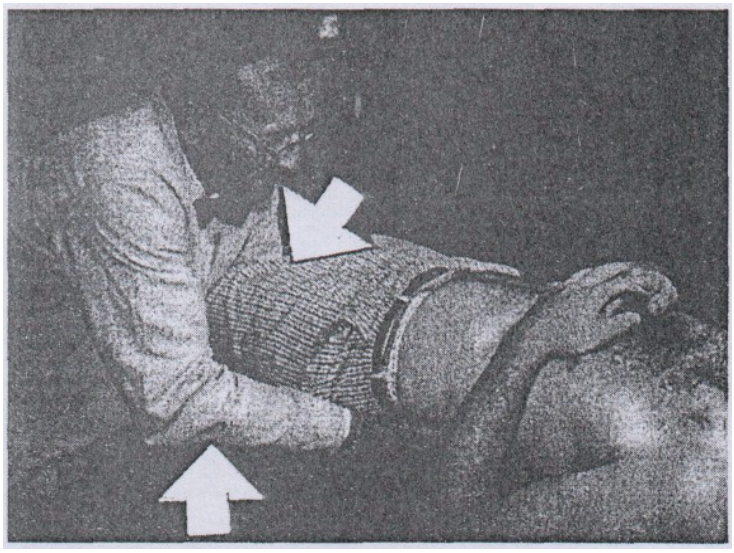

Рисунок №4: Крестец и верхний поясничный отдел

Левая рука находится под крестцом, а опорная точка располагается в левом локте, опирающимся на стол. Правая опорная точка - в области предплечья, лежащего на скрещенных коленях врача. Контакт правой рукой осуществляется над верхней поясничной областью, кончиками пальцев на остистых отростках поясничных позвонков. Могут быть проанализированы различные паттерны функционирования и дисфункционирования.

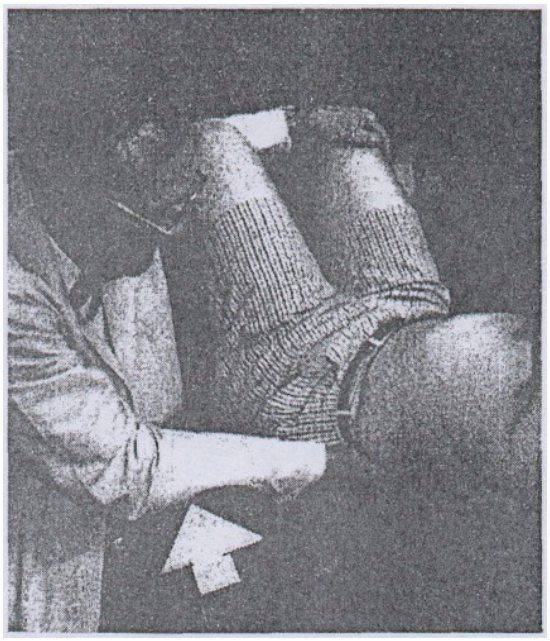

Рисунок № 5: Верхний поясничный отдел и поясничная мышца

Рука, которой проводится обследование, лежит под верхней поясничной областью, а опорная точка находится на скрещенных коленях врача. Другой рукой перекрываются приподнятые колени.

При помощи легкой компрессии в опорной точке можно оценить поясничные деформации, поскольку крестцово-спинальная группа мышц расположена ближе к поверхности по сравнению с глубоко расположенной поясничной мышцей. Усиление компрессии в опорной точке будет достигать области поясничной мышцы. Контакт рукой, которая накрывает колени, предназначен для нажатия на область вертлужной

49

впадины с помощью веса руки с тем, чтобы в процессе обследования активизироват любое патологическое отклонение поясничной мышцы. Ощущение диагностическо пальпации мысленно проектируется в нижнюю грудную область.

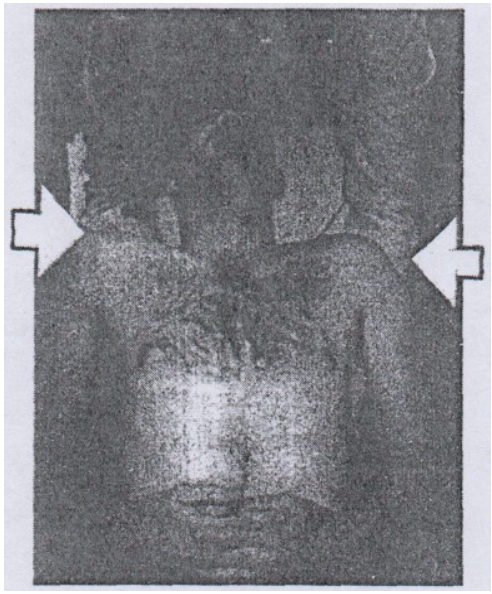

Рисунок № 6: Нижний грудной отдел

Врач усаживается в изголовье стола. Его руки просунуты под туловищ< пациента с двух сторон на уровне прикрепления трапецевидных мышц. Его опорные точки находятся на локтях, лежащих на столе.

Данная позиция координирует впечатления (представления), воспринимаемые on поясничной области посредством тех, которые могут быть получены от нижнего грудного отдела, нижней части грудной клетки, и которые направляются в область плечевого пояса через разветвляющиеся трапецевидные мышцы.

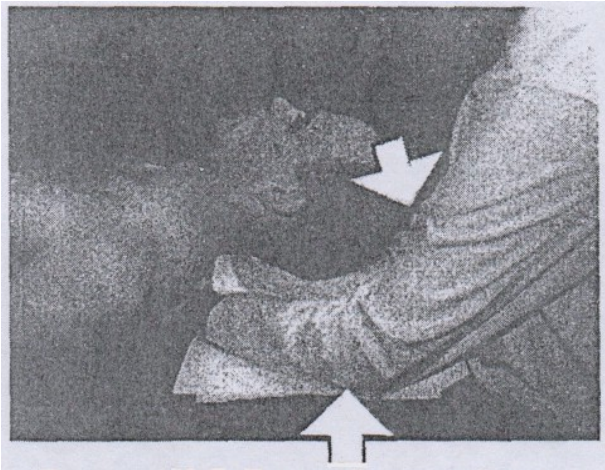

Рисунок № 7: Верхний грудной отдел

Опорные точки находятся на предплечьях, которые с двух сторон опираются на стол. Одной рукой контакт осуществляется под верхней грудной областью, а контакт другой рукой - ниже первой. Это способствует улучшению регистрации показаний, относящихся к восприятию биодинамических и биокинетических внутренних сил и их потенциалов от верхней грудной области. Можно проанализировать корреляцию между областью шеи и нижним грудным отделом.

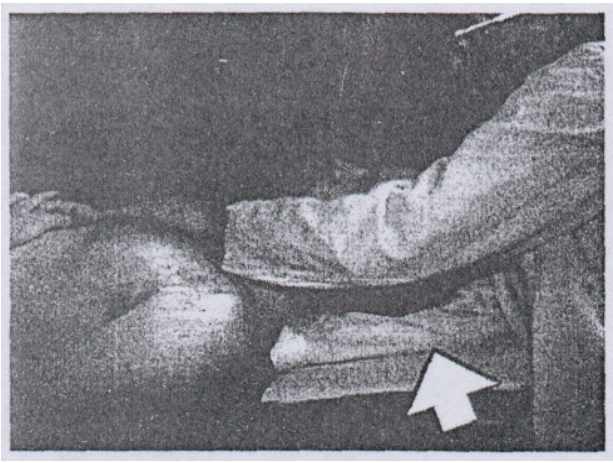

Рисунок № 8: Верхний грудной отдел

Голова пациента обычно лежит на подушке. Правую кисть и руку кладут под подушку и контактируют с верхними грудными остистыми отростками, а пальцы слегка вытянуты для того, чтобы соприкасаться с ребрами с обеих сторон. Опорная точка находится в локте, лежащем на столе под головой пациента. Левая рука - на грудине пациента, под голову которого подложена подушка, опорную точку в левом локте можно получить тем, что положить

его под подушку.

Исходя из данной позиции, можно извлечь много ценной информации. Здесь сопоставляются впечатления, собранные о нижнем грудном отделе, а также взаимосвязи между верхним грудным отделом и областью шеи.

В нормальном состоянии грудина движется по направлению к спине (дорсально) во время вдоха и по направлению к брюшине (вентрально) во время выдоха. Когда при обследовании принимается такая позиция, то очень часто происходит как раз наоборот. К тому моменту, когда обследование заканчивается, можно наблюдать, что нормальное движение (экскурсия) грудины во время вдоха и выдоха вновь восстановилось само собой.

В данной позиции, работая с биодинамическими и биокинетическими силами и потенциалами, действующими в организме пациента, можно без труда обнаружить и с легкостью откорректировать деформации верхнего грудного отдела.

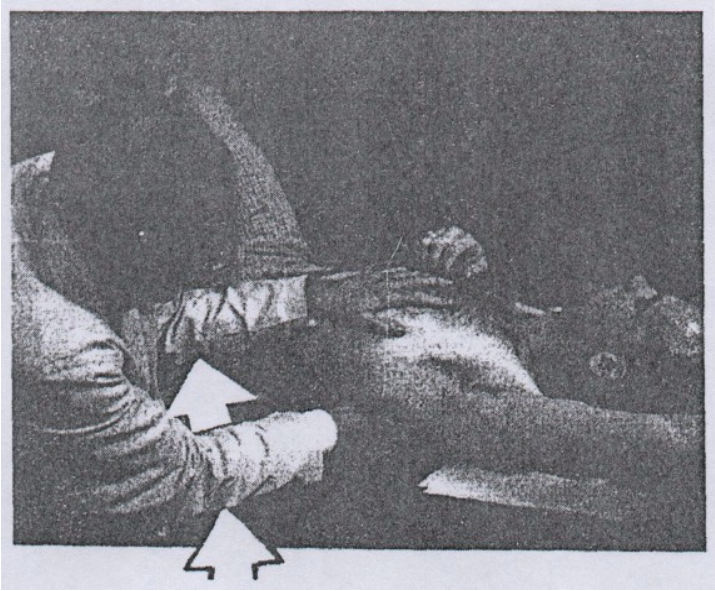

Рисунок № 9: Грудная клетка

Правая рука лежит под грудной клеткой, а кончики пальцев при обследовани: ребер находятся как раз за остистыми отростками грудного позвонка. Другой руко прослеживают направление ребра или ребер. Опорная точка находится на скрещенны: коленях врача. Левая рука, которой проводят обследование, касается передни: окончаний ребер, а опорная точка располагается в предплечье и в локте, который опирается на переднюю выступающую

подвздошную ость с той же самой стороны.

Как показано на фотографии, рука пациента с этой стороны вытянута и закинут за голову. Это делается для того, чтобы облегчить врачу проведение контакта руками : создание опорных точек при осмотре. Обычно у меня при проведении этой фазы обследования пациент удобно располагает свою руку поверх моей собственной.

С помощью легкой компрессии в опорной точке, находящейся на скрещенны; коленях, вызывается движение обследуемых реберных головок. Для успокоения і врача и пациента скажем, что деформацию ребер можно легко диагностировать и такж< легко излечить, используя внутренние силы и их потенциалы внутри паттерно деформаций. Применяя такие контакты руками и контакты посредством спорны: точек, можно приподнимать или опускать грудную клетку с тем, чтобы выявит область деформации, а также произвести диагностику и лечение.

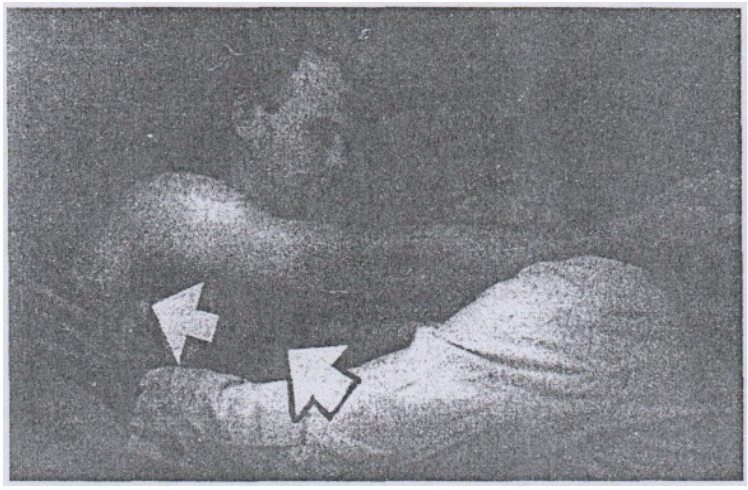

Рисунок № 10: Верхний отдел грудной клетки и плечи

Опорные точки находятся в области больших пальцев рук, контактирующих боковой поверхностью каждой лопатки. Руки пациента лежат на плечах врача, при этс^ они вывернуты наружу.

Если пациент наклоняется вперед, опорные точки в больших пальцев ру: способствуют активизации каждой зубчатой или пилообразной передней мышщ (serratus anterior muscle) и места ее прикрепления, начиная с 8 или 9 верхнего ребра і до места ее прикрепления к позвоночному краю лопатки.

Можно проанализировать і провести лечение групповых деформаций верхнего отдела грудной клетки.

Я пришел к выводу, что данная процедура является превосходным способе! контроля после проведения надежной корректировки любых специфически: повреждений ребер верхнего грудного отдела. Она способствует восстановление равновесия эквивалентного напряжения с обеих сторон грудной клетки. Также полезн< проведение последующей коррекции деформаций шеи, поскольку многие шейны мышцы крепятся к верхним ребрам.

52

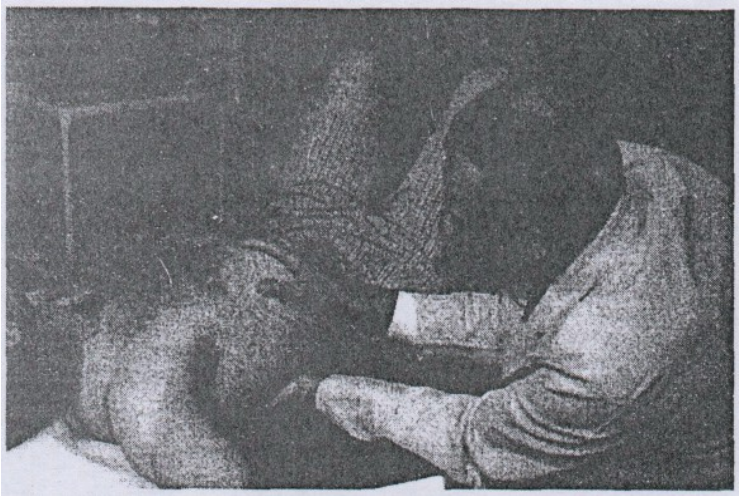

Рисунок №11: Печень

Левая рука лежит под нижними ребрами ниже печени. Опорная точка - на скрещенных коленях врача. Рука, которая находится сверху, располагается над передней поверхностью печени.

Данную позицию можно использовать для обследования больной печени, например, при гепатите. Нарушения в работе биодинимических сил и их потенциалов будут легко восприниматься посредством опорной точки, находящейся на скрещенных коленях врача.

Тот же самый тип контакта применяется для локализации затвердений в легком при долевой (лобарной) пневмонии с помощью контактов, осуществляемых перемещающимися руками, одной сзади, а другой спереди и с помощью установления опорной точки, посредством которой можно

ощутить степень поражений легкого или же определить его здоровое состояние. Для правой руки опорную точку можно установить на передней выступающей ости (anterior superior spine) пациента при обследовании долей легкого. С помощью двух опорных точек обеспечивается более качественная оценка обследования.

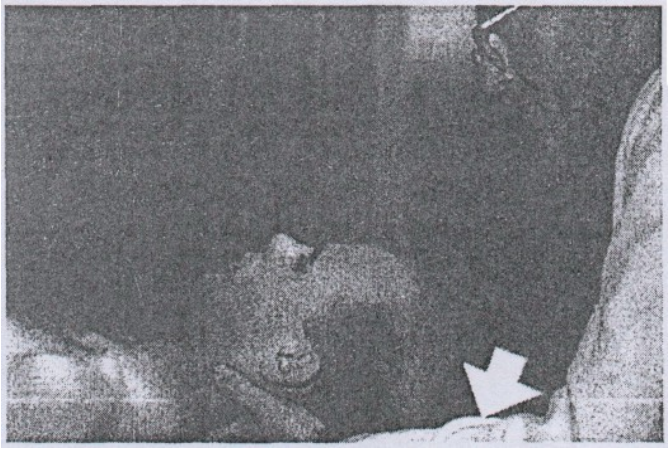

Рисунок № 12: Область шеи

Руки врача с двух сторон перекрывают всю шейную область от основания черепа до верхнего грудного отдела. Опорные точки располагаются на предплечьях, лежащих на столе. Стрелка указывает на предплечье, которое не видно на фотографии.

Состояние всей шейной области в целом можно оценить достаточно быстро, а затем следует выполнять контакты пальцами более локального характера для

53

отдельных шейных позвонков, все время, держа опорные точки предплечий на столе. Причина, по которой нужно держать опорные точки предплечий на столе, заключается в том, чтобы следить за биодинамическими и биокинетическими внутренними силами и их потенциалами в пределах обследуемой области при помощи опорных точек врача. Контакты руками и пальцами могут легко осуществляться без смещения опорных точек.

Рисунок № 13: Сочленение затылка с первым шейным позвонком

Контакт пальцем выполняется на заднем бугорке первого шейного позвонка. Опора находится в области предплечья, лежащего на столе. Другая рука располагается на теменной области головы пациента, поддерживая незначительное сгибание головы.

Легкая компрессия в опорной точке способствует возникновению любого паттерна деформации в сочленениях затылка с первым шейным позвонком, а внутренние силы и их потенциалы будут передавать паттерн деформации посредством любой коррекции, пригодной для такого лечения.

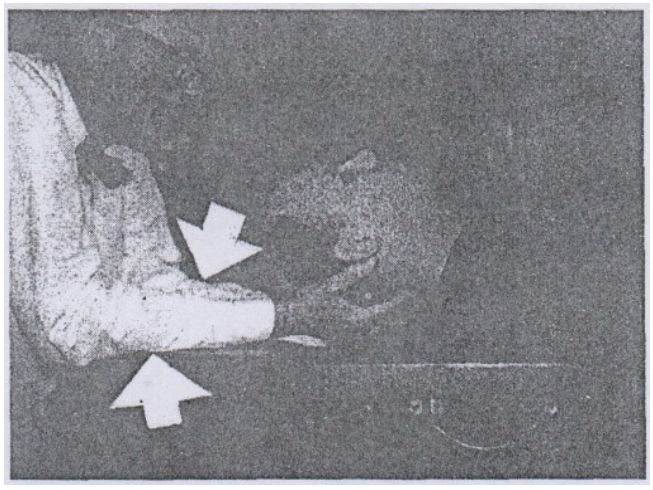

Рисунок № 14: Специфическая шейная деформация

Опорные точки находятся на предплечьях, опирающихся на стол. Кончиками пальцев определяется локализация специфической деформации, выявляемой в шейной области. Биокинетические силы и их потенциалы обеспечивают энергией для проведения диагностики и лечения.

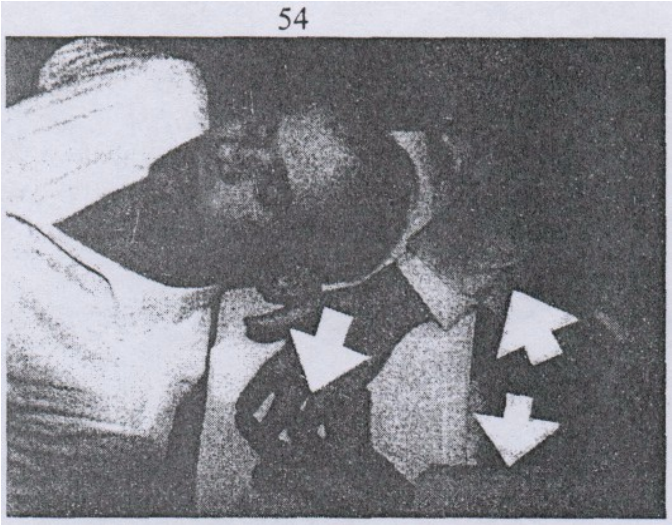

Рисунок № 15: Базилярная область черепа

Опорные точки - на предплечьях, опирающихся на стол. Пальцы слегка переплетены для удобства врача и для того, чтобы ему было удобно поддерживать голову пациента на своих руках. Показано, что третья опорная точка находится в месте контакта между двумя третьими пальцами обеих рук, хотя любые два из скрещенных пальцев можно использовать в качестве опорной точки для работы с этой областью.

На этой фотографии просто показано, что и врачу и пациенту должно быть удобно при проведении обследования и лечения базилярной области черепа.

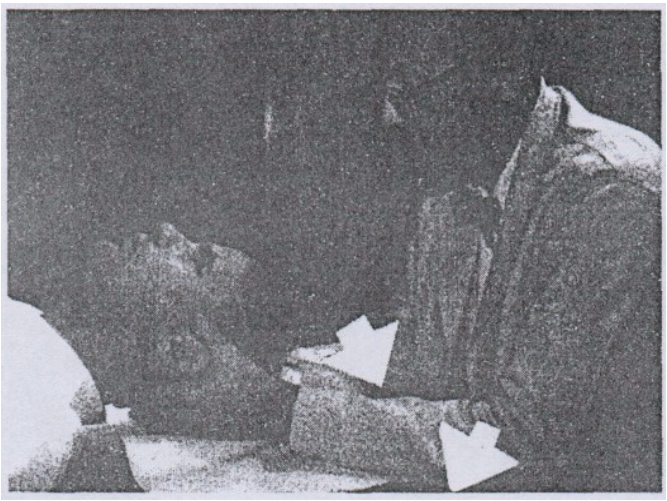

Рисунок № 16: Базилярная область черепа

Голова пациента удобно покоится на слегка переплетенных пальцах врача, при этом большие пальцы располагаются над ушами и вытянуты в направлении лобной части головы. Опорные точки находятся на

предплечьях, лежащих на столе.

Очень слабая компрессия в опорных точках - это все, что нужно для того, чтобы начать процесс оценки, который включает в себя структуры черепа, те, расположенные внутри черепа, а также структуры шейной области. Можно прочувствовать общее ощущение непрерывности (целостности) всех структур срединной линии, начиная с основания черепа и до крестца.

В последнем предложении указывается, что врач распространяет свое ощущение от сознания непрерывности функционирования тканевых структур посредством своих опорных точек и контактов руками. Время и практический опыт научат его осознавать

55

многое из того, что находится далеко за пределами досягаемости его рук и опорных точек.

Рисунок № 17: Базилярная область черепа

Голова пациента покоится на слегка переплетенных пальцах врача, его большие пальцы при этом лежат вдоль сосцевидных долей и отростков височной кости. Опорные точки находятся на предплечьях, опирающихся на стол.

С помощью очень легкой компрессии в опорных точках начинается процесс оценки, который включает все структуры задней части черепа и то. что она в себя вмещает - затылок, височные кости, сфенобазилярные хрящевые соединения, реципрокную мембрану натяжения (reciprocal tension membrane),

флуктуацию цереброспинальной жидкости, базилярную область черепа и область шеи.

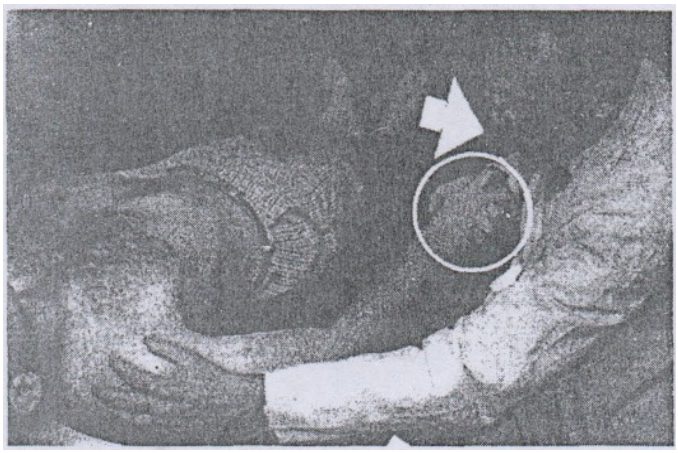

Рисунок № 18: Верхняя конечность - рука до плеча

Опорные точки: правый локоть опирается на спинку стула. Левое предплечье находится на скрещенных коленях. Кисть правой руки оплетает с помощью большого пальца и мизинца кисть пациента для того, чтобы получить восприятия посредством локтевой и лучевой кости (см. то, что обведено в кружок на рис.).

Мизинец и большие пальцы переплетены с тем, чтобы лучше оценить состояние обеих костей предплечья. Попытайтесь проделать это без подобного переплетения и затем опять с переплетением. И вы убедитесь, что можно сделать значительно больше наблюдений, если вы сплетаете пальцы, как указано выше.

56

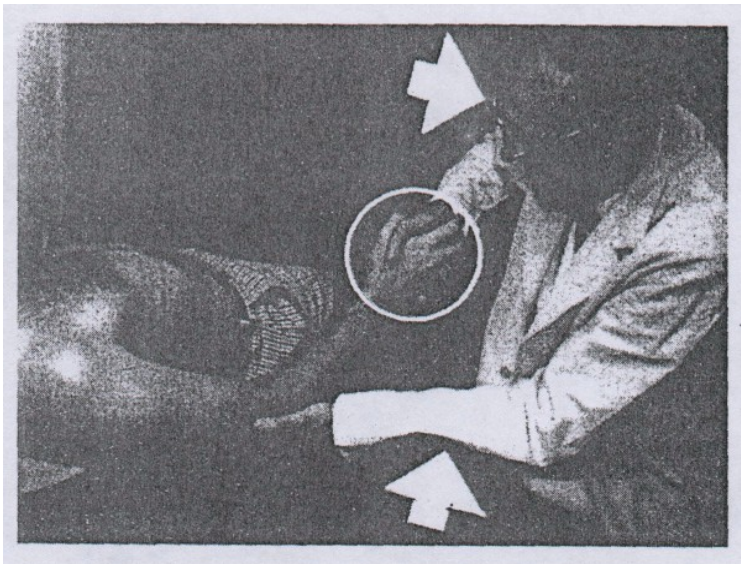

Рисунок № 19: Верхняя конечность - рука до локтя

Опорные точки: правый локоть опирается на спинку стула. Левое предплечье на скрещенные колени. Обведенный кружок указывает на контакт руки с помощью переплетенного большого пальца и мизинца.

Вместо того чтобы использовать спинку стула, правая рука может быть прижата к туловищу врача для того, чтобы служить в качестве опорной точки.

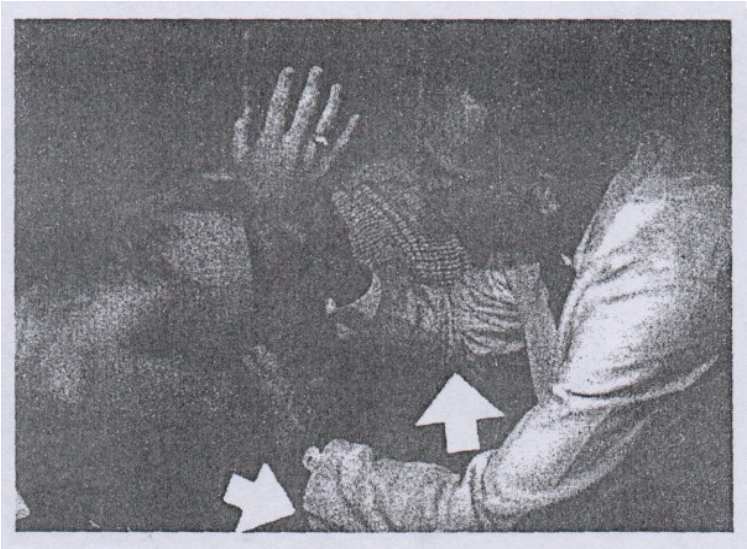

Рисунок № 20: Верхняя конечность - межкостная мембрана между лучевой костью и локтевой костью

Опорные точки: Правый локоть - на столе. Левое предплечье - на скрещенных коленях.

Деформации межкостной мембраны довольно часто присутствуют тогда, когда имеется любое повреждение в запястье или в локте.

57

Рисунок №21: Верхняя конечность - локоть до плеча и грудинного окончания ключицы

Опорные точки: предплечье пациента обхватывается и придерживается у бока врача. Левое предплечье - на скрещенных коленях.

Вся плечевая область охватывается целиком, начиная с опорной точки до места прикрепления ключицы к грудине.

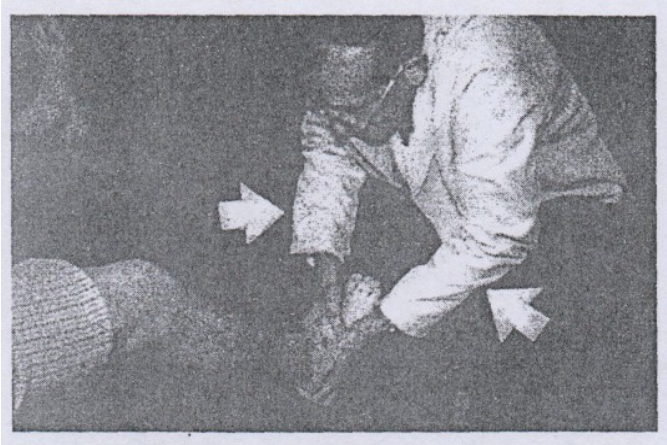

Рисунок № 22: Нижняя конечность - стопа

Пациент лежит навзничь, нога свешивается с края стола.

Опорными точками служат предплечья врача, опирающиеся на его бедра. Пятка может находиться в любой из рук врача. С помощью контактов, осуществляемых пальцами, можно определить местоположение конкретных повреждений стопы.

58

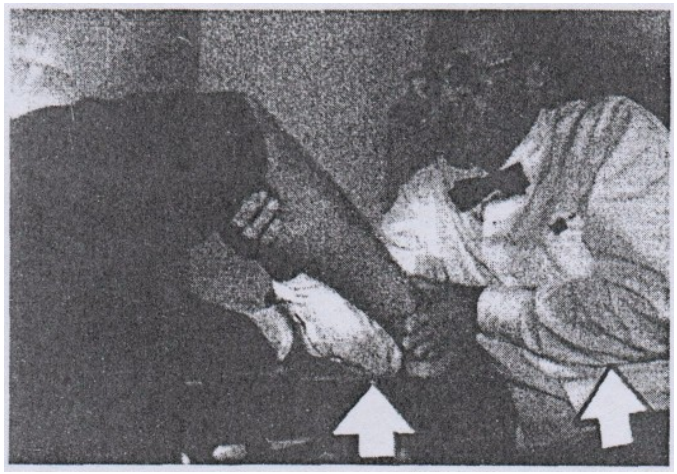

Рисунок № 23: Нижняя конечность - межкостная мембрана между большеберцовой костью и малоберцовой костью

Опорные точки: правый локоть лежит на столе. Левое предплечье прижато к боку врача.

Одной кистью контролируется большеберцовая кость, а другой - малоберцовая в процессе оценки состояния межкостной мембраны между ними. Другой способ заключается в том, чтобы в центре поместить верхние пальцы, а нижние пальцы при этом сами ложатся в направлении межкостной мембраны. Деформации, наблюдающиеся в этой мембране, обычно сопутствуют травмам голеностопного сустава и колена.

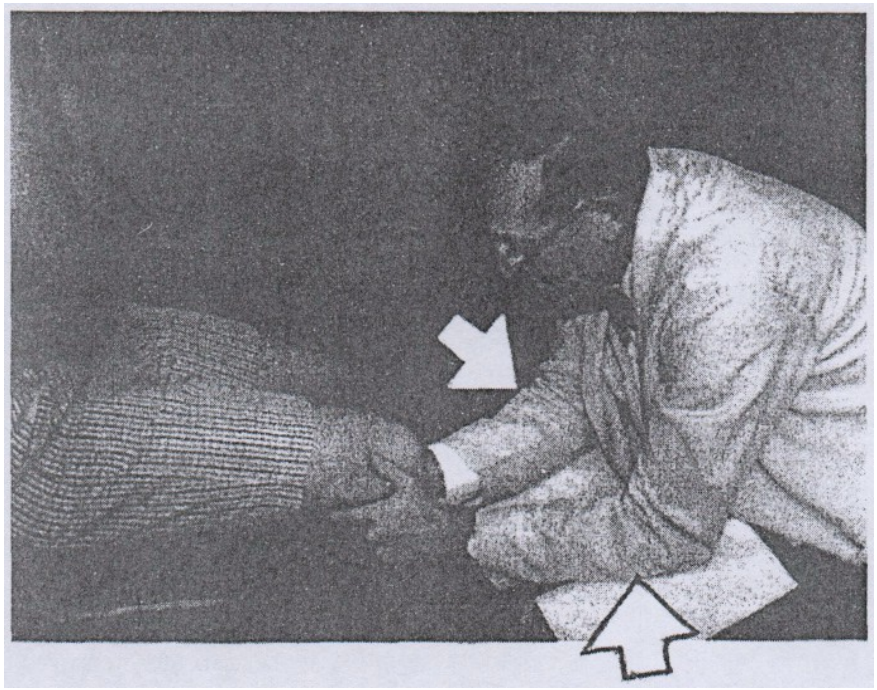

Рисунок № 24 :Нижняя конечность - колено, бедро, и область

вертлужной впадины

Опорные точки: предплечья лежат на коленях. Контакт кистями рук: пальцы переплетены в подколенном углублении.

59

Применяется легкая компрессия в опорных точках и слабое движение со стороны врача в целом по направлению к вертлужной впадине вызывает воздействие во всей этой области.

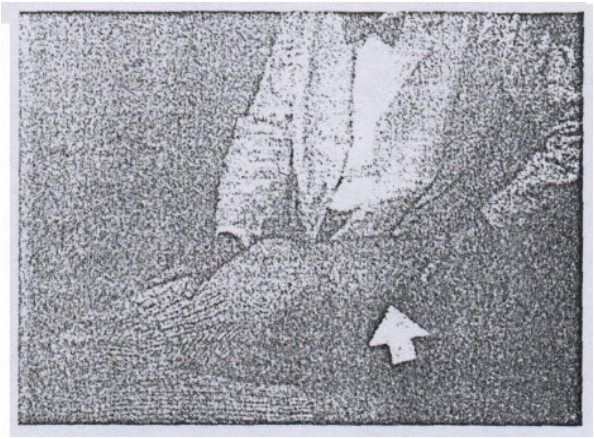

Рисунок № 25: Нижняя конечность - область вертлужной впадины

Опорная точка: слегка согнутая нога пациента лежит на бедре врача. Рука контактирует- в области вертлужной впадины легким нажимом.

Я нахожу, что данный метод полезен не только при оценке состояния области вертлужной впадины, но также при последующей коррекции тазовой области с тем, чтобы дать возможность каждой вертлужной впадине вернуться в свое естественное физиологическое состояние для закрепления нового равновесия в тазовой области, которое было достигнуто.

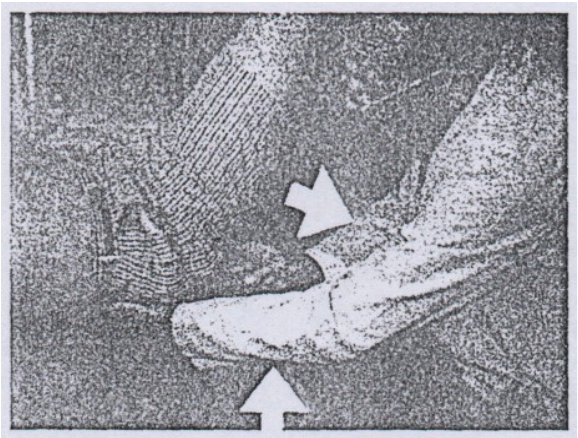

Рисунок № 26: Нижняя конечность - вертлужная впадина и подвздошно-крестцовая область

Опорные точки: правый локоть лежит на столе. Левое предплечье - на скрещенных коленях. Контакты руками: кончики пальцев правой руки в пириформной (piriformis) мышечной области. Левая рука лежит под подвздошно-крестцовым сочленением.

Кончики пальцев в пириформной мышечной области располагаются у крестцового выхода седалищного нерва. Я нахожу данный метод очень полезным в случае ишиалгии, независимо от того, что послужило причиной раздражения седалищного нерва.

60

Часть IV: Травма и стресс

Проблемы, связанные с травмами и стрессами, являются широко распространенными и достаточно сложными. У моих пациентов, встречаются такие последствия травм и стрессов, которые влияют на их конкретные состояние здоровья, и на их общее самочувствие на протяжении нескольких дней, месяцев, и лет, что заставляет их обращаться ко мне за помощью. Так, старая футбольная травма, полученная еще в колледже, приводит 45-летнего мужчину ко мне на прием по причине болей *в* спине, спустя 20 лет после случившегося. Автомобильная авария, произошедшая шесть месяцев или шесть лет назад, оставляет после себя такие повреждения, при которых пациенту требуется постановка более точного диагноза и коррекция лечебной программы. А. Т. Стилл говорил: «Причина и следствие бессрочны по своему действию. В начале, в некоторых случаях причина может быть не такой значительной как в других, но время вносит свои дополнения в следствие до тех пор, пока следствие по своей значимости не начинает перевешивать причину, и, в конце концов, наступает смерть. Смерть - это предел или суммарный итог всех следствий. Я лишь прошу читателя тщательно отмечать необычные и продолжительные изменения в следствии,

когда в дело вступают дополнительные элементы и осуществляют свое доминирующее влияние».[1] В свете данного понимания этого вопроса, не существует такого понятия как хроническое заболевание. Существуют только в различных стадиях «острые проблемы» объединенных вместе следствий, независимо оттого произошла ли травма сегодня, вчера, или же с ее момента прошло много времени.

Посредством диагностической пальпации и биоэнергетических полей, и исходя из анатомо-физиологического строения пациента, для меня проявляется ряд факторов. Эти факторы подразумевают, что в физиологическом плане у человека существует биоэнергетическое поле хорошего самочувствия или здоровья; при травме к основной здоровой биоэнергии добавляются дополнительные силовые факторы; при травме наблюдается воздействие стрессовых факторов. И, в конце концов, можно вывести формулу для того, чтобы через нее выразить состояние здоровья и те дополнительные силовые факторы, которые начинают воздействовать при травме или стрессе.

Биоэнергетическое поле хорошего самочувствия или здоровья

Биоэнергия хорошего самочувствия - это самая мощная сила в мире. Она динамична. Она ритмична. Это - силовое поле, которое возникает с момента зачатия и продолжает свое функционирование до последнего мгновения, то есть до смерти. Физический организм - это автономный механизм, наделенный способностью к гомеостазу, чтобы поддерживать состояние здоровья и чтобы справляться с болезнями, травмами и стрессовыми ситуациями. Организм находится во внешней среде, из которой он получает все необходимое для поддержания жизни. Он постоянно осуществляет взаимообмен с внешней окружающей средой на физическом, психическом и эмоциональном уровне. Эта внешняя среда простирается от непосредственного окружения человека до самых дальних пределов нашей вселенной. Тогда зачем же разделять внутреннюю и внешнюю среду? Вместо понятий - человек и его окружающая среда, можно использовать одно

понятие - биосфера.

Биоэнергетическое поле здоровья - это осязаемое ощущение; работая с пациентами можно в буквальном смысле ощутить биоэнергию здоровья. Это спокойное, ритмическое ощущение общего взаимообмена между организмом пациента

A. T. Still, Autobiography, p. 202.

61

и окружающей его биосферой. В состоянии здоровья наблюдается общий взаимообмен безо всяких ограничений, столкновений (неблагоприятных воздействий), травм или стрессов.

Для каждого индивидуума существует биоэнергетическое поле хорошего самочувствия. Оно постоянно меняется, начиная с детского возраста и до старости. Каждый мужчина, женщина, ребенок имеют свой индивидуальный паттерн. У молодой женщины, страдающей в течение ряда лет илеитом (воспалением подвздошной кишки), здоровый паттерн нормального состояния для нее, несомненно, будет отличаться от паттерна женщины - спортсменки того же возраста. Если врач способен ощутить, что пациент и его биосфера находятся в состоянии гармоничного взаимообмена, то в таком случае он может выписывать своего пациента, будучи уверенным, что он снова здоров.

Силовые факторы в связи с физиологией организма

Находится некоторая сила, действующая извне, которая вызывает в организме травму, и что-то от этой силы остается после каждого травматического переживания. Организм абсорбирует (поглощает) некоторые их этих дополнительных силовых факторов, которые я буду называть биокинетической энергией, и данная сила становится частью физиологии в пределах травмированной области и отчасти всего организма. Эти дополнительные силовые факторы могут возникать в организме в результате травматических повреждений, полученных до рождения или в момент родов, а также в результате травм, полученных в детском возрасте, во

взрослой жизни, и в старости. После того, как посредством лечебных процедур устраняются последствия травмы, или же в том случае, когда травма не оставляет после себя никаких последствий, биокинетические энергии полностью возвращаются назад во внешнюю окружающую среду, и остается лишь биоэнергия хорошего самочувствия.

Поскольку эти силовые факторы, входя в физиологию организма из внешнего окружения, не являются частью нормальной биоэнергии здоровья, естественно, что физиологией организма больного постоянно предпринимаются попытки изгнать такие биокинетические энергии назад во внешнюю среду. Компрессия, которую осуществляет врач в опорных точках, одновременно с контактами его рук с травмированными участками, приводит в действие эти биокинетические энергии, а также основную биоэнергию пациента. Лучшим способом объяснения того, как это работает на практике, служит наглядный пример, описывающий острый случай заболевания, и обсуждение некоторых фактов, отмечающихся при заболеваниях хронического характера.

Предположим, мужчина неудачно поднимает мешок с удобрениями в 80 фунтов весом, а на следующий день у него появляется острая боль внизу спины и мышечные спазмы. Он приходит на прием к врачу, рассказывает о своем случае и ложится на стол для обследования, в положение на спину. Я усаживаюсь рядом с ним и просовываю одну руку под нижнюю часть его спины туда, где у него отмечается наиболее сильная боль, а в это же время кисть моей другой руки и сама рука лежат поверх его согнутых коленей. Для той руки, кисть которой лежит под нижней частью его спины, я применяю компрессию в опорной точке там, где мой локоть упирается на мои скрещенные колени. Весом другой руки, давящем на согнутые колени, обеспечивается достаточная компрессия на его бедра и тазобедренные суставы для того, чтобы способствовать компрессии в опорной точке моего другого локтя. Так как это был мешок удобрений весом в 80 фунтов, то я испытываю ощущение, что в опорной точке опираюсь на свои колени с силой

тяжести приблизительно в 80 фунтов. Моя рука, контактирующая у него под спиной, остается сравнительно неповрежденной, она не сдавливается его спиной вследствие действия правила рычага в моей опорной точке. Вместо этого, в моей точке регистрируется величина компрессии, а это, в свою очередь, будет

62

регистрироваться тканевыми структурами в нижней части его спины и той зоной, где имеются деформации.

В пределах паттерна деформации в действие включаются биокинетические энергии и проходят через трехфазный цикл развития или паттерн ответной реакции, используя их собственную, присущую им энергию, наряду с биоэнергией всего физического организма. Паттерн их активности предоставляет мне диагностическую информацию, которую я интерпретирую как факт, что у пациента имеется ротационная сдавливающая деформация (a rotation compression strain) на уровне четвертого и пятого поясничных позвонков, а также с обеих сторон, в поясничных мышцах .наблюдается значительный мышечный спазм. Данный паттерн служит мне для оценки самого себя посредством достижения своего фокуса, приближения к точке успокоения (stillpoint), прохождения через точку, где «что-то случилось» в диапазоне своего потенциала, и, в конце концов, развертывания (раскрытия) в исправленную, нормализованную фазу в пределах всех затронутых структур. Суммарное время лечения варьирует от пяти до пятнадцати минут. Пациент поднимается со стола, получив значительное облегчение от боли. В течение следующих нескольких часов или дней он возвращается к нормальному состоянию, при условии, что его ткани не получили чересчур серьезных повреждений.

По словам пациента, я производил слишком мало движений. Он может почувствовать, а может и не почувствовать те изменения, которые произошли в его организме за время трехфазного цикла проведения манипуляций. Сторонний наблюдатель мог бы сказать, что за это время я

ничего не делал потому, что он не видел меня или пациента в движении. Но если бы он положил свою руку между моим локтем и точкой опорной компрессии, находящейся на моих коленях, то возникло бы совсем другое ощущение. С моей стороны применялась достаточная компрессия для уравновешивания 80-фунтового мешка для того, чтобы противостоять биокинетическим силовым факторам, которые включаются в физиологию организма больного и вызывают данный паттерн деформации. Когда я противопоставлял такую силу в организме пациента, биоэнергетические факторы продолжали действовать с максимальной эффективностью для того, чтобы вернуть биокинетические силовые факторы обратно во внешнюю биосферу, а паттерн, который оставался, являлся для пациента паттерном биоэнергии хорошего самочувствия. В некоторых случаях я настолько сильно опирался на свои точки опорной компрессии (fulcrum-compression points), что у меня при этом появлялись синяки. Пациент ничего не чувствовал потому, что при уравновешивании сил у него организме, я освобождал его от ощущения факторов, вовлеченных в паттерн деформации. Все, что он чувствовал - это облегчение боли, достигаемое за счет противопоставления или уравновешивания вовлеченных в процесс энергий. Это представляет собой нечто гораздо большее, чем «просто расположение рук». Это - представление о физиологии, биоэнергиях, биокинетических энергиях, и в каждом конкретном случае применение на практике многих научных фактов.

При рассмотрении более серьезных проблем, хронических случаев в равной степени используются движущие, биоэнергетические факторы. Временной интервал, подразумевающий период с момента начала заболевания до того времени, когда они (пациенты) обращаются к вам за помощью, а также степень имеющейся патологии играют важную роль в постепенном достижении вами соответствующих результатов лечения. Первые один, два, три сеанса лечения, возможно, снимут ряд внешних симптомов, и пациент сообщит вам, что он чувствует себя гораздо лучше, несмотря на то, что у вас,

обученному методам диагностической пальпации посредством опорных точек и контактов руками, присутствует такое ощущение, что в деформированных тканях произошли лишь незначительные улучшения. Симптомы вновь возвращаются, и пациент временами выглядит расстроенным. В действительности в тканях никогда не

63

происходят сразу столь значительные изменения, чтобы свидетельствовать об этом пациенту. Больные ткани, которые подвергаются корректирующим изменениям, никогда не демонстрируют это ощущением освобождения от боли. Корректирующие изменения в них начинаются с «жалоб», посредством которых они в данный момент заявляют о себе и которые выражаются для пациента в виде симптомов, но не в виде их обычных проявлений, а в виде разнообразных паттернов данных симптомов.

Постепенно, когда паттерн биоэнергетических факторов и биокинетических энергий, а также тканевых элементов сможет приблизиться к фокусу суммарного паттерна, у пациента появляется общее ощущение «завершенности», испытываемое им симптоматически, а врачом посредством его рук, которыми он проводит обследование и его опорных точек. В конце концов наступает тот день, обычно это случается в дни между посещениями врача и очень редко на самом лечебном сеансе, когда биоэнергетические паттерны хорошего самочувствия становятся доминирующими в организме пациента, и с ним начинают происходить различные позитивные изменения. За то время, в течение которого он проходил лечение, его биокинетические энергии из травматического паттерна с максимальной возможностью изгоняются назад, в его биосферу. Он (пациент) может находиться лишь на рекомпенсирующей стадии выздоровления, но такое состояние рекомпенсации гораздо лучше, чем то, которое он испытывал прежде. Если на данном этапе он прервет лечение и обратиться к врачу вновь по прошествии несколько недель или месяцев, то физиология его организма будет свидетельствовать о непрекращающихся усилиях тканей по

самовосстановлению, если при этом его биоэнергия здоровья продолжает выполнять свою работу по нормализации функционирования тканей. У него уже будет не в такой сильной степени выражена первоначальная патология. Возможно, он не нуждается больше в лечении потому, что до некоторой степени снова начинает ощущать эти паттерны, но врачом будут прилагаться усилия для достижения более высокого уровня функционирования, чтобы оказать пациенту более действенную помощь.

Реакция памяти: «реакции памяти» характерны для центральной нервной системы при травматических поражениях. Серьезно поврежденный участок тела будет посылать тысячи сенсорных импульсов в сегменты спинного мозга и зоны головного мозга, которые иннервируют эту часть тела. Если травматическое повреждение носит тяжелый и продолжительный характер, такие сигналы будут запечатлеваться в нервной системе подобно тому, как отпечатываются сообщения на магнитофонной ленте. После того, как локальное повреждение полностью излечено, вовсе необязательно, что нервная система ликвидирует свою отпечатанную запись. У нее имеется склонность вспоминать такое вызывающее расстройство послание и длительное время после перенесенной травмы хранить воспоминание об излеченном участке, в котором наблюдалась дисфункция.

У человека серьезно повредившего левую руку, так, что потребовалось несколько месяцев для ее излечения, это запечатлевается в поясничной области спинного мозга, что происходит в состоянии шока. В биоэнергетическом поле этой области наблюдалось ощущение патологии. Он ощущал похолодание нижних конечностей, даже, несмотря на полное излечение своей поврежденной ноги. Когда посредством применения корректирующего лечения в поясничной области был восстановлен нормальный биоэнергетический фактор здоровья, то подобное ощущение исчезало. Такая типичная ситуация наблюдалась и в двух других случаях. В первом случае пациент ощущал похолодание в нижней части спины, и у него выработался паттерн деформации билатеральной, поясничной мышцы,

который сопротивлялся лечению до тех пор, пока поясничное утолщение спинного мозга не было возвращено обратно в состояние, характеризуемое нормальным биоэнергетическим паттерном. Во втором случае токсические последствия от серии инъекций против бешенства, которые делались в ректальные мышцы живота, затронули спинальное начало их нервной

64

иннервации. При любом травматическом поражении большое значение в лечебной программе имеет рассмотрение взаимосвязи первопричины с сегментами спинного мозга. Для воздействия на центральную нервную систему и оказания нормализующего действия для того, чтобы уничтожить старые, записанные сообщения от поврежденных когда-то участков, можно использовать любые из методик флюктуации цереброспинальной жидкости.

Что же происходит в зоне сегмента спинного мозга, когда там отпечатываются нервные импульсы, идущие от поврежденной области? Единственный способ выяснить это - проанализировать случай, связанный с тяжелым травматическим повреждением. Дойдите до сегментальной зоны спинного мозга, иннервирующей эту часть, расположите руки над ней и под ней, так, чтобы она оказалась заключенной посредством контактов руками, установите опорные точки, примените компрессию в опорных точках, и почувствуйте изменение, происходящее в биоэнергетических полях, в пределах обследуемой области. Проводите ее обследование при каждом визите пациента. Когда при выполнении лечебной программы достигается ее нормализация, в месте локализации травмы по сравнению с соседними нормальными участками будет наблюдаться отчетливое изменение в характерных особенностях тканей. Если это удается почувствовать и осмыслить один раз, то в последующем проводить оценки становится гораздо легче.

В 1954 году я написал письмо Др. В. Дж. Сазерленду, которое содержало все вышеупомянутые замечания по поводу биоэнергетического лечения как основного принципа в лечебной программе. Его содержание было

следующим:

У меня имеется несколько комментариев на тему объяснения так называемых «реакций соединительных тканей», наблюдаемых в течение нескольких недель после завершения лечения для «закрепления эффекта сбалансированности тех закономерностей, которые не являются результатом воздействия рук человека». Когда-то я сформулировал, что паттерн стресса или деформации должен возвращаться посредством своего паттерна неспособности выздороветь, а в этом, оказывается, содержалось довольно много дезинформации. ′• Это было неверно. Я согласен.

Здесь предлагается новая версия объяснения данной совокупности симптомов излечения. Тут, В Техасе фермеры-хлопководы нас игнорировали до тех пор, пока мы не получили хороший урожай, благодаря тому, что не восстанавливали почву. Итак, 'нам говорили, что надо сажать вику для восстановления почвы за зимний период. Мы посадили. Следующей весной мы вновь посадили хлопок и получили неурожай. Причину неурожая приписали вике. На следующую зиму мы вику не сажали, а весной снова посадили хлопок. У нас получился огромный урожай. Наше заключение: если сажаешь вику, не будет урожая хлопка; не сажаешь, получаешь хороший урожай хлопка. Мы оказались находчивыми. Министерством Сельского Хозяйства было сделано заключение: если сажаешь вику, то почва так обедняется, что в течение следующей весны вся энергия требуется для того, чтобы переработать вику и преобразовать азот в почве, когда этот азот требуется для роста хлопка. Я, фермер-хлопковод, оказался находчивым; я понял это, когда приобрел практический опыт.

Не можем ли мы использовать подобное сравнение в случаях тяжелых травматических поражений? Когда происходит процесс восстановления биоэнергетических уровней для существующих фасций, которые были сильно

65

истощены, то первые «ростки» функционирования внутри фасций выражают

собой симптомы возрождения к нормальной деятельности, но в течение длительного времени у них не хватает биоэнергетической силы, и ранняя переоценка этого состояния выражается в виде симптомов.

Я полагаю, что вы представляете, о чем я говорю. В моей практике были две леди, у которых на теле имелись безобразные шрамы от ожогов. С их телом происходили потрясающие, обновляющие изменения в виде обширного комплекса симптомов. А, кроме того, мне хочется сказать, что при обследовании у них наблюдался полный взаимный обмен между биоэнергетическими полями и внешней окружающей средой. Др. Сазерленд лаконично ответил: «Настоящая кипа хлопка».

Стрессовые факторы при травме

Общий адаптационный синдром, сформулированный Др. Хансом Сели (Наш Selye), сопровождает каждое травматическое переживание.[2] "Стресс проявляет себя как специфический синдром, несмотря на то, что вызывается причинами неспецифического характера", сообщает Др. Сели. Травма, служащая стресс-фактором, запускает в действие общий механизм адаптационного синдрома. Травма вызывает стимуляцию гипофиза, что в свою очередь стимулирует надпочечники, а это в свою очередь видоизменяет -ответные реакции в желудке, эндотелиальных системах и в белых кровяных тельцах (лейкоцитах). Сели объясняет, что комплексное проявление данной реакции в значительной степени зависит от факторов выработки условного рефлекса (conditioning factors). Это могут быть переменные, которые воздействуют на нас, исходя из наших наследственных предрасположенностей и предшествующего жизненного опыта (выработка внутреннего условного рефлекса), также как и переменные, которые оказывают воздействие на наш организм одновременно с факторами, действующими из вне (выработка внешнего условного рефлекса). Все это представляет собой интегральные элементы реакции во время стресса; и все они осуществляют свой вклад в общую картину адаптационного синдрома.

Кроме того, Сели также ссылается на тканевую память, как это сделано у А.

Д. Сперанского[3]: «Длительные по времени физические изменения (в строении или в химической структуре), которые лежат в основе процессов эффективной адаптации или же ее недостаточности (коллапса) представляют собой остаточные явления стресса. Они символизируют собой реакции тканевой памяти, которые окажут влияние на наше соматические поведение в будущем, во время похожих стрессовых ситуаций. И возможно их накопление». [4]

Для Сели было существенно важно разработать фундаментальную концепцию функциональной единицы: жизнь - реакция для объяснения того, что происходит с физиологией организма и его биосферой. Это - функциональная энергетическая единица в физиологии организма, и она может быть классифицирована как одна из многочисленных форм биоэнергии, выражаемых посредством физиологического функционирования. Он определяет реакцию как «самый малый биологический объект, который еще способен избирательно отвечать на раздражение».

Травма - это очевидный стресс - фактор, и мы можем обсуждать дальнейший аспект данной концепции во взаимосвязи с той областью, в которой мы как врачи непосредственно заинтересованы. Сели говорит о выработке условного рефлекса (conditioning) посредством использования химических препаратов, лекарств, диет, и

[2] Hans Selye, The Stress of Life, revised edition (New York: Me Graw Hill, 1976).

[3] A. D. Speransky, A Basis for the Theory of Medicine, ed. and transl. C. P. Dull (New York: International Publishers, 1943).

[4] Source of quotation unknown.

66

других факторов, которые модифицируют стрессовые реакции. Более всего условиями стрессовых реакций служат пленочно-суставные деформации в краниосакральном (черепно-крестцовом) механизме, которые приводят к нарушениям подвижности краниального суставного механизма,

патологическим паттернам подвижности реципрокной мембраны натяжения, венозной задержке, потере мобильности и подвижности гипофиза в пределах турецкого седла, патологическим отклонениям в области гипоталамуса, гипер- и гипораздражимости центральной иннервации симпатической и парасимпатической нервной системы, и гормональным изменениям, которые сопутствуют данной реакции в ответ на напряжение и стресс. В передней доле гипофиза имеется множество гормонов, которые могут быть вовлечены в патологический процесс, а также там могут происходить нарушения между задней долей гипофиза и ее нервными соединениями с зонами гипоталамуса через область воронки (infundibulum). В остеопатической литературе предлагаются биомеханические ответы, которые объясняют вопросы, связанные с синдромом общей адаптации.

Знание и применение остеопатических и краниальных концепций обеспечивает врачу прямой доступ для проведения анализа стрессовой ситуации и гормональных факторов, участвующих в ней. Врач имеет возможность проанализировать нарушения функционирования с точки зрения мобильности и подвижности гипофиза и зон гипоталамуса, а затем он способен осуществить то, что могло бы нормализовать дисфункцию. Родовые травмы, травмы головы, поражения затылочно-сосцевидной области, сфенобазилярные сдавливания, перекручивания, мыщелковые сжатия, боковые изогнутые ротации (sidebending - rotations), вертикальные (теменные) и латеральные (горизонтальные) деформации, ушибы крестца, и множество других проблем становятся непосредственно доступными для нашего диагностического понимания и, таким образом, для осуществления лечебных программ.

Я вспоминаю случай с 16-летней девушкой, у которой расстройство гормонального роста проявлялось самым необычным образом. В возрасте 14 лет она пережила травму затылочно-сосцевидной области. В результате, у нее начались сильные головные боли, которые мучили ее постоянно. При обследовании обнаружилось, что за этот двухлетний период у нее левая

половина тела развивалась нормально, а с 14-летнего возраста наблюдалось недоразвитие правой половины тела. Это служило поводом для серьезного беспокойства для нее и для родителей. Коррекция повреждений в затылочно-сосцевидной области в комплексе не только позволила ликвидировать паттерн головной боли, но также позволила в течение года нормализовать способность свободного развития правой половины тела. Ее тело стало выглядеть абсолютно симметрично к тому времени, когда ей исполнилось 17 с половиной лет.

Стресс также вовлекает в функционирование биоэнергетические факторы организма, и независимо от того, как они будут называться - реакции или биоэнергия, пальпаторные методы, применяемые врачом, способны локализовать, проанализировать и использовать эти энергии в диагностических и лечебных целях для всеобъемлющего управления паттерном стресса, вызванного травмой. В каждом случае лечение будет отличаться. Очень важно изучить работу Сели с тем, чтобы научиться определять синдром стресса при травматических состояниях, научиться распознавать симптоматологию и сопутствующую патологию и понять, что стресс вносит хронологический временной фактор в процесс выздоровления от болезни. Травматическое состояние может способствовать адекватному выздоровлению, но пациент все еще не ощущает, что он снова здоров. По моему мнению, нет сомнений в том, что стрессовый синдром отсрочивает полную фазу выздоровления, и нужно обязательно устранить этот фактор для того, чтобы восстановить биоэнергию здоровья у пациента. Такие стрессовые энергии могут быть возвращены обратно в биосферу и куда бы они ни уходили, это позволяет биоэнергии здоровья стать единственной силой

67

для функционирования организма. Поскольку краниальная концепция действительно содержит в себе важнейшие механизмы для нормализации мобильности и подвижности гипофиза и гипоталамуса, то я убежден, что биоэнергетические поля в этой области будут нормализоваться сами при всех

случаях травматических поражений. Я также контролирую сегментные зоны щитовидной железы и надпочечников, спинальные сегменты травмированных областей, и все остальные участки, которые затрагиваются при общем адаптационном синдроме. Я ощущаю, что такие биокинетические поля стрессового синдрома являются частью общего травматического паттерна и использую их при лечении случаев травматических поражений. Это способствует ускорению процесса выздоровления.

Биоэиергетическая формула

Таким образом, кратко все вышесказанное обсуждение можно условно выразить в виде системы уравнений, представленных в виде формул для того, чтобы объяснить реакции со стороны физиологии организма на травму и стресс и усилия организма, направленные на изгнание этих добавочных силовых факторов назад в биосферу. Для того чтобы разъяснить данные уравнения, приведем несколько определений. В предыдущих главах я обозначил биоэнергию хорошего самочувствия или здоровья как «биодинамическую энергию». Итак, в уравнениях, приведенных ниже, для обозначения данного фактера используется буква «Д». Я утверждаю, что биодинамическая энергия хорошего самочувствия является одной из самых мощных сил в мире, она вступает в действие с момента зачатия и продолжает свою активность до последнего мгновения жизни. Поэтому первое уравнение может быть выражено так: 1. D = 1, где 1 - это обозначение здоровья.

Если на физиологию организма воздействует травма или стресс, к биоэнергетическим системам организма добавляются силовые факторы, а «биокинетическая энергия»- это тот термин, который я использую для обозначения добавочных силовых факторов. Буква «К» будет обозначать биокинетические энергии. Теперь это уравнение читается так:

2. D + К - DK.

В организме существует потенциал, который постоянно осуществляет работу по восстановлению основ паттерна здоровья, D = 1. Любые факторы, добавленные к физиологии организма из биосферы в виде травмы или

стресса, встречаются с попытками организма рассеять такие факторы назад в биосферу. Для данного паттерна биодинамические и биокинетические энергии и соединительные тканевые элементы будут автоматически изменяться в направлении фокуса паттерна, за это время происходит изменение внутри этого потенциала - от фазы «что-то случилось» - до того момента, как что-то из «К» фактора высвобождается назад в биосферу. Итак, для уравнений потребуется еще три новых термина: «потенциал»,-для собственной (присущей, свойственной) энергии в пределах биоэнергетических полей физического организма, действующих в направлении нормализации, «SH» для обозначения понятия «что-то случилось» в точке, в которой потенциал приближается к фокусу при выполнении программы по корректировке, включающей в себя три цикла. А маленькая буква «к» служит для обозначения силовых факторов, остающихся после рассеивания некоторой части «К» фактора назад в биосферу. Теперь уравнение можно записать так:

3. DK -» Потенциал -» SH -* (-К) - Dk.

Организм продолжает работу по самонормализации на протяжении нескольких часов, дней, или недель, и маленькое «к» видоизменяется следующим образом: «к -1, -2, -3, -4, -n » для того, чтобы выразить убывающую последовательность интенсивности «К» фактора. Теперь уравнение будет читаться так: 4. Dk —> Потенциал —> SH —> (-k) = Dk -n. Если пациент полностью выздоравливает от паттерна травмы или стресса,

68

уравнение будет читаться следующим образом: 5. Dk-n -» Потенциал —> SH —> (-k-n) = D, где остается лишь основная биоэнергия здоровья.

Пациент, как мы можем наблюдать на практике, представляет собой то, что описано в равнении 4. Dk -» Потенциал-» SH -> (-k) = Dk -n. Если же он находится в острой стадии заболевания, то его состояние описывается уравнением: 2. D + К = DK. Для постановки диагноза и лечения, врач проведет обследование такого пациента с учетом данных биоэнергетических

факторов в качестве движущих сил, действующих внутри его организма. Он осуществляет эту работу, используя свои опорные точки, в то время как его руки находятся под или над той областью, где у пациента отмечаются боли. Компрессия в опорных точках приводит в действие в организме пациента биодинамические и биокинетические энергии, а также потенциал, с помощью которых можно будет осуществлять трехфазный лечебный цикл. В таком случае необходимо дополнить уравнение следующими членами: «опора» - «F» и «компрессия» - «С», с тем, чтобы учесть роль врача в диагностической и лечебной программе. «FC» вводится для обозначения точки опорной компрессии в уравнении, которое выглядит следующим образом: 6. DK + FC -» Потенциал -» SH -» (-К) = D - для случая, когда полное выздоровление происходит за одну лечебную процедуру. Уравнение 7. DK + FC -» Потенциал -> SH -» (-К) = Dk или уравнение 8. DK + FC -» Потенциал -» SH —» (-k) = Dk-n описывает случай, при котором для постепенного изгнания «К» факторов назад в биосферу требуются многочисленные лечебные процедуры. Когда в пределах данного паттерна эта более сложная ситуация в конце концов приближается к своему фокусу, и произойдет возвращение к норме, уравнение будет выглядеть следующим образом: 9. Dk-n + FC —> Потенциал —> SH -> (-k-n) = D, тогда у пациента восстановится его основной паттерн хорошего самочувствия. Снова:

D - 1. Для врача это становится ощутимым через контакты его рук и через опорные точки. Он может выписывать такого пациента, будучи совершенно уверенным, что он здоров.

Уравнения с первое по пятое описывают физический организм больного, который задействует свои собственные механизмы для корректировки своих же собственных неисправностей. Уравнения с шестого по девятое описывают роль врача в процессе усиления действия биоэнергетических факторов в физиологии организма с тем, чтобы осуществить более полное разрешение травматической или стрессовой ситуации.

Каким образом и почему и все это работает, представляет собой вопрос,

ответ на который может прозвучать следующим образом: «Я не знаю». Я рассуждаю так, потому, что, когда я оказываю помощь пациенту при травме или стрессе, то у меня имеются собственные представления по поводу данного вопроса, которые вполне меня удовлетворяют. Биоэнергетические факторы, действующие в организме пациента, дают мне те ключи, которые в каждом случае позволяют мне двигаться вперед до тех пор, пока я снова не почувствую доминирующее влияние биоэнергии хорошего самочувствия в организме своего пациента. Я могу достичь прогресса в лечении, исходя из каждого конкретного случая заболевания, и добиваюсь нормального состояния или же подхожу к тому моменту, когда понимаю, что заболевание необратимо, и, что определенные травматические или стрессовые факторы будут продолжать свое участие в физиологических процессах организма больного.

Мой друг, ученый, занимающийся космическими исследованиями, предложил мне ключ к пониманию того, как мы используем эти биоэнергетические факторы, не имея о них при оказании помощи нашим пациентам никакого общего представления. Он рассказал мне о том, что понадобилось бы 500 математиков, работающих в течение целого года, чтобы обработать необходимую информацию для расчета полета ракеты Рейнджер IX (Ranger) для того, чтобы она достигла поверхности луны, как это было

69

сделано в марте 1965 года. Поэтому, ученые должны были полагаться на данные, полученные с помощью компьютеров. Они вводили свою информацию в компьютер, а затем принимали к сведению машинные результаты, несмотря на недостаточность общих представлений в каждом конкретном случае, признавая это в качестве данного аспекта проблемы, и присоединяя полученную информацию к решению следующего аспекта рассматриваемой проблемы. В конечном итоге, Рейнджер IX запустили космос, а все корригирующие процедуры были основаны на данных,

полученных при помощи компьютерных вычислений. Суть заключалось в том, что они не вполне понимали все шаги, производимые между каждым новым расчетом, но принимали машинный анализ, начиная с самых ранних этапов вычислений и до тех пор, пока ракета не достигла поверхности луны. Они были уверены, что компьютер все рассчитал правильно, а в таком случае успешный запуск и завершение данного, конкретного полета с разбросом в четырех миль от заданной ими цели, явился доказательством того, что они сделали правильные допущения в отношении общего понимания вопроса. Если это справедливо для неживых систем, то в том случае, когда мы имеем дело с феноменом жизни, не должны ли мы как врачи принять гораздо большее число переменных величин при частичным (неполном) представлении о них?

В физиологии организма и биосфере каждого пациента присутствуют биоэнергетические факторы. Они имеются в распоряжении врача и могут быть использованы в диагностических целях, а также при оказании врачебной помощи пациенту. Биоэнергетический подход проверялся и перепроверялся мной на практике множество раз, и обоснованность такого подхода - вне всяких сомнений. Продолжение исследований для того, чтобы объяснить все промежуточные звенья, дает врачу ответы на многочисленные сложные вопросы, которые встают перед ним. И, несмотря на то, что врач не имеет таких общих представлений, пациенты, между тем, продолжают получать пользу, когда разрешаются их многочисленные проблемы. Я полагаю, что разгадка заключается в анализе того, что происходит за время прохождения точки неподвижности (точки успокоения - stillpoint) трехфазного цикла, когда «что-то случается». Я уверен, что когда эта дверь распахивается для понимания, то она в свою очередь открывает за собой еще больше дверей, к которым потребуется еще больше ключей для того, чтобы получить более глубокие представления о феномене жизни.

терапии

73

Философия и методы лечения

Это отредактированная запись лекции, включенный в основной курс, который был прочитан в 1983 году в Фонде по Изучению Краниальной Доктрины Сазерленда (Sutherland Cranial Teaching Foundation) в Колорадо Спрингс, штат Колорадо.

ВО

Эта беседа о философии лечения и лечебных методах является просто-напросто итогом и напоминанием о тех вещах, которые вы уже знаете из изучения данного курса. В начале этого курса мы с вами работали, чтобы научить вас ощущать реакции организма и обучить тому, как ставить диагноз. Но на самом деле вы не переставали заниматься лечением с тех пор, как переступили порог этой комнаты. Постановка диагноза и сам процесс лечения - понятия неразделимые.

Обычно крайне трудно бывает подобрать слова для того, чтобы описать, что такое здоровье. Здоровье - это слово с неясным смыслом. Мы думаем о здоровье просто как о «здоровье»; мы не можем доказать, что мы в данный момент здоровы. Тем не менее, здоровье в широком смысле, «здоровье» с большой буквы «З» представляет собой нечто особенное. Это самый важный повод для того, чтобы мы все здесь сейчас находились. Я не имею в виду в этом классе. Здесь, значит на земле. Мы сейчас здесь потому, что у рас есть здоровье. Как врачам, нам бы хотелось познать на собственном опыте качество, которым характеризуется физическое здоровье наших пациентов. Применяя наши пальпаторные методы для изучения физиологии человеческого организма, нами допускается, что в физиологии организма пациента проявляются паттерны здоровья, так же как и паттерны стресса или болезни. Вот почему диагноз и лечение - вещи неразделимые между собой.

Остеопатическая наука не связана с какими-то конкретными направлениями. Это широкая дорога мастерства и совершенствования. При разработке своих

собственных принципов остеопатии, мне приходилось выходить из любых, возможных тупиков, существующих на том пути, который я практикую. Бесчисленное число раз мне приходилось сражаться за то, чтобы вернуться назад на главную дорогу, но я обнаруживал, что оказался лишь в новом тупике. Я совершал все возможные ошибки, которые только можно совершить, и прежде, чем завершу свою работу, я, вероятно, совершу еще их немало. Совершенно очевидно, что даже Др. Сазерленд вплоть до последних дней своей жизни занимался изучением остеопатической науки и совершенствованием способов ее аккомодации. Это путешествие, которое способно доставить удовольствие.

Изучение на основании физиологии организма: одно обстоятельство служит для меня всегда как бы открытой дверью - это готовность вести наблюдение за физиологией организма и готовность учиться у нее. Часто бывает довольно трудно осознать, что вы находитесь в тупике. Элементарный ключ к тому, чтобы понять, что вы сейчас в тупике - это продолжать свои наблюдения. В моей практике, когда пациент приходит ко мне на прием с проблемой физического характера или стрессом, от которого страдает его физиология, я разрабатываю лечебный подход в данном, конкретном случае и постепенно добиваюсь закрепления необходимых «исправлений», сделанных в процессе лечения этой проблемы. Это может занять три минуты, несколько недель или же несколько месяцев, но в конечном итоге, пациент уходит удовлетворенным. Потом, в следующий раз, когда пациент опять приходит ко мне на прием (а они возвращаются, возможно, по каким-то другим причинам), я вновь занимаюсь теми участками, которые явились причиной первоначального стресса, внимательно обследую такой участок в отношении характерных особенностей его состояния. Возможно, он видоизменяется так, что не наблюдается никаких проявлений симптоматики. Но, может быть, просто имеет место некоторая компенсация к точке

улучшения функционирования, а ниже, все же отмечается ощущение

некоторого замешательства, как если бы вам заявляли: «только дай мне еще несколько лет, старина, и со мной будет все в порядке, а ты потерпи».

Если же я начинаю сознавать, что основной подход, разработанный мною для данного конкретного случая, не приносит результатов, мне приходится начинать все сначала. Затем мы используем этот второй цикл как предлог, чтобы довести до конца новую работу. А в следующий раз, когда пациент приходит снова, и если у меня при работе с ним не возникает ощущения замешательства или тупика, то это говорит о том, что данный принцип работает, и я могу применять его снова. Физиология организма является главным принципом лечения и главным методом лечения. Для каждого пациента физиология организма - это лаборатория по обучению тому, как отыскать путь к здоровью. Мы все лишь выступаем в качестве гидов, учителей и активных философов. Философия для меня - вещь, не заслуживающая внимания до тех пор, пока она не работает. Итак, в действительности, я уменьшаю количество тупиковых ситуаций, и мне снова удается возвратиться на правильный путь.

Вы имеете право на самопроверку вашего метода, поскольку подчиняетесь законам физиологии организма. У вас есть простые механизмы, с помощью которых вы можете проверить эти принципы - простое сгибание/ внешняя ротация, выпрямление/ внутренняя ротация, не грубые движения в костях и связках, а плавная подвижность, с помощью которой буквально и достигаются такие вещи как сгибание/ внешняя ротация и выпрямление/ внутренняя ротация. Это - руководство. Его применение ограничивается теми участками, где имеет место стресс. Также оно дает вам ключ к пониманию того, что пациент способен внести свой вклад в процесс достижения собственного здоровья. Это ключ к тому, чтобы определить момент, когда вам нужно заново обследовать пациента. Появилось ли у вас ощущение, что пациенту лучше? Если да, то очень хорошо. Но затем, шесть месяцев спустя, когда пациент возвращается, и если вы чувствуете, что снова возникли какие-то препятствия, то это служит ключом к тому, что вы,

возможно, должны пересмотреть ход ваших рассуждений, позволить себе пойти немного дальше, постараться послушать немного усерднее, узнать немного больше и снова продолжить работу с пациентом.

Мы рассуждаем о принципах лечения. Я не стремлюсь чему-то вас учить, никто не сможет обучить такой работе; этому можно научиться только индивидуально. Др. Ирвин Корр (Irvin Korr), один из известнейших физиологов, выступал на нашей конференции несколько лет назад. Он сказал, что невозможно обучиться пальпаторным методам потому, что в одно и тоже время лишь один человек может поместить палец в одну и ту же точку. Это действительно так. Пальпация представляет собой, в буквальном смысле, искусство, которым овладевают самостоятельно. Вы можете изучить понятия и принципы, убедиться в некоторых вещах, но затем вы должны понять, каким образом вы сможете истолковать это с позиций физиологии организма и использовать в целях понимания физиологии больного организма.

Поиск здоровья: Здесь излагается еще один вопрос, касающийся философии лечения, который я изучал лишь в течение последних нескольких лет. Когда пациент приходит на прием к врачу, он хочет, чтобы его левый крестцово-подвздошный сустав перестал причинять ему боль. Или же он хочет, чтобы его грудная клетка находилась в расслабленном состоянии, и это перестало для него быть болезненной проблемой. Все это замечательно. Но я считаю, что когда пациент приходит на прием к врачу, то я как врач хочу выработать у него здоровый паттерн в пределах данной деформации, просто не прекращая диагностирования, и, пытаясь воздействовать на анатомо-физиологический процесс, которым и объясняется деформация подвздошной кости или ишиалгия.

В качестве примера, я расскажу вам о своем пациенте, который у меня когда-то лечился. (Это - вовсе негероическая история; я не знаю ничего подобного. У меня не

было ничего героического за 49 лет практики. Для меня герой - это пациент). Этот человек упал с застекленной крыши, в 20 футов высотой и раздробил ногу, загнав при падении болыпеберцовую кость вправо вверх в бедро. Впоследствии, проблема состояла в том, что ноги у него оставались ледяными 24 часа в сутки; при 105 -градусной жаре в Техасе он носил шерстяное нижнее белье. Сколько десятков миллионов сообщений было послано от его разбитой конечности в поясничное утолщение спинного мозга и в течение скольких дней, недель и месяцев? Представьте себе это. Данное поясничное утолщение спинного мозга испытало на себе состояние полнейшего шока, начиная с того момента, когда произошел несчастный случай и до того времени, когда я провел обследование больного. Я просунул свои руки под пациента, одну руку повыше, под утолщение спинного мозга. Возникло такое ощущение, как будто у него в этом месте находилась сосулька. Не спрашивайте меня, что за сосулька может ощущаться на глубине чуть ли не трех дюймов, но у меня присутствовало именно такое ощущение.

Итак, я воздействовал на эту область просто, чтобы изменить характер циркуляции артериальной крови по направлению к области поясничного утолщения спинного мозга, в самой этой области, и вокруг нее. В данном случае я не использовал в работе принцип поиска здоровья. В то время я не стремился достичь здорового состояния, мы говорим о том, что было 20 лет назад. Я добивался надежной, удовлетворительной коррекции; и это все, что на тот момент меня интересовало. Поэтому мы пытались улучшить артериальное кровоснабжение, венозный отток, лимфатический дренаж, автоматический контроль, пытались нажимать на каждую кнопку, которая имелась у пациента. Я применял компрессию на четвертый желудочек и уравновешивал крестец, все, что могло оказывать воздействие на паттерн циркуляции по направлению к области поясничного утолщения спинного мозга и обратно. Короче говоря, во время одного из сеансов лечения, мы были заняты работой, и вдруг возникло такое ощущение, что как будто кто-

то приложил горячую кочергу к этой сосульке, и она растаяла. Больной полностью согрелся, ноги у него тоже согрелись. Его физиология вновь вернулась к нормальному, здоровому состоянию. Что же произошло? Коррекция области поясничного утолщения спинного мозга, которая в свое время подверглась шоковому воздействию? Нет. Произошло восстановление здоровья. В буквальном смысле. Теперь при помощи этого поясничного утолщения спинного мозга, поток цереброспинальной жидкости мог свободно участвовать в процессе сгибания и выпрямления. Раньше, это было не возможно.

Мой подход к процессу достижения здоровья сам по себе не нов. Это - развитие представлений о том, что мне хотелось бы видеть усовершенствованным в организме пациента. Применяя данный подход, я не ограничиваюсь узким взглядом на то, что «я собираюсь внести коррекцию в конкретном месте». Это не совсем так. Мне позволяется увидеть, что здоровье - это то, что проникает глубоко во внутрь, а не только лишь коррекция поврежденного участка. В этом заключается поистине лечебная философия, и она всегда работает.

Хронические паттерны и закрытые петли (циклы): Конечно, не каждая проблема способна просто растаять или улетучиться. Физиология тканей, которые функционируют примерно в течение двадцати лет при наличии в них какого-нибудь старого шрама или рубца, не готова к тому, чтобы сразу очнуться и оздоровиться; требуется процесс подготовки для того, чтобы вновь вернуться к здоровому состоянию. Ткани, вовлеченные в хронический патологический процесс, нужно тренировать. Хронические паттерны деформации имеют тенденцию формировать закрытую петлю (цикл). Мой опыт в случае применения одной, особой расслабляющей (раскручивающей - unwinding) методики, показал мне, что после всех совершенных телодвижений, пациент почувствовал себя намного лучше, лечение прошло как по маслу. Но затем, со следующей недели, когда пациент пришел ко мне на прием снова, у

него наблюдалась та же самая деформация, в том же самом месте, то есть все, то же самое. Закрытая петля (цикл) представляет собой следующее: если вы инициируете процесс, он никогда не подойдет к своему завершению, и вы будете ходить и ходить по одному кругу. В организме буквально устанавливается нейромышечная, биологическая, обратная, закрытая петля или замкнутый цикл (neuromuscular, biofeedback closed loop).

Это означает, что вы должны настроиться на то, чтобы использовать этот паттерн деформации. Вы стремитесь понять, что представляет собой здоровое состояние для данной области? И однажды, вы справляетесь с этим паттерном деформации, пробиваете в нем дыру, так, чтобы он рассеялся, продолжаете работать с ним, чтобы в нем не поддерживалось состояние закрытой петли. Вы можете затем начинать производить коррекцию в области, где существует проблема. Если патология наблюдается там в течение нескольких лет, то нужно, чтобы связки смягчились, скелетно-мышечное напряжение изменилось, автономные системы видоизменили свои функции, лимфатическая система пробудилась и начала выполнять свою работу, и тогда Дыхание Жизни вновь вольется в эти ткани, и они станут такими же здоровыми, как и остальные ткани организма. Многое должно измениться, но это будет происходить медленно. Вы можете почувствовать, что процесс протекает постепенно, но это - не коррекция, а в буквальном смысле, исчезновение самой патологии, притом, что паттерн здоровья становится доминирующим паттерном.

Названия для патологий: Еще одно размышление по этому поводу. Когда вы учитесь, как нужно пальпировать, патологии, которые присутствуют в живых тканях, не имеют названий, обозначенных в учебнике. Вы ощущаете, как функционирует физический организм, как это задумано (природой), и вовсе не обязательно приклеивать к этому какой-либо ярлык. Например, вы не просто лечите бурсит или плечевую патологию. Вы выясняете, что происходит ниже, выше, вокруг и в самой области патологии, то есть все, что

способствует возникновению болей в плече. (Я делаю все возможное, чтобы в своем примере избежать упоминания кранио -сакрального механизма; я хочу, чтобы вы осознали это на примерах из жизни, которые должны быть вам ближе и понятнее. Мы используем понятие главного дыхательного механизма во всех случаях, о которых будем говорить; только не употребляем каждый раз конкретные названия). Когда кто-то спотыкается и падает, повреждая при этом плечо, в этот процесс оказываются вовлеченньми и другие структуры. По мере того, как вы работаете с пациентом, за то время, когда происходят тканевые изменения, случается также множество вещей, чему как патологии вы не можете дать конкретного названия. Внутри этих тканей раскрывается совершенно новая картина, которую вы можете наблюдать. Это - движущаяся патология, патология, возникающая на ходу, которая сама себя корректирует. Нам нужно осознать, что, когда мы говорим: «Имеет место перекрут слева или наблюдается замороженная лопатка», то это всего лишь ярлыки, которые мы приклеиваем на данные понятия. Внутреннее функционирование является движущейся картиной на протяжении корректирующих циклов. Ярлыки имеют свое хождение, но вы можете придумать свои собственные названия. У меня имеется длинный перечень ярлыков, которые я выбираю для обозначения различных понятий, и которые должны соответствовать одному и тому же типу паттерна. Но это -всего лишь название, поэтому я могу отменить то, к чему я пришел в результате своих теоретических рассуждений. Ярлык - это не патологический процесс, вовлекающий в себя ткани и структуры организма.

Оценка (состояния) пациента: Когда ко мне на прием приходит пациент, то первое, что мне хочется сделать после того, как я выслушал его жалобы и попытался кратко описать историю болезни - это провести обследование организма больного и положить свои руки на ту область, где у него отмечаются основные жалобы (потому, что это та область, в которой он хочет что-то изменить). Это делается для ознакомления с состоянием пациента. Затем я перехожу к рассмотрению кранио -

сакрального механизма пациента и всего того, что еще могло бы быть засвидетельствовано для оценки состояния здоровья этого пациента в целом.

У пациентов, пришедших ко мне на прием впервые, я также пытаюсь выяснить тип паттерна, в котором они существуют. Каков их основной паттерн? При чтении этого курса, нам уже удалось выяснить, что не существует двух одинаковых людей, как и не существует двух людей, имеющих один и тот же паттерн. Другими словами, если вы кладете на меня свои руки, пожалуйста, попытайтесь выяснить, имеется ли у меня паттерн торсии (a torsion pattern), и что я хотел, чтобы осталось в нем после вашего лечения. Я пытаюсь выяснить, каков общий физиологический паттерн организма, который может дать нам представление о том, как этот человек выходит из состояния болезни. Это, в свою очередь, дает мне руководство к пониманию того, каков основной паттерн, существующий у данного пациента, и как его паттерн функционирует при сгибании/ внешней ротации и выпрямлении/ внутренней ротации. Затем я могу вернуться к обследованию той области, которая является причиной страдания, и посмотреть насколько этот пациент связан с типом своего паттерна.

В данной оценке, я также обращаю внимание на характерные особенности (качество) механизма пациента. Для этого я использую представление о механизме, регистрирующем НО вольт в здоровом состоянии. Я отмечаю, имеется ли у меня ощущение, подобное тому, что механизм пациента имеет 110 вольт на входе и НО вольт на выходе. Если оказывается, что на входе и выходе по 50 вольт, то это дает мне ключ к разгадке. 110-вольтовая батарея в механизме пациента предполагает хорошие свойства (качество) тех тканей, в которых можно было бы откорректировать связочные или пленчатые (membranous) суставные деформации. В этом случае, у вас имеется достаточное количество электрической энергии для того, чтобы работать, используя ее; батарея полностью заряжена. Если механизм пациента имеет

заряд в 50 вольт, то в таком случае ткани локальных участков у него, особенно в области, находящейся под воздействием стресса, подвержены большей утомляемости. И вы должны быть достаточно осторожными в отношении того, какое лечение применимо к такому организму, и что вы можете попытаться осуществить в этот день. Такой организм, возможно, вытерпит лишь несколько минут лечения прежде, чем наступит его утомление.

Есть одна очень поучительная история, имеющая отношение ко всему вышесказанному, история об одном парне, который страдал острым воспалением поясничной мышцы (psoasitis), чему, возможно, вы не поверите. Я расположил свои руки под его поясничной мышцей, и точно по истечении 30 секунд, мне было сообщено, что боль ушла оттуда. «Я услышал тебя, теперь прекрати», - сказал его механизм. Два дня спустя, пациент пришел опять, и мы смогли оставаться в таком положении уже почти две минуты до тех пор, пока не произошло еще одно очень маленькое, крошечное изменение: Потом, я предложил ему зайти через несколько дней, но он был вынужден уехать из города. Тем не менее, все мои приказания привели в действие его главный дыхательный механизм, мои приказания активизировали физиологию его организма, и по пути в Восточный Техас, все страдания покинули его. Это едва не заставляло его выскакивать из машины от радости по мере того, как совершался процесс само коррекции. Когда он пришел ко мне в свой следующий визит, то рассказал: «Когда я пришел домой после первого визита к вам, жена спросила: «Что он делал с тобой?», я объяснил ей: «Он только обследовал меня и собирается посмотреть через два дня». Затем после моего следующего визита, она снова спросила, и я ей ответил: «Он ничего не делал». Он только вновь обследовал меня и сказал, что у меня будет все в порядке». Ну, что же, Док, я сперва сильно сомневался в вашем методе лечения, а теперь признаю, что вы действительно сделали что-то такое, что я чувствую себя замечательно. Я приду снова для еще одного «обследования» на следующей неделе».

Определенная точка - это все, что вам нужно, чтобы снять показания или измерить качество или свойства данной батареи и оценить, насколько она способна поддаваться конкретному лечению. Это - основное правило. Следующим шагом вы выбираете паттерн стресса, с которым вы собираетесь продолжать работу. Начните проводить диагностику в той области, подверженной действию стресса, которую вы избрали для обследования. Затем, работая таким образом, вы пытаетесь установить диагноз. А прислушивание к физиологии организма способно истолковать вам все весьма подробно, и вы вдруг обнаруживаете для себя, что находитесь уже на стадии лечения. Это - всего лишь один, почти невидимый шаг. Вы полагаете, что находитесь еще в процессе постановки диагноза, а затем внезапно вы говорите: «Эй, ей богу, сейчас настал, возможно, момент для того, чтобы посмотреть, не можем ли мы просто поуговаривать немного, и вдруг что-нибудь произойдет». Итак, мы применяем немного больше компрессии или же осуществляем какой-нибудь иной контакт и внезапно, мы сознаем, что находимся уже в стадии лечения. Этот процесс не отнимет много времени, поверьте мне. Большую часть работы можно выполнить за несколько минут.

Принцип разрешенных движений: Существует пять различных паттернов разрешенных движений, которые применяются нами в качестве возможных лечебных процедур. Преувеличение (exaggeration) - вероятно самый распространенный способ, заключающийся в том, чтобы вести тканевые деформации в направлении, в котором они возникли в. процессе деформации. Преувеличение можно использовать при обследовании. Если я проводил бы обследование основания черепа для выявления паттерна правой торсии (torsion right pattern), я с осторожностью приступил бы к работе с этим паттерном, а затем сделал бы движение, чтобы перевести его в правую торсию, а затем вернул бы обратно в нейтральное положение. Потом, я начал бы работу с левой торсией. Данный принцип применим ко всем основным паттернам, специфическим паттернам, произвольным деформациям и так

далее.

Еще один паттерн разрешенных движений - это прямое воздействие (direct action), при помощи которого вы в буквальном смысле направляете ткани (органы, части тела) обратно в здоровое состояние, в нейтральную позицию или делаете что-нибудь подобное. В частности, прямое воздействие иногда применяется при очень сильной деформации. В этом случае, если вы пытаетесь преувеличить ее, то тем самым у пациента произойдет усиление дискомфортного состояния. Но если вместо этого, вы попытаетесь направить ее в обратную строну, позволяя физиологическим функциям помочь вам осуществить это, то пациент будет чувствовать себя более комфортно. Прямое воздействие - это название такого метода. (Опять же, я не люблю навешивать ярлыки, включая и данный случай).

Высвобождение (disengagement) - это то, что подразумевает само это название. При повреждении лобно-клиновидной кости, может получиться сильное вдавливание всех конических корней зубов, сомкнутых в правильном положении (prongs interdigitated), а вы должны высвободить их. Это - один из способов лечения.

Для паттерна противоположного (opposing) физиологического движения, в качестве примера, на ум приходит рассмотрение затылочно-сосцевидного повреждения. При травме височная кость может быть вогнана в паттерн травматической внутренней ротации, распространяющейся через мембраны (пленки), в то время как затылочная кость сдвигается относительно положения сгибания. Если мы имеем дело с застарелым, хроническим затылочно-сосцевидным повреждением, которое существует уже в течение нескольких лет, тогда, возможно, мы можем применить противоположное физиологическое движение. Мы должны направить височную кость или попытаться привести ее к внешней ротации, в то время как направление затылочной кости к вытягиванию нужно производить чрезвычайно осторожно, чтобы с высокой чувствительностью регистрировать характерные особенности тканевых изменений, происходящих в пленчатом (membranous),

суставном
79
паттерне. Я не предлагаю вам здесь технику работы с затылочно-сосцевидной костью, я привожу описание противоположных физиологических движений.

Наконец, существует формовочная, моделирующая (molding) техника. Фактически, техники нет. В буквальном смысле существуют принципы, которые используются главным дыхательным механизмом, реципрокной мембраной напряжения, и физическим организмом пациента для само коррекции его собственных проблем.

Для тех из вас, кто слушает этот курс впервые, можно назвать полезные способы, с помощью которых осуществляется мануальный захват у пациента и управление тканями в обратном направлении, применяя для этого преувеличение, прямое воздействие, и высвобождение для того, чтобы отыскать точку в мембранозном (membranous) равновесии, где физиология организма пациента будет содействовать вашей работе, а потом, вы можете ослабить ваши усилия. Вы можете мануально преувеличить определенный паттерн и отыскать точку, в которой все имеющееся напряжение готово чем-то содействовать вам. Там существует аккумулятор; вы подпитываете его, и пусть все начинает работать. Такие паттерны разрешенных движений являются принципами лечения, применяемыми в качестве руководящих правил в лечении физического организма и главного дыхательного механизма.

Те из вас, кто занимался практикой немного дольше, возможно, в своей работе применяют эти принципы совершенно случайно. Мы рассмотрим для примера достаточно тяжелый вид деформации, наблюдающейся где-нибудь в области таза или мозгового черепа. Вы можете выбрать любой из паттернов движения. Ваш выбор будет предполагать тот механизм, который вы собираетесь осуществлять на практике; еще вы, возможно, убедитесь в необходимости взаимодействия с физиологией организма, которая

попытается увести вас от этого. Она говорит: «Ну, док, прекрасно, ты находчив и смышлен, но давай пойдем вот по этому пути». Вы включаете все ваши подслушивающие вспомогательные средства для такого механизма в организме пациента и обнаруживаете, что это можно осуществить с помощью определенных движений. Особенно это ощущается, когда вы имеете дело с тяжелой деформацией или же застарелой, хронической деформацией. Вы убеждаетесь в том, что организм сам способен осуществить преувеличение, прямое воздействие, и так далее. Он применяет именно эти принципы внутри своей собственной необозначенной патологии и использует физиологическую систему самолечения. В процессе лечения он может подвергаться воздействию всех этих факторов, а затем вдруг происходит какой-то сдвиг или изменение; производится щелчок, как бы сообщающий вам: уходи, оставь меня в покое. Что вы делали? Вы на опыте наблюдали за механизмом, производящим то же самое, что вы делаете с помощью рук.

Существует еще один момент, о котором я хотел бы упоминуть. Вы лишь отдаете приказы о том, чтобы процесс лечения начался; то, что вы делали лечением не являлось. Лечение осуществляет сам пациент. Вы отдаете приказы физическому организму. Вы говорите ему: «Мы имеем представление о твоей проблеме. Мы сообщаем тебе, где имеется потенциал для того, чтобы обрести здоровье. Теперь давай действовать».

Почему эти принципы работают? Ну, ладно, нам просто везет, что они действуют. На самом деле, это единственный ответ, который я могу вам предложить, но мне хочется рассказать еще об одном моменте. Врожденные физиологические механизмы флуктуирующей цереброспинальной жидкости, нервная система, обладающая сократительной способностью, и мобильная реципрокная мембрана напряжения являются подвижным краниальным артикулярным механизмом, а также непроизвольная подвижность крестца между подвздошными костями. Кроме того, все фасциальные оболочки организма в целом и их жидкостное содержание находятся в реципрокной

взаимосвязи с главным дыхательным механизмом. Стимуляция функций
80
в любом из этих элементов инициирует физиологическое действие во всех остальных элементах. Вот причина, по которой все приводится в движение. Это лишь слова. Пальпаторные методы подтверждают это на практике.

Реакция на лечение: Как часто я произвожу лечение? Между сеансами у меня проходит неделя, но только если мы не имеем дело *с* пациентом, у которого острое воспаление поясничной мышцы (psoasitis) и который пристукнул бы вас, если бы вы не оказани ему помощь как можно скорее. Когда пациент приходит на прием в следующий раз, положите на него свои руки и начните проводить диагностическую программу для того, чтобы определить, как совершается или нет лечебный процесс. Понаблюдайте, нет ли у вас ощущений, подобных этому: «Ну, да, я пытался проделать какую-то работу на прошлой неделе, но я совсем не уверен, что понимаю тебя». Итак, вы обнаруживаете для себя, что должны предложить что-нибудь другое. Когда, после всего этого пациент на следующей неделе приходит опять, все происходит по той же самой установившейся схеме. Потом, он приходит вновь на следующей неделе, и в это время его механизм говорит: «Посмотри, Док, я наконец начинаю слушаться тебя, но я еще не покончил с другими проблемами; я еще продолжаю работу над последними тремя». Итак, вы сводите лечение сначала к одному сеансу через неделю, а потом к сеансу раз в месяц. Я пытаюсь лечить их (пациентов) так часто, чтобы это было достаточным для управления их состоянием, возвращая их назад к паттерну, который является для каждого конкретного человека паттерном здоровья.

При проведении данного курса лечения, у пациента могут возникнуть некоторые замечательные реакции. В нескольких случаях, с которыми я имел дело на практике, мне удалось вызвать некоторые удивительные реакции в ответ на свои воздействия. Особенно это было на первых порах моих занятий практикой. Происходили такие реакции, когда пациенты были вынуждены лежать на столе в течение двух с половиной часов прежде, чем они смогли

встать после коррекции, проведенной мной где-нибудь в области височной кости. Это должно проводиться под контролем. Мы можем смягчить эти реакции, применяя определенные методы, которые мы будем обсуждать позже, включая компрессию четвертого желудочка.

Такие разновидности побочных реакций, когда пациент испытывает что-то спустя достаточно большой промежуток времени после того, как покинул ваш кабинет, означают, что нужно продолжать работу, чтобы решить его конкретную проблему. В течение следующих двух или трех дней или недели, они могут на самом деле почувствовать ухудшение потому, что вы отдали приказания определенным тканям, фасциям, соединительным тканям, которые любят производить громкие стенания. Вы пробуждаете их. Больная ткань не пробуждается со словами: «О, радость, мир во всем мире!» Она пробуждается и говорит: «Какого дьявола ты потревожил меня?». Иногда пациенты возвращаются к вам и очень горестно жалуются.

Как правило, если я ощущаю, что у человека возможна такая реакция, я очень спокойно предупреждаю, например, свою пациентку о том, что она может почувствовать себя в десять раз хуже или наоборот лучше. Я не знаю, какая в данном случае будет реакция. Я приглашаю ее в случае необходимости зайти ко мне, и я ей все объясню, поскольку неоднократно наблюдал, что происходит в больных тканях после того, как я перестаю к ним прислушиваться. И я достаточно хорошо себе представляю, когда эти ткани собираются прекратить свои жалобы, и то о чем они собираются пожаловаться еще. Таким образом, я могу приободрить пациента, чтобы он набрался терпения и подождал до конца недели, и он ждет. Забавно, что когда какой-то участок или область жалуются громче и сильнее, чем это происходило прежде, то у пациента возникает удивительное чувство, что может быть так и надо. Вы разговариваете с частным врачом пациентки, частный врач оказывается в курсе дела и внимательно выслушивает пациентку. Все это уверяет ее в том, что такая реакция - не противодействие со стороны ее организма, а ответ или отклик на лечение. Очень часто

81

пациент или пациентка произносят что-нибудь подобное: «Никогда в своей жизни я еще не чувствовал такой боли, но впервые, спустя месяц я смог отполировать мебель в шести комнатах». Поэтому всегда слушайте: «но ...». Это поможет вам разобраться в ситуации.

В заключении я хочу поблагодарить всех присутствующих здесь. Испытываете вы или нет такое ощущение (это всего лишь констатация факта, вы можете мне не поверить), что мы все стали единым физическим организмом с того дня, как начали возлагать наши руки друг на друга. Итак, благодарю вас. Это - одна часть.

82

Пластичность в остеопатии

Эта статья была написана в 1980-ые годы

Роль врача - служить человеку. Остеопатическая наука предлагает прямой, основанный на принципе один-на-один, клинический подход в таком служении роду человеческому. Цель данной статьи заключается в том, чтобы наглядно показать применение остеопатической науки для широкого спектра клинических синдромов, наряду с оценкой и анатомофизиологической интерпретацией диагностических и терапевтических результатов, получаемых в каждом конкретном случае.

В целях уточнения, в этом обсуждении делается допущение, что врач использует остеопатическую науку в том виде, в каком она была сформулирована А. Т. Стиллом и В. Г. Сазерлендом; что структура-функция физиологии организма пациента будет проявляться в своем врожденном, непроизвольном главном дыхательном механизме и в своей анатомико-физиологической общей мобильности, подвижности, и движении жидкостей; и что на основе физиологии организма пациента, врач может использовать эти элементы жизненных проявлений для диагностики и лечения человека.

Из своей собственной практики я узнал, что каждый визит пациента можно соотнести с тремя факторами, оказывающими влияние на процесс

восстановления здоровья: 1) мнение пациента относительно своего диагноза и/ или лечебной программы; 2) знание врачом своей диагностической и лечебной программы; 3) и физиология организма пациента в непосредственной, взаимосвязи, основанной на принципе один - на- один, со своими специфическими, проявляющимися паттернами функционирования и дисфункционирования.

Для того чтобы обеспечить правильность постановки диагноза и лечения, полезно выслушать мнение пациента о своем состоянии. Врачу также полезно иметь некоторые исходные данные при использовании своего диагностического и лечебного метода. Но самое важное то, что врач может применить свое пальпаторное искусство или навык, которому он обучался для того, чтобы регистрировать, слушать и чувствовать динамику физиологии организма пациента, проявляющуюся в здоровом функционировании и в нарушении функционирования, что и приводит пациента к врачу для оценки его состояния и лечения. Другими словами, мнение пациента интересно, а мое умение как врача позволяет мне глубже проникнуть в существующую проблему, но ни то и ни другое не является настолько информативным, как хотелось бы. Если мое внимание не акцентируется на мнении пациента и на моих профессиональных врачебных сведениях, то я могу непосредственно подойти к рассмотрению физиологии организма пациента и снова стать студентом, который использует пальпаторные навыки для того, чтобы ощущать, прослушивать, и регистрировать анатомо-физиологические изменения в физиологии организма пациента, когда они выражают собой здоровое состояние и/ или дисфукцию. Я стал студентом, а физиология организма пациента - моим учителем. Остеопатическая наука дает нам рабочие инструменты для проведения оценки с помощью диагностических, и лечебных программ непосредственно, исходя из врожденных механизмов здоровья, и обследования тех участков, где наблюдается дисфункция, а также из исследования ее механизмов.

Когда учишься работать у такого учителя (как физиология организма пациента), учишься все меньше и меньше полагаться на мнение пациента или на оценку, основанную на исходных врачебных сведениях. Все больше и больше начинаешь сознавать, что при взаимоотношениях учитель-студент и при использовании навыков пальпации обеспечивается основной, клинический, диагностический терапевтический

83

взаимообмен с физиологией организма пациента. Пластичность в остеопатической науке выражается мобильностью, подвижностью, механизмами движения жидкостей. Пальпация элементов функционирования в организме пациента, проводимая с помощью этих механизмов, способна предоставить студенту (врачу) имеющиеся в распоряжении факторы или движущие силы, которые символизируют для человека здоровье, а также те факторы, через которые выражается дисфункция.

Снова, для каждого конкретного пациента в наличие имеются три фактора:

1) мнение пациента, которое не убедительно;
2) исходные сведения от врача, которые зачастую также не убедительны;
3) и, наконец, правильность результатов, полученных на основе исследования физиологии организма пациента, что целиком и полностью убедительно как с продуктивной, так и с информативной точки зрения.

Таким образом, врач должен научиться доверять учителю (мобильности, подвижности и движению жидкостей в физическом организме) и снова стать студентом, применяя при этом свои пальпаторные навыки, при помощи которых уметь слушать, читать, и чувствовать те указания, которые исходят от учителя.

Каким образом в остеопатической науке физиология организма проявляет свое жизненное функционирование в качестве рабочих инструментов? Это -непроизвольный механизм, простой, мобильный, подвижный, с движением жидкостей, со сгибанием- всех структур срединной линии и внешней ротацией, и, наоборот, с выпрямлением и внутренней ротацией всех

билатеральных структур. Этот ритмичный, сбалансированный, непроизвольный взаимообмен происходит от 8 до 12 раз в минуту. В качестве единого целого в физиологии организма, это имеет очень большое значение для жизненного функционирования и состояния здоровья. Второстепенный, мобильный, подвижный, с движением жидкостей в организме механизм - это произвольный механизм, который использует человек в своей каждодневной деятельности. Врач с помощью своего натренированного посредством пальпаторных навыков ощущения может наблюдать как произвольные, так и непроизвольные механизмы в организме пациента.

При клиническом применении данных принципов (произвольная и непроизвольная мобильность, и движение жидкостей), при функционировании все это представляет собой единое целое. Рассмотрим случай с молодой женщиной, которая спала на заднем сиденье автомобиля, когда произошла авария - удар в береговую опору моста и резкое торможение. Когда после оказания ей неотложной помощи, ее состояние стабилизировалось, она обратилась к врачу с жалобами на то, что у нее распухает правая нога. Утром она выглядела вполне нормально, но к концу дня сильно опухала. С помощью пальпаторного обследования произвольных и непроизвольных элементов физиологии ее организма удалось выявить, что на левой, здоровой ноге фасциальные оболочки у нее могли свободно Переходить в паттерны внешней и внутренней ротации вместе с остальными физиологическими системами. В то время как на правой ноге, фасциальные оболочки могли переходить лишь во внутреннюю ротацию, тогда как внешняя ротация в паттерне, соответственно, зажималось так, что возникала задержка венозного и лимфатического оттока. Оказалось, что ее правая нога находилась в положении, характеризуемым паттерном внутренней ротации, когда она спала на заднем сидении автомобиля во время столкновения. Корригирующее лечение, проведенное с целью нормализации функционирования и освобождения от фасциального торможения

внутренней ротации, восстановило соответствующий венозный и лимфатический дренаж.

Другим интересным случаем явилась история болезни 46-летнего мужчины, который пришел ко мне на прием с жалобами на боль в спине, носившую хронический характер и мучившую его на протяжении нескольких лет. 16 лет назад с ним произошла автомобильная авария (столкновение передней части его машины с задней частью

84

другой). Пальпаторное обследования выявило два самых важных нарушения в функционировании его организма. Одно нарушение выражалось в ощущении, что как будто бы все мышцы и фасции грудной и шейной области были стеклянными. Другое нарушение выражалось в «зажатом» крестце с общей потерей непроизвольной мобильности. Весь тазовый пояс - крестец, две подвздошные кости, пояснично-крестцовая область, и обе вертлужные впадины, каждые в отдельности не совершали колебания от 8 до 12 раз в минуту за счет своей мобильности, подвижности, и движения жидкостей. Такое основное движение жидкостей выполняет важную роль по обеспечению адекватного трофического взаимообмена между всеми клетками организма, а также всеми соединительными тканями и фасциальной структурой. У этого человека за 16 лет возникли затруднения в функционировании, связанные с движением жидкостей, с жизненнонеобходимой мобильностью и подвижностью, что привело к ослаблению функций всех тканей, вовлеченных в патологический процесс.

При проведении пальпаторной оценки, в произвольных механизмах физиологии его организма не проявлялось почти никакой симптоматики и не наблюдалось их какого-либо значительного ослабления. Однако, пальпаторное обследование непроизвольных механизмов выявило у него нарушения функционирования всего организма, начиная с макушки головы и вплоть до ступней ног, включая все фасциальные оболочки. Потребовалось три или четыре визита к врачу, чтобы добиться более четкого представления

о всех существующих у него паттернах. Во время инцидента, его подбросило со своего сиденья и швырнуло назад так, что при этом произошло замораживание или застывание непроизвольной мобильности крестца между подвздошными костями. Такую потерю непроизвольной мобильности и подвижности зарегистрировать достаточно трудно, но этому можно научиться на практике. После нескольких визитов, от крестца этого человека мне поступило сообщение: «Ты, вероятно, еще не можешь легко и свободно ощутить меня, а я в своем функционировании схож с бетоном, но я сейчас здесь для того, чтобы ты поработал и помог мне улучшить свое самочувствие».

Лечение проводилось один раз в неделю, при использовании физиологических ресурсов организма этого пациента, и приблизительно через пять месяцев произошло изменение от состояния «бетонный» крестец к состоянию «плотный дуб» с некоторым улучшением тональных свойств. К концу девятого месяца, он пришел ко мне на прием, и у него наблюдалось общее восстановление нормальной тональности костей крестца и общего здорового механизма ритмичного, непроизвольного, мобильного, подвижного, с движением жидкостей блока функционирования. Его лечение на этом было закончено. Спустя пять лет, он обратился ко мне с незначительными жалобами. Пальпаторное обследование установило, что у него произошло полное исцеление всех мышечных и фасциальных элементов в грудной и шейной области. Сейчас ему семьдесят с небольшим, он обладает хорошим здоровьем. Чем мог бы закончится эта история, если бы исходная область, где возникло патологическое нарушение, продолжала бы поддерживать свой паттерн?

Этот последний упомянутый случай служит примером удара кнутом (whiplash) или деформации по инерциальному типу, связанной с потерей непроизвольной мобильности крестца. С помощью пальпаторных методов обследования часто обнаруживаются признаки повреждений данного типа. В течение последних 30 лет, записи историй болезни, которые я веду,

свидетельствуют о том, что у каждого седьмого пациента обнаруживаются признаки паттерна деформации по такому типу, подтверждаемые при пальпаторном обследовании, наряду с соответствующей утратой непроизвольной мобильности крестца между подвздошными костями, даже, несмотря на то, что у пациента отсутствуют жалобы в связи с этим. Когда пациенту задают вопрос: «Когда с вами произошел автомобильный инцидент?» Чаще всего следует отрицательный ответ, пока ему не задаешь следующий вопрос: «Когда с вами

85

произошел подобный инцидент, а вы не получили при этом никаких повреждений?» Ответ тогда бывает положительным, когда он или она могут вспомнить о такой инерциальной деформации, с момента возникновения которой прошло несколько месяцев, а возможно и лет.

В большинстве случаев, это не является поводом для обращения к врачу, но во время проведения пальпаторного обследования, выявляются односторонние и двухсторонние ограничения непроизвольной мобильности крестца. Мобильный, подвижный, с движением жидкостей от 8 до 12 раз в минуту, ритмичный цикл не осуществляет передачи своего полного трофического потенциала в физиологии организма пациента. Поскольку пациент пришел на прием по поводу Других проблем, а не по поводу зажатого крестца, то лечебная программа разрабатывается с учетом имеющихся у него проблем, но во время проведения терапии можно немного заняться дисфункцией крестца и поработать с физиологией организма с тем, чтобы освободить и обеспечить ему непроизвольную свободу функционирования. Такой освободительный процесс координируется со всеми остальными лечебными оздоровительными коррекциями. Существует множество форм и типов инерциальных травматических поражений, и каждое их них требует выполнения конкретной процедуры оценки, постановки диагноза, и лечения. Синдром крестцового удара хлыстом использован здесь в качестве примера из-за той частоты, с которой он

встречается, диагностируется и корректируется.

Работа с физиологией организма и ее врожденной произвольной и непроизвольной мобильностью, подвижностью и движением жидкостей позволяет пальпаторным паттернам проявить себя во время обследования. Приведем в пример три случая поясничного утолщения спинного мозга «в состоянии шока». Первый случай произошел с моим коллегой, который упал с застекленной крыши и загнал при этом болыневерцовую кость на своей левой ноге в бедренную кость. Пять месяцев спустя, он пришел на прием для того, чтобы получить лечение и восстановить функционирование своей ноги. Он носил шерстяное нижнее белье, будучи в Техасе при температуре 100-градусов по причине потери у него контроля со стороны автономной нервной системы над нижними конечностями. Со времени, когда произошел этот инцидент, представляю себе, какое количество сообщений о повреждении было передано между разбитой ногой и областью поясничного утолщения спинного мозга. Для оказания помощи этому пациенту, требовалось разбудить физиологию его организма и осуществить у него корректирующее высвобождение жизненной энергии спинного мозга в области поясничного утолщения. Рабочим инструментом для такого восстановления послужили: мобильность, подвижность и движение жидкостей непроизвольных механизмов. Проводилось еженедельное лечение в области позвоночника для того, чтобы побудить его физиологию оказать влияние на саму себя с целью избавления от «шока», который испытал спинной мозг. После почти 12 сеансов лечения, произошло внезапное освобождение или корректирующее изменение внутри области поясничного утолщения. Возникло ощущение теплоты, исходящей от этого сегмента спинного мозга, а нижние конечности пациента потеплели вследствие возвращения контроля со стороны автономной нервной системы. Он вернулся домой, а процесс самоисцеляющих изменений у него продолжался.

Второй случай был менее драматичным и не таким продолжительным по времени. Но опять же он продемонстрировал непосредственную

вовлеченность в процесс поясничное утолщение спинного мозга. Пациент пришел на прием, рассказав, что он основательно простудился, просидев на сильном сквозняке два часа. По прошествии 12 часов, у него возникла билатеральная мышечная контрактура поясничной мышцы. Исходя из того, что существует взаимосвязь между местом прикрепления поясничных мышц и источником иннервации этих мышц, вероятно, может показаться, что внешнее воздействие простуды у пациента бомбардировало

86

поясничное утолщение и вызвало дисфункцию спинного мозга на уровне данного сегмента. Поэтому внимание было направлено на работу с физиологией организма и механизмами его непроизвольной активности в области поясничного утолщения, а не на мышечные контрактуры. Во время проведения третьего сеанса лечения, внезапно появилось ощущение теплоты в этом сегменте спинного мозга, и врач спокойно осуществил восстановительное лечение.

Для врача представляет большой интерес с точки зрения пальпаторной практики, присутствовать в тот момент, когда происходит такое освобождение. Но данная коррекция может отмечаться, и обычно это именно так и происходит, между сеансами лечения, когда пациент находится дома. Во время следующего визита к врачу, пациент сообщает о произошедшем изменении, а пальпаторная оценка может подтвердить данный результат. На самом деле, при работе с физиологией пациента, во время сеанса лечения, этой физиологией организма инициируются корригирующие изменения в направлении нормализации состояния, а фактические результаты лечения проявляются между визитами в кабинет врача. На следующем сеансе лечения подтверждают произошедшие изменения и получают сведения для того, чтобы продолжать осуществлять необходимые изменения по ходу лечебной программы. В качестве учителя, физиология организма дает возможность получать наиболее точные диагностические и терапевтические результаты.

Третий случай описывает похожий тип повреждения в области поясничного

утолщения спинного мозга, но вызванный совершенно другой причиной. Мужчина, лет пятидесяти пришел на прием с хроническими циркуляторными нарушениями, проявляющимися в нижней половине его туловища. Это продолжалось в течение нескольких лет. Он обошел разных врачей, но все безрезультатно. Из истории его болезни выяснилось, что ему 20 годами ранее была сделана серия из 28 уколов против бешенства в мышцы живота, снабжение питанием которых происходит за счет поясничного утолщения спинного мозга. По прошествии времени, токсические эффекты этих уколов повлияли на качество и функционирование поясничного утолщения спинного мозга в данном сегменте. В самих мышцах и в области поясничного утолщения наблюдалось чрезвычайно плохое тональное качество. Этот предварительный диагноз для пациента был подтвержден, но он не захотел довести дело до конца.

Такие результаты, о которых сообщалось выше, полученные в случае нарушений функционирования в области поясничного утолщения спинного мозга, встречаются довольно часто. В трех рассмотренных случаях описываются различные типы механизмов воздействия для того, чтобы инициировать ответную реакцию в спинном мозгу. Сущность подобной ответной реакции заключается в перегрузке или шоке, которому подвергаются специфические сенсорные, моторные сегменты, а также сегменты автономной нервной системы. По причине постоянного потока сенсорных импульсов (сигналов), поступающих из области первоначальной травмы, спинной мозг, имеющий повреждения в области поясничного утолщения, устанавливает паттерн по типу закрытой петли. Это можно сравнить с закрытым циклом магнитофонной записи. Сообщения, поступающие из области повреждения, сообщают о травме, а обратная связь становится без конца повторяющимся явлением, даже после того, как локализация травмы стабилизировалась. Это может продолжаться неделями, месяцами и годами.

Основная жизнедеятельность физиологии организма - это ритмичная,

непроизвольная активность, сгибание и выпрямление структур срединной линии с внешней и внутренней ротацией билатеральных структур от 8 до 12 раз в минуту и движением жидкости для трофического взаимообмена по всему организму. Почему же этой основной жизнедеятельности не удается нейтрализовать или аннулировать свой цикл закрытой петли, возникший между местом повреждения и спинным мозгом,

87

объяснить достаточно трудно, но факт остается фактом, в области поясничного утолщения имеет место шок, который с течением времени приводит к ослаблению клеточной деятельности и функционирования жидкостей. Однако существует также возможность работы с основной физиологией организма для того, чтобы ликвидировать этот цикл закрытой петли. Два из описанных выше случаев продемонстрировали такое освобождение на пути к здоровью.

Поясничное утолщение спинного мозга - это не единственная область, которая может проявлять данный тип ответной реакции. Это может проявиться в любом сегменте спинного мозга, иннервирующим какую-либо часть тела, которая серьезно травмирована. Рассуждение с анатомофизиологической точки зрения помогает в работе с физиологией организма для того, чтобы локализовать и определить те области, которым нужно уделить особое внимание.

Если такая проблема могла существовать сама по себе, например, с пациентом произошла серьезная авария, и его состояние, по-видимому, стабилизировалось, но еще существуют некоторые проблемы, обследуйте физиологию организма пациента для того, чтобы для данного инцидента оценить наличие или отсутствие цикла закрытой петли в сегменте спинного мозга. Для конкретного пациента это делается путем сравнения качественных характеристик основной физиологии организма в относительно здоровой области и в области закрытой петли или локализации травмы. Здоровая область будет сообщать об адекватном качестве при взаимообмене потоков

жидкостей со всем организмом, тогда как в травмированных тканях будет проявляться ухудшение качественных характеристик в локальных или сегментальных областях. Работа с физиологией организма в области травматического поражения или в области возможного действия цикла закрытой петли будет стимулировать здоровые процессы. Добивайтесь постепенной нормализации ослабленных жизненных функций.

Таким образом, у врача перед каждым лечебным сеансом, во время сеанса и после него имеются рабочие инструменты для того, чтобы получить диагностическое и терапевтическое представление о сути имеющейся проблемы. Если во время визита к врачу у пациента в травмированных участках произошли некоторые изменения в сторону улучшения, врач может допустить, что физиология пациента выполнила свою работу и со своей стороны будет продолжать прилагать усилия в интервале между сеансами лечения, до следующего визита к врачу. Если осуществляется некоторый вид коррекции, но нет указаний на то, что произошло качественное улучшение функционирования физиологии организма пациента в травмированных участках, это значит, что так называемые коррекции не соответствуют физиологическим потребностям этого организма. Тесты по определению качественного состояния относительно здоровых участков и участков, характеризуемых циклом закрытой петли, проведенные до сеанса лечения и после него, дают возможность получить полное представление о работе собственных жизненных механизмов пациента. Настанет день, когда пациент придет к вам на прием, и его механизм заявит: «Я здоров». Тестирование его основных физиологических инструментов функционирования в отношении мобильности, подвижности и движения жидкостей подтвердят это утверждение. Циклы закрытой петли у него исчезнут, а все травмированные элементы, каждый своим способом, будут осуществлять работу на пути к здоровью.

Еще один пальпаторный метод, имеющийся в распоряжении врача и развивающий чувство прикосновения в работе с физиологией пациента,

основывается на том, что при наличии инфаркта миокарда, во время приступа в грудной полости происходит взрыв, направленный внутрь. Впервые это наблюдение было сделано в истории болезни женщины, шестидесяти лет, когда ей проводили лечение по причине довольно незначительного недомогания, а у нее в это время произошел обширный инфаркт миокарда. Она выжила после случившегося и вернулась для продолжения лечения. При оценке у нее качества функционирования в области груди, ощущалось, что как будто вся стенка грудной клетки находилась в состоянии специального ограничения. Данный фактор был обозначен как определенный сдвиг грудного тона, ощущаемый в грудной клетке до того, как с ней случился инфаркт миокарда. Это было схоже со своего рода шоком или взрывом, поразившим грудную клетку, взрывом, который можно обнаружить и воздействовать на него в целях его аннуляции, для восстановления здоровья.

На протяжении нескольких лет наблюдений, подобный взрыв отмечали у разных пациентов, у тех, у кого произошло развитие такого феномена в качестве грудной фасциальной ответной реакции на шок от инфаркта миокарда. Для ликвидации взрыва могут оказаться полезными любые другие жалобы пациента, а лечебные процедуры, проводимые с целью ликвидации взрыва, могут послужить дополнительными мерами в терапии сердечного приступа. Это - пример одного из таких молчаливых физиологических явлений, которое всегда очевидно для врача, использующего пальпаторные навыки, исходя из состояния физиологии организма пациента. Любое освобождение от фасциальной задержки такого взрыва только принесет пользу в деле оказания всеобъемлющей помощи пациенту.

Физиология организма - это молчаливый партнер и основа здоровья, имеющаяся внутри каждой человеческой сущности. Существуют два основных принципа выражения здоровья. Имеется непроизвольная пластичность для всех движений, мобильность, подвижность и движение жидкостей, с помощью которых выражается жизнь или существование

живого организма. Каждая клетка и все жидкости в каждом органе, внутренние органы, скелетно-мышечный механизм, циркуляторная сеть, лимфатическая система, центральная и периферическая нервная система, фасциальная структура, флуктуация цереброспинальной жидкости представляют собой ритмически выраженное простое сгибание и выпрямление всех тканей и жидкостей срединной линии, сопровождаемое внешней и внутренней ротацией всех билатеральных тканей и жидкостей. Такое движение можно сравнить с приливами и отливами, подобными тем, которые наблюдаются в океане, за исключением того, что для физиологии организма это происходит приблизительно 10 раз в минуту, а не дважды в день. Подобно океанским приливам и отливам, в этом ритмичном насосе с каждой флуктуацией имеется энергия, энергия, которую врач может ощущать, регистрировать, прослушивать и пальпировать во всех тканях и жидкостях. Существует непроизвольная активность жизненного движения, выражающего собой здоровье. Представьте себе ресурсы, имеющиеся в физиологии организма пациента, и признайте их жизненность для того, чтобы использовать их в работе. Движение - это не жизнь, но движение выражает собой жизнь. Движение жидкостей, когда они флуктуируют в организме -один из таких элементов. В здоровом состоянии все ткани и жидкости в качестве единого блока выражают собой такое непроизвольное движение и в качестве единого блока при стрессе. Вторым основным принципом является проявление у пациента произвольной активности, которая используется в каждодневной деятельности человека, даже тогда, когда его молчаливьш партнер продолжает жизненное движение внутри организма, схожее с приливами и отливами, для поддержания его здорового функционирования.

Пациент подвергается воздействию травмы и/ или болезни, что проявляется в конкретных органах и частях тела, и там наблюдаются органические нарушения. В состоянии относительного здоровья организма в целом, его молчаливый партнер продолжает свой ритмичный, гармоничный

взаимообмен, тогда как при наличии травмы и/ или болезни он испытывает затруднения и видоизменяется. Качественные характеристики здоровья можно оценить в организме где угодно для того, чтобы это послужило руководством для определения качества приливно-отливного движения, в котором имеются ограничения, в области, подверженной стрессу. В проблемной зоне также отмечается ослабление пластичности. Остеопатическая наука глубока по своей

89

сути, но проста в понимании, если вы имеете представление о механизме. При проведении лечения с целью восстановления здоровья, в области стресса постепенно начинают происходить качественные изменения, касающиеся непроизвольной мобильности, подвижности и движения жидкостей. Эффекты, проявляющиеся в области травмы и/ или патологического процесса, производят нечто большее, чем просто коррекцию; они в буквальном смысле улетучиваются, оставляя после себя нормальное физиологическое функционирование. Когда врачом осуществляются какие-либо корригирующие мероприятия, ритмичные элементы, связанные с приливами и отливами, функционируют приблизительно 10 раз в минуту, воздействуя в качестве смазочного масла наряду с другими трофическими факторами для того, чтобы ликвидировать область стресса и вернуть здоровье. Врач может развить у себя чувствительность прикосновения, чтобы ощущать, регистрировать и знать по опыту такие целительные изменения, происходящие с физиологией организма пациента. Восстановление пластичности является частью оздоровительного процесса.

Роль, которую играет физиология организма в деле служения человеческому роду и каждому человеку в отдельности несомненна и чрезвычайно важна в тех взаимоотношениях, которые основаны на принципе один -на - один между врачом и пациентом. Смысл не в том, что врач может сделать для пациента, а в том, что этот врач может открыть двери для того, чтобы дать возможность пациенту или пациентке исцелить самих себя. В каждом из этих

случаев, описанных выше, восстановление после проведенного курса лечения происходило за счет применения основных принципов физиологии организма, непроизвольной мобильности, подвижности и функционирования потоков жидкостей, а также за счет произвольной мобильности, которую использует пациент в своей повседневной жизни.

Врач признает жизненность этих принципов, исходя из физиологии организма пациента, и развивает пальпаторные навыки, чтобы ощущать, слушать, регистрировать и знать те соответствующие качества, которые характеризуют здоровое состояние человека и те соответствующие качества, выявляемые при травме и/ или болезни, которые характеризуют область воздействия стресса. С помощью чувствительности своего прикосновения, врач может отыскать такие локальные, специфические дисфункции и может осуществлять свою работу с врожденными, укрепляющими, основными механизмами для того, чтобы дать возможность пациенту вернуть здоровье. Это общепризнанный факт, по крайней мере, на словах, что физиология организма любого человека постоянно ищет пути к здоровью, независимо от того, сознает он или она это или же нет. Реальная наша задача заключается в том, чтобы осуществить все выше сказанное на практике, основанной на применении принципа один-на-один, используемой в повседневной жизни и применяемой от пациента к пациенту.

Руководствуясь механизмом

Это - отредактированная запись лекции, прочитанной в курсе 1988 года в Фонде по Изучению Краниальной Доктрины Сазерленда (Sutherland Cranial Teaching Foundation) в Тулсе (Tulsa), штат Оклахома.

В течение многих лет я работал над тем, чтобы во время сеанса лечения установить взаимосвязь по типу один-на-один между энергией, существующей внутри меня, и энергией, существующей внутри пациента. Если вы полностью отбросите свою индивидуальность, отбросите свое имя, отбросите все, чем вы обладаете в жизни, то в таком случае вы будете

представлять собой просто физиологию вашего организма в процессе его функционирования.

Если я могу в своей работе основываться на принципе один-на-один для того, чтобы понять то, что механизм пациента пытается рассказать мне, то в таком случае я буду руководствоваться типом паттерна и типом функционирования, которые присущи каждому конкретному пациенту. Механизм пациента в буквальном смысле зависит от положения дел у. этого пациента, то есть от самого пациента. Когда я осуществляю сеанс лечения, я не занимаюсь поисками паттерна; я прислушиваюсь к механизму функционирования и даю возможность ему информировать меня.

Я приведу в пример здесь клинический случай, который проиллюстрирует это обстоятельство. Пациент приходит на прием к врачу, он страдает плечевым невритом на протяжении 18 месяцев. У этого молодого мужчины крепкого телосложения также часто бывают сильные головные боли, и, обычно он чувствует себя несчастным и хандрит. Его многочисленные жалобы имеют отношение к области плечевого сплетения. Всякий раз, когда ко мне на прием приходит пациент с таким количеством жалоб, я напоминаю себе, что подобные пациенты собираются жить еще долго, а я все равно не смогу решить все их проблемы именно в тот день, когда они обратились ко мне за помощью.

Затем я начинаю осуществлять лечебную программу и после двух или трех сеансов лечения, я начинаю сознавать тот факт, что у пациента нет признаков улучшения. У него совсем не наблюдается никаких изменений. Обычно, в физиологии организма постоянно происходят изменения, и это используется для оценки состояния во время следующего визита: произвели ли они у себя в организме какие-нибудь изменения со времени последнего сеанса лечения или же нет? Физиология организма пациента дает вам нечто такое, с помощью чего можно проводить сравнения одного сеанса лечения с другим. Я сознаю тот факт, что во время каждого сеанса лечения, основанного на принципе один-на-один, действительно существует возможность (потенциал)

для изменений.

Итак, после того, как я провел примерно одну треть всех лечебных сеансов, у этого парня все еще сохранялась боль в указанной области, и он не был этим особенно доволен этим обстоятельством. Тогда я четко осознал для себя, что должен находиться не на том конце рычага. Все помехи происходили от верхней части туловища, но там не наблюдалось никакого эффекта. Пациент не получал облегчения. Затем я спустился вниз и расположил свои руки у него под крестцом. Там все находилось в таком зажатом состоянии, что сгибание и выпрямление осуществить было невозможно. Для проверки подвижности там внизу, я положил одну руку под крестец, а предплечье другой руки поперек подвздошных костей. Потом, когда он сгибал и выпрямлял свои ноги, я ощущал движение всей тазовой области как единого блока. Это означало, что крестец у него был полностью зажат внизу в тазовой области; в противном случае, при движении
его ног, крестец и подвздошные кости должны были бы ощущаться как три блока или элемента, способных функционировать независимо.

Итак, крестец у него был зажат в тазовой области, а где проявлялись все симптомы? Сверху, то есть на другом конце. Они выражали собой жалобы там наверху, потому, что функционирование должно было происходить при полностью зажатой тазовой области. Там отмечалась боль, невралгия и наблюдалось натяжение фасций. Происхождение его симптомов было полностью связано с зажатой тазовой областью. По этой причине я задал ему несколько вопросов. Оказалось, что у него имелась спортивная машина, и он должен был вытащить двигатель и поставить его на блоки для того, чтобы заняться им. Двигатель весил 250 фунтов, а он 150 фунтов. Он поднял тяжелый двигатель и установил его на блоках. В процессе подъема, приняв неудобную позу, у него произошло зажатие крестца внизу справа, между двумя подвздошными костями. Другого случая, который мог бы вызвать такие последствия, с ним не происходило. В качестве метода лечения, я применил захват поперек тазовой области, поперек структур, вовлеченных в

патологический процесс, и работал с ними, используя приливно-отливной механизм, с помощью которого осуществляется опускание (жидкости) с периодичностью 10 раз в минуту.

Когда вы ухватываете паттерн деформации, вы заставляете его работать. Вы осуществляете захват тканей в этой области и вокруг нее и применяете незначительную компрессию. -Вы пытаетесь раздразнить тот механизм, который автоматически участвует в процессе сгибания, выпрямления, внутренней и внешней ротации и изменяет паттерны деформации внутри данной области. Я кладу свои руки на поврежденную область и с их помощью применяю достаточно сильную компрессию или, выражаясь иначе, произвожу некоторое изменение. В данном случае, компрессия, оказываемая на подвздошные кости воздействует таким образом, что как будто бы дразнит их, говоря: «Эй, пробуждайтесь; мы работаем с вами».

В случае с этим молодым мужчиной, после проведения двух сеансов лечения, мне удалось зарегистрировать в поврежденных тканях той области, где в течение 18 месяцев наблюдались неполадки, некоторое изменение в функционировании. В следующий раз, когда он пришел ко мне, я обнаружил, что произошло внезапное ослабление в тазовой области, крестец вернулся в рабочее состояние, и вся симптоматика исчезла.

Самое главное, на что я пытаюсь обратить внимание, заключается в следующем. Мы руководствуемся физиологией пациента для того, чтобы постоянно осуществлять поиск тех участков или зон, где требуется наша работа, но не там, где проявляются симптомы, а там, где что-то можно сделать для того, чтобы дать организму возможность для тренировки самого себя, чтобы справиться с собственньми проблемами.

Постоянно изучая ситуацию, мы можем ясно понять, какую активность проявляли ткани или какую активность, как мы считаем, они могли бы проявить, а затем мы можем терпеливо помогать им выполнять то, что необходимо. В организме пациента существует постоянно меняющийся источник информации. Что в этом организме есть такое, о чем он хочет

рассказать мне? Насколько я могу надоедать ему со своими просьбами, чтобы заставить говорить его громче? Насколько я могу почувствовать то, что должно произойти, а затем вдруг я сознаю, что это уже произошло. В таком случае, что же мне лучше сделать? Пусть это исчезнет или пусть остается, и наступит улучшение? Это - организованный подход для того, чтобы предоставить человеческому механизму возможность совершить изменение или сдвиг в живом организме человека при помощи активных действий врача. Многое можно осуществить, основываясь в своей работе на принципе один-на-один.

92

Мысли о лечении

(Выдержки из конспектов лекций за 1969 - 1986 гг.)

ВО

Существует осознанное и подсознательное стремление разделить в нашем сознании краниальную остеопатию и остеопатию тела. Сознательно или подсознательно нам следует отказаться от представления о разделении. Важно устранить подобную двойственность (дихотомию) в нашем сознании и утвердиться в понимании того, что в остеопатии тело рассматривается как одно целое. Тело функционирует как единая система от макушки головы до нижней части стопы. Когда надо решить клиническую проблему, рассматривайте ее как проблему общей остеопатии.

£0

Метод в сравнении с правилом: Что-либо предпринятое для решения проблемы - это метод; работа с механизмом, связанным с проблемой - это применение правила, а не методики.

Исцеление: индивидуальное проявление универсального метода. Здоровье: гармоничная, целенаправленная жизнь. Лечение: лечить людей с неклиническими проблемами.

Вы можете слушать и наблюдать врожденное стремление анатомической физиологии пациента к самокоррекции? Вы можете допустить, чтобы

проявились жизненные потребности пациента и действовали наряду с программой возвращения к здоровью?

Вы открываете дверь - когда вы впервые вступаете в контакт с механизмом пациента - потребуется 30 секунд или минута, чтобы понять, что дверь открыта.

Здоровье восстановлено, когда самостоятельно проявляется сгибание / внешняя ротация, выпрямление / внутренняя ротация непроизвольных механизмов тела.

Фаза лечения означает, что вы понимаете, что когда убираете свои руки, то лечение закончено. До этого момента все относится к диагностической фазе.

Пациенты со своими проблемами не прослеживают пути возвращения к здоровью. Здоровье - сейчас.

so

Длительность лечения: Что сообщает лечащий врач пациента? О чем вам говорит врожденная жизнеспособность тканей? Сколько времени займет хождение по кабинетам до того, как начнется лечение при полном внимании к тканям пациента?

93

Помните, что лечение происходит между визитами к врачу, а не столе в кабинете врача. Меньше времени требуется для острых случаев, более длительного лечения требуют хронические случаи. В некоторых случаях требуется время на «подготовку почвы, чтобы получить урожай» успешной программы лечения.

Распределите лечение таким образом, чтобы дать возможность *возникшим* изменениям во время лечения продолжать исправление проблемы и прокладывать свой путь через всю физиологию тела. Пациента лечат полностью, а не только ту область, которая привела его к врачу.

Избыток лечения: Если к вам поступает пациент со слабыми показателями к избранному направлению лечения, вы можете залечить его. Я делал это

неоднократно, у меня есть основания говорить об этом. Они приходят к вам в состоянии на 6-м уровне, и вы думаете, что можете вернуть их на 10-й или 12-й уровень, а заканчиваете тем, что их состояние снижается до 3-го или 4-го уровня. Если к вам поступает пациент, который достиг 6-го уровня, единственное, что вы можете сделать для него, это оставить его в пределах толерантности, что позволит пациенту вновь достичь более высокого уровня. Не заставляйте пациента опускаться до другого уровня или подниматься до уровня, которого ему не достичь.

Асимметрия: Если вы положите руки на грудь пациента и попросите его глубоко вдохнуть, то заметите, что нет двусторонней симметрии. Когда пациент вдыхает, одна сторона его тела приходит в значительное движение, тогда как в другой почти ничего не происходит; но при выдохе та часть тела, которая не двигалась, начинает двигаться сильнее, чем другая часть. Подобным образом при повышении флюктуации спинномозговой жидкости в форме прилива-отлива, вы чувствуете, что тело более легко приходит к внешней ротации на одной стороне, чем не другой, при противоположном положении движение более легко проходит при фазе выпрямление / внутренняя ротация.

Father Dura (Твердая кость.)

В 1986 году на факультетском заседании в Фонде Сазерленда (Sutherland Cranial Teaching Foundation) д-р Бекер (Beker) описал методику, названную «Father Dura" (твердая кость.), которой его научил доктор Сазерленд (Sutherlend).

Д-р Сазерленд утверждал, что действительно можно почувствовать разницу в направлении движения между внутренней и внешней плоской поверхностью сводчатых костей. Если внимательно наблюдать, то можно заметить, что внутренняя плоскость двигается несколько иначе, чем внешняя. Работа по этой методике заключается в том, чтобы спокойно сидеть и слегка

увеличивать давление (нажим) на центр окостенения до тех пор, пока не найдете точку равновесия, затем слегка поддерживая эту точку, наблюдая за ней, дать возможность чередоваться внутренней и внешней плоскости каждой сводчатой кости.

94

Паттерны краниального основания.

Приобретенный опыт изучения паттернов краниального основания умозрительно и при помощи рук, а также оценка способности существующего реципрокного напряжения мембраны менять различные паттерны сфенобазилярного механизма очень важны, так как эти паттерны имеют клиническое значение при различных типах проблем. Важно понимание этих паттернов и в более широком смысле. Когда мы прощупываем сфенобазилярные синходрозные паттерны, для себя мы открываем паттерн, в котором живет данный пациент. В этом больше смысла, чем просто выяснить, что реципрокное напряжение мембраны способно вызвать все эти колебания у нас в голове.

Важно знать, обладает ли пациент базовой торсией, наклонно-боковой ротацией или же вертикальным или латеральным паттерном растяжения при воздействии особого мембранного суставного растяжения, включающего две кости - т. е. знать. каковы были паттерны физиологического функционирования перед тем, как наложилось еще одно растяжение. При проведении корректирующей процедуры в связи с особым суставным растяжением мембраны, хорошо бы знать, что у данного пациента восстановлен нормальный паггерн краниального основания.

Мы, к примеру, не называем повреждения торсии, а пытаемся воссоздать механизм, подходящий к данной картине; мы рассматриваем механизм и выясняем, что эти структуры находятся в определенной взаимосвязи - как же их назвать? Если мы рассматриваем проблему в рамках функционирования данных участков, мы можем говорить о нарушении их работы. Д-р Сазерленд (Sutherlend) долгие годы работал над тем, чтобы подобрать термины и

закрепить их за понятиями. Он чувствовал, как функционируют части механизма, и он должен был найти подходящий термин для обозначения того, чему его учил организм, когда он к нему прислушивался.

Какие паттерны здоровья мы ищем у своих пациентов?

1. Определить базовый паттерн или патерны, с которыми пациент живет всю жизнь. Наблюдать нормальное движение взад-вперед при сгибании / внешней ротации и при растяжении / внутренней ротации / растяжении основного дыхательного механизма и физиологии тела, а также наличие торсии, наклонно-боковой ротации или какого-либо другого паттерна в жизненном механизме пациента.
2. Отметить качество функций этих базовых партнеров. Сильная или слабая жизнеспособность? Какова мощность батареи? НО или 50 вольт? Являются ли круговыми и полными возвратно-поступательные движения во время ритмических циклов функции или же они вялые и нечеткие? Спросите себя, как может отозваться физиология данного тела на лечение?
3. Какие дополнительные паттерны стресса привели к вам данного пациента для определения диагноза и лечения?
4. Определите область, с которой, вы собираетесь работать. Определите паттерн стресса, который, возможно, окажется той сферой, которая переключит намерения врача с диагноза на метод лечения - другими словами, пока вы ставите диагноз, это приводит к методу лечения.

Причина и следствие

Эта статья написана в I960 годах.

Причина и следствие вечны. Причина может быть несерьезной в начале некоторых случаев по сравнению с другими, но время увеличивает следствие до тех пор, пока следствие не превышает причину, и в результате - смерть. Смерть - это конец или общий итог следствий.

Я только прошу читателя внимательно отметить разные и продолжающиеся изменения в понятии следствие, как дополнительных элементов, которые входят в контекст и способствуют подъему 11 - A.T. Still.

Давайте воспользуемся рассуждениями д-ра Э. Т. Стилла (A.T. Still) и вкратце обсудим роль остеопатического нарушения в причине и следствии. Сколько раз в день

мы воздействуем на и приводим в движение остеопатическое нарушение или нарушения у наших пациентов и чувствуем, что мы делаем все, что можем сделать для этих случаев в условиях нашей программы лечения? Если бы мы глубоко размышляли как д-р Стилл (Still) над тем, как мы анализируем проблему болезни, мы бы обнаружили, что при нашем отношении к случаю заболевания мы имеем дело со следствием, а не с причиной.

Из медицинской практики мы знаем, что большинство лекарств, которые мы прописываем, разработаны для того, чтобы смягчить следствия или симптомы проблемы и лишь немногие для того, чтобы изменить причину. Точно также и с простой манипуляцией и мобилизацией остеопатических нарушений, с которыми мы сталкиваемся, если наши усилия и мысли ограничиваются только ими. Мы видоизменяем их паттерны движения, и результатом является модификация симптомного паттерна на некоторое время. Через некоторое время больной возвращается, и мы находим, что паттерн нарушения вернулся приблизительно к тому же состоянию, как и раньше. Как говорит д-р Стилл (Still): "Я только прошу читателя внимательно: отметить различные и продолжающиеся изменения в понятии следствие...."

На заре остеопатических исследований Луиза Берне (Luisa Burns) применяла травматическую силу и наносила остеопатические поражения животным, а затем изучала явления, возникшие после травматического процесса. Д-р Берне и другие исследователи, начиная с того времени, смогли разработать полную картину всех стадий изменений в тканях, которые следует за механизмом поражения. Мы знакомы со всеми деталями подобных изменений, поэтому нет необходимости обсуждать их сейчас. В работе д-ра Берне (Burns) сообщалось, что явлениям после поражения разрешалось существовать в течение нескольких недель или месяцев, затем автор использовала корректирующую силу, чтобы нормализовать механику нарушений, возвратить тем областям способность нормально функционировать, и снова она изучала изменения, которые появились в тканях, когда к ним вернулось прежнее здоровье. Таким образом, автор смогла подтвердить валидность остеопатического нарушения.

Примечание редактора: Современный термин для остеопатического нарушения «соматическая дисфункция», читатель может навести справки об описании ее патофизиологии в книге "Foundations For Osteopathic Medicine", ed. by

A. T. Still, Autobiography, pp. 202 - 203.

96

Robert C. Ward. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. (Основы остеопатической медицины).

Мы, представители остеопатической профессии научились сосредотачивать внимание на разыскании остеопатического нарушения. Мы находим его. Фиксируем. И оставляем. Этого недостаточно. Мы не учитываем травматическую силу, которая произвела это остеопатическое нарушение. Остеопатическое нарушение является следствием, которое в свою очередь ведет к другим следствиям «как дополнительные элементы вступают в соперничество и создают возможность для подъема». Следите внимательно, д-р Берне (Bums) использует травматическую силу, чтобы вызвать напряжение.

Если бы мы размышляли с д-ром Стиллом (Still), мы бы вели свою мысль через паттерн нарушения к травматической силе, которая вызвала его, и далее включили бы эту гравматическую силу в наши попытки исправить механизм поражения. Это возможно сделать при помощи тренированных прикосновений методом пальпации, которые >логут глубоко думать, глубоко чувствовать, зорко смотреть и много знать.

Какой тип травматических сил мы ищем? Возможны случаи травмы от внезапного резкого поворота головы и шеи (тип «удар хлыстом») в ситуации, когда 1еловек может весить 15 тонн в момент столкновения с бампером машины, которая находится в шести футах от тела пациента. Каждая молекула его тела устремлена на зросок при столкновении. Эта общая сила столкновения должна быть включена в корректирующую программу данного случая. Существуют буквально сотни тысяч мелких травматических сил, которые вызывают различные растяжения в механике организма: неловко поднятый мешок с удобрениями весом в сто фунтов (~ 45 кг), /борка постели, согнувшись, дотягиваясь до дальнего угла, попытка достать тяжелую соробку с очень высокой полки, внезапный кашель или чихание в неудобной позе, вступиться с поребрика, не заметив его, тяжелая охапка дров для камина на вытянутых эуках, отстранив от тела, чтобы не запачкать одежду, и еще так много разных путей, соторые вы можете изучать, открывать для себя или узнавать из историй болезни тациентов, которые обращаются к вам. Каждый из подобных силовых факторов шдивидуален, и каждый должен быть добавлен к физиологии тела пациента, который щет у вас помощи. Каждый из них должен быть оценен и присоединен к щагностическому исследованию, которое вы проводите с пациентом. Некоторые юдробности можно узнать из точной истории, например, точный тип напряжения, шправление его удара, количество и качество используемой нагрузки (веса), движения •ела пациента, время начала несчастного случая и много другой информации, вносящейся к данному случаю. Умелая пальпация может читать по затронутым тканям і получить столько же, если не больше информации, чем это может дать история юлезни.

Что связывает остеопатические нарушения с заболеванием, кроме известных равматических сил? Это тоже силы, но более слабые в своем начале, и служат как фичины остеопатических нарушений. Это силы на молекулярном уровне микроба и [астиц вируса, которые также явственны, как окружение, как тяжелые бревна, которые ш пытаемся затащить в свой дом.

В любом случае, будь то травма или заболевание, остеопатическое нарушение [ли нарушения, мы сталкиваемся со следствиями, а не с причинами. Находить их и лечить как какую-то единицу в них самих - значит оставлять без внимания половину 'ой причины, из-за которой к нам пришла пациентка. Мы только даем ей симптоматическое облегчение до тех пор, пока хватает нашего понимания в ее лечении. Лы должны научиться распознавать паттерн остеопатического нарушения и выделять то начало, будь то травматический процесс или заболевание, и включать ту энергию, :оторая требуется на возникновение процесса, в наши диагностические и •ерапевтические процедуры. Частично это и есть остеопатия, которой бы нас учил в нашей повседневной работе д-р Э. Т. Стилл (A.T. Still). В виде умственного упражнения пересмотрите проблемы, с которыми вы столкнулись вчера. В скольких случаях вы или я пытались обратиться к причине, и этим внести корректирующие изменения в общее состояние здоровья данного пациента?

Владения здоровья

Выдержки их конспекта лекции 23 мая 1973 года.

«Здоровье владеет телом по таким же непреложным законам, как законы гравитации, и до тех пор, пока мы соблюдаем законы, охраняющие здоровье, нам не надо бояться болезни». - А. Т. Стилл (A.T. Still) •

Причина и следствия - Раздел I: Истории болезни.

1. Женщина, 26 лет. Сильные головные боли и страдания с 18-ти лет. Часть теменно-височной кости сдвинута вправо из-за церебральной декомпрессии в 19 лет.

Церебральная эдема, многочисленные нарушения в центральной и периферийной нервных системах, синдромы блуждающего нерва и соматические проблемы. В последний год прошла 5 серьезных диагностических исследований с пневмоэнцефалограммой в каждом случае. Диагноз не установлен. Тяжелые роды вторым ребенком в 18 лет.

2. Женщина, 44 года. Сильные, не поддающиеся лечению головные боли и страдания в течение 4- х лет. Многочисленные медицинские оценки. Без облегчения. В возрасте 10-ти лет тяжелое падение крестцом на камень; в постели в течение недели.

3. Молодая женщина родила тройню, общим весом 21 фунт (более 9 кг). Спустя 9 месяцев после родов она стала ходить и функционировать, будто тазовый механизм все еще вынашивал тройню.

4. Женщина в 20 лет болела пневмонией с «хорошим выздоровлением». Спустя 15 лет повторный гепатит, 3 года нетрудоспособности, кортизон и т. д. Развился цирроз печени.

5. Мужчина, подростком попал в автокатастрофу, потеря нормальной непроизвольной подвижности. Спустя 20 лет симптомы стеклоподобной ригидности и трофические изменения в шейной и грудной области.

6. Несколько пациентов - мужчин с тяжелым падением на крестец, полное \ блокирование дыхательного движения крестца и его искривление, такое изменение нижней задней функции сохраняется в течение 20, 30, 40, 55 лет. Эту ситуацию трудно диагностировать из-за полного отсутствия сакрального респираторного движения, при хронических фиброзных изменениях. С течением времени они проявляются постепенными скелетно-мышечными проблемами всей спины. У них туманные, а иногда не очень туманные, симптомы, которые приводят к вам пациента год за годом.

7. 30-летний мужчина с постоянной болью в шейной и грудной области в течение 10 лет. Его смотрели многие специалисты, без диагноза или облегчения. В возврате 9 лет болел бульбаро-менингеальным полиомиелитом. Интенсивное лечение в больнице в течение года. Хороший атлет.

8. Человек с инфекционным (ревматоидным) артритом, которому требовались двусторонние протезы на бедра.

Существует много краткосрочных заболеваний и травм, которые требуют адекватного диагноза и лечения, чтобы предотвратить проблемы в будущем. Большинство вышеназванных больных могли испытывать краткосрочные проблемы, если бы в начале болезни получили адекватный физиологический диагноз и лечение. Все вышеназванные являют собой следствия, наделенные потенциальными возможностями для каждой клинической проблемы.

Причина и следствие - Раздел II: Паттерны здоровья.

Основной дыхательный механизм.

Скелетно-мышечно-фасциальные системы.

Периферическая нервная система.

Системы внутренних органов.

Автономная нервная система.

Все паттерны здоровья функционируют как *следствия.*

Все системы объединены, сцеплены, опутаны сетями на пользу здоровья, для возможности работать, играть, думать, выражать эмоции, молиться, менять функционирование при появлении любой потребности, чередоваться в пределах окружения и без него и в пределах вселенной, в которой они существуют.

Это паттерн, в котором «Здоровье владеет телом по законам, непреложным, как законы гравитации».

Это *доминирующий* паттерн *функционирования* здоровья, специфичный для каждого

индивида, и он наделен потенциальными возможностями.

Причины и следствия - Раздел III: Диагноз и лечение.

Когда пациенты приходят к вам или ко мне, они приходят с жалобой или со многими жалобами или с историей травмы и / или заболевания. Мы берем историю болезни, проводим осмотр, делаем лабораторные исследования и т. д., а при помощи наших умелых рук мы выявляем возможную физиологическую или патологическую причину проблемы пациента. Мы диагностируем проблему, так как проблема разрушает здоровье.

Нашей первоочередной задачей во время первичного обследования будет -искать и удостовериться, что нашли паттерн функционирования здоровья, который живет в каждом индивиде, найти его и *почувствовать* его функционирующим и понять, какое здоровье специфично для данного индивида. Второй нашей задачей является узнать существующие паттерны дисфункции, как наложение на *доминирующий* паттерн здоровья. Поняв специфический, фундаментальный паттерн здоровья, мы начинаем поиски для данного индивида, в данное посещение врача, в данное диагностическое и лечебное время, и мы планируем привести его к полному функционированию. Все описанные во П-ом разделе доминирующие паттерны здоровья являются *следствиями.*

Травматические паттерны и паттерны заболевания наделены потенциалами, специфичными для каждого действия и специфичными для каждой ткани, затронутой травмой или заболеванием, для того, чтобы она могла существовать, но они не являются доминирующими потенциалами до тех пор, пока в тканях остается обратимость, с помощью которой происходит возврат к здоровью. Если эти потенциалы становятся необратимыми, они становятся специфичными для особой травмы или заболевания. Примером могли бы служить некоторые формы рака.

100

Доминирующий паттерн здоровья у мужчины и женщины обладает потенциалом

- быть здоровым. Это источник силы, который должен искать врач и работать с доминирующим, функционирующим паттерном здоровья, который он ищет в каждом шциенте, на каждом сеансе лечения. Недостаточно диагностировать паттерн слючевого напряжения или паттерн заболевания, выражающиеся в виде жалоб, соторые привели пациента к вам. Какой бы диагноз вы ни поставили, и какую бы фограмму лечения вы ни приняли для данного пациента, заставьте свой мозг, юзнание, осведомленность и руки пройти *через* травму, связанную с тканями или через :ущность заболевания и определите доминирующий и функционирующий паттерн ;доровья, который должен быть, и он существует для данной области физиологии или штологии. Используйте наиболее сильный потенциал паттерна здоровья и функционирования, чтобы изменить функционирование здоровья в травмированной ши больной ткани в то время, когда вы осматриваете и лечите пациента. Не 'спокаивайтесь на поставленном диагнозе и лечении травмы или заболевания как таковых.

Возьмите власть над паттерном здоровья, который есть у данного индивида и приведите его в действие. Удостоверьтесь, что вы пробудили доминирующий паттерн доровья и можете почувствовать его в действии при помощи вашего искусного щущения прикосновения к пациенту во время лечебной программы. Делайте это жедневно с каждым' пациентом, во время каждого визита.

Эмоциональные факторы

Выдержка из статьи «An Osteopathic Concept and its Relationship to the Osteopathic Lesion» (Остеопатическая концепция и ее связь с остеопатическим нарушением).

Статья была опубликована в Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy за 1952 год.
(currently named the American Academy of Osteopathy).

SO

Нас учили тому, что различие в диагнозе между неврозами и психосоматическими заболеваниями заключается в том, что невротик сознательно разрабатывает мотивированное сопротивление какому-либо фактору в своем окружении, тогда как для психосоматической болезни характерно бессознательно мотивированное сопротивление факторам окружения, и «эти сопротивления составляют объективные явления, которые служат признаком динамического биологического значения всей болезни»[1]. Эти пациенты редко знают, что их беспокоит, и будут доказывать, что у них все в порядке, когда возможность скрытого напряжения привлекает их внимание.

Остеопатическое лечение для обоих классов пациентов доступно как одна из лучших терапевтических возможностей. Как и выявленные остеопатические нарушения, которые нормализуются, скрытые напряжения следует вывести на поверхность и разрешить их. Остеопатическое лечение, когда оно «научно предписано, точно отмерено и умело принимается», как говорил д-р Бекер (Becker) приводит к нормализации свободного тока крови, жидкостей, энергии и других жизненных сил к пораженным участкам, а также, что важно в такой же степени, нормализации свободного оттока из пораженных участков крови, жидкостей, энергии и других жизненных сил. Настоящий прилив и отлив для здоровья.

Мы можем продвинуться на шаг в наших рассуждениях. Дополнительно к признанию терапевтической ценности лечения остеопатического нарушения в сложных случаях, мы можем также рассматривать Остеопатическое нарушение как мощную диагностическую помощь при анализе неврозов и психосоматических заболеваний. При дифференцировании диагнозов на соматические заболевания и на неврозы и психосоматические случаи отмечается, что в двух последних типах заболевания существует еще один фактор сопротивления дополнительно к сопротивлению, вызываемому нарушением физиологии при соматических заболеваниях. Это сопротивление можно выявить и частично интерпретировать при помощи искусного, внимательного и уверенного остеопатического прикосновения. Другими словами, если врач-остеопат будет явно осознавать, что при осмотре каждого пациента, который обращается к нему, факторы окружения могут прибавить свою сопротивляемость к остеопатическим нарушениям при соматической проблеме, которая ему так ясна, то он сможет глубже проникнуть в истинную причину нарушения, которым он занимается. Это может быть клинически доказано и доказывается; это помощь при постановке диагноза, а также, безусловно, вклад в чьи-то практические навыки.

Добавление диагностически выявленных факторов окружения к диагнозу соматических факторов вовсе не означает, что в каждом случае появятся великие открытия. Однако, дополнительные знания того, когда, где и как произошло нарушение, являются огромной помощью пациенту и обеспечивают более длительное терапевтическое облегчение, когда нарушенная физиология берется под контроль. Время от времени, врач способен распознать более серьезное, длительное, скрытое сопротивление, которое может оказаться проблемой, связанной с окружением, или

Hart, Andrew D., M. D., "Psychosomatic Diagnosis", JAMA., Jan. 17, 1948, 136: 147-149.

страхом заболеть раком или туберкулезом или каким-либо похожим угнетающим явлением в сознании пациента. Далее, по мере того, как подобное сопротивление постепенно разрешается в ходе последующих осмотров, бесед и лечения, врач приобретает друга, как и совершенно удовлетворенного пациента.
103

Сбалансированное напряжение мембраны

Отредактированный вариант лекции по основному курсу, прочитанный в 1976 году в Sutherland Cranial Teaching Foundation in Milwaukee, Wisconsin.

so

Когда происходит напряжение, мембраны принимают этот паттерн напряжения, который заключается в том, что меняет «нормальную» точку опоры на ту, при которой область вошла в напряжение. Во время напряжения существует точка сбалансированного напряжения мембраны. Существует точка опоры, похожая на точку покоя, вокруг которой собираются все силы. Когда вы собираете все эти силы в фокус, механизм проходит через точку покоя, через точку опоры, момент покоя. И когда он проходит через точку покоя, точка опоры возвращается обратно к, так называемому, нормальному паттерну данного индивида - к точке опоры Сатерланда - вы получаете коррекцию на определенный день. При помощи этого процесса вы меняете точку опоры в пределах спинномозговой жидкости и реципрокного напряжения мембраны. Точка покоя часто бывает явной, хотя много раз вы проходите через нее, не осознавая ее. В этих случаях вы можете заметить, что вместо множества перемен, которые продолжались в голове, вы чувствуете, будто голова стала мягкой, будто ей стало удобно, и, возможно, она стала горячей: тогда вы понимаете, что прошли через эту точку.

Как вы пользуетесь принципом сбалансированного напряжения мембраны? Допустим, что в этот день вы решаете, что ваше лечение будет связано с правосторонним нарушением торсии; вы вводите сбалансированное напряжение мембраны в паттерн торсии, вы позволяете ему идти по всему пути, затем мягко сдерживаете его в этой области и не позволяете вернуться к нейтральному состоянию. Поскольку вы удерживаете его там, оно проходит через цикл перемен, идет через точку покоя, и затем вы позволяете ему вернуться назад к чему-то новому нейтральному, что оно обнаружило.

Делая это, вы не только поработали с паттерном напряжения суставной мембраны торсии, вы внесли изменение через структуру фасций 34 мышц, прикрепленных к основанию черепа, и через все фасции системы. Вы откорректировали паттерн торсии при помощи общей системы тела. Более того, если вы сталкиваетесь с тем, у чего масса переменных и они постоянно оказывают действие, радуйтесь; это значит, что вас задерживает не локальная краниальная проблема, это значит, что в фасции действуют факторы торсии, продвигайтесь вниз через таз к стопе, которая тоже должна успокоиться и сменить механизм таким образом, чтобы эти силы поступили и прошли к точке покоя. Вы также можете заметить, что пациент с больным телом будет реагировать медленнее, чем тот, у кого здоровая фасция.

Когда вы сосредотачиваете свое лечение на локальном напряжении, на особом паттерне суставной мембраны, вы сокращаете массу материала для работы на небольшой площади напряжения суставной мембраны. Но даже тогда перед вами не только все факторы локального напряжения суставной мембраны, но также жидкости, динамические силы и соединительные фасции, которые выступают как часть травматического паттерна. Когда вы работаете с локальным напряжением краниальной мембраны, точка покоя может показаться еще меньше, но она такая же. Перемещение суставной мембраны находится на более мелком уровне - вы имеете

дело с наручными часами, а не с будильником. В черепе очень мало движения по сравнению с остальными частями тела, и мы собираемся его еще уменьшить, чтобы получить при
104
напряжении суставной мембраны. Независимо от размера или локализации напряжения принципы одинаковые.
Сбалансированное напряжение мембраны не статично. Я могу признаться, что я преувеличиваю, начиная с паттерна, но по мере того, как мои руки работают с этой областью, может потребоваться свобода (непринужденность), я даже могу допустить немного мешающего физиологического движения, но я делаю это не всегда осознанно. Позже я могу обнаружить, что прошел по всему циклу, что задействовал все эти факторы, потому, что я сознательно придерживался паттерна суставной мембраны, это подсказывало мне, что я должен вовлечь эти факторы во время программы лечения. Принципы, которые мы вам представляем, действительно являются принципами лечения, но они также являются принципами, которых мы придерживаемся при тренировке техники пальпации. Как-то известный дирижер сказал, что дирижер управляет звуковым образом симфонии, написанной композитором, чтобы он проявил себя, и надеется, что музыканты оркестра дальше разовьют этот живой музыкальный образ в ответ на команду. Я думаю - какая разница между этим и тем, что вы кладете свои руки на пациента, контактируя с живым, струящимся механизмом и получаете в ответ на команду реакцию ткани? Музыкантами в данном случае являются многие затронутые ткани, и они собираются прореагировать в ответ на вашу команду и сотрудничать с вами и продемонстрировать то совершенство, которое вы попытаетесь проявить для здоровья тела. Прекрасно.
105

Дети: диагноз и лечение

Дата написания статьи - сентябрь 1984 года.

SO

Роль, которую играет остеопатия в краниальной области у младенцев и детей, является крупным вкладом в науку о здоровье. Сегодня наука о здоровье показывает необыкновенный рост технологических возможностей, от микрохирургии до биологических тестов и лечебных процедур. Краниальная концепция является такой же большой частью этой технологии, как и все другие системы заботы о здоровье. Все системы заботы о здоровье зависят от одной и той же врожденной жизнеспособности пациента и полагаются на нее при результатах, которые надеется получить врач. Роль краниальной концепции в диагнозе и лечении - это активное использование врожденной жизнеспособности у младенцев, детей и взрослых. Эта концепция совместно с разработанной техникой пальпации обеспечивает технологию для понимания деталей здоровья в физиологии тела. При диагнозе и лечении это одна система жизни в движении у индивида, независимо от возраста.
У взрослых относительно устойчивая физиология тела, функционирующая как основной мобильный механизм. Он не является двусторонней системой структура -функция. Его "механизм включает элемент торсии или наклонно-боковой ротации (разворота), а так же других потенциальных паттернов, которые являются анатомофизиологией здоровья. Существует столько же вариаций, перекрывающих друг друга, структуры-функции в системе тела, сколько индивидов, но каждый из них имеет свой особый паттерн, о котором говорят: «Так функционирует здоровье именно у этого индивида». Это и есть тот паттерн здоровья, на основе которого врач разрабатывает свое лечение пациента. Эти вариации начинаются в дородовом, родовом и послеродовом периоде и продолжается до раннего возраста. В это время еще мало суставных механизмов и те, которые развились, видоизменяются под воздействием внешних сил.
В ранний период жизни череп, как структура, все еще развивается. Лобные и теменные

кости являются мембранными плоскостями и имеют мембранное сплетение. Кости в основании черепа развиваются в виде хряща. В основании черепа при рождении имеется 11 маленьких кусочков хрящевой кости - 4 для затылочной кости, 3 для сфеноида и по 2 для каждой височной кости - поддерживаются вместе межхрящевыми соединениями и реципрокным напряжением мембраны с ее тремя серпами и в нижней части прикреплением к крестцу. Эти 11 частей со временем превращаются в 4 - сфеноид, затылочная кость и две височных кости - по мере того, как со временем происходит вызревание центров окостенения и их соединение. Представьте все лицевые ткани и элементы соединительных тканей, которые крепятся к основанию черепа и образуют структуру тела. Представьте ритмическую флюктуацию спинномозговой жидкости, а также подвижность, центральной оси и боковых линий 8-10 раз в минуту, которые отражаются на всех этих развивающихся тканях. Если бы основание черепа было полностью сводным при его развитии, какой была бы структура-функция тела? А теперь представьте реальность, в которой существуют, по крайней мере, минимальные, а часто и более серьезные видоизменения основания черепа под действием внешних сил, которые появляются в дородовом, родовом или послеродовом периоде или позже. Какими будут и есть паттерны структуры и функционирования у младенца, ребенка или у взрослого? Единственным суставным механизмом в черепе, действующим при рождении, является соединение округлых частей затылка с впадинами первого шейного позвонка (атланта).
106
Затылок взрослого человека состоит из одной кости, а в первые 7-9 лет - из 4-х частей - базилярная часть переднего конца большого канала, две закругленных части, образующие боковые края, и сзади чешуя затылочной кости, которая соединяется хрящами с закругленными частями. Закругленные части сходятся спереди внизу, а сзади расходятся. Когда голова зародыша остается в тазовой части, сила давления через околоплодную жидкость при родовых сокращениях может вдавить эти закругленные части в грани атланта, точка опоры и единственное соприкосновение с костью в этом возрасте. В зависимости от направления силы модификация закругленных частей могут коснуться их хрящевых соединений с чешуйчатой костью или основного процесса, который происходит в затылке по созданию структурного паттерна, несколько отличающегося от того, который мог получиться, если бы основание черепа функционировало без помех. Это отразится на всем структурном механизме тела, по мере того, как оно развивается. Это может быть обычная торсия или наклонно-боковая ротация (разворот) или же это будет начало сколиоза, который возникнет в подростковом периоде. Дисфункции закругленных частей отвечают на пальпацию при диагнозе и лечении.
В этом случае сдавливание закругленных частей может действовать как клещи на основание затылка при приближении передних концов закругленной части костей, вызывая любые из возможных нарушенных положений сфенобазилярного синхондроза и реципрокного напряжения мембраны. Существует сгибание (флексия), разгибание (экстензия), торсия, наклонно-боковая ротация, вертикальные растяжения, боковые растяжения и сдавливание (компрессия). Это структурные двигающие механизмы в физиологии тела на продолжении всей жизни человека. Торсия и наклонно-боковая ротация считаются, в основном, физиологическими категориями, тогда как некоторые или все другие типы могут в дальнейшем создать нефизиологические паттерны нарушения, так как различные развившиеся элементы проявляют некоторые типы дисфункции. Примером может служить мальчик, 10 лет, у которого, было настолько плохо с речью, что его нельзя было понять. Умственное развитие ребенка было в норме. У него был паттерн бокового растяжения, правый сфеноид. Проблема, как у него, не проявляется до 2 - 3 лет, даже до 4-х лет, когда предполагается, что ребенок должен четко говорить. Его боковое растяжение

постепенно корректировалось в течение 6 месяцев, и он избавился от своего недута. Не стоит говорить, как были рады его родители и учителя.
Более серьезные растяжения основания черепа могут способствовать появлению церебрального паралича или какого-либо необычного цвета, действий, плача, нарушений питания и развития и т. д. Самым необычным случаем, с каким я встречался, был младенец девяти месяцев, который постоянно плакал, и кожа которого от макушки до нижней части ступней была покрыта открытыми кожными поражениями настолько, что трудно было найти кусок чистой кожи, куда можно было бы воткнуть палец. Такое состояние началось почти сразу после рождения. Не зная, что еще можно сделать, я использовал технику перемещающейся спинномозговой жидкости в области закругленных частей затылка, успокаивая существующий, перемещающийся паттерн до тех пор, пока он не достигнет точки покоя. Таково было лечение в тот день. Хотите верьте или нет, но в течение 12 часов у ребенка выросла новая кожа от головы до ступней без единого пятнышка, и ребенок впервые в жизни спал всю ночь.
Действительное подтверждение врожденной жизнеспособности. Через несколько месяцев с ребенком вновь обратились за лечением, но у него было несколько пятен раздражения, ничего похожего на то, что было раньше. Думая сегодня об этом случае, я пришел к мысли о том, что центральная нервная система и кожа развиваются из эктодермы, и обе столкнулись в этом конкретном случае.
107
Искусство пальпации совместно со знанием анатомических механизмов могут оценить общие паттерны тела, а также более специфические проблемы в отдельных областях. Некоторые из этих проблем представляют собой фасциальные растяжения и растяжение суставных соединений, которые можно найти где угодно на теле в результате повседневной активности ребенка. Проведение проприоцепторной пальпации для диагностики и при проведении лечения для возвращения здоровья пораженным тканям является прямым взаимодействием врача с врожденной жизнеспособностью младенца или ребенка. Подходящим случаем был мальчик, 9 лет, который за год до обращения упал, и у которого появилось постоянное прихрамывание. Обследование показало растяжение суставного соединения в области левой вертлужной впадины. Проверочная пальпация ритмического внешнего - внутреннего разворота (ротации) правого бедра показала, что там все в здоровом состоянии, но на пораженной стороне этот разворот ограничен или малоактивен. Было проведено корректирующее лечение растяжения суставного соединения, и была сделана новая оценочная проверка изменяющегося внешнего - внутреннего разворота в обоих бедрах. Проверка показала, что он стал одинаковым. Это указывает на то, что было достигнуто восстановление здоровья в левом бедре.
Краниосакральный механизм младенцев или детей представляет большой выбор специфических возможностей для проявления нарушения. Наиболее распространенными из растяжений суставных мембран, встречающихся у детей более старшего возраста, являются растяжения сосцевидного отростка затылочной кости, лобносфеноидных и височных костей. В этом возрасте основное внимание следует уделять мембране. Время между возникновением растяжения и появлением симптомов может быть неделями, месяцами, годами. У одного пациента ушиб затылка в 4-х летнем возрасте, вдавливание (компрессия) его внутрь сосцевидной части височной кости и правой части палатки мозжечка не выявлял симптомов до 24 лет. Падение девочки в возрасте десяти лет на крестец, при котором была блокирована непроизвольная мобильность, проявило себя сильной головной болью в 42 года. Блокированная сакральная дисфункция типа «удар хлыстом» показала себя через 20 лет профилактических нарушений в верхней части грудной области. Любой из названных паттернов растяжения можно диагностировать при помощи умелой пальпации и использовать ее возможности в программе коррективного

лечения по возвращению здоровья.
Я обнаружил два вспомогательных средства для диагноза и лечения, полезных при работе с механизмом пациента, и которые экономят время врача. Первое заключается в тестировании врожденного, переменного ритма перемещающейся спинномозговой жидкости, а также мобильности по средней и двум боковым линиям в районе нарушения и в некоторых других здоровых участках тела. Тестирование до и после лечения является ценным подтверждением для проверки ожидаемых результатов. Второе средство заключено в том, что в черепе ребенка суставные механизмы действуют до 10 - 13 лет до того, как обрести взрослую стабильность. Поэтому реципрокное напряжение мембраны является основным фактором для краниосакральной структуры, а фасция наиболее важна для структуры тела. Я обнаружил, что легче и эффективнее работать с одной или обеими этими системами при лечении младенцев и детей. Любая информация об изменениях в диагнозе и лечении сообщается мне этими системами функционирования.
В заключение хочу сказать, что однажды я слышал высказывание д-ра Сазерленда (Sutherland): «Если вы понимаете механизм, ваша техника проста». Как это верно! Никакой младенец не может быть слишком мал, а ребенок переросшим, чтобы его нельзя было осмотреть и лечить, используя основные принципы науки остеопатии. Любая корректирующая работа, проведенная в раннем возрасте, является превентивной помощью для последующих лет, и в процессе развития вы получаете лучшее здоровье.
109

Глава 7: Природа травмы

III Силовые факторы в физиологии тела

Статья была значительно отредактирована по сравнению с оригиналом, опубликованном в Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy за 1959 год. (Сейчас называется American Academy of Osteopathy).

80

На текущий день литература полна обсуждений о воздействии силы *на* физиологию тела. Весь травматический опыт призывает к анализу того, что случилось с физиологией тела и какие действия предпринять, чтобы лечить проблемы, возникшие в результате. Так же важно рассмотреть этот травматический опыт в другом свете, а именно в определении роли, какую играет травматическая сила в ее взаимосвязи *с* физиологией тела. Чтобы прояснить эту картину, необходимо иметь точное описание самой физиологии тела, это частично можно найти при обсуждении гомеостаза. Первая часть этой статьи будет содержать краткое описание гомеостаза, а в последней части будут обсуждены некоторые из принципов, связанных с пониманием роли силы для физиологии тела.

Гомеостаз

В 1932 году в своей книге The Wisdom of the Body («Мудрость тела») Уолтер Б. Кэннон (Walter B. Cannon) усовершенствовал теорию и работу Клода Бернарда (Claude Bernard), касающихся процессов саморегуляции внутри тела и дал им название «гомеостаз». Кзннон (Cannon) определял гомеостаз как «стремление к единообразию и стабильности нормальной внутренней среды организма». Теорию гомеостаза можно сравнить с принципами остеопатической концепции Э. Т. Стилла (A. T. Still); сходство очевидно.
Кэннон (Cannon) начинает с выявления нестабильности и ставит перед собой задачу понять, как вообще тело остается стабильным. Гомеостаз является тем самым законом для тела, который определяет автоматическую стабильность, которую иногда ищет тело - способность тела действовать на функциональной основе в пределах врожденной нормальной степени активности.

Источник стабильности тела заключается в его «природной нестабильности», как ее называет Кэннон. Это цикличный, физиологический, механический, электрический механизм, который начинает свою работу при особой задаче, и доведя работу до конца, автоматически возвращает состояние тела в его обычный уровень и готовится к выполнению новой задачи. Такая точка зрения объясняет автоматическое свойство тела, которое, по выражению Кэннона, «приходит в движение при возникновении любого нарушения».

Все физиологические процессы тела демонстрируют этот принцип природной нестабильности: биение пульса, электро-кардиографические показатели, электроэнцефалографические данные, кривая сахара в крови, кислотное равновесие потока крови, концентрация углекислого газа (ССЬ) в крови и многое другое. Внутри этих процессов имеются важные динамические точки, которые начинают стабилизацию системы тела; все функционирование начинается с этих точек и возвращается к ним, готовое к следующему циклу изменений. Уильям Дж. Сазерленд (William G. Sutherland) как-то объяснял эту важную точку в дыхательном цикле как «точку на полпути между вдыханием и выдыханием, не в конце вдыхания или выдыхания, а как точку равновесия между вдыханием и выдыханием.»

Способность быть всегда готовым к действию в ответ на любой стимул легче понять, если рассматривать, что тело начинает действовать с динамичностью природного фактора нестабильности, чем с фактора статической стабильности. Термин

гомеостаз может быть неправильно воспринят как «стазис», что означает стагнацию, состояние, совершенно отличное от биодинамической жизнедеятельности происходящих физиологических процессов. Контроль гомеостаза происходит автоматически, в принудительном порядке с тем, чтобы вернуть данный организм на базовую линию максимальной работоспособности; этот контроль генетически определен в биологическом мире. Довольно удивительно рассматривать структуру мельчайших частиц, атомов, молекул, клеток, жидкостей, газов, твердых веществ, органов и систем, которые составляют полностью тело - все это в соответственном взаимообмене. Даже когда тело находится в состоянии полного отдыха при глубочайшем сне, существует целый набор целенаправленной активности, действующей постоянно.

Сегодня в мире науки о здоровье и заболеваниях разработано большое количество тестов для измерения конечных продуктов физиологического функционирования, но практически ни один не показывает самих процессов во время активной фазы их производства. Анализ мочи или крови указывают только на состояние организма на момент взятия анализа. Если взять анализы через несколько часов, то в теле образуется целый набор новых количественных и качественных данных. Ошибка заключается в самих методиках. Чтобы быть точной, методика должна иметь ограничения в своем применении, проявляя при этом валидность, но при таком ограничении можно охватить только небольшую область реакции, тогда как многочисленные факторы, связанные с реакцией, останутся незатронутыми.

Проблему, однако, можно преодолеть. Когда врач хочет ознакомиться со многими частями тела, как с их местоположением, так и с функциональными аспектами их работы внутри всего тела, то ему приходится пройти большой путь к этому ознакомлению. Он должен узнать, где находится каждая часть в схеме всей структуры и понять, какова максимальная эффективность ее действия в состоянии функционирования внутри структуры при использовании общего физиологического функционирования самого тела как ориентира. Это больше, чем простая проверка конечных продуктов его возможностей. К примеру, такой врач не будет проверять

пассивную амплитуду движения вертлужной впадины тазовой кости по внешней и внутренней ротации бедра к тазу; он старается узнать способность тела к внешней и внутренней ротации вертлужной впадины как показывает само тело своими саморегулирующимися, соответственно сбалансированными механизмами. Это то, на что ссылается д-р Стилл, когда говорит: «Анатомия [и физиология] поняты».
Развивая перцептуальное умение пальпации, врач должен уметь чувствовать эти саморегулирующиеся механизмы внутри биодинамической структуры тела. Он должен уметь усилить, помочь в восстановлении, направлять и контролировать процессы, которые уже происходят в организме, чтобы достичь максимума равновесия на базовой линии. Чтобы делать все это, врач должен знать, как функционирует тело в здоровом состоянии. Если он поймет тело здоровое, то он выявит, когда в нем возникнет дисфункция. Шаблоны нормального функционирования тела проявляются в каждой фазе его саморегулирующихся механизмов. Врач может научиться пользоваться силами, которые присутствуют в этих шаблонах, чтобы проводить свои коррекции от состояний дисфункции к нормальному функционированию. Тело выполняет свою работу автоматически для поддержания здоровья и будет выполнять ее в еще большем объеме, помогая врачу вернуть его к здоровью при лечении болезни или повреждения.
Тело - это динамичный соответственно сбалансированный взаимообмен между всеми его компонентами - механически, биохимически и электрически. Тело всегда стремится восстановить точный баланс всей его деятельности и необходимо с этим работать, если нужно достигнуть максимальной базовой линии оперативности. Скорее, чем применять силу извне, врач прислушивается к живому организму, к *modus operandi* (образу действия), к его собственному восстановлению здоровья.

ИЗ

Энергия, которая приводит и поддерживает слаженность гомеопатического механизма, мало понятна. Эндрю Тэйлор Стилл, Артур Д. Бекер, Уильям Дж. Сазерленд, Карл П. МакКоннелл и другие указывали, что подобная энергия существует, ее можно изучать и использовать при диагнозе и лечении. Предстоит большая работа для того, чтобы добиться лучшего понимания этой энергии. Такие исследования должны включать не только биологическую информацию. Они должны привлечь всю мощь физики и химии, а также смежных наук и все известные законы для газов, жидкостей, твердых тел и те законы, которые еще предстоит открыть. Еще существует более глубокий слой активности, которого пока едва касаются. Этот более глубокий слой должен быть связан со всей энергией, которую накапливает одушевленный, живой организм в состоянии гомеостаза. Наступит день, когда эти силы тоже будут учтены, а их законы будут поняты. А до сих пор врач эксплуатирует физическое функционирование, которое открыто для него, врач работает с ним по мере того, как повышается его понимание. Это и есть краткий анализ гомеостаза, который и является тем основанием, на котором будет продолжаться обсуждение травмы или проявления силы в физиологии тела.

Сила в физиологии тела

Целью данной части статьи является соединить силу с физиологией тела. Виктор Ф. Ленцен (Victor F. Lenzen) в своей монографии "Causality in Natural Science", («Причинная связь в естественных науках») представляет важную интерпретацию о влиянии силы на данное тело, но не как проявление активности или просто как символ, а как характерное свойство внешних тел, окружающих данное тело. Автор говорит, что сила не просто что-то, что сталкивается *с* телом, а один из факторов окружения, который функционирует *в* теле.
Физиология тела не знает отдыха. «Спокойное тело» никогда не спокойно. Его

внутренняя среда, в основном, состоит из жидкостей и находится в постоянном движении. Поэтому любая внешняя сила прибавляется к механизму внутреннего движения. Физиология тела - это собрание живых клеток, плавающих в двигающихся жидкостях, биодинамическая структура которых видоизменяется, когда в физиологию тела вторгается сила. С прибавлением факторов силы клеточные системы обретают новые паттерны функционирования. Объективная и субъективная симптомология проявляются в повестке дня с ограничением движения, болью, невралгией, миазитом, мышечным ревматизмом (фиброзитом), растяжением связок и суставных мембран и с другими нарушениями. До тех пор, пока действуют факторы силы, физиология тела должна компенсировать это новое прибавление в ее нормальном физиологическом функционировании. Пациент должен включать силовые факторы в каждое сделанное движение, в каждую произвольную активность, которую он испытывает, в каждую непроизвольную активность его внутренней среды. Это становится предписанием для его клеточной структуры и функции, для его гомеостатического механизма.

Мое представление таково, что силовые факторы, направленные на физиологию тела, приносят волнообразное движение в каждую клетку и в межклеточную жидкую среду. Далее это регистрируется периферической нервной системой, и этот отпечаток нерва становится частью паттерна центральной нервной системы. Если центральная нервная система получает достаточно сильное впечатление, она включает эти данные в систему приказов, которые проводятся через двигательную систему, трофическую систему и автономную нервную систему. Весь организм создает новый паттерн функционирования для поддержания физиологии тела с дополнительными силовыми факторами. Это дополнение к локальным повреждениям, которые испытывает тело, и которые обычно только и лечит врач.

«Разумность» клетки является признанным качеством всех биологических тканей, и в случаях травмы тысячи клеток, имеющие свои инертные паттерны,

114

внезапно выводятся из нормального функционирования и включаются в новые паттерны функционирования, включающие факторы силы, направляющие их в определенном направлении для действия и движения. Сенсорная неравная система регистрирует эти новые ощущения. Если впечатление довольно сильное, подобные сигналы сенсорных нервов продолжаются в течение часов и дней в зависимости от повреждения. Это будет продолжаться до тех пор, пока в клетках сохраняется нарушение, и этого времени достаточно, чтобы произвести определенные изменения в показателях центральной нервной системы. После этого центральная нервная система должна включить эти новые данные в произвольное и непроизвольное использование местных охваченных участков, а также в изменяющиеся уровни в физиологии всего тела.

Поэтому мы часто наблюдаем, что пациенту удобно произвольно двинуть свое тело в направлении, по которому факторы силы воздействовали на тело, но если данное движение происходит в каком-либо другом направлении, не соответствующем направлению сил, оно беспокоит пациента. В первом случае он кооперируется с данными, которые записаны в его нервной системе, в другом случае, при других движениях он действует «против шерсти».

Со временем это основное впечатление, воздействовавшее на физиологию тела, становится частью его нового механизма, в котором теряется базовая линия эффективности по сравнению с физиологией тела, которая была до появления дополнительных силовых факторов. Местные ткани под воздействием прямых приказов от всех этих стимулов становятся более восприимчивыми к дальнейшим нарушениям и напряжениям из-за более низкой сопротивляемости.

Квалифицированная перцептивная пальпация и осмотр специалистом в большинстве случаев дают ключ к этому синдрому, так как благодаря искусству пальпации врач узнает о функционировании тканей и состоянии тонуса и выясняет, что они отличаются от нормы. Затем врач расспрашивает пациента о его современных и старых заболеваниях, что может пригодиться в результатах его исследований. Часто пациент не может вспомнить никаких случаев, которые могли бы объяснить результаты, но последовательные визиты к врачу могут выявить такой случай после того, как прояснится память пациента. Итак, для врача важно тренировать свое перцептивное прикосновение, чтобы уметь определить эти зоны нарушенного функционирования. Основанием" для понимания врача является его знание базовой линии равновесия для каждой области тела. Каждый несчастный случай вписывает свою историю в тот тип физиологии, с которой работает врач.
Во время диагностического процесса вместо того, чтобы в пораженный области проверять места, в которых ограничена способность функционирования, что беспокоит пациента, врач должен направить процесс в обратном направлении. Данная область анатомически и физиологически настраивается на точку максимального комфорта. Так как большинство несчастных случаев связаны с силой, которая действует на пациента и внутри его, врач применяет умеренную компрессию во время своих поисков фокуса максимальной эффективности, но такое количество компрессии недостаточно, для того, чтобы вмешаться в физиологический процесс, происходящий в данной области, но достаточно для того, чтобы взаимодействовать с тканями, когда они ищут новую базовую линию равновесия. Это относится к той части состояния тонуса, о которой говорилось в последнем параграфе. Главное в том, чтобы пройти к фокусу комфорта, не пытаясь рассмотреть, насколько мала площадь, и уловить качество тонуса максимальной эффективности. Ткани расскажут свою историю. К примеру, женщина подвернула ногу во время аварии автомашины, и когда ее положили в ту же позу, что и при аварии, качество тонуса и физиологическое функционирование в поврежденной ноге было почти таким же, как в другой ноге, особенно тогда, когда добавили умеренную компрессию, чтобы восстановить большую силу при резкой остановке. То
115
же самое подходит и для всех таких случаев. Индивидуальный паттерн должен быть подобран для каждого пациента, так же, как и добавленный фактор силы. Происходит заметное уменьшение дополнительных силовых факторов, когда поврежденным областям придается положение, точно сфокусированное анатомически и физиологически. Частью лечебной программы является расположить области тела таким образом, чтобы привести их к точке, в которой может происходить убывание силового фактора. Начало лечения состоит в том, чтобы в поврежденной области оставить только основную врожденную физиологию тела. Позже можно проводить более полное лечение, и остаточные осложнения будут доведены доя минимума.
Примечание редактора: Д-р Бекер (Becker) не всегда грубо помещает пациента в нужное положение; наоборот, при помощи своих рук, внимания и мелких движений тела он фокусирует многие из этих факторов силы.
Часто качество тонуса мышцы таково, что невозможно обеспечить хорошие результаты коррекции до тех пор, пока не будет повышена жизнеспособность области. Коррекция структурных нарушений может оказаться простой и может произойти, когда пациент на столе у врача, но тонус мышц и нервные паттерны могут оказаться такими, что пациент может разрушить проведенное лечение, не дойдя до машины, чтобы ехать домой. Паттерны затронутых тканей легко устают, и программа лечения должна задержаться на этом факторе усталости для каждого случая, в каждом лечении. Когда качество тонуса становится более нормальным, основные корректирующие меры будут продолжать

помогать физиологии тела восстанавливаться до нормальной базовой линии равновесия. Хорошо разработанная пальпация укрепит субъективное знание пациента о том, что он решил свою проблему.
Программа лечения должна включать все факторы, представленные в каждом случае: подробную историю и перцептивный осмотр; знание как действуют определенные области при нормальной базовой линии равновесия и при новой базовой линии функционирования; качество тонусов локального механического, химического, цирку ляторного, электрического и тонуса межклеточной ткани; воздействие функционирующего паттерна на центральную нервную систему через ее сенсорные, моторные, трофические и автономные факторы; и, наконец, обобщение всей картины для общей оценки и лечения.
Воздействие силы на физиологию тела может произойти и без участия индивида, а может случиться и так, что индивид оказывается в такой окружающей обстановке, что сам навлекает на себя силу. Удар летящим предметом - это пример для первого случая, тогда как напряжение при подъеме тяжести относится ко второму. Сила или энергия в любой форме влияет на внутренний гомеостатический механизм тела.

Истории болезни

Для иллюстрации будут представлены несколько кратких историй болезни. Они будут иллюстрировать различные формы применения энергии при каждой проблеме, представят получившуюся в результате картину и последствия каждого случая. Задача этих примеров заключается еще в том, чтобы привлечь ваше внимание к тому, что сила плюс физиология тела представляют совершенно другую физиологическую картину, чем одна физиология тела.
Случай 1: Мужчина, примерно 35 лет обратился с жалобами на боли в плече, плечевую невралгию, повторяющуюся кривошею в течение 18 месяцев. Каждой жалобе соответствовали обычные локальные нарушения, три или четыре раза проводилось лечение с некоторым облегчением, но проблемы возникали вновь через несколько часов после каждого лечения. В представленной пациентом истории оказалось, что он был заядлым авто спортсменом и незадолго до появления заболевания он вытащил из машины двигатель, чтобы его наладить. Когда его надо было поставить на место,

помощника рядом не оказалось, и пациент один поднял двигатель и поставил его на место. Он думал, что двигатель весит 150 фунтов (около 70 кг), но как он потом узнал, двигатель весил 250 фунтов (более 120 кг). Ознакомившись с этой историей, была выявлена его главная длительная проблема, и она была решена в течение двух лечебных процессов. В течение трех лет не было рецидива ни одного из имеющихся у него симптомов.
В данном случае сила, связанная с напряжением при подъеме тяжести, заблокировала крестец между подвздошной костью в области второго крестцового сегмента, хотя не были нарушены движения крестца в сторону подвздошной кости на месте крестцово-подвздошных соединений. С утратой свободного движения и полноты функции крестца и подвздошной кости, была ограничена функция околопозвоночных мышц и связок, включая оба плечевых пояса, и произвольное включение пациентом этих структур вызывало давление, которое было возвратным. Найденное решение для силовых факторов напряжения от подъема и восстановление нормального полного функционирования крестца разрешило имеющиеся у пациента проблемы.
Случай 2: Двадцатилетняя женщина попала в аварию автомобиля и получила сложный перелом левой лодыжки. Когда ее предположительно вылечили, у нее осталось общее опухание левой конечности от таза до ступни в течение дня, ночью опухоль

уменьшалась. Это длилось в течение года после аварии. Физический осмотр выявил растяжение'суставных связок в правой части подвздошно-сакральной области, лунке вертлужной впадины, колене, лодыжке и стопе, все при напряжении внутренней ротации. Восемь остеопатических сеансов лечения для коррекции этих внутренних растяжений ротации привели к некоторому уменьшению паттернов и к некоторому успокоению симптомов и уменьшения опухания, но достаточный прогресс, который требовался, не был обеспечен. Во время девятого визита, она сказала мне, что во время удара, она спала на заднем сидении. Я попросил ее принять ту же позу на лечебном столе, и она так свернулась на правую сторону, будто для воспроизведения общего паттерна внутренней ротации для всех структур, вовлеченных в комплекс симптомов. Сильный удар об опору моста при скорости 30 миль в час создал общий патологический, физиологический паттерн для конечности, о которой идет речь. Лечение по поводу коррекции силового поля с паттернами внутреннего растяжения позволило нормализовать физиологическое функционирование за два визита. В течение девяти лет симптомы не повторялись.

Случай 3: Следующий случай описывает другой вид силы инерции. Пятидесятилетняя женщина летела в самолете, место у нее было в хвосте самолета. Вдруг без предупреждения самолет начал снижаться на несколько тысяч футов, выбрасывая многих пассажиров из их сидений. Многим была нужна медицинская помощь, хотя пациентке помощь не потребовалась.

Впоследствии у нее появились напряженные боли в плечах и шее, и далее они распространялись на подзатылочные области. Это продолжалось три месяца, до тех пор, пока она не получила лечения, которое решило проблему. Когда произошло внезапное изменение направления и скорости полета, на межклеточное вещество воздействовал новый силовой фактор дополнительно к физиологии ее тела. Пока действовал этот силовой фактор, физиология ее тела вместе с дополнительной силой создали новый паттерн функционирования. Когда разрешилась проблема силового фактора, восстановилась нормальная физиология тела. Хватило одного сеанса лечения, чтобы выполнить работу.

Случай 4: Следующий случай о молодом человеке, который ехал по дороге со скоростью 55 миль в час, когда ему навстречу выскочил другой автомобиль. Молодому человеку хватило времени лишь на то, чтобы поставить ногу на тормоза, и он ударил другую машину. Сам он серьезно не пострадал, но его машина была разбита. Он получил ушибы и растяжение лодыжки. На следующий день осмотр показал местные

растяжения, а также повреждение, типичное для ситуаций «удар хлыстом», потеря движения во втором сакральном сегменте. Еще пациент жаловался: «Я не чувствую себя единым целым».

В этом случае тоже внезапное изменение инерционного движения повлияло на физиологию тела. Следует помнить, что тело человека в основном состоит из жидкости, и если бы этот человек был ведром воды, стоящим на кресле машины во время столкновения, вода из ведра расплескалась бы во все стороны. Лечение для решения проблемы силовых факторов было направлено на то, чтобы позволить восстановиться обычным нормам физиологии тела, и больной покинул кабинет врача, чувствуя себя единым целым. Спустя два дня быстро прошли все его боли.

Случай 5: Похожий случай произошел с 15-ти летним мальчиком, который попал в аварию на мотоцикле, при которой получил сложные переломы правого бедра, двенадцатого грудного позвонка и серьезные ушибы. Пока он находился в больнице, два раза в неделю проводилось лечение, чтобы снять последствия удара

в тканях и физиологии его тела. Потребовался почти целый месяц, чтобы врач при пальпации почувствовал, что нормальные восстановительные механизмы тела полностью готовы работать без дополнительных давящих силовых факторов, осложняющих проблему.
Случай 6: Последний случай в этой серии представлял мужчина 39 лет, который за два года до первого появления в кабинете врача поднял несколько мешков, весом по 100 фунтов (~ 45 кг) и страдал от болей в нижней части спины. Он постоянно болел и собирался сделать операцию в связи со сращением в нижней части спины. Его рентгеновские снимки показали следующее: 1. Спондилолистез первой степени (смещение позвонка к переду); 2. Обширный спондилоз и артроз, охватывающие пояснично-крестцовые сегменты, из-за почти полного сращения между передними полями пятого поясничного тела и первым сакральным сегментом; 3. Заметная дегенерация диска на пятом промежутке, предположительно связанная с сильным сужением этого промежутка.
В течение пяти месяцев было проведено 28 сеансов лечения, затем еще пять месяцев больной был под наблюдением врача. К тому времени произошло полное избавление от его болезни. Он смог ездить верхом на лошади, мог обогнать сына в 100 ярдовой скачке, поднимать корзины с песком из колодца на своем ранчо. После того, как были достигнуты эти результаты, его направили к другому рентгенологу для обследования. Показания рентгенолога полностью совпали с предыдущими, однако, в последние шесть лет не было рецидива симптомов. У пациента сохранились потенциальные возможности, связанные с врожденной неустойчивостью спины при дегенеративных изменениях, но первичной проблемой в данном случае было то, что он добавил силовые факторы к своей физиологии тела. Когда были решены эти проблемы, его нормальные, компенсирующие механизмы восстановились для нормального функционирования.
80
Далее включены два дополнительных случая, взятых из других статей.
Случай А: Ко мне на прием пришел человек с серьезным синдромом блуждающего нерва. У него были пароксизмальные приступы сокращений перистальтики, диарея и другие симптомы блуждающего нерва, продолжавшиеся 2-3 дня. Это повторялось 1 - 2 раза в месяц в течение шести лет. Во время П-ой Мировой войны он был летчиком, летал по многим заданиям, неоднократно при пикировании испытывал сильные перегрузки от перепада высот. И когда его подбили в джунглях Бирмы, он получил перелом черепа и другие повреждения.
118
Потребовалось несколько посещений врача, чтобы определить дисфункцию. Выявились многочисленные растяжения суставных соединений в области спины, от крестца до черепа, сложное нарушение равновесия таза, паттерн базилярной компрессии напряжения и черепное повреждение сосцевидного отростка затылочной кости на левой стороне. Постепенное исправление этих нарушений в течение 9 месяцев с переоценкой их главной роли в функционировании потребовало тщательного корректирования на каждом сеансе лечения и привело к хорошим результатам выздоровления. Сейчас пациент является профессором и время от времени сообщает мне по почте, что у него случается 1 или 2 слабых приступа в год. Казалось бы, что перелом черепа и левостороннее поражение сосцевидного отростка затылочной кости были основными факторами синдрома блуждающего нерва, но для этого потребовалось лечение всего тела, которое было подвержено травме типа «удар хлыстом», для того, чтобы восстановить функционирование нормальной,

сбалансированной автономной нервной системы, чтобы помочь ему в повседневной жизни.
Можно привести интересное замечание о боевых летчиках в целом. Мне приходилось обследовать некоторых летчиков П-ой Мировой войны, Корейской войны и летчиков современных реактивных самолетов. Во время пикирования и выхода на пике пилоты подвергаются постоянному движению, типа «удар хлыстом», которое втискивает пилота в его таз. При обследовании можно выявить подобный паттерн. Возможно, это отражено в поговорке «Он летает на задней части своих брюк». Это тот фактор, который надо учитывать при некоторых заболеваниях летчиков.
Случай В: В этом случае я собираюсь включить в состав группы четырех двадцатилетних женщин и одну 55 летнюю. Молодые девушки попали в серьезные автоаварии, каждая была без сознания в течение 6 месяцев после аварии, и они пришли ко мне на прием через несколько лет. Дама попала в авто аварию, в которой ее ударило по голове солнцезащитным щитком ветрового стекла и стенкой машины. Во всех этих случаях были серьезные повреждения мозговых полушарий. Все они демонстрировали серьезные синдромы стресса. У них всех во всем теле еще ощущалось присутствие «шока», а также многочисленные пораженные области. Программа первичного лечения заключалась в том, чтобы обеспечить физиологическое лечение для коррекции синдрома стресса и шока, потому что после этого имеющееся физиологическое функционирование в более здоровых областях тела может восстановиться и способствовать максимальной потенциальной возможности лечения. Необратимые патологии не самокорректируются, но для подобной проблемы можно многое сделать восстановлением функционирования обратимых областей.
£0
Далее следует письмо, написанное д-ром Бекером (Becker) своему коллеге, 4 сентября 1981 г.
0: Факторы силы в физиологии тела.
Дорогой доктор:
В ответ на ваш вопрос, я перечитал статью 20 летней давности, и она оказалась слишком многословной и скучной, но основная тема статьи, взаимодействие факторов силы *с* физиологией тела, остается и сегодня такой же ценной, как и тогда, когда была написана статья. Излагается краткая история написанной статьи. Первую часть статьи, посвященную «гомеостазу» можно обобщить, как факт признания того, что структура -функция и функция - структура внешне и внутренне взаимозависимы в физиологии тела. Кроме этого существуют произвольные механизмы тела и ритмические непроизвольные механизмы, которые работают, чтобы обеспечить сгибание при
119
внешней ротации и разгибание при внутренней ротации от макушки головы до стоп в каждой клетке тела.
На этом фоне позвольте мне высказаться о пальпации. Я пользуюсь искусством пальпации в форме суставно-мобилизационной техники в течение 10 лет, и мое умение адекватно этому типу подхода. Когда я понял, что структура - функция, произвольные и непроизвольные механизмы действительно имеются в физиологии тела, я полностью изменил свой подход к пальпации, как с философской, так и с физической точки зрения. Эта перестройка и период подготовки, чтобы научиться читать основные факторы гомеостаза в работе физиологии тела, заняли у меня от 3-х до 5 лет. Это был 1949 год.
В последующие десять лет физиология тела пациентов демонстрировала структуру - функцию, функцию - структуру, произвольные и непроизвольные механизмы здоровья, травмы и /или болезни. Удивительно, но многие из пациентов тоже

показывали факторы силы в физиологии механизмов тела. Поэтому была написана эта статья.
Раздел статьи, где представлены истории болезни пациентов, сохраняет свою ценность спустя 20 лет, так как не было рецидива заболеваний ни в одном из случаев, представленных как примеры. Я также могу сообщить, что каждый седьмой новый пациент, который приходит в мой кабинет, приносит с собой факторы силы в физиологии тела в своей системе. Сначала это выявляется при пальпации, а потом подтверждается историей пациента. Следует добавить, что каждый летчик, в отставке или еще работающий, показывает заблокированный механизм от макушки головы до ступней ног, и все они показывают паттерны фактора силы.
В средней части статьи сделана попытка найти объяснение феномену факторов силы в физиологии тела, и я не удовлетворен ни самой идеей, ни предложенными идеями. Книга: Scwenk Theodor *Setnsitive Chaos* 3rd printing (чувствительный хаос). Garden City, 1976 (вперв. 1965) представляет альтернативные решения проблемы. Прочтите ее. Я уверен, что она вам поможет.
120

X..... «Удар хлыстом»

Это значительно отредактированный вариант статьи,
опубликованной в Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy за 1961 год.
(Сейчас называется American Academy of Osteopathy).
so
Название этой статьи выражает начало травмы типа «удар хлыстом»: «X» - это точка удара, который вызывает травму. Целью данной статьи будет обсуждение начала подобных травм и их воздействие на пациента. Подробно будут рассмотрены три области воздействия: вызванные мозговые и эмоциональные изменения, трофическое воздействие в затронутых тканях, а также влияние времени или хроническое состояние болезни у данного пациента.
Присутствующие силы.
Анализ проблемы «удар хлыстом» начинается с точки удара. Эта точка удара обычно находится не в физиологии пациента, а связана с транспортом, в котором он едет во время удара. Эта сила, исходящая из точки удара и направленная на транспорт, двигается дальше и охватывает пациента целиком. А пациент может находиться в движении, и это движение резко прекращается, или резко меняется направление его инерционного движения, или он может сидеть в стоящем автомобиле, в который может врезаться едущий автомобиль. В другом случае от инерции покоя к внезапному, движению или от движения к внезапному относительному покою происходит сильный физиологический шок и меняется направление внутри индивида.
Добавьте к этой картине индивидуальные физиологические элементы при активном контакте с транспортным средством. Когда удар поступает сзади, точка контакта находится на заднем сидении, где сидит пациент. Шея и верхние части плеч относительно свободны и во время удара им достается «хлыстом». Если удар приходится спереди, то пациента выбрасывает вперед, и он ударяется частями тела о приборную доску, о руль или его ударяет ремнем безопасности. Нога шофера обычно находится на акселераторе, на тормозах или на педали сцепления, и появившаяся сила проходит через эту конечность. И при этом скорость двигающегося автомобиля всегда является фактором. Несколько лет тому назад был проведен эксперимент, который показал, что предметы, размещенные на заднем сидении припаркованной машины, двигались с той же скоростью, что и врезавшаяся машина.

Учитывая эти факторы, знание подробностей аварии может оказаться полезным, но в большинстве случаев трудно восстановить истинную картину. Хотя авария была недавно, пациент обычно мало помнит. Я нашел подтверждения этих аварий, случившихся 10-30 лет тому назад.
Врач должен знать, что на пациента в течение всей жизни действует сила, направляемая по единственной линии в форме дуги. Поэтому врачу необходимо представить дугу пациента, когда он пытается выявить физиологические изменения, которые происходят. Добавьте к этой картине особые точки активного воздействия на тело пациента и попытайтесь продлить и вывести эти силы в действующие физиологические механизмы. Начать с тела пациента - это значит принять решение об очень близком подходе к проблеме. Направление, по которому поступает эта сила является одним их факторов в понимании травмы типа «удар хлыстом».

121

Физиологические типы тела

Следующий фактор, который следует принимать во внимание - это разные типы людей и их анатомико-физиологические паттерны, на которые воздействует травма типа «удар хлыстом».
Но это только начало. Среди индивидов можно найти анатомикофизиологические различия, такие, как изменения лордо-кифозного паттерна - индивид с прямой поясничной областью и со спинным механизмом при выгнутой вперед груди. У каждого индивида могут быть различные степени сколиозных паттернов. Ясно, что каждый из вариантов будет реагировать на силу «удара хлыстом» по-своему. Даже простая механика различий между женским и мужским типом тела требует разной реакции. При некоторых типах телосложения сила будет увлекать пациента в том же направлении, что и паттерн, тогда как при других типах будет наоборот. При кифозном паттерне сила может быть направлена в кифозную область в противоположном направлении от кифоза, тогда как в передней грудной области направление силы может быть подчеркнуто передним. Это простая иллюстрация, но ее можно усложнить подробным анализом по каждому представленному типу. Необходимо добавить и другие факторы, которые присутствуют в подобных случаях. Существуют механизмы приспособления, назначение которых - сопровождать каждый из наших основных физиологических паттернов во время реакций на более ранние напряжения. Эти паттерны приспособления также подвержены воздействию дуги силы, возникающей при ситуации «удар хлыстом», и они должны учитываться. По моим наблюдениям эти паттерны приспособления становятся потревоженными в результате воздействия травмы типа «удар хлыстом» и, как спящие тигрята возвращаются к жизни, чтобы добавить свою долю симптомов к симптомам, уже вызванных травмой. Иногда приходится поработать, чтобы распутать различные факторы, которые оказывали влияние на этих пациентов в течение недель, месяцев и лет. Являются ли они прямым следствием травмы типа «удар хлыстом» или это возникшие адаптационные напряжения, которые нужно откорректировать до состояния покоя, чтобы вернуть пациента к комфортному состоянию? В трудных случаях требуется точность диагноза. Пока в организме после травмы продолжает действовать сила определенного уровня, эта сила является одним из факторов, стремящихся сохранить пробудившегося «тигра», и диагностическая возможность измерения реакции пациента на лечение позволяет наблюдать, насколько быстро механизмы приспособления могут снова вернуться к состоянию покоя. Те, что не возвращаются, указывают на то, что все еще есть что-то, мешающее обратимости патологии, и это «что-то» является каким-либо фактором силы, появившемся в теле со времени травмы типа «удар хлыстом». Знаю по личному опыту, что когда проблема

подобного фактора решена, механизмы приспособления сами стремятся восстановиться до более нормального физиологического функционирования.

Патологическая физиология

Далее позвольте представить краткое описание, самой травмы типа «удар хлыстом» при воздействии на физиологические механизмы тела. Давайте возьмем пример, когда пациенту в припаркованной машине наносят удар сзади. Удар пришелся на задний бампер, и дуга направленной силы целиком охватила пациента в сидячем положении. Прямое приложение удара находилось на верхней части сидения, над которым голова, шея и плечи были отброшены назад, до того, как они успели отскочить вперед. Могут случиться разрывы и растяжения передних продольных связок, и соединительного кольца, возможно, связанные с кровотечением и опухолью, а также повреждение межпозвонкового диска или костных выростов на суставах и сужение

межпозвонкового отверстия с последующим разрушением корня нерва. Может произойти изменение физиологических искривлений спины от крестца до затылочной области. Могут наступить изменения межпозвоночной ткани - от соединительного, суставного воздействия, а также от воздействия внутренних органов. Может произойти изменение в фасциальной оболочке, которая окружает каждую затронутую мышцу, нерв, артерию, вену и внутренние органы на клеточном и многоклеточном уровне. Это очень важно, так как каждая из этих фасциальных оболочек подвержена воздействию полной дуги силы, возникающей в задней части машины.

Теперь, давайте рассмотрим роль крестца при данном синдроме. Так как пациент был отброшен назад, вся его спина, включая крестец, была приподнята из тазового углубления, а так как потом его отбросило вперед, он был снова с силой усажен в свой таз. В результате этого обычно блокируется крестец в области дыхательной оси непроизвольного движения. (В нормальном состоянии основание крестца раскачивается между подвздошными костями во время вдоха вперед, а во время выдоха назад). Это непроизвольное движение после травмы типа «удар хлыстом» замыкается таким образом, что крестец больше не раскачивается непроизвольно в ритме дыхательного цикла. Вместо крестца, раскачивающегося между подвздошными костями, мы теперь находим движение крестца и подвздошных костей как одно целое, назад и вперед. Утрата нормального дыхательного движения крестца обычно бывает двусторонним, если удар приходится на переднюю или заднюю часть машины, и односторонним, если машину ударяют с какой-либо стороны. Это остается глубоким длительным воздействием при травме типа «удар хлыстом».

При подобной ситуации ограничивается функция длинных межпозвонковых мышц и связок, которые тянутся от гребня подвздошной кости к плечевому поясу, не только во время дыхательного цикла, но и во время произвольных движений плеч и шеи. При пальпации верхних областей заблокированного основания можно почувствовать неподвижность основания таза вместо нормально качающегося таза. Каждое движение пациента плечами, руками или шеей производится при сопротивлении заблокированного тазового механизма. Это одна из причин, из-за которой в плечах и шее сохраняется боль, они быстро устают и в подобных случаях сохраняют некоторое бессилие.

Прикрепленная к крестцу передняя продолговатая связка поражается на верхнем уровне и свободно передает ограничение функции вниз до уровня крестца. Твердая мозговая оболочка (dura mater), окружающая спинной ствол, свободно провисает от

уровня верхнего затылочного позвонка и большого отверстия, а затем снова плотно прикрепляется на уровне второго сакрального сегмента. С потерей респираторного движения крестца твердая оболочка спинного мозга, а также оболочка головного мозга страдают от ограничения нормального дыхательного движения во время вздоха и выдоха. Так же ограничена конечная нить мягкой оболочки спинного мозга (pia mater), которая прикрепляется в копчиковой области. Будет ограничено нормальное движение вверх спинального ствола и его периферийных нервных структур во время вдоха и ограничение нижнего движения при выдохе. Физиологические нарушения в спинальном стволе и в центральной нервной системе продолжают уровень функции, что ведет к хроническому состоянию и трофическим изменениям при травмах типа «удар хлыстом».
Другие поступательные движения подвздошных костей в крестце, как правило, не нарушаются, поэтому мы не часто находим сакро-подвздошные напряжения, сопровождающие травму типа «удар хлыстом», если, конечно, не нарушены механизмы приспособления. Крестец не является ключом ко всем проблемам, связанным с травмой гипа «удар хлыстом», но во многих случаях он действительно играет реальную роль, :охраняя синдром напряжения механизмов приспособления и «удара хлыстом».
123
Есть еще анатомическая подробность, которая, как я полагаю, имеет клиническое значение при травмах типа «удар хлыстом». Это связочная полоса, плотно прикрепленная к передней продолговатой связке над четвертым и пятым грудными позвонками и простирающаяся вниз и вперед, чтобы смешаться с фасцией, которая обволакивает пищевод, трахею и аорту. Эта связка показана в анатомическом атласе *Bassett's Stereoscopic Atlas of Human Anatomy,* раздел IV: Грудь, слайды № 128-1 и 132-1. Я не мог найти материал об этой связке в других работах по анатомии, но это сильная связочная полоса.
Почему она важна? Любое ограничение функции связок является первичным фактором дисфункции, в данном случае мы имеем приостановку функции связок с вовлечением медиастинальной фасции. Наверху медиастинальная фасция переходит в глубокие затылочные фасции к основанию черепа. Внизу медиастинальная фасция переходит в перикард, диафрагму, правый и левый тяжи диафрагмы и фасции поясничной мышцы, которые проходят через таз, чтобы прикрепиться к малым трохантерам (вертелам) бедренной кости. Из прикладной анатомии мы знаем, что растяжения в связках в средне-грудной области, которые включают выше описанную связочную полосу, могут привести к трудностям, которые мы наблюдаем при «ударе хлыстом», в средостение, заднюю брюшную стенку, таз и вертлужную впадину, а наверху в переднюю затылочную область. Снова, как и в случае со спинным мозгом и центральной нервной системой, это может показаться лишь малым стрессом, в свете серьезной дисфункции, но это постоянный стресс, который будет ограничивать свободную подвижность этих областей во время дыхательного цикла. Свобода функций во всех частях тела во время дыхательного цикла занимает большую часть в обеспечении адекватного дренирования маленьких вен и лимфатических сосудов. И снова нам следует понимать, что пациенты с травмой типа «удар хлыстом» получили дугу направления силы, которая воздействует на весь механизм - фасциальные оболочки, спинальные и краниальные механизмы, крестец и внутренние органы.

Психологические осложнения

Цитата из журнала *«World-Wide Abstracts of General Medicine»* за сентябрь I960 года касается данной проблемы:
Травма типа «удар хлыстом», сопровождается психическими осложнениями, среди которых тревожность, депрессия, раздражительность и особенно замешательство.

Больным в большем объеме требуется разъяснение, утешение, внимание, сочувствие. Необходимо немедленное лечение.
В 47 случаях (23 мужчины и 24 женщины) серьезность психологических симптомов нельзя было скоррелировать. с тяжестью последствий травмы. Почти все несчастные случаи произошли, когда машина стояла или двигалась медленно, и пассажиры чувствовали себя в безопасности. Сильное нападение сзади происходит без предупреждения, превращая комфортную ситуацию в опасную и мучительную. Большинство пациентов отрицают все сведения о столкновении. Механизм отрицания приходит в действие, потому что столкновение произошло так внезапно, что многие люди не могут мобилизовать в себе обычные силы защиты, и поэтому проявляется более сильный механизм отрицания. Это делает невозможным эмоциональное обсуждение содержания и неприятностей аварии.
Это происходит так, будто эго подсознательно воспринимает, что признание травмы означает признание того, что управление головой и шеей, которые травмированы, будет отделено от тела. В этом отношении травма шеи по типу «удар хлыстом» психологически является особенной. Как внезапность этой травмы, так и подсознательное восприятие, приводят к возникновению белее сильной тревожности у обычно собранных и устойчивых людей, чем травмы других частей тела.
124
С этой точки зрения эмоциональные аспекты являются существенной частью травмы типа «удар хлыстом»; они не зависят от сопровождающих обстоятельств и не связаны значительно с ранее существующим психиатрическим заболеванием.
Этот краткий отчет точно охватывает ситуацию и подчеркивает некоторые моменты, которые уже отмечены в данной статье: целостность проблемы, трудность получения четкой истории случившегося, интенсивность действия внезапной силы и реакция нервной системы. Есть еще физический, анатомикофизиологический компонент, который проливает дополнительный свет на то, почему эти люди выражают некоторые из симптомов, которые у них появляются. Этот компонент помогает легче оценить ситуацию.
Головной мозг и спинной мозг покрыты тремя слоями мозговых оболочек: мягкой (pia mater), паутиновой и твердой (dura mater). Во время автомобильной аварии на все эти три слоя действует внезапная сила. Между внутренними и внешними стенками краниальной твердой оболочки располагаются венозные синусы черепа. Поток крови поступает в череп по артериям, которые проходят через защитные каналы, тогда как венозный дренаж зависит от венозных синусов внутри твердой оболочки мозга. Венозная кровь глаза освобождается в кавернозный синус, кровь вены Галена в ровный синус, а венозная кровь верхних церебральных вен попадает в верхний сагиттальный синус. Довольно интересно, что верхние церебральные вены опустошаются в верхний сагиттальный синус с передней стороны, тогда как кровь в синусе течет сзади. Однако, это только во время фазы выдоха респираторного цикла вены направлены вперед, против потока. Во время фазы вдоха при расширении пристеночных пространств и легком расширении сагиттального шва эти вены опустошаются справа в сагиттальной синус. Внутри нервной системы находятся ретикулярные области мозга и области наподобие мостов с поднимающимися вверх нервными трактами по направлению к таламусу и большому мозгу и идущими вниз нервными трактами от большого мозга к спинному мозгу и периферийным и краниальным нервам, все пронизывая волокнами. Как раз над этой областью располагаются центры эмоций гипоталамуса и таламуса. На дне четвертого желудочка головного мозга расположены все физиологические центры, включая и центр дыхания. Весь этот механизм сотрясается во время травмы типа «удар хлыстом». Твердая

оболочка мозга также, как мембранная оболочка стараются сжаться, подобно тому как сминается машина при ударе. В нормальном состоянии это играет наиболее важную роль при колебании взад и вперед во время ритмического паттерна дыхательного цикла вдыхания и выдыхания для того, чтобы начать и поддержать адекватный венозный дренаж в венозных синусах черепа. Но после травмы типа «удар хлыстом» появляется ограничение в виде различной степени дисфункции мембранного суставного напряжения краниосакрального механизма. Эти ограничения можно диагнозировать при помощи умелого тактильного прикосновения и при понимании задействованных механизмов. Что происходит с венозным дренажом от воздействия всех этих важных нервных центров? Как влияют на венозный дренаж глазные впадины? В норме нервная система способна двигаться в ритме собственного движения. С ограничением концевой нити и мягкой оболочки мозга (pia mater) в крестцово-копчиковой области появляются ограничения в функционировании центральной нервной системы.

Стоит ли удивляться, что эти пациенты тревожны, подавлены, возбуждены или дезориентированы? Некоторые из них могут вам сказать, что чувствуют себя так, будто у них вырвали глаза из глазниц или затолкали их с силой в глазницы. При сжатой твердой оболочке и неадекватном венозном дренаже разве трудно объяснить, почему это так?

Еще одним ограничением является нарушения паттерна нормальной флюктуации спинномозговой жидкости, что является серьезным патологическим

процессом, ведущим к дисфункции, такой же серьезной, как и венозный застой. Эта перемещающаяся жидкость является важным фактором питания во взаимообмене между центральной нервной системой, артериальной и венозной системами. Спинномозговая жидкость помогает при восстановлении пациента тогда, когда у нее есть возможность выполнять свою работу по флюктуации в кранио-сакральном механизме. Тренированное прикосновение может научиться распознавать изменения в нормальном паттерне флюктуации и качестве тона мембраны твердой оболочки и научиться проводить безболезненную коррекцию мембранных суставных напряжений, которые всегда присутствуют при травме типа «удар хлыстом».

Действительно, психологические факторы играют важную роль при этом типе травмы. Они являются результатом воздействия физических факторов, а физические факторы способствуют психологическому удару. Диагностика и лечение физических факторов является главным достижением в решении проблем не только психологического воздействия, но и патологической физиологии. В моем личном опыте была возможность увидеть эти симптомы сразу после восстановления нормальной физиологической подвижности центральной нервной системы, нормальной подвижности несущих мембран и флюктуации спинномозговой жидкости.

Трофические изменения

Трофические нарушения в механизмах тела начинаются с момента удара при травме типа «удар хлыстом» и охватывают индивида целиком. Чтобы понять эти изменения, необходимо понять ту роль, какую играют фасции в структуре здорового и больного тела. Несколько слов из работы Э. Т. Стилла станут основой фундамента, на котором предстоит строить:

Фасция представляет одну, если не самую главную из проблем, которые необходимо решить, так как она принимает участие в жизни и смерти. Фасция опоясывает каждую мышцу, вену, нерв и все органы тела. Она является почти сетью нервов, клеток и каналов, по которым втекает и из которых вытекает; она пересечена и наполнена, без сомнения, миллионами нервных центров и волокон, чтобы выделять и выводить жизненно важные и вредные жидкости. Когда фасция работает, мы живем, а когда она нарушена, мы усыхаем или опухаем

и умираем. Каждая мышца играет свою роль в активной жизни. Каждое волокно всех мышц обязано своей пластичностью той податливой промывающей перегородке, которая помогает всем мышцам плавно двигаться рядом с другими мышцами и связками и друг над другом без трений и столкновений. Фасция не только сглаживает мышцы, но также дает питание всем частям тела. У ее такое великое множество нервов, что ни один атом тела не остается без снабжения нервами и жидкостью...

...Когда вы имеете дело с фацией, вы работаете с филиалом мозга, по тем же законам, какими пользуется сам мозг, так почему бы не относится к фасции с таким же уважением? '

Это та жизнеспособность, качество тонуса, способность к функционированию этой огромной фасциальной системы, о которой д-р Стилл говорит: «Когда она работает, мы живем, а когда она нарушена, мы усыхаем или распухаем и умираем». Пациент, который страдает от травмы типа «удар хлыстом», все тело которого подверглось воздействию силы, может ожидать, что его фасциальные перегородки получают компрессионное воздействие разной степени от головы до пят. Нарушено обеспечение нервами клеток, венозный и лимфатический отток сокращается, кровь из артериол и капилляров поступает недостаточно, внутритканевый обмен жидкостями нарушен; гормональные и ферментные механизмы напряжены, и имеется еще много других изменений. Некоторые хронические боли и заболевания, как можно наблюдать, являются пост-травматическими синдромами типа «удар хлыстом».

A. T. Still, Philosophy of Osteopath, pp. 164-5 and pp. 167-8. (Философия остеопата).

126

Важность перекачивающих возможностей фасции можно легко понять, если представить, что сердце перекачивает в ткани ежедневно 7000 литров жидкости, но у нас нет периферийного сердца, которое возвратило бы всю эту жидкость в обратную циркуляцию. Прежде всего, мы зависим от качества тонуса фасции - насоса и мышечных агентов тела, чтобы возвратить жидкость через вены и лимфатические сосуды. Неисправность этих насосов приводит к хроническому застою, минимальному по степени, но стойкому по дисфункции.

Трофические нарушения проявляются по-разному, частично в зависимости от типа телосложения индивида, длительности нарушения работы этих «промывающих перегородок», чувствительности особых тканей, которые находятся под защитой фасции и получают от них питание, а также от наличия или отсутствия других болезней и травматических состояний. Степень заболевания может быть разной, но значение имеет, как общая проблема, так и специфическая. Действительно, при всех заболеваниях и травматических состояниях проявляются трофические нарушения, но часто при травмах типа «удар хлыстом» сначала проявляется мало изменений, но они накапливают силу в течение дней, недель, месяцев и лет до тех пор, пока о них можно будет сказать словами д-ра Стилла: «Причина и следствие вечны. Причина может быть несерьезной в начале некоторых случаев по сравнению с другими, но время увеличивает следствие до тех пор, пока следствие не перевешивает причину, ив результате - смерть. Смерть - это конец или общий итог следствий».[2]

Итак, трофические изменения и их воздействие могут проявляться в любой клеточной, висцеральной или скелетно-мышечной системе тела при нашем случае травмы типа «удар хлыстом» потому, что пациент подвержен воздействию общего паттерна потенциальной болезни. Этот паттерн локализуется в специальных областях, чтобы с течением времени проявить особые симптомы, которые охватывают как специальные, так и «тихие» области. Светлые стороны представленной картины заключаются в том, что трофические изменения обладают высокой степенью обратимости к норме, когда учитывается общая картина, и пациента лечат полностью, чтобы восстановить перекачивающие возможности фасций. Было много случаев, когда я чувствовал, что не будет хорошей отдачи от лечения, но организм проявлял такую физиологическую

способность, о какой ни я, ни пациент и не подозревали. У тела есть потенциалы выше.нашего понимания, если мы даем ему возможность.

Хроническое состояние

Этот аспект травмы типа «удар хлыстом» можно быстро определить. С момента удара и до того момента, пока что-то реальное не будет сделано для определения диагноза и проведения коррекции всех многочисленных факторов, которые сопутствуют травме типа «удар хлыстом», пациенту предстоит страдать от одной или нескольких фаз травмы. Мне приходилось наблюдать и диагностировать случаи, в которых этот синдром все еще продолжал вносить вклад в нездоровье спустя 40 лет после автомобильной аварии, в которую попали пациенты. Я ставил диагноз на основе физических данных травмы, а позднее устанавливал историю, в соответствии с данными. Больные приходили с другими жалобами, но эти недуги не поддавались ни лечению других докторов, ни моему. Повторный осмотр основных нарушенных механизмов тела выявил старый механизм травмы типа «удар хлыстом», стоящий подобно подводной скале в проливе, над которым и вокруг которого пациент должен был удерживать свой паттерн здоровья.

Если кратко рассмотреть основные данные травмы типа «удар хлыстом», можно отметить общее ограничение функции плеч, шеи и верхних конечностей; общее ограничение кранио-сакрального мембранного суставного механизма, блокированный

[i] A. T. Still, Autobiography, p. 202. (Автобиография).

крестец на уровне второго сакрального сегмента, дыхательной оси крестца; общее ощущение ограничения мягких тканей тела и насосов фасции при особом ограничении областей в тех местах, на которые жалуются пациенты; чувство усталости во всех тканях тела; такое чувство, будто пациент целиком захвачен общим изменением дисфункции; а также специфические изменения в каждом случае, зависящие от типа телосложения и индивидуальных особенностей.

Я научился ощущать нормальное функционирование и дисфункцию этих анатомикофизиологических механизмов пациента, а не просто степень мобильности или подвижности пораженных участков. Каждая структура тела проходит через ритмические изменения во время дыхательного цикла. Все структуры, относящиеся к средней линии при вдохе сгибаются, а при выдохе разгибаются. Все двусторонние структуры имеют внешнюю ротацию при вдохе и внутреннюю при выдохе. Движение минимальное, но ощутимое для пальпации, если вы научились чувствовать функционирование тканей. Ограничение этих факторов помогает при диагнозе. Общее ограничение означает, что пациент целиком охвачен общей дисфункцией в различной степени. Локализованная дисфункция означает, что необходимо рассмотреть специальные детали, чтобы объяснить ограничение.

Термин «хроническое состояние» часто толкуется негативно, когда используется для описания пациента. Когда я пользуюсь этим термином, я имею в виду только продолжительность времени, в которое пациентов угнетает травма типа «удар хлыстом». Эти люди не являются «хронически больными пациентами», они никогда ими не были и не будут. Эти проявления нездоровья можно диагностировать и лечить, и, благодаря потенциальной обратимости патологии, большой процент из них проявляет значительную степень восстановления к более нормальному функционированию. Это автоматически исключает их из негативной «хронической психосоматической» классификации. Я говорю об этом потому, что мне удивительно видеть этих людей здоровыми, так же, как видеть успокоение самого пациента после выздоровления от длительного проявления болезни. У меня были и неудачи, в основном из-за недостаточного диагностического умения, а также из-за недостатка

времени, за которое должны произойти коррективные изменения. Для того, чтобы завести мотор этих долго не работавших фасциальных насосов, требуется время, но когда они начинают работать, восстановление здоровья на новом уровне не требует доказательств.
128

"Удар хлыстом"

В этой статье объединены результаты трех работ по теме «удар хлыстом». Первая «Whiplash injuries» была опубликована в Yearbook за 1958 и перепечатана в 1964 году в Yearbook of Academy of Applied Osteopathy (сейчас называется American Academy Osteopathy). Две другие статьи (март и декабрь, 1970) были написаны для семинара по теме «удар хлыстом», проведенного Американской академией остеопатии.

Нормальные анатомические и физиологические механизмы

Термин «удар хлыстом» относится к типу энергии, которой подвергается пациент, часто в форме резкого ускорения или резкого снижения, а иногда в комбинации обеих форм энергии. При подходе к пациенту с травмой типа «удар хлыстом» прежде всего мы должны определить, что в целом является нормой для данного пациента. Как функционировали все органы анатомически, физиологически, психологически и эмоционально до того, как были нарушены.

Что такое здоровье? Это функционирование всех частей тела в гармоничной взаимосвязи. Все системы «идут» и могут свободно приспосабливаться к каждому изменению окружения в жизни пациента. Все работает слаженно, и пациент не задумывается ни о какой-либо части тела, потому что его нервная система не сообщает ему, что что-то не так. Он воспринимает хорошее здоровье как естественный компонент своей повседневной жизни. Он может жить без мысли о каком-либо ограничении функции в его системах. Индивид может ходить, стоять, сидеть, работать, играть, есть, спать, мечтать и делать все, что ему нужно с ощущением свободного передвижения в своем окружении в соответствии со своими потребностями и желаниями. Они живут *целостные* мужчина и женщина в гармонии со вселенной, как внутренне в соответствии со своими гомеостатическим равновесием, так и внешне, гармонируя с окружением.

Этот паттерн здоровья подходит лично ему, и именно этот паттерн именно для этого индивида должен быть оценен врачом при определении базовой линии здоровья для диагностических и лечебных целей. Здоровье мужчины или женщины шестидесяти лет явно отличается от здоровья двадцатилетних. Физические свойства пациента с длинным и худым телосложением отличаются от свойств невысокого и полного индивида. Перенесенные в прошлом болезни и травмы, от которых пациент оправился и восстановил силы, также являются частью общего паттерна здоровья данного индивида. Все из этих факторов является частью базовой линии оценки.

Давайте рассмотрим различные системы тела более подробно. Система соединительных тканей является основой для многочисленных слоев, полос и хитро устроенных механизмов с миллионами и триллионами мест для включения работающих клеток тела. Это живая система с тонусом, качество которого сообщает о здоровье или о нарушении здоровья рукам врача, который осматривает тело методом пальпации. Внутри тела находится скелетно-мышечная система.

Скелетную систему можно сравнить с живым, сложным по типу двигателем, в который включены формы и контуры от отдельных костей стопы до 22 костей, которые образуют краниальный механизм. Каждая кость соединяется с соседней костью или костями таким образом, что скелетный механизм обеспечивает одну из возможностей человека - ходить по земле. Все кости находятся в движении от

макушки головы до стопы в течение жизни. Мышечная система тела вместе с соединительными тканями фасций, которые связывает мышцы со скелетной системой, образуют основу координированного передвижения для использования индивидом. В теле находятся и
129
другие мышечные системы, которые служат для того, чтобы поддерживать внутреннее функционирование жизни - кардиоваскулярная, реберно-дыхательная желудочно-кишечная и мочеполовая системы. Эти скелетно-мышечные системы тоже имеют живое качество тона, который врач может пропальпировать с диагностическими и лечебными целями и может оценить как часть базовой линии здоровья индивида. Существует много систем мягких тканей, включая все внутренние органы. Центральная и периферическая система, а также автономная нервная система относятся к мягким тканям тела, и они образуют обширную коммуникационную сеть для функционирования всего организма.
Каждая из этих систем сложна по своей организации и имеет нормальное значение для функционирования, которое составляет вооружение каждого врача при диагностическом подходе. Существует биоритмичность функции, которая органично взаимодействует с паттернами функционирования для каждого часа дня и ночи всех частей тела, и эта информация является частью каждой тренировки врача-остеопата.
Интересно рассмотреть все жидкости, которые представляют нормальную физиологию в паттерне здоровья пациента. Сюда относятся спинномозговая жидкость, кровь, лимфа, внутритканевая и серозная жидкости. Все они взаимообмениваются в физиологии тела друг с другом и со всеми живыми клетками, которые они окружают и омывают. Качество тонуса и количественная достаточность функции - это то, что позволяет врачу методом пальпации при обследовании многих систем жидкостей произвести оценку базовой линии здоровья пациента.
И, наконец, есть психо-ментально-эмоциональный мозг и Разум пациента, который в случае необходимости дает общему здоровью пациента столько, сколько дает физическое здоровье его физиологии. Как данный пациент рассматривает свой уровень здоровья при функционировании организма? Каков его статус стабильности по сравнению с его эмоциональным состоянием? Является ли он в основном нервным типом, чувствительным к каждой мелкой перемене, которые происходят в окружении, или он более флегматично относится к своему здоровью и потребностям? Как он реагирует на жизненные стрессы: Ощущает ли его скелетно-мышечная система постоянное напряжение, какое мы находим у очень многих пациентов сегодня? Реагируют ли другие системы его тела учащенным сердцебиением или желудочно-кишечными : симптомами? Эти и многие другие факторы могут стать нормальной частью паттерна здоровья данного пациента и могут рассматриваться как *нормальные* при оценке его базовой линии - для этого важно, как он функционирует. Его или ее реакция на ситуацию, какую создает тип напряжения «удар хлыстом» - это фактор, присутствующий в каждом случае. Мы обсудили общий структурный анализ всего тела. К этому анализу необходимо добавить следующую деталь. Осмотрите пациента на предмет паттернов сколиозного напряжения, которое может присутствовать. Описанные нормальные искривления спинального механизма редко просматриваются, так как у большинства пациентов имеется боковой сколиоз в разной степени или варианты

переднего или заднего искривления. У многих людей может оказаться плоский участок в верхней или средней части грудной клетки со стороны спины с искривлением от флексии вверху и внизу участка передней или задней грани. Переходные участки паттернов различных типов сколиозного растяжения особенно уязвимы при травме типа «удар хлыстом».

В свете физиологической динамики структура и функция находятся во внутренне-внешних меняющихся взаимоотношениях в процессе функционирования. Коротко мы рассмотрели структурные аспекты. Физиологическую способность тела к функции можно разделить на две основных категории. Одной из них является произвольное использование тела в повседневной активности. В здоровом состоянии -это обширное бессознательное использование всех ресурсов тела для многочисленных действий повседневной жизни, от утреннего подъема, выполнения дневной работы или

игры и до укладывания в постель на ночь, чтобы быть готовым к следующему дню. Скелетно-мышечная система, система пищеварения, система дыхания, кардио-васкулярная и все другие системы совершают свою работу легко и компетентно.

В теле существует и другой комплекс функционирования. Это основной дыхательный механизм, который подразделяется на пять частей: врожденная способность к движению головного и спинного мозга, флюктуация спинномозговой жидкости, подвижность интракраниальных и спинальных мембран, подвижность суставных сочленений краниальных костей и непроизвольная подвижность крестца между подвздошными костями. Все пять компонентов работают в гармоничном, ритмическом паттерне общего функционирования и не могут быть отделены один от другого в их врожденной способности функционировать в общей физиологии тела от головы до ступни. Это простое, ритмическое движение (которое чередуется со сгибанием / внешняя ротация и разгибанием / внутренняя ротация) совершается во всех механизмах тела, независимо от того, какие другие паттерны может выявить структурный анализ: сколиозные искривления; различные типы телосложения и все другие данные.

Движение это очень слабое и его трудно уловить врачу, необученному методам пальпации, но оно существует, и его можно найти, если врач оттачивает свое тактильное прикосновение до этого уровня функционирующего движения. Значение данного движения в том, что оно является важной частью физиологии нормы, а также в том, что это ритмическое движение помогает поддерживать нормальное здоровье индивида. Это ведь индивид, на который собирается обрушиться напряжение типа «удар хлыстом».

Патологические анатомические и физиологические механизмы

Энергии типа «удар хлыстом плюс физиология тела

Травма типа «удар хлыстом может встречаться в разных формах, но в данной работе мы остановимся на автомобильной аварии. Энергия автомобильного «удара хлыстом» охватывает не только затылочную область, действию этой энергии подвергается вся физиология тела от ступней до макушки головы, и на всю физиологию тела[1] воздействует автомобильная авария. Чтобы лучше понять силы, которые заложены в энергии «удар хлыстом», позвольте привести цитату из статьи: *Когда происходит столкновение автомашин, то через доли секунд внутри машины происходит второе столкновение. Инерция толкает вперед сидящего в машине с силой, равной скорости торможения, превышающей его собственный вес. Зафиксированные данные, полученные при воспроизведении аварии в лабораторных условиях, иногда доходят до 200 джоулей (G) в пике торможения, т. е. удар, в 200 раз превышает вес пассажира. Если автомобилист весит 150 фунтов, его ударяет*

сила в 15 тонн. Несмотря на то, что автомобилисты укреплены ремнем, при передне-задних столкновениях их с силой выбрасывает вверх и вперед. Если не действует мешающие факторы, их прямо швыряет по направлению к месту столкновения.

Следует подчеркнуть два важных пункта: Пациент внезапно превращается в массу физиологии тела весом до 15 тонн *в движении,* и эта *направленная* энергия действует в одном направлении, в сторону места столкновения.

Во время аварии в физиологии тела образуется силовое поле, направленное в одну сторону. Теоретически это увеличение энергии со 150 фунтов до 15 тонн растрачивается за время аварии. К концу пациент вновь весит 150 фунтов, а силовое поле, направленное в точку столкновения, больше не существует. В идеале

впоследствии это поле рассеивается. Но на практике это силовое поле все еще может сохраняться у пациента; и оно по-прежнему направлено в сторону столкновения; оно продолжает воздействовать на физиологическое функционирование тела в течение недель, месяцев и лет после аварии; эту силу может обнаружить в физиологии тела пациента врач при помощи пальпации. Вся структура фасциальной соединительной ткани вместе с жидкостями всех клеток тела подверглась воздействию этой силы, которая создает хроническое состояние сократившейся эффективности всех структур, которые окружены фасцией. Так как в фасцию облачены практически все соматические структуры тела, снижение эффективности может стать дополнительным фактором, препятствующим восстановлению здоровья.

Во многих случаях энергетическое поле от воздействия «удара хлыстом» рассеивается во время или вскоре после аварии, и только острые травматические повреждения и декомпенсированные физиологические механизмы требуют лечения для восстановления здоровья. Однако, есть также определенный процент случаев, в которых силовое поле не исчезает, и оно становится дополнительным фактором физиологического функционирования в паттерне здоровья пациента. Это становится частью физиологии пациента на пути к попыткам тела начать самолечение.

Определить наличие у пациента силового поля с его однонаправленным действием легче в случае недавней автомобильной аварии. Так как с течением недель, месяцев и лет после аварии его становится труднее выявить. Мне удалось обнаружить его присутствие спустя 35 лет после аварии. Необязательно его выявлять, но необходимо понять его потенциальное присутствие в фасциальном функционировании физиологии тела. Его присутствие - это клиническая сущность, которую можно наблюдать при пальпации, что может помочь при стойкой фасциальной дисфункции.

Техника для определения наличия нерассеяного поля, полученного в результате «удара хлыстом»: В случае, когда пациент пострадал при переднем столкновении, пациент лежит на спине на смотровом столе. Врач сидит в головах у пациента и скользит руками под пациентом вниз, чтобы наладить контакт с областью грудной клетки. Вес пациента важен, чтобы установить хороший контакт с руками врача: однако, руки не должны инертно лежать под пациентом. Врач производит пальпацию таким образом, чтобы составить общее впечатление обо всем теле, а затем специально пытается почувствовать ситуацию через переднюю грудную клетку. Продолжая пальпирование, врач должен закрыть глаза и почувствовать наличие или отсутствие направленного в одну сторону вектора силы, проходящей по всему телу спереди. Закрывать глаза необязательно, но это помогает добиться ощущения этого явления при пальпации. Если подобный вектор силы имеется, то он проявит себя через физиологию тела пациента примерно через минуту своей направленностью к потолку. В случае, если столкновение произошло сзади, пациента следует положить на стол

лицом вниз. Руки скользят по передней грудной стенке, затем переводятся в заднюю грудную стенку. В случае бокового столкновения при аварии пациента можно положить набок или лицом вниз, и силовое поле проявит себя выходом с одной или с другой стороны тела, в зависимости от столкновения.

Механизмы повреждения

Рассмотрение патологического воздействия на индивида, которое происходит при травме типа «удар хлыстом» начинается с тщательного изучения положения пациента в машине во время аварии. После того как при несчастном случае пациент подвергается действию силового поля направленного в одну сторону и проходящего *через* физиологию его тела, должны учитываться следующие соображения.

132

Если пациент находится в вертикальном положении и смотрит вперед, его нормальные механизмы сгибания - разгибания получат главный удар силы при лобовом и заднем столкновении, а его механизмы боковых сгибаний со стороны бокового столкновения. Если его голова повернута в одну или в другую сторону или он частично повернулся на сидении, то поверхности фасций, связанных с физиологией тела, будут подвергнуты дополнительному воздействию торсии. Если пациент является водителем машины, и его нога находится на тормозах или акселераторе, то направленность силового поля будет более прямой - через закрепленную ногу пациента в его физиологию. Даже при более мелких авариях это явление может быть среди причин, вызывающих повреждение физиологии тела. Если пациент лежит на заднем сиденье машины во время аварии, в действие вступают многие различные факторы. Дети могут оказаться в любом положении во время аварии, если ведут себя несдержанно.

Заднее столкновение вызывает чрезмерное растяжение затылочной области и остальной части спины с нарушением передних и задних структур. В этих условиях силы натяжения перемещаются на переднюю продольную связку, а силы давления на задние структуры. Можно наблюдать разрывы затылочных мышц и остистого отростка, пластинок, суставных элементов или зубовидных отростков оси. Поворот головы во время аварии вызывает воздействие торсии и может привести к большим повреждениям на одной стороне, чем на другой. Могут быть затронуты позвоночные артерии. Лобовое столкновение вызывает чрезмерное сгибание шеи и спины, опять с потенциальными нарушениями в многочисленных передних и задних структурах. При боковых столкновениях часто выявляется сложный паттерн движения и повреждения.

Во время автомобильной аварии существует дополнительный фактор силового поля, проходящего через физиологию в сотни фунтов силы инерции, направленной в одном направлении - в сторону столкновения. Эти векторы силового поля в нормальном состоянии не сопровождают движения суставных механизмов структур средней линии в физиологии тела (сгибание, разгибание, боковое сгибание с ротацией). Они приостанавливают движение структур по средней линии в моменты, противоположные нормальному движению. Поэтому в ответ на сильное сопротивление в физиологии проявляется чрезмерное сгибание и разгибание, а также увеличенный боковой наклон с ротацией. Векторы силы, возникшей при аварии, направленные в точку столкновения, воздействуют на фасциальные соединительные ткани, на механизмы суставных соединений всей физиологии нефизиологическими силами.

Воздействие автомобильной аварии на физиологию тела начинается с поражения всей клеточной физиологии от ступней до макушки головы. Это обычная история,

когда при крупных и мелких авариях пациент выскакивает из машины, если это возможно, и утверждает, что он не пострадал. Ударная волна быстро проходит через физиологию его тела и вызывает патологию, которую он почувствует позже, а первое впечатление - это одна из многочисленных реакций центральной нервной информационной системы. Через несколько часов шоковое состояние начнет проходить, и патология может проявиться в виде симптомов. Шоковое состояние тканей может длиться несколько дней, я сталкивался со случаями, при которых оно сохранялось спустя три месяца после аварии.

Обычно повреждения мозга происходят вследствие прямых ударов по голове. Также при заднем столкновении машин происходит чрезмерное растяжение шеи, вызывающее внезапное торможение основания черепа через все мышцы и связки, прикрепленные к основанию краниального механизма. Повреждение мозга и мозгового ствола может быть результатом градиентов давления, возникающих из-за накопления давления или из-за срезывающих сил и из-за движения внутрикраниального содержимого.

133

Вовлекаются все слои оболочек, которые расположены вокруг мозга и мозгового ствола - твердая оболочка, паутинная оболочка, мягкая оболочка, они вовлекаются с внутренней стороны краниальной полости, далее вдоль спинного канала из твердых рукавов, которые сопровождают каждый спинальный нерв через позвонковое отверстие, и вниз до прикрепления к сакральному каналу и копчику. Эмоциональные реакции, которые иногда проявляются после резкого ускорения и торможения в ходе нарушения в организме указывают на то, что повреждение мозга более серьезное и обширное, чем было признано.

Часто происходят повреждения нижней части спины, при которых затрагиваются мышцы, связки и происходит утрата функционального движения в поясничной части позвоночника и движения крестца между подвздошными костями. Ремень безопасности - хорошее средство для защиты, но он также создает точку опоры, ограничивающую движение таза, которому силы инерции могут создать многие паттерны напряжения.

Другие области повреждения, свойственные индивиду, представляют собой участки пересечения различных сколиозныгх паттернов искривления позвоночника. Это может происходить как при боковых сколиозных паттернах, так и при передне-задних сколиозных паттернах. Компенсирующее нормальное функционирование этих областей серьезно нарушено, не только во время острой фазы, но и во время хронической фазы, которая может длиться неделями, месяцами и годами.

Напряжение суставных соединений может происходить от верхней затылочной области по направлению к тазу и придаточным областям. Но не надейтесь на простую неподвижность костей. Большинство паттернов напряжения связаны с мягкими тканями, и тщательная оценка и коррективные меры для того, чтобы вернуть их к нормальному функционированию, помогут привести к нормальной мобилизации костные элементы. Фасции органов всех систем будут затронуты, и в кранио-сакральных механизмах можно обнаружить напряжение суставных мембран.

Физиологически любая область суставных соединений или суставных мембран должна быть автоматической, меняющейся, временно останавливающейся точкой опоры, чтобы выполнить свою способность продемонстрировать здоровье. При обычном употреблении эта точка должна быть способной принимать любое положение и вернуться вновь в плавающее состояние для последующего действия.

При травме типа «удар хлыстом» каждый затронутый участок суставных соединений в

грудной и затылочных областях получает ограничение в своих физиологических возможностях. Вовлеченные участки становятся относительно неподвижными точками опоры, неспособными выполнять свои естественные функции до тех пор, пока не будут вылечены растянутые связки. Утрата подвижности у механизма точек опоры имеет еще большее значение, когда это касается механизмов суставных мембран, что приводит к нарушению венозного дренажа' и флюктуации спинномозговой жидкости. Резкие движения тела и те силы, которым оно подвергается, создают потенциальную возможность для микротравмы для всех фасций тела. В равной степени затрагиваются и соматические клеточные элементы в фасциях и элементы, облаченные фасциями с их жидким содержимым. Подобная микротравма ведет к мелким паттернам фасциального фиброза, и оставляет следы повышенного растяжения в фасциальных поверхностях, влияя на будущее функционирование соматических структур внутри фасции. Сюда относятся мышцы, нервы, снабжение кровью различных тканей и выведение крови из них и лимфатический дренаж. Происходит нарушение компенсаторных гомеостатических механизмов. Паттерны сколиотического растяжения идут из базилярной области черепа через спину к крестцу, развиваясь и становясь облегченными основными пунктами декомпенсированной физиологии тела. При этом паттерны предыдущих заболеваний, которые пациент перенес раньше, и после которых

он оправился, нарушаются и декомпенсируются. Я отношусь к этим нарушениям как к «пробудившимся тиграм».

В данном контексте под «тиграми» подразумеваются старые раны, старые болезни и старые паттерны физиологических нарушений, с которыми пациенты справились. Они хорошо себя чувствовали в течение нескольких лет или месяцев, и у них не было серьезных трудностей с этими проблемами. Но эти проблемы могут вернуться, когда пациент побывает в автокатастрофе. Часто, когда пациенты будут обращаться к вам, они будут жаловаться не на то, что попали в автомобильную аварию, а на то, что проблема, которая была у них несколько лет назад и была под контролем, вновь начала их беспокоить. Они пытались вернуться к лечению, которое им помогало раньше, но проблема не уменьшалась. Если вы проверите историю подобных пациентов, часто сможете обнаружить, что они попадали в автокатастрофу несколько недель, месяцев, а иногда и год тому назад, перед тем, как этот проснувшийся тигр вернулся и стал их беспокоить. Но проблема не в проснувшемся тигре. Это травма типа «удар хлыстом», при всем ее воздействии на главный дыхательный механизм, потревожила тигра, он вернулся и тащит пациента, вызывая симптомы. Ответ на эту проблему заключается в том, чтобы выяснить, попадали ли они в аварию, о которой забыли, или про которую помнили, что в ней не пострадали. Выяснив это, приступайте к лечению. И тогда разбуженный тигр вновь отправиться спать.

Краниосакральный механизм

Краниосакральные компоненты при случаях травмы типа «удар хлыстом» заслуживают более подробного рассмотрения. Из-за того, что эти изменения в основном дыхательном механизме, особенно в крестце, служат в трудных случаях сдерживающими факторами, которые мешают реагировать на обычные методы лечения, применяемые в затылочной и грудной области. Часто оказывается, что нет симптомов, указывающих на краниальную или сакральную область, поэтому лечение остается сосредоточенным на областях, на которые жалуются - на шее и верхней части спины.

Связки, которые затронуты при травме типа «удар хлыстом», относятся к позвоночнику и грудной клетке, поэтому это передние и задние продолговатые связки,

межостистые и межпоперечные (intertransverse) связки, лучеобразные связки между телом позвонка и шейкой ребра, а также связки суставных сумок. При воздействии «удар хлыстом» на взаимозависимость затылка и атланта, также вовлекаются затылочно-атлантовые и атлантово-осевые связки. Углубленный анализ анатомических структур выявляет более обширное вовлечение. Передняя продолговатая связка плотно прикрепляется к передней части тела позвонка от второго грудного через второй сакральный сегмент. Наверху часть передней продольной связки расположена спереди тел шейных позвонков и прикрепляется к основанию затылка. Эта связка соединяется с растянутыми сухожильями мышц перед позвонками в области шеи и с ножками диафрагмы в поясничной области. Задняя продолговатая связка тянется от затылочной кости наверху до копчика внизу. Последнее хорошо обозначенное растяжение этой связки внизу располагается между первыми двумя сегментами крестца. Итак, напряжение суставных связок происходит в грудной и шейной областях и через растяжение этих связок следует к затылку и крестцу.

Напряжение суставных мембран и стресс также могут случиться внутри или около затылочной области. Точка опоры Сазерленда (Sutherland), которая является соединением палатки мозжечка и серповидного образования мозга, становится менее способной свободно функционировать в полном физиологическом процессе. При возникновении напряжения мембран краниального механизма происходят также нарушения флюктуации спинномозговой жидкости. В свою очередь это мешает адекватной передаче нервного питания центральной нервной системе, главного

фактора, необходимого для лечения нервов, поврежденных травмой типа «удар хлыстом». Более трудным становится дренаж венозных черепных пазух, что является еще одним фактором патологии центральной нервной системы.

Черепные нарушения, вызванные травмой «удар хлыстом» включают мембранные ограничения точки опоры Сазерленда и внутренней оболочки черепной коробки, затылочно-атлантовые нарушения (односторонние или двусторонние), поражение височной кости, своеобразные формы затылочно-мастоидного нарушения и другие. Нарушения флюктуации спинномозговой жидкости всегда сопутствуют поражениям основного дыхательного механизма и всегда присутствуют в подобных случаях. Своеобразная форма затылочно-мастоидного нарушения является интересной. Это нарушение не возникает, как при обычной форме нарушения от удара по затылку, который вдавливает его вовнутрь, его вызывает внезапная, тянущая сила «удара хлыстом», которая действует на основание затылка через глубокую затылочную фасцию, как отсасывающий поршневой насос. Поражающий клинический эффект данной силы может оказаться, а, возможно, и нет, настолько же серьезным, как и обычное затылочно-мастоидное нарушение, в зависимости от его особого воздействия на венозные синусы и палатку мозжечка внутри черепа.

Реципрокное напряжение мембраны часто оказывается ограниченным в своем нормальном движении. Это относится к твердым оболочкам внутри черепа, серповидного образования мозга, спинальным твердым оболочкам, которые окружают спинной мозг и сопровождают каждый нерв спинного мозга при его выдохе из спинного канала через каждое межпозвонковое отверстие. Из-за того, что опорная точка Сазерленда становится ограниченной в общем паттерне своего обычного функционирования, а две половины палатки мозжечка прикрепляются к отвердевшим краям височных костей, эти нарушения могут воздействовать на любой из девяти краниальных нервов, которые пронизывают твердую оболочку вокруг каждой височной кости. Это может создать своеобразные паттерны симптомологии.

Дополнительно к этому каждый рукав твердой оболочки вокруг каждого спинального нерва может быть ограничен в своем воздействии, весьма похожем на ограничение твердой оболочки, которое вызывает невралгию тройничного нерва в пятом краниальном нерве внутри черепа. Динамика этого механизма заключается в том, чтобы соединяться со свободной флюктуацией спинномозговой жидкости, которая очень важна для нормального метаболизма нервного функционирования. Я наблюдал этот феномен в сотнях случаев травмы типа «удар хлыстом». Я рассматриваю это явление как динамический фактор при объяснении многих сложных невропатий, какие мы находим при острых и хронических заболеваниях в посттравматических случаях «удара хлыстом».

Роль крестца

Крестцовый отдел первичного респираторного механизма почти всегда бывает поврежден. При вытягивании передних и задних продольных связок через второй крестцовый сегмент, крестец повреждается при травмах типа «удар хлыстом». Гораздо более опасным, чем сотрясение спинных связок, является сотрясение твердых тканей о крестец, в особенности на втором крестцовом уровне. Это наступает не только вследствие прямых повреждений крестца, вызванных внезапным резким движением головы и шеи, но также вследствие мембранных суставных растяжений, происходящих в области затылка, которые автоматически поражают каудальное соединение твердых тканей в области крестца. Любое ограничение точки опоры Сазерленд внутренне отражается в ограничении функциональной способности крестца, особенно в наиболее важном переднем месте схождения и заднем, месте расхождения на втором крестцовом сегменте, столь жизненно важном для хорошего функционирования первичного респираторного механизма.

136

Непосредственные поражения крестца при травме от внезапного резкого движения происходят непосредственно в момент повреждения. Когда тело пациента на начальной стадии смещается назад, вперед или в сторону, в зависимости от направления удара, крестец невольно поднимается вверх к голове, а во время отдачи так же принудительно опускается в область таза. Во время такого короткого, но насильственного «путешествия» в крестцово-подвздошных и крестцово-поясничных сочленениях происходит связочное и мембранное растяжение. Повреждения могут быть как односторонние, так и двусторонние.

С таким повреждением связано значительное фасциальное торможение на всех фасциях, соединённых с аркой таза - с двух сторон от одного подвздошного гребня к другому подвздошному гребню, а также спереди и сзади от пятого поясничного позвонка до лобковых ответвлений. Как правило, таз является изменчивой базой для физиологического движения тела, для нижних конечностей, а также и для верхнего отдела, вплоть до подмышек и затылка. После того, как произошло такое сжатие, таз становится зафиксированной базой для ограниченного функционирования физиологической активности тела. Усилия всех физиологических действий шейного и грудного отделов, а также усилия верхних конечностей, направлены против сопротивления зафиксированной тазовой основы. Поэтому патологические стрессы в этих отделах сопровождаются патологическим состоянием малой эффективности, и сжатие крестца с утратой его непроизвольного движения сжатия-растяжения становится главным фактором поломки компенсаторных гомеостатических механизмов, а также декомпенсации сколиотического напряжения.

Поскольку крестец был насильственно поднят из своего места в тазе и так же насильственно опущен вместе с совмещенным растяжением связок и мембран, наступает прямая утрата его способности действовать подобно автоматической,

неустойчивой и подвешенной точке опоры. Крестец фиксируется в своем тазовом ложе на уровне второго крестцового сегмента. Широкие L-образные области крестцово-подвздошного сочленения обычно поражены не слишком глубоко. Верхние грудная и шейная области, утратив изменчивую точку опоры, находящуюся на расстоянии 18-24 дюймом от крестца, находят необходимым компенсировать такую утрату, становясь более плетеобразными в своем действии. Связки и ткани, которые уже испытывают стресс при лечении, вынуждены работать еще более напряженно, чтобы поддержать динамическое функционирование позвоночника.
Можно провести аналогию, отметив разницу между деревом и веткой, воткнутой в землю. Дерево способно сгибаться на ветру и не испытывает стресса, так как его корневые структуры дают и берут с адекватной компенсацией. Ветка же, воткнутая в землю, может выгнуться назад и вперед, однако ее сопротивление будет гораздо сильнее из-за той части, которая была введена в землю. У нее нет той эластичности нормальной корневой структуры, которая присуща дереву. Подобным образом, крестец, оказавшись зафиксированным вследствие травмы, сопротивляется каждому движению, происходящему в грудной и шейной областях.
Как правило, крестец непроизвольно сгибается и растягивается между подвздошными костями (во время растяжения черепного основания крестцовое основание опускается и совершает движение вперед, в то время как копчиковое окончание движется назад; при сжатии все происходит наоборот). В свободном состоянии крестцовый механизм обеспечивает свободное функционирование всего туловища и шейных областей. Если же свободное действие этого механизма стеснено, и он функционирует как единое целое с подвздошными костями, он представляет собой зафиксированную точку опоры, создающую сопротивление для подвижности тела и шейного отдела.
Практически в ста процентов всех случаев травм, полученных при автомобильных катастрофах, необходимо восстановление нормального функционирования и подвижности крестца.
137
Обследование крестца: Поставить диагноз такого недостатка подвижности крестца довольно сложно, так как эту область малого или неслучайного движения труднее обнаружить, чем какое-либо очевидное смещение. Для того, чтобы обнаружить такую проблему, необходимо положить пациента на стол и плавно поскользить ладонью под его крестцом. Ваша ладонь должна настолько тесно прижаться к крестцу, чтобы иметь возможность выявить степень его подвижности, связанные с ней дыхательные движения пациента, а также качества тона связок и мембран. Сразу же можно почувствовать степень ограничения подвижности, а также определить возраст повреждения. Это означает, что, если нарушение произошло только несколько недель назад, при помощи крестцовой фиксации можно будет почувствовать, что повреждение сравнительно недолгого срока. С другой стороны, если повреждению уже несколько месяцев или лет, об этом будет свидетельствовать качество тона крестца. Конечно, травма от внезапного резкого движения головы или шеи является не единственным нарушением, которое вызывает такое уменьшение подвижности. Однако тщательно составленная история болезни и связанные с этим обнаружения в грудном и в шейном отделах - всё это непременно будет способствовать точному определению характера повреждения при обследовании.
После того, как вы достигли четкого ощущения сакральной способности, соедините передние верхние отростки подвздошных костей с предплечьем и кистью вашей свободной руки. Аккуратно прикоснитесь к ним, чтобы правильно установить потенциальное движение подвздошных костей, когда осуществлен следующий этап. Затем отведите спину пациента назад и начните ритмично вытягивать его ступню,

достаточно медленно для того, чтобы почувствовать движение в области таза. При сильном или хроническом сужении крестца на втором крестцовом сегменте относительно независимая подвижность крестца и подвздошных костей будет утрачена. Как правило, если все тазовые сочленения работают физиологически, их индивидуальное движение может быть почувствовано при пальпации ладонями. В случае, когда крестец защемлен с двух сторон между подвздошными костями, весь таз будет двигаться не как множество отдельных частей, но как единое целое. Во время сжатия и растяжения ступней вы почувствуете, что весь таз двигается как единое целое вместо индивидуального движения между двумя подвздошными костями, крестцом и пятым поясничным позвонком. При защемленном с двух сторон крестце одна сторона таза двигается индивидуально между подвздошными костями и крестцом, а другая представляет собой отдельное движение между защемленным крестцом и подвздошными костями с данной стороны.

Интересно отметить, что наличие защемления крестца можно обнаружить при помощи пальпации шейного и грудного отдела позвоночника. Если врач аккуратно обследует данные области для получения информации, необходимой для установления диагноза, он почувствует, что находится у окончания движущегося рычага со спокойным типом движения физиологического функционирования и дыхания пациента. Такое движение исходит от зафиксированного основания в области таза, и это можно почувствовать. Как правило, при нестабильном тазовом механизме невозможно почувствовать завершение рычажного движения в шейном и грудном отделах. Заметно лишь местное движение шейного и грудного функционирования. Если вам удалось пальпацией установить такой рычагообразный тип движения в шейном и/или грудном отделах, это означает, что у пациента двустороннее защемление крестцового механизма.

Лечение хронических последствий травм, полученных от внезапного резкого движения головы или шеи (тип «удар хлыста»)

138

-,,··_-_,, ···_ ,,·,,,. ,,j,—-_·,,,,,,,·_,, ,,г,,·г,,,·,,,,,,,, т·,,·,,,·,,,·,,,·_····,,. ^ _,····_,,,,,,. _,, относится как к диагнозу, так и к лечению, поскольку все лечебные программы являются постоянно проверяемыми диагностическими анализами, начиная с первого визита пациента к врачу и вплоть до окончательной выписки. Сюда входит установление диагноза для определения того, что является или должно быть образцом здорового нормального функционирования для пациента; диагноз для определения патологического анатомо-физиологического функционирования организма пациента, время первого и последующего визитов; а также диагнозы для определения эффективности лечебных программ в течение всего курса для того, чтобы установить, что физиологическое функционирование организма пациента пришло в норму. Хронические случаи подобных травм предлагают много сложностей для составления лечебных программ в связи с тем, что физиологическое функционирование нарушено во многих разных аспектах, и такие случаи требуют от врача огромного объема диагностических размышлений и внесения модификаций в лечение, чтобы соответствовать каждому отдельному случаю заболевания. Иногда бывает сложно распознать хронический характер последствий травмы, так как потенциальные признаки заболевания затрагивают весь организм человека, а с годами они могли превратиться в едва различимые дисфункции, и сосредоточение индивидуальных жалоб может включать в себя любую данную систему или же комбинацию систем тела. Чаще всего сам пациент не соотносит свои настоящие жалобы на состояние здоровья с давно забытым опытом перенесенной травмы.

Например, в моей практике был случай, когда одна женщина лет пятидесяти, довольно плотного телосложения и относительно флегматичного характера жаловалась на хроническую боль в груди, продолжающуюся в течение шести лет. Она получала разные медицинские оценки своего состояния, но тесты всегда были негативными, и ей даже советовали обратиться к психиатру. Мой осмотр ее физического состояния выявил наличие зажатого между двух подвздошных костей крестца; характерный, серьезный, стойкий тип напряжения позвоночника; нарушение свободного функционирования грудной клетки; а после осмотра шейного отдела я определил, что все костные соединения в этой области находились в постоянном напряжении. Это напряжение простиралось в черепную впадину, затрагивая мембрану. От моей пациентки я узнал, что 14 лет назад он попала в автокатастрофу. После того, как начальные повреждения были вылечены, о травме было забыто. Однако нам известно, что насос, перекачивающий жидкости, жизненно необходимые для здорового функционирования организма, на протяжении месяцев и лет не мог выполнять свою работу от 10 до 14 раз в минуту. Постепенно с течением многих месяцев и лет в сжатых тканях начал развиваться микрофиброз. Таким образом, произошло накопление результатов патологического физиологического функционирования, которое и вылилось в жалобы на боли в спине. Проведенное лечение по восстановлению правильного функционирования механизмов устранило боли в грудной клетке, и через десять лет самочувствие пациентки должно было значительно улучшиться.

во

История следующего случая заболевания взята из лекции доктора Беккера, прочитанной в 1970-е гг.

Другим примером, который иллюстрирует влияние переменного первичного респираторного действующего механизма, является пациент, переживший страшную автомобильную катастрофу примерно за 30 лет до визита ко мне. Он жаловался на

139

хронические боли в шее и верхней части спины. Его крестец представлял собой сплошной цементный блок; он утратил все свое качество тона; он даже не ощущался как кость. Также мышцы верхней части грудной клетки имели стеклоподобное качество, подобное тому, которое встречается при синдроме Паркинсона. Было очевидно, что трофическое влияние заблокировано; он не мог получать трофическое влияние от ритмически сбалансированного взаимообмена между жидкостями тела и его жизненным механизмом. Крестец был абсолютно заблокирован между двумя подвздошными костями и не мог двигаться независимо от подвздошных костей ни вперед, ни назад, ни вверх, ни вниз, ни как-либо иначе. Нормальное покачивающееся движение не могло осуществляться при помощи мышц и связок таза. Здесь не было никакого движения, - оно было как бы заперто. Все прилегающие мышцы были парализованы, подобно «иссушенным полям».

Мы начали лечение с частотой один раз в неделю, и все действия моих рук располагались под крестцом, я работал внутри него, пытаясь учитывать все, что может выявиться при работе всего механизма. Нам необходимо определить, что оказывает влияние на крестец. Я достаточно сильно надавливаю на уже сжатый крестец, чтобы дать ему знать, что я здесь, и прошу его «проснуться». В течение какого-то времени ничего не происходит. Затем, три месяца спустя, внезапно я обнаружил, что крестец начал двигаться как кусок очень жесткого дерева, но уже не как камень. В последующие три месяца появился уже намек на некоторое движение в крестце. В

конечном итоге по окончании девяти месяцев, когда пациент пришел ко мне на лечение, его крестец уже полностью ожил; он действовал как непроизвольный механизм. В течение последующей недели, после девятимесячного эффективного лечения, крестец ожил и обрел полноценное, энергичное функционирование. И теперь первостепенной и единственной целью моего лечения было приободрение моего пациента.

Через пять лет, когда он снова пришел ко мне на прием, качество тона и общее состояние верхнего отдела грудной клетки оказалось нормальным - исчезло стеклообразное ощущение, крестец обрел идеальную форму. Иногда я встречаю его в неформальной обстановке, и теперь, по прошествии 20-ти лет, он всё такой же сильный и здоровый. Разве мог бы он обрести такое отличное здоровье, если бы его крестец так и оставался в сжатом состоянии? Конечно, нет.

Существуют сотни пациентов, которые жалуются на боли в шее и верхней части спины. Эти люди забыли о том, что когда-то пережили автомобильную аварию. Для врача, обследующего пациента, подобные затяжные проявления последствий автомобильных травм будут очевидны. Заболевание, которое едва ли может быть обнаружено при обычном врачебном обследовании, следует рассмотреть, принимая во внимание все выше сказанное.

Первой целью врача должна быть забота о сохранении здоровья пациента; второй - обеспечение корректирующих изменений при существующей патологии, чтобы можно было восстановить здоровье. Иными словами, определите, каким должно быть нормальное состояние здоровья в конкретном случае, и направьте свои усилия на то, чтобы ваша проекция обернулась функциональной способностью пациента. Делайте это во время каждого визита к вам больного.

Здесь необходимо сделать несколько общих комментариев, касающихся лечебной программы. Основное различие между аллопатическим и остеопатическим уходом заключается в том, что аллопат обнаруживает большую часть существующей патологии, однако он способен оказать лишь поддерживающий уход, включающий все

виды физиотерапии, упражнения и так далее. Врач-остеопат, напротив, понимает картину патологических изменений гораздо яснее, так как он принимает во внимание все нормальные факторы физиологии и патологии, о которых шла речь выше. И, следовательно, он обладает способностью поставить диагноз наличия комплексных повреждений и разработать корректирующее лечение, которое позволит телу привести в нормальное состояние поврежденные участки.

При очень сложных случаях последствий автомобильных аварий физиотерапия не может принести пользы своей терапевтической программой лечения. Она может быть рассчитана на умеренные случаи, однако, весьма вероятно, что она не окажет полезного эффекта. Простой, связанной с манипуляцией мобилизации костистых элементов и физиотерапии еще не достаточно для лечения всех случаев последствий таких травм. Очень сложные случаи требуют установления специального диагноза и составления особой программы лечения для восстановления здоровья. Первичными повреждениями при травмах, полученных в автомобильных катастрофах, являются: патологические повреждения мягких тканей в связках, в фасциях, в мембранах твердых тканей, в мышцах, а также повреждения в центральной и в автономной нервных системах. Глубоко вдумайтесь с физиологической позиции в каждый отдельный случай и изобретите технику, которая позволит физиологическому функционированию поддерживаться без слепой силы со стороны, и костистые элементы автоматически возобновят свою функциональную взаимосвязь друг с другом.

Нет необходимости избавлять пациента от выявленных на сегодняшний день симптомов заболевания. Займитесь поисками физиологической причины жалоб пациента, обеспечьте корректирующие действия, и симптомы исчезнут естественным путем. Во многих случаях, как правило, в основном после проведения лечения, пациент почувствует себя хуже в течение нескольких часов или даже одного или двух дней. Это нормально. Вы «приказали» больным тканям совершить перемену, и они отвечают, не оказывая сопротивления, жалуясь на необходимость работать, чтобы осуществить исправительные перемены, результат которых вы обнаружите, когда обследуете состояние пациента в следующий раз.

Весьма немногие пациенты останутся с вами до тех пор, пока вы полностью не восстановите нормальное функционирование, которое было у них до аварии, однако практически всех. ваших пациентов можно возвратить к хорошо сбалансированному, скомпенсированному и бессимптомному состоянию хорошего функционирования в их повседневной жизни. Необратимые патологические области не могут быть восстановлены, однако не спешите утверждать, что некоторые из встречающихся проблем также необратимы. Полученные результаты могут вас удивить, если вы будете действовать согласно нашим указаниям.

Вашей целью является обнаружение источника здоровья в организме пациента и возвращение организма к активному физиологическому функционированию. Обнаружить ненормальное функционирование может любой, включая самого пациента. Последний испытывает боль. Я особым образом использую физиологические силы в пациенте, превращая скрытую, дремлющую в пациенте или неподвижную физиологическую энергию в активную или кинетическую физиологическую энергию, которая буквально заставляет тело лечить само себя при каждом посещении врача. Я с физиологической точки зрения планирую, что именно необходимо для данного отдельного посещения и заставляю тело пациента физиологически участвовать в создании своей собственной лечебной программы. При лечении пациентов постоянно думайте о физиологической функции, чтобы быть готовым к встрече с постоянно изменяющимися случаями заболеваний, представленными на ваше рассмотрение, и оказанная вами остеопатическая помощь исцелит пациентов.

141

0 лечении случаев хронических травм будет рассказано в следующих четырех пунктах:

1. Рассредоточение ненаправленных, нефизиологических энергетических полей травмы через всю физиологию тела пациента;
2. Восстановление двигательной способности крестца сжиматься и разжиматься между подвздошными костями и освобождение фасциального торможения области таза;
3. Исправление специфических связочных суставных растяжений, связанных с автомобильной катастрофой;
4. Реконструкция и восстановление компенсаторного миофасциального сколиотического функционального напряжения до «свободного» нормального состояния в каждом отдельном случае.

1. Рассредоточение ненаправленных, нефизиологических энергетических полей травмы через всю физиологию тела пациента: Наличие такого силового поля может быть обнаружено с помощью диагноза, как было описано на протяжении глав «Х....Травмы типа «удар хлыста» и «Силовые факторы и физиология тела». Короче говоря, нужно положить пациента на стол на спину. Руки врача находятся под грудной областью, и вес тела пациента полностью лежит на его руках. Врач направляет свое чувство осязания таким образом, чтобы почувствовать сквозь тело по направлению ко всей его передней поверхности. И если врачу уже удалось

добиться этого ощущения, он спокойно ждет примерно минуту или две до тех пор, пока окончательно в этом не убедится.
Он находит точку равновесия для всего тела пациента, от задней части возле его рук по направлению к передней поверхности тела. Он спокойно держит свои руки на этой точке равновесия, до тех пор, пока не почувствует, что в физиологии всего тела началось изменение, которое он способен почувствовать. Обычно это происходит в течение пяти минут и является результатом рассеивания, которое может произойти за один сеанс лечения. Врач побуждает физиологию тела к освобождению нерассеянных энергетических полей, и этот процесс будет продолжаться между двумя визитами к вам пациента.
Во время следующего визита вы обнаружите изменение, произошедшее с нерассеянной энергией, по сравнению с последним визитом. Технику лечения следует повторять при каждом сеансе лечения до тех пор, пока врач с удовлетворением не обнаружит, что физиология тела высвободила ненаправленное нефизиологическое энергетическое поле, связанное с полученной травмой. После того, как врач с успехом проделал эти действия, во многих случаях, как правило, он почувствует, что энергетическое поле как бы "оживает", когда он находит точку равновесия, а также он почувствует, что в этом энергетическом поле произошло изменение, так как оно освободилось во всей физиологии тела.
Ключом к такой технике является проецирование чувства осязания через руки под областью грудной клетки. Это *не* подразумевает плотное надавливание на тело пациента. Вес его тела уже оказывает достаточное давление при контакте с руками врача. Это означает, что нужно попытаться спроецировать чувство осязания *сквозь* переднюю поверхность тела, в то время как руки врача лежат в спокойном, но настороженном состоянии под грудной клеткой.
2. Восстановление непроивольной двигательной способности крестца сжиматься и разжиматься между подвздошными костями и освобождение фасциального торможения области таза. Суммирование техники для диагностирования сжатия
142
крестца, описанной выше в данной главе: одна рука лежит под крестцом, а предплечье и другая рука перекинуты через переднюю часть таза. Затем, когда ступни ног пациента постоянно сгибаются и разгибаются, можно почувствовать, как таз двигается, как-единое целое, если крестец был зажат в полости таза и утратил свою двигательную способность сжиматься и разжиматься.
Одним из способов освобождения крестца от сжатия является использование в качестве движущей силы продолжительного ритмического сжатия и растяжения ступней самим пациентом. Врач, держа свою руку под крестцом пациента, проецирует свое чувство осязания по направлению к точке равновесия функции, подобно проектированию чувства осязания для рассеивания энергетических сил, связанных с травмами, полученными в автомобильной катастрофе. Иными словами, работа врача должна быть направлена на превращение инертного состояния крестца, лежащего на его руках, в крестец, который способен двигаться в процессе сжатия и растяжения ступней. Рука и ладонь врача одновременно работают на передних внешних шиловидных отростках обеих подвздошных костей для увеличения давления на каждый шиловидный отросток настолько аккуратно, чтобы спереди сблизить две подвздошные кости, а сзади раздвинуть их в стороны, чтобы дать возможность крестцу самому разжаться. Кроме того, пациент может помочь врачу, сделав глубокий вдох одновременно со сжиманием и разжиманием стоп, и врач сможет достигнуть точки равновесия. Попросите пациента задержать дыхание на максимальный срок и

затем выдохнуть. Повторите два или три раза.
Такое ритмическое сжатие и растяжение стоп и открытие врачом полости таза необходимо продолжать до тех пор, пока врач не почувствует какое-либо первоначальное изменение в освобождении тазового пояса, что является допустимым для одного такого сеанса лечения. Не обязательно достигать полного освобождения. Общее время для выполнения всей работы не должно превышать пяти минут за один сеанс лечения. Физиология тела будет работать над решением проблемы до следующего визита к врачу, а также в течение последующих посещений до тех пор, пока не произойдет полного освобождения.
Еще раз повторим, что для врача ключом к лучшему пальпаторному чувству осязания, как для установления диагноза, так и для проведения лечения, является необходимость спроецировать свое чувство осязания от ладони под крестцом по направлению контактов на гребешки подвздошных костей, а также спроецировать свое чувство осязания от руки и ладони сверху по направлению к ладони под крестцом. Таким образом, врач достигнет максимальной способности проникновения в то, что происходит в тазовом поясе, в то время, пока пациент помогает ему, сжимая и разжимая ступни и/или задерживая дыхание.
Исправление диагностированного растяжения требует тщательного рассмотрения всех факторов, присутствующих в пораженных связочных и мембранных суставных отростках. Это требует предельной мягкости, врач должен попытаться позволить физиологическим процессам проявить свою точную силу, чтобы освободить напряжение, при этом рука только лежит под крестцом и руководит процессом. Надавливания и другие силовые методы являются слишком жесткими для такого типа проблемы. Многие из таких пациентов ранее уже испытали на себе применение таких методов, и до сих пор у них присутствуют нарушения. Гораздо эффективнее более мягкий подход, поскольку он не добавляется к травме посредством введения внешней силы. Любое обеспеченное освобождение совместимо с общей способностью пациента физиологически использовать вновь обретенную свободу для излечения и поддержания нормального функционирования организма. Помните о том, что вашей целью является
143
обеспечить нормальное функционирование точки опоры, а не только навязывать перемену позиции внутри данного отдела.
При таком типе стресса, как при всех подобных примерах, проявляется утрата свободы произвольного движения, а также утрата непроизвольных движений, свойственных второму крестцовому сегменту как части гомеостатического функционирования тела. Помните о том, что очень важно восстановить произвольное использование второго крестцового сегмента, и также важно восстановить автоматическую переменную подвесную активность подпорки второго крестцового сегмента до полной гомеостатической способности функционирования. Возможно, кто-то может решить, что, если первое исправлено, второе исправляется автоматически. Это не так. При сохранении одной из проблем, недомогание пациента будет возникать вновь. В то время как после полного исправления на обеих стадиях, весьма маловероятно, что болезнь проявится вновь.
После того, как исправление крестца было достигнуто и освобождено в той степени, в какой это необходимо при заболевании пациента при индивидуальном плане лечения, можно провести повторную проверку состояния подвижности. Если некоторая подвижность была достигнута в данной области, произойдет немедленная перемена в подвижности, ощущаемой между соединенными подвздошными костями и крестцом. В таких случаях лучше всего не торопиться и дать вновь приобретенной, более

автоматизированной автоматической точке опоры проявить свои целебные действия в пораженных грудном и шейном отделах.
3. Исправление специфических связочных суставных растяжений, связанных с автомобильной катастрофой: пациент очень сильно ударился о какой-либо предмет в машине. Даже при незначительных автомобильных авариях происходит довольно сильное воздействие на тело при контакте с частями пристяжного ремня или с деталями салона машины. Добавьте к этому ненаправленные нефизиологические энергетические поля, связанные с полученной травмой. Как результат, образуется микротравма всех фасций тела, а также соматических клеток, обернутых этими фасциями. Вследствие быстрого кнутообразного движения головы во время первых моментов аварии образуются растяжения связок и суставов, особенно в тех частях позвоночника, которые находятся в прямом контакте со специфическими деталями автомобиля.
Врач может использовать любые остеопатические приемы, навык которых он усовершенствовал, для установления диагноза и проведения лечения таких специфичных поражений связок и сочленений. Он должен помнить о следующем: такие повреждения могут быть обнаружены от черепа и вниз по позвоночнику до крестца и включая его, грудную клетку и аппендикулярные области; по своей природе они являются травматическими, так как в их производство вовлечено большое количество энергии и поэтому они обладают органическим дополнительным значением, а не только имеют функциональный характер; более глубокие слои фасции на поперечной секции на протяжении всего тела на уровне пораженного участка затронуты так же, как и глубокие слои фасциальных плоскостей над и под повреждением.
В моем клиническим опыте было использование рассеянных приемов для устранения общих миофасциальных растяжений и освобождения зажатого крестца, если в наличии один из этих факторов или оба, необходимо сделать все, чтобы способствовать устранению растяжения мягких траней, связанного с особенностями патологии повреждения. Такие приемы я использую перед началом проведения специальных исправлений данного повреждения. Остеопатические приемы, используемые для коррекции таких специфических повреждений, должны включать в
144
себя не только сосредоточение на обеспечении подвижности при специфическом синдроме суставной поверхности, но также и осведомленность врача относительно глубины расположения затронутых тканей. После применения выбранного метода лечения постарайтесь почувствовать начало коррективной перемены как на протяжении всей поперечной поверхности мягких тканей специфической области повреждения, так и на суставных поверхностях.
4. Реконструкция и восстановление компенсаторного миофасциального сколиотического функционального напряжения до «свободного» нормального состояния для каждого отдельного случая: Микротравма фасциальных плоскостей на протяжении всего тела и возникновение специфической патологии повреждения способствовали спаду хорошо скомпенсированного сколиотического функционирования от сфенобазилярного синхондроза сверху до крестца снизу. Когда пациенты приходят к вам для лечения в случае хронических травм, в их жалобах вы не услышите о декомпенсации, однако при обследовании пациентов врач должен выявить ее при установлении диагноза аккуратной пальпацией. Хорошо скомпенсированный сколиоз является составной частью нормального состояния здоровья пациента, и декомпенсации должны быть исправлены.
Этапы исправления должны происходить в следующем порядке: освобождение

ненаправленных нефизиологических миофасциальных сжатий; освобождение зажатого крестцового механизма; коррекция специфических повреждений связок и сочленений. В большинстве случаев исправление трех вышеперечисленных факторов позволит физиологии тела пациента восстановить собственную компенсацию сколиотического напряжения, однако в некоторых случаях может потребоваться дополнительная помощь. Это можно сделать, определив характер травмы пациента и аккуратно преувеличив вращающиеся тела позвоночника над и под пересекающейся областью сколиоза до точки равновесия для всей поперечной секции тела в данной области. Остановитесь здесь на короткое время до тех пор, пока физиология тела не обеспечит собственное миофасциальное освобождение. Делайте это в каждом случае пересекающегося сколиоза. Повторяйте такое лечение .при каждом сеансе лечения до тех пор, пока результаты не удовлетворят вас, и пациенту не будет обеспечена полная компенсация.

Резюме: выше перечислены четыре фактора, характерные для хронических случаев травм, полученных в автомобильной катастрофе, типа «удар хлыста» и связанных с резким движением головы или шеи: наличие ненаправленных нефизиологических энергетических полей; утрата крестцом способности сгибаться и растягиваться между подвздошными костями; наличие специфических поражений связок и сочленений; а также декомпенсация сколиотического растяжения. Диагноз и лечебные программы для пациента не должны включать в себя все четыре фактора при каждом посещении, однако их наличие должно быть установлено, и над ним надо работать, указав, какой из них доминирует и требует внимания в данный момент. Физиология тела пациента постоянно пытается автоматически устранить напряжение и вернуться к нормальному состоянию. Врач же должен способствовать физиологии тела в определенных пораженных областях, диагностическим проникновением внутрь и лечебными навыками, в сотрудничестве с физиологией тела пациента.

145

Глава 8: Клинические соображения

147

Подход к клиническим проблемам

Этот материал цитируется из газеты за январь 1958

Прежде, чем начать обсуждение клинических тем, думаю, будет благоразумно изложить всю картину в целом, прежде чем она будет замутнена слишком большим количеством деталей. Черепная концепция является частью более широкой концепции - той остеопатической концепции, которую представлял себе доктор Эндрю Т. Стилл. Доктор Вильям Г. Сазерленд (William G.Sutherland) настоял на том, чтобы его работа была добавлена к работе, начатой доктором Стиллом. Это ни в коем случае не означает, что она является отдельным предметом изучения в стороне от общей науки остеопатии.

Во всех работах доктора Сазерленда можно отметить его глубокое понимание черепной концепции, а также ее взаимосвязь с остеопатией в целом. На основании его работ можно сделать следующие выводы: ему принадлежит построение всей концепции, рабочими инструментами которой являются краниально-сакральные, анатомо-физиологические механизмы, свойственное им жизненное качество способности к самоподдерживающемуся функционированию, а также роль оператора, состоящая в извлечении знания из этих механизмов для установления диагноза и проведения лечения. Такой тип рассуждения требует, по меньшей мере, некоторой степени проникновения внутрь проблемы, прежде чем какая-либо из её частей будет выделена из контекста, опредена и обсуждена. Это справедливо и для трудов доктора

Стилла.
При анализе работ таких людей, как доктор Стилл и доктор Сазерленд важно отметить, что первый из них рассуждает о человеческом организме в целом. Физиологические процессы, которые определяют нормальное состояние и дисфункции в тех процессах, которые, в свою очередь, составляют заболевание, являются только частью общей картины. Такие отдельные части должны всегда восприниматься как составные звенья единого целого, и их место должно оцениваться на этой основе. Доктора Стилл и Сазерленд писали свои работы, исходя из данной общности. Они не отделяли человека от происходящих в нем физиологических процессов или процессов протекания заболеваний. Человек находился в «передней части их мозга», когда они работали с физиологическим процессом или процессом заболевания, который они изучали. Пациент в целом являлся ориентиром для их рассуждения, а их рабочими инструментами были наблюдаемые ими процессы для установления диагноза и проведения лечения.
При любых клинических проблемах очень важно рассуждать об организме человека в целом или об всём краниальном механизме, который страдает от заболевания, а также важно рассматривать это заболевание как часть всего процесса, а не автономно. Это подразумевает более связанное мышление, более полное установление диагноза и основательное лечение.
148

Клинические наблюдения

Опубликованная запись лекции, прочитанной в 1976 году в ходе основного курса лекций Краниальной обучающей организациии Сазерленда в Милуоке, Висконсин.
£0
Мне хотелось бы рассказать о некоторых своих наблюдениях, сделанных за время практики.
Повышенное кровяное давление: Интересно отметить, что в большинстве случаев повышенного кровяного давления вы обнаружите, что мозжечковый намёт как будто отодвинут назад и развернут наружу; он относительно сплюснут и не хочет подниматься. Мне довелось лечить некоторое количество таких пациентов. Необходимо заново научить эту реципрокно напряженную мембрану нормально функционировать; делать это нужно медленно, нельзя торопиться, - сколько лет может занять излечение такого серьезного случая повышенного кровяного давления? Однако вы можете постепенно научить эту реципрокно напряженную мембрану выполнять свою работу по постепенному поднятию, и повышенное кровяное давление будет взято под контроль с меньшим количеством медикаментов, чем требуется обычно.
Дислексия: Изредка вам приходится лечить детей, страдающих дислексией. Часто к вам приходят родители таких детей, но не потому, что их ребенок страдает данным заболеванием, а из-за чего-нибудь еще, и мимоходом они сообщают вам о дислексии. В качестве дополнительного лечения можно им помочь. Практически у всех детей, больных дислексией, было обнаружено внутрикостное повреждение височной кости, в которой каменистая часть скручена в тип растяжения внутреннего вращения, в то время как чешуя находится в более или менее нормальном состоянии. При обследовании таких детей можно заметить, что височная кость чувствуется как если бы это был затылочно-сосцевидный тип растяжения, с таким травматическим состоянием мозжечкового намёта, которое свидетельствует о том, что что-то не так. Здесь мы имеем дело с внутрикостным повреждением обычно правой височной кости, а иногда и левой, в зависимости от ребенка. С помощью формирующих приемов и направления оттока цереброспинальной жидкости вдоль каменистых соединений, вниз по сочленениям вдоль затылочно-мастоидного шва, и на соединение с чешуей, можно

изменить положение вещей. Постепенно верните эту височную кость к способности функционировать - один раз в неделю в течение некоторого времени, затем раз в две недели и затем раз в месяц. Изменение происходит медленно. Если вы начнете проводить лечение ребенка сейчас, например, в июне, то улучшения у ребенка появятся не в сентябре данного учебного года, но в следующем сентябре, и его дислексия всё гщё будет излечиваться.

Болезнь Паркинсона: Мне удалось добиться хороших результатов в случаях печения синдрома Паркинсона после помещения пациентов на костыли. Посоветуйте вашим пациентам ходить в течение целого года на костылях, и они сами себя вылечат. Произойдет подъем верхних грудных позвонков и ребер, откуда берут начало симпатические нервы. Что происходит при болезни Паркинсона? Верхние ребра все гуже и туже ограничивают грудную клетку и устраняют автономную иннервацию, контролирующую кровоснабжение мозга. Болезнь Паркинсона является хроническим, дегенеративным расстройством центральной нервной системы, и сами больные в гечение долгих лет сами себя подготавливали к проявлению симптомов. Вот почему гребуется, по меньшей мере, год ходьбы на костылях, причем важен каждый сделанный пациентом шаг, чтобы эффект достиг подмышечных впадин и постепенно ослабил существующее там напряжение. В конечном итоге, пациенты сами решат свою проблему и будут держать ее под контролем при помощи такого самолечения на дому.

149

Вам даже не придется лечить таких пациентов. Основоположник остеопатии доктор Стилл сказал, что никогда не видел, чтобы человек, ходящий на костылях, страдал дрожательным параличом. Именно у Стилла я почерпнул эту мысль.

Рассеянный склероз: В моей практике было четыре случая заболевания рассеянным склерозом, при которых требовалось проведение лечения раз в две недели, и мне очень нравится осуществлять его, так как я чувствую, что оно способствует ослаблению боли и помогает предотвратить осложнение при таком подвижном состоянии, хотя я не планирую произвести органическую перемену в рассеянном склерозе.

Грудина: Предполагается, что грудина втягивается при вдохе и расширяется при выдохе, подобно тому, как брегма и глабелла вжимаются во время вдоха и вытягиваются во время распрямления или выдоха. Подразумевается, что грудина делает то же самое, однако когда вы находитесь в положении с распрямленной грудной клеткой, вы «запираете» ее. Расслабление же позволяет этому движению осуществиться.

Ревматоидный артрит: CV4 является фантастическим методом лечения ревматоидного артрита. Используя его один раз в неделю в течение шести месяцев или одного года, в зависимости от степени заболевания, вы сможете устранить застой соединительных тканей тела и обеспечить пациентам здоровую жизнедеятельность без симптомов. Это улучшит функционирование их жизненных сил, а для достижения желаемых результатов понадобится проводить лечение раз в неделю на протяжении от шести месяцев до одного года. Это дополнение к основной медицинской программе или к любой другой выбранной вами программе.

Плечевая невропатия и «запертый» крестец: Ранее я упомянул о том, что при повреждениях, связанных с автомобильными авариями, необходимо удостовериться в том, что крестец свободно двигается вместе со всем механизмом. Я считаю, что необходимо повторить это, поскольку обычно пациенты не

жалуются на боли в области крестца. Практически во всех случаях вам нужно обследовать крестец. Пациенты не скажут вам, что они испытывают боль там внизу в области крестца, они скажут, что испытывают боли где-нибудь повыше.
Такая концепция может быть проиллюстрирована случаем, не связанным с автомобильной аварией. Речь идет о молодом человеке, страдавшем двусторонней плечевой невропатией в течение 15 месяцев. Когда я обхватил его шею и плечи, чтобы обнаружить причину возникновения заболевания, я почувствовал, как будто нахожусь у дальнего конца рычага, поскольку, что бы я ни делал на этом конце, при условии, что я сидел спокойно, я поворачивался вокруг себя. Что ж, если я нахожусь у конца рычага, который находится в движении, очевидно, что где-нибудь здесь должна находиться точка опоры, которая относительно неподвижна. Поэтому я спустился вниз, чтобы проверить крестец и обнаружил, что он действительно был полностью заблокирован в своей респираторной функции. Расспросив пациента, я узнал относящуюся к делу историю. Он очень увлекался спортивными машинами и весил 150 фунтов. Однажды он поднял двигатель машины, чтобы положить его в кузов, и его крестец заблокировался.
Во время двух первых его визитов в мой офис я пытался найти причину заболевания, в третий раз я обнаружил зажатый крестец и освободил его. В четвертый раз крестец был уже полностью освобожден, и в пятый раз больше плечевой невропатии больше не было. Так закончилась эта история. Поскольку крестец моего пациента был зафиксирован и зажат, наверху, в плечевом поясе организм делал все возможное, чтобы противостоять сопротивлению. Предполагается, что таз должен сгибаться, когда вы двигаете руками. После утраты такого микродвижения каждый раз, когда пациент двигался, ему приходилось двигать обе подвздошные кости и крестец, и его плечевые нервы находились в постоянном напряжении. Когда крестец был
150
освобожден до такой степени, что образовалось свободное движение, уже не было напряжения на фасциях вокруг плечевого сплетения. Это та же ситуация, которая присутствует при хронических повреждениях, связанных с травмами типа «удар хлыста».
Сжатие сводчатого образования: Получить очень сильное травматическое сжатие всего сводчатого образования возможно в результате его вдавливания вниз внутрь черепного основания. Что произойдет, если вы вылетите сквозь ветровое стекло автомобиля, либо будете сброшены с лошади при несчастном случае на родео и упадете на свою макушку? Весь свод будет вжат вниз и приведен в видимое поверхностное вращательное положение и зажат в черепном основании, которое может быть основанием сжатия или растяжения, скручивания или наклона или вращения, или любым другим, где бы оно ни находилось. Я знал человека, который находился в таком состоянии в течение семи лет; у него было длинное и узкое основание черепа и большая широкая голова. Он не страдал сильными головными болями в течение семи лет, но всё-таки голова его беспокоила. Постепенно, когда нам удалось нормализовать его механизм, форма его головы в целом снова стала длинной и узкой, и он почувствовал облегчение. Что же было сделано в данном случае? Мы не только изменили положение и функцию его черепного свода, но также устранили те силы, которые препятствовали осуществлению этой перемены.
Слабые затылочно-сосцевидные повреждения: Затылочно-сосцевидные повреждения весьма распространены, и большинство из них являются незначительными. Наиболее серьезные из них представляют достаточно реакций и клинических симптомов,

указывающих вам на то, что надо поискать такие повреждения. Однако более слабые случаи заболевания менее заметны. Здесь как раз и находится ключ к разгадке. Если присутствует затылочно-сосцевидное повреждение, затылок будет вжат вверх внутрь височной кости, и даже если это повреждение умеренной степени, оно ограничивает некоторые функции этого сочленения. Эта височная кость оказывает влияние на клиновидную кость и на фасции у основания черепа, поражая нормальный механизм сжатия и растяжения. Каким же будет результат такого ограниченного финкционирования фасций на данной половине тела? Они относительно неподвижны. Что же вы можете узнать из истории пациента в данной ситуации? Ваш пациент скажет вам: «Все мои проблемы всегда были связаны с правой стороной; у меня никогда не было никаких неприятностей на левой стороне». Обязательно поищите у таких людей затылочно-сосцевидное повреждение.

Энергетический баланс: Такой вид подхода имеет тенденцию к рассеиванию лишней энергии, а также позволяет нужной энергии вновь влиться в пациента, организм которого находится в упадке. Когда ко мне приходит пациент, я мысленно отмечаю для себя, каково его внутреннее напряжение. У пациента, обладающего более или менее нормальным уровнем здоровья, переменный ток должен равняться 110 вольтам - такие люди просто чувствуют себя здоровыми. (Я не слишком сильно интересуюсь скоростью краниального ритмического импульса, КРИ - сколько раз он движется за минуту - я главным образом заинтересован качеством данного импульса.) Однако пациент может по какой-либо причине в течение довольно долгого времени иметь всего лишь 50 вольт. Тогда ваша работа с такими пациентами будет состоять в восстановлении этого энергетического поля, являющегося их жизненной силой, направленной к нормальному уровню в 110 вольт.

Вы также можете вывести из организма избыток энергии, если у пациента наблюдается ее переизбыток. Я приведу вам один клинический пример. Однажды ко мне на лечение пришел мужчина, чей механизм, по моему мнению, работал, в основном на 110 вольт. Это был в определенной степени относительно нормальный механизм, но мне показалось, что данный механизм находится как бы в подвешенном состоянии, он словно говорит: «Я бы хотел работать, но не слишком уверен, что на

151

данный момент это хорошая мысль». Поскольку я делал все возможное для лечения методом CV4, я находился в контакте с потоком жидкости и реципрокным напряжением мембраны, и вдруг произошла перемена или сдвиг внутри мембраны, и пациент закричал от боли. После этого он рассказал мне, что недавно закончил строить плавательный бассейн, и день назад состоялось его открытие; соседский ребенок пришел туда подлавать и утонул. В результате пациент пережил сильный шок, и его механизм оказался полностью «заперт»; проведенное лечение освободило его от этого эмоционального груза и вернуло к нормальному функционированию. Энергия, которая держала его в «запертом» состоянии, вернулась туда, откуда она пришла. Нам не важно знать, откуда она пришла, но мы знаем, что механизм может гармонично взаимодействовать с ней и либо использовать ее для строительства, либо по необходимости рассеивать ее. При работе со случаями эмоционального напряжения пациентов от врача требуется внимание и осторожность.

Итак, вы можете определять состояние людей. Когда вы ищите у ваших постоянных пациентов какое-либо заболевание, которое вы привыкли находить, вы можете обнаружить небольшие области, избыточно или недостаточно нагруженные, которые могут, возможно, использовать небольшое дренирование или перезагрузку. Таким образом, у вас появилось много возможностей для реализации всего того, что вы изучили за эту неделю - гораздо больше, чем вы можете осуществить за это время.

Определение длительности повреждения: Вы можете научиться чувствовать то время,

которое существует проблема. У меня часто спрашивают, как я определил, что пациент страдает от данного заболевания в течение, к примеру, десяти лет. В этом нет ничего сложного. Когда я обнаруживаю какое-либо старое хроническое растяжение связочных или мембранных сочленений, я спрашиваю у пациента: «Когда вы попали в аварию и повредили данную область?» Пациент может ответить: «Десять лет назад». Следовательно, мне понятно, что так выглядит десятилетнее растяжение. Все очень просто. Когда вы сталкиваетесь с этим постоянно, вы начинаете распознавать такое растяжение. Продолжайте в том же духе.

152

Висцеральные наблюдения: Сердечная и мочеполовая системы

Это опубликованная запись беседы доктора Роллина Беккера с его сыном Дональдом Беккером, М. Д., 1967 год.

Прежде чем ответить на твои вопросы относительно случаев заболевания сердца и мочевыделительной системы, мне бы хотелось вставить несколько замечаний, касающихся остеопатической техники в целом. При обсуждении остеопатической техники существует тенденция рассматривать ее на основе только отношений костей между собой. Врач-остеопат склонен говорить, что он, например, зафиксировал пятый поясничный позвонок, выправил третий грудной, воздействовал на четвертый шейный или же сдвинул влево шестое ребро. Иными словами, он описывает остеопатическое повреждение, исходя из взаимоотношения костей, хотя это совсем не то, что он делает на самом деле. Он называет свои действия в соответствии с общей областью, в которой он производит свои действия. Однако мне никогда не доводилось видеть, как в мой офис для получения остеопатического лечения входит скелет.

Когда ты смотришь на весь сложный механизм тела, состоящий из миофасций, связок, сочленений, перед тобой встает совсем иная картина. Открой какой-нибудь анатомический текст и взгляни на поперечный разрез тела на уровне позвонков грудной клетки. Ты увидишь, что они окружены мышцами, внутри находятся легкие, иннервация, кровоснабжение и так далее. Теперь, когда ты положишь свои руки на ткань, ты почувствуешь всю эту массу тканей - мышцы, связки, иннервацию, венозное дренирование, артериальное снабжение, лимфатическую систему, все это работает, - и когда ты «читаешь» это посредством своего чувства осязания, перед тобой встает скоординированный пример функционирования и дисфункционирования всего механизма, а не только связанных между собой костей.

Достижение подвижности во взаимоотношении костей не является первичной целью работы остеопата. Первостепенной целью остеопатического диагностирования и лечения является обеспечение нормального функционирования всего механизма данного отдельного сегмента, на котором вы работаете, а не только мобилизация или создание движения во взаимоотношении костей. Отдельная дисфункция затрагивает всю область тела. Если ты имеешь дело со случаем растяжения, целью диагностики и лечения будет нормализация функционирования данной области до такой степени, какая требуется для данного пациента согласно определенной физиологической потребности.

Я привел тебе такой короткий анализ, так как твои следующие два вопроса, касающиеся специфических патологий, сердечной и мочевыделительной систем, требуют гораздо более широкого рассмотрения, чем просто с точки зрения взаимоотношения костей, описанного для типичных остеопатических повреждений. Здесь мы имеем дело со способностью органа функционировать, и нам необходимо рассуждать, исходя из функциональной анатомии и физиологии, применительно к данному органу и к его способности заболевать или хорошо себя чувствовать.

Сердце

При лечении сердечной патологии - инфаркта миокарда, коронарной недостаточности, хронической застойной сердечной недостаточности - нам необходимо рассуждать, принимая во внимание иннервацию, кровоснабжение, а также функционирование всего сердечного механизма, который буквально живет и дышит внутри функционирующей грудной клетки. Сердечная область находится в верхней
153
части диафрагмы и ритмически колеблется вверх и вниз одновременно с движением диафрагмы. Она получает основную иннервацию от автономных нервных сплетений в верхних областях грудной клетки.

Они располагаются на верхних частях ребер сверху и снизу по грудной цепи, и от них отходят ветви, поднимающиеся наверх в шейную область, в сердечный ганглий и затем спускаются к сердцу для симпатического разделения. Это парасимпатическое разделение исходит из блуждающего нерва в базилярной области черепа сквозь яремное отверстие. Если мы хотим как-нибудь помочь таким пациентам, нам необходимо подумать о нормальной анатомии и физиологии, которая помогает контролировать функционирование этого сердечного механизма, и которая в сжатом виде является анатомией и физиологией центрального контроля за работой сердечного механизма.

В настоящий момент я занимаюсь лечением одного молодого педиатра, страдающего проблемой в нижней части спины, я дал ему послушать запись, которую ты послал мне, и он очень заинтересовался тем, как я разрешу проблему, о которой я сейчас с тобой беседую - проблему с сердцем. Я рассказал ему ту же историю, которую сейчас рассказываю тебе, и он спросил у меня, почему все сердечные случаи так или иначе связаны с напряжением в данных областях (что было мной обнаружено). Что ж, тот факт, что вы обнаруживаете стресс и напряжение, а также проблемы, связанные с растяжением в верхней грудной области, вызван не сердечными проблемами пациентов - вероятно эти явления имеют мало общего между собой или совсем ничего. Вы не можете точно определить и сказать пациенту, что причиной возникновения проблем с сердцем является растяжение в данной области.

Вместо этого я ответил ему, что каждый человек страдает сколиозом, некоторой степенью бокового искривления, слабой степени и всегда функциональным, но никогда достаточно серьезным для того, чтобы потребовалось уделение особого внимания либо тщательный осмотр. Однако стандартная сколиотическая кривая, которая имеет место у большинства людей, проходит по поперечным областям, где тела позвонков смещаются вправо или влево, чтобы создать имеющийся сколиоз. При таком сколиозе обычно обнаруживается сильное напряжение на одном конце позвоночника - в верхнем шейном отделе или в области таза. В дополнение к этому, как правило, существуют две пересекающиеся области напряжения: одна находится в нижнем грудном отделе и верхнем поясничном, а другая - в виде кривой пересекает верхнюю грудную область.

Это означает, что позвоночные тела, сместившиеся вправо, делают усилия при взаимодействии с позвонками, смещенными влево в верхней грудной области и наоборот. Очень часто мы обнаруживаем, что у пациента не только простой сколиоз, который я только что описал, но могут также иметься и многочисленные вариации случаев сколиотического напряжения. У пациента может быть плоская верхняя грудная область и выступающий поясничный отдел позвоночника. Мы можем также обнаружить небольшую нарушенную область примерно в четыре или пять сегментов в верхней грудной области, которые в данном положении выгнуты вперед вместо того, чтобы образовывать изогнутую назад небольшую закругленность, которую обычно

можно обнаружить в нормальном позвоночнике.
Итак, возможно существование некоторого вида или комбинации типов напряжения, обусловленных положением тела, которые существовали на протяжении всей жизни человека. И часто пересекающееся растяжение находится в общей области, которая обеспечивает сердцу автономное функционирование. Это означает, что функционирование ребер, мускулатуры, связок и других органов, связанных с верхней частью грудной области, также слегка затруднено. Все это способствует потенциальному сохранению сердечной патологии.
Теперь обратим свое внимание на диафрагму. Хорошая нормальная деятельность диафрагмы очень важна для функционирования сердечных областей, так
154
же, как и почек, о которых мы поговорим через несколько минут. В этой связи следует подумать о сердечной области и диафрагме: левая ножка диафрагмы снабжает мускулатуру для правой стороны диафрагмы; правая ножка диафрагмы ведет наверх и образует часть мускулатуры девой части диафрагмы. Следовательно, если мы сможем сделать что-нибудь, чтобы расслабить напряженное состояние ножки в верхней грудной области с каждой стороны, мы получим тенденцию к нормализации диафрагматической свободы движения.
На рисунке № 5 (см. Пятую главу «Диагностическая пальпация») изображен общий подход, который я использую при начале работы с ножкой диафрагмы. Рисунок озаглавлен «Верхняя поясничная и поясничная мышца», но я скольжу кончиками пальцев прямо под двенадцатым ребром, направляясь к поясничным позвонкам. Ножка диафрагмы, так же как и поясничная мышца, лежит спереди и по бокам от позвоночных тел, следовательно, вам следует глубоко задуматься над этим. Твои пальцы находятся под верхней частью двенадцатого ребра, плотно прилегают к нему и даже смещены немного пониже двенадцатого ребра в данной области. Затем хорошенько вдумайся в состояние ножки диафрагмы и передвинь пальцы слегка вбок, следуя за двенадцатым ребром. Думай до тех пор, пока не почувствуешь или не поймешь, что произошла перемена в передней части ножки на данной стороне. Если ты работаешь на правой стороне, ты будешь ослаблять правую ножку и воздействовать на левую сторону диафрагмы. Теперь перейди к левой стороне и начни работу с ножной с левой стороны, действуя на диафрагму справа. Таким образом, ты обеспечиваешь расслабление ножки диафрагмы с каждой стороны поясничного отдела.
Затем ты можешь поместить свои руки под верхнюю часть грудной области, как показано в главе «Диагностическая пальпация» на рисунках семь и восемь (см. Пятую главу), постарайся почувствовать функционирование верхней грудной области, нормализацию - освобождение от напряжения в данной области, так же, как и вверху грудной клетки с каждой стороны. Заботясь о верхней грудной области и обеспечивая нормальное функционирование позвонков и ребер, а так же связанных с ними мышц и всех частей механизма, ты освобождаешь источник сердечного сплетения, который направляется вверх к шейной области (которая, как правило, довольно подвижна на данном участке) и затем спускается к сердцу. Парасимпатическая иннервация перемещается по базилярной области черепа, и необходимо твое внимание к височной и затылочной областям, чтобы определить, что функционирование между височной костью и затылком достаточно хорошее, чтобы помочь блуждающему нерву выполнять свою работу.
Другой интересный аспект в сердечных случаях, - я наблюдал его несколько раз, и возможно, ты также можешь научиться чувствовать его - это когда у пациента, пережившего инфаркт миокарда, происходит так называемая имплозия внутри

грудной клетки. Инфаркт наступает внезапно, он поражает человека подобно упавшей на него тонне кирпича, и пациент переживает шок. В таких случаях я обнаруживаю общий эффект шока на протяжении всей грудной клетки, как после взрыва разорвавшейся там бомбы. В таких случаях я помещаю одну руку под область грудной клетки, при этом пациент лежит на спине, а другая рука лежит на середине грудной клетки и сердечной области. Затем я удерживаю руки на этом месте на короткое время, чтобы позволить шоковому эффекту самому рассосаться как энергетическому полю обратно, по направлению к тому месту, откуда он пришел, в окружающую его атмосферу. Как правило, я трачу на это очень мало времени - самое большее - две-три минуты -каждый раз, когда работаю с такими различными специфическими областями, которые контролируют сердечную деятельность.

Подобные сердечные случаи не происходят внезапно, точно гром среди ясного неба, если у пациента здоровое сердце, поскольку практически все такие проблемы являются относительно хроническими случаями. Напряженное состояние в области

груди, в ребрах и ножке диафрагмы может быть продолжительным, и требовать курсов лечения. Ты можешь проводить осмотр еженедельно или дважды в неделю, как сочтешь нужным, и, как правило, через месяц, ты заметишь значительные изменения. У твоего пациента с закупоренным поражением сердца ты получишь положительные результаты за месяц или за шесть недель, и это будет заметно самому пациенту. Он почувствует себя гораздо лучше, и это будет хорошим дополнением к наперстянке, которую он принимает.

Когда ты освобождаешь ножку и нижние ребра, ты не только исправляешь функционирование диафрагмы для сердечного механизма, но также восстанавливаешь способность печени свободно двигаться вверх и вниз, как ей и надлежит, а также ослабляешь напряжение внутри и вокруг легких. Таким образом, ты оказываешь воздействие на способность сердца, легких, печени и области почек предотвращать закупоривание, которое следует за случаями заболевания сердца. Я думаю, что если ты будешь пытаться делать это в течение пяти или шести недель с двумя или тремя пациентами, то у тебя появится некоторый опыт в данной области, и ты обнаружишь, что вскоре будешь готов к развёрнутым дискуссиям.

Мочеполовая система

Теперь перейдем к другой проблеме, о которой ты спросил меня в ходе нашей беседы: практически любая молодая жемщина, периодически страдающая инфекциями мочевыделительной системы, впоследствии может иметь проблемы с почками и будет принимать обезболивающие антибиотики. Нам необходимо рассмотреть базовую анатомию, контролирующую данные области организма. Нервы внутренних органов таза снабжают питательными веществами парасимпатические нервы и переносят вместе с ними некоторые из симпатических потоков. Нервы внутренних органов нижней части грудной клетки и верхнего поясничного отдела обеспечивают симпатическую иннервацию почек и надпочечных структур, так же, как и симпатический поток к мочевому пузырю и органам таза.

Нам также нужно рассмотреть еще одну вещь. Что касается движения почек, они двигаются вверх и вниз вместе с дыханием, а также с каждым движением тела пациента. Они располагаются на поверхности ножки диафрагмы и главной поясничной мышцы с обеих сторон поясничного отдела позвоночника. Матка и мочевой пузырь находятся на верхней части тазовой диафрагмы.

В теле человека имеются несколько диафрагм, и, если хочешь, остановимся и

проанализируем их. Это тазовая диафрагма, которая проходит через середину таза; грудная диафрагма, разделяющая грудную клетку и брюшную полость; и черепная диафрагма, являющаяся мозжечковьм наметом с обеих сторон, разделяющая полушария мозга и мозжечковое содержание под ними. Все три диафрагмы опускаются во время вдоха и поднимаются во время выдоха - тебе известно, что это происходит с грудной диафрагмой, а также это верно для тазовой и черепной диафрагм.

Тазовая диафрагма наталкивается снизу на преграду в большинстве случаев тех заболеваний, о котоых ты говоришь, в особенности у молодых женщин; она прижимается к низу, так что не может ритмично двигаться вверх и вниз. Тазовая диафрагма может удерживаться внизу с одной стороны или с двух сторон, как результат рождения ребенка или последствие гинекологической хирургической операции, которая действует как сдерживающее средство для свободного функционирования тазовой диафрагмы. В таком случае фасциальные оболочки мочевого пузыря, влагалища и других органов были в слабой степени повреждены -они не получают движения, которое должны получать во время дыхательного цикла.

Следовательно, поскольку здоровые ткани избавляются от различных инфекционных бактерий, нашими целями при лечении является восстановление иннервации, контролирующей кровоснабжение этих органов, а также создание
156
движения, которое должно быть доступно в данных областях. Лечение с целью освобождения тазовой диафрагмы относительно просто. В 1949 году доктор Ховард Липпинкот (Howard Lippincott) написал статью, касающуюся некоторых техник Вильяма Г. Сазерленда. Одной из описанных им техник является так называемый подъем таза. Данный подход состоит в приподнимании содержимого полости таза, включающей в себя тазовую диафрагму, а также в освобождении фасциальных соединений внутри органов таза и вокруг них.

Для этого необходимо положить пациента на бок и поместить пальцы так, чтобы два или три пальца находились на средней части седалищной кости в седалищно-прямокишечной ямке. Внутренней стороной пальцев двигайся вверх по внутренней стороне бугристости седалищной кости, приподнимая тазовые фасции по направлению к голове во время выдоха пациента. Когда пациент делает глубокий вдох, ты почувствуешь, что эти ткани будут двигаться вниз против твоих пальцев; затем, когда пациент делает выдох, ты можешь слегка почувствовать, как твои пальцы работают по направлению к голове, вверх вдоль внутреннего края бугристости. В конце каждого выдоха ты аккуратно сохраняешь такое положение - не пытайся надавливать- и когда пациент вдыхает, ты только не позволяешь ему опускаться; и во время следующего периода вдоха ты продвигаешь это положение вверх еще на шаг. После того, как пациент вдохнул и выдохнул четыре, пять, шесть или семь раз, внезапно своими пальцами ты почувствуешь некоторую отдачу. Я имею в виду, что ты почувствуешь, как твои пальцы плывут вверх внутрь полости таза, встречая на своем пути небольшое сопротивление. Переверни пациента на другой бок и повтори эти действия с противоположной стороны.

Также полезно контролировать сравнительное функционирование различных диафрагм. Пока одна твоя рука находится в контакте с тазовой диафрагмой, ты можешь положить другую руку на сторону нижней части грудной клетки и удостовериться в том, что тазовая диафрагма с этой стороны поднимается и опускается одновременно с тем, как грудная диафрагма поднимается вверх и вниз. Я

наблюдал некоторые случаи после операций на тазе или после родов, при которых тазовая диафрагма фактически опускалась, в то время как грудная диафрагма поднималась - в таком случае возможно нарушение функций в данной области. Главная идея состоит в том, чтобы тазовая диафрагма поднималась и опускалась во время нормального вдоха и выдоха.

При лечении проблем с мочевым пузырем необходимо сделать еще одну вещь. Если ты посмотришь на рисунок два в «Диагностической пальпации» (см. Главу пять), то увидишь, что одна рука врача помещена под крестец, а на следующем рисунке, номер три, ты заметишь, что пальцы другой руки просунуты под пятый поясничный позвонок сбоку. У пациентов с проблемами мочевого пузыря почти всегда наблюдается напряжение или растяжение в области между пятым поясничным позвонком и крестцом. Происходит растяжение тканей внутри, вокруг и на всем протяжении поясничного и крестцового отделов. Достаточно интересным является тот факт, что, когда ты ослабляешь напряжение (одна рука при этом находится под крестцом, а другая - под шиловидным отростком пятого поясничного позвонка - для осуществления контроля за ситуацией) - ты работаешь в данной области в течение небольшого периода времени до тех пор, пока не начнешь чувствовать, что способность нормально функционировать восстановлена - и ты будешь всецело контролировать состояние раздражительности мочевого пузыря.

Когда несколько лет назад у нас гостила твоя бабушка, она до такой степени страдала недержанием мочи, что должна была носить памперсы. Она провела у нас шесть недель, и в течение этого времени я ежедневно лечил ее, делая не более того, чем

[1] Ховард Липпинкот, «Остеопатическая техника доктора остеопатии В.Г. Сазерленда» 1949 Ежегодник Академии Прикладной Остеопатии. Переиздание в *Обучении Науке Остеопатии,* с. 233-284.

только что описал, и по истечении этого времени ей уже не нужно было ничем пользоваться, и она чувствовала себя совершенно нормально в течение двух или трех часов. После того, как она уехала, со временем она вернулась к той же степени недержания мочи, однако, конечно, она страдала длительным хроническим расстройством, и ей требовалось продолжительное лечение. Цель состоит в том, чтобы проникнуть внутрь этой области раздражительности пузыря и внести некоторые исправления в пятый поясничный позвонок и крестцовый механизм.

При таких мочеполовых проблемах мы также поднимаемся и освобождаем ножку диафрагмы с каждой стороны, как указано для случая болезней сердца. Это оказывает двоякое действие: во-первых, ослабляет напряжение и в поясничной мышце, и в ножке диафрагмы, а во-вторых, это оказывает стимулирующее влияние на автономную иннервацию почек и таза. Пока ты находишься под крестцом и пятым поясничным позвонком, ты автоматически укрепляешь нервы этого отдела и парасимпатическую иннервацию таза.

Я верю в то, что такие простые действия - так называемый подъем таза или расслабление тазовой диафрагмы, расслабление пятого поясничного позвонка и крестцового механизма в целом, а также расслабление поясничной мышцы и ножки для поддержания плавного действия почек, а также автономной иннервации - будут способствовать нормальзации состояния здоровья и принесут облегчение страданий пациентам, в случаях хронических заболеваний мочевого пузыря. Контролируй состояние тазовой диафрагмы и всей пояснично-крестцовой области очень тщательно у таких людей и работай с целью достичь определенной степени расслабления в обеих областях. Проверь, не появилось ли различия в симптоматологии и необходимости обезболивающего лечения; позднее представь мне небольшой отчет об этом.

158

Повреждения коленей

Опубликованная запись беседы между доктором Роллгшом Беккером и его сыном Дональдом Беккером, M.D., 1967 год.

£0

Ты спросил меня о повреждениях коленей, о случае шестнадцатилетнего мальчика, которому нужно было удалить хрящ. В своей книге я писал о том, что если у пациента произошел разрыв связок или хряща, либо нарушено соединение костей, вероятно, может быть необходима операция и удаление этого отдельного хряща. Однако необходимо отметить и другую сторону проблемы, относительно которой я бы хотел сообщить тебе некоторые детали.

Напряжение или стресс, вызванный повреждением колена также отражается в области, относящейся к вертлужнои впадине. Это создает функциональное изменение в этой области: у каждого человека есть вертлужная впадина, которая хочет вращаться более полноценно либо внутрь, либо наружу, в зависимости от структуры таза. В моем индивидуальном случае моя правая вертлужная впадина вращалась наружу, а левая -внутрь. Такова конфигурация моего тазового функционирования.

Итак, в тех случаях, когда пациент повредил колено настолько сильно, что создались проблемы в данной области, вполне возможно, что создалось напряжение также и в области вертлужнои впадины, таким образом, произошло нарушение нормального функционитования таза. В моем случае, так как у меня вращение правого бедра направлено наружу, если бы у меня случилось поражение колена, вынудившее бы механизм вертлужнои впадины вращаться внутрь, это нарушило бы баланс между тазом и верхними краями бедра.

Для того, чтобы это определить, я обхватываю своими ладонями колени сидящего пациента, держа локти у себя на коленях, и просто вращаю вертлужную впадину каждой ноги, чтобы обнаружить, в каком направлении она предпочитает вращаться (см. Рисунок 24 к главе «Диагностическая пальпация»). Я проверяю здоровую ногу и определяю, в каком направлении она предпочитает вращаться -внутрь или наружу. Затем я проверяю ту ногу, в которой произошло растяжение, в области колена и определяю, предпочитает ли она вращаться в противоположном направлении, поскольку, как правило, у каждого пациента с одной стороны будет наблюдаться наружное вращение, а с другой - внутреннее.

Затем, если я обнаруживаю, что, скажем, на поврежденной ноге присутствует внутреннее вращение, я осторожно отвожу его внутрь, по направлению к месту растяжения, используя тот же подход, какой показан на рисунке 24, до тех пор, пока не почувствую наступление ослабления .напряжения внутри и на уровне таза. Затем я обнаружу, что структура развернулась обратно, чтобы соответствовать нормальному состоянию для данного пациента. Такое исправление растяжения, связанного с вертлужнои впадиной, при случаях поражений колен относительно умеренной степени или тех, при которых не произошло обширных разрывов связок, будет способствовать тому, что наступит заживление колена вследствие повторного выправления длинных рычагов подколенного сухожилия и передних мышц бедра. Проблема колена может выйти на первый план и потребовать более полного лечения до тех пор, пока не нужно будет лечить частичное растяжение в вертлужнои впадине. Поэтому при всех случаях повреждения колен необходимо проверить область вертлужнои впадины, чтобы установить нормальное состояние

таза данного пациента и исправить либо внутренние, либо наружные случаи вращательного напряжения, которые могут здесь присутствовать.
159

Проблемы, связанные с синусом

Опубликованная запись беседы между доктором Роллином Беккером и его сыном Дональдом Беккером, М. Д., 1962 год.

Давай остановимся на минуту, чтобы подумать над следующим вопросом: где начинаются проблемы, связанные с синусом? Какие синусы могут быть затронуты? У каждого человека может быть свой собственный набор таких проблем.

Синусы, которые необходимо рассмотреть, это, прежде всего, решетчатые синусы, являющиеся многочисленными маленькими воздушными клетками внутри решетчатой кости. Затем следуют верхнечелюстные синусы, находящиеся в каждой верхнечелюстной кости, а также лобные синусы, которые могут представлять собой единый широкий синус в каждой из лобных костей. (Здесь я использую множественное число, так как при рождении у человека две лобные кости, а в течение жизни, хотя они и соединяются, действуют они независимо друг от друга в дыхательном механизме.) Также имеется клиновидный синус, расположенный внутри клиновидной кости.

Все эти синусы состоят из воздушных клеток, находящихся внутри костных полостей, которые ритмически обмениваются воздухом во время первичного респираторного движения. Но что управляет респираторным движением? Мы обнаруживаем, что каждый синус обладает «другом водопроводчика», механизмом, подобным палке с резиновой чашечкой на конце, который используется сантехниками для откачивания воды в туалетах. Такой «друг водопроводчика» буквально выкачивает каждый из синусов, заключенных в черепную полость. «Другом водопроводчика» для верхнечелюстного синуса является скуловая кость; для клиновидного синуса - это сошник. Для лобных костей «другом водопроводчика» может являться клиновидная кость - ее перпендикулярная плоскость, которая вместе с петушиным гребнем качается вверх и вниз во время дыхательных движений черепного основания. «Другом водопроводчика» для решетчатых синусов является то же ритмичное движение петушиного гребня вверх и вниз (фактически назад и вперед).

Мы говорили о скуловой кости, сошнике и перпендикулярной плоскости решетчатой кости. Но откуда они берут свое движение? Для того, чтобы вникнуть в эту проблему, нам потребуется проникнуть в самую глубь черепного механизма. Присоединение к петушиному гребню решетчатой кости является передним концом серповидной структуры большого мозга, которая изгибается назад, направляясь обратно к соединению с мозжечковым наметом. Мозжечковый намет крепко прикреплен к соединению с серповидной структурой большого мозга, а также соединен с правым и левым каменистыми краями височных костей. Доктор Сазерленд назвал эти три серпа левым наметом, правым наметом и серповидной структурой большого мозга. Итак, фактически, когда мы имеем дело с проблемами, связанными с синусом, мы обнаруживаем случаи растяжения мембран и сочленений, затрагивающие серповидную структуру большого мозга или мозжечковый намет.

Мозжечковый намет прикреплен к каменистой части височных костей, а височные кости, в свою очередь, прикрепляются к скуловым костям. Любые ограничения полноценного респираторного движения правой височной кости повлекут за собой ограничение движения скуловой кости с правой стороны, ограничивая, по-очереди, движение вверх и вниз, откачивая воздух «друга водопроводчика», включая правый верхнечелюстной синус.

Ограничения, затрагивающие серповидную структуру большого мозга, препятствуют

нормальной подвижности и подвижности ее передних присоединений к петушиному гребню решетчатой кости и к клиновидной кости. Клиновидная кость
160
отвечает практически за всю нормальную подвижность четырнадцати лицевых костей. Большая часть таких костей имеют прямое соединение с клиновидной костью или свободное непрямое с подвижностью клиновидной кости. Поэтому что бы ни случилось, клиновидная кость будет оказывать прямое влияние на все лицевые кости.

Во время нормального дыхательного цикла, когда сфенобазилярный синхондроз сжимается, клиновидная кость приподнимается на своем заднем соединении с затылком, передний конец клиновидной кости немного опускается, задний конец решетчатой кости опускается вместе с ним, в то время как передний конец поднимается. Сразу под перпендикулярной пластинкой решетчатой кости находится сошник. Покачивающееся движение клиновидной и решетчатой костей создает движение внутри сошника; когда клиновидная кость резко опускается, движение сошника затрагивает клиновидный синус, действуя сквозь клюв. К тому же боковая сторона каждой лобной кости поддерживается с боков широкими угловыми лобно-клиновидными сочленениями. Они поддерживаются с боков во время вдоха и выдоха. Из-за растяжимости самой кости различные решетчатые синусы также расширяются с боков при вдохе и внутрь - во время выдоха. Таким образом, решетчатые и лобные синусы обладают своим колебательным движением во время вдоха и выдоха, которое действует как насос, чтобы обеспечить нормальное дренирование синуса.

Принимая во внимание все вышесказанное, при установлении диагноза и лечении проблем, связанных с синусом, нам не нужно особенно уделять внимание самому синусу. Он является лишь конечным органом, который жалуется на недомогание; его активность ограничена, и он проявляет беспокойство глубоко внутри своих слизистых стенок, подобно фазе застоя. Состояние синуса является конечным результатом проблемы. Вирус, который поселился внутри этого синуса, находится также и во всех других синусах, которые не потревожены. Но деятельность этого отдельного синуса ограничена. Возможно, пациент перенес незначительный удар в лоб, вследствие чего произошла приостановка свободного функционирования лобных костей, и они утратили способность свободного движения во время вдоха и выдоха; поэтому повреждается «друг водопроводчика». Когда мы ограничиваем деятельность «друга водопроводчика», что вызывает застой внутри синуса, любой вирус внутри него обретает плодородное поле, чтобы вызвать раздражение синуса. Если возникла инфекция в верхнечелюстном синусе, почти всегда вы можете вернуться к височной или скуловой кости с этой же стороны и обнаружите утрату нормальной подвижности, свойственной верхнечелюстному синусу.

Другой аспект, который мы еще не затронули, это небные кости. Эти маленькие косточки имеют большое значение. Однажды мы вместе с доктором Сазерлендом потратили целых три дня на изучение одной лишь небной кости. Небная кость оказывает влияние на область, располагающуюся вокруг основного небного ганглия, который получает и посылает приказы по автономным нервам ко всем синусам и большому количеству других важных структур лицевого механизма.

В качестве обобщения нужно отметить, что заболевания синуса не всегда бывают вызваны специфической инфекцией в данном синусе в данное время. Нормальное функционирование каждого синуса внутри лицевого механизма зависит от

нормального функционирования глубоко внутри черепного механизма. Может показаться довольно сложным представить себе черепной и лицевой механизм как единое целое. Тем не менее, если ты задумаешься об этом, то это не покажется настолько сложным. Клиновидно-базилярный синхондроз поднимается и опускается во время вдоха и выдоха, а три серпа - серповидная структура большого мозга, правый намет и левый намет - двигаются вперед и расширяются во время вдоха, и сужаются во время выдоха. Мембраны контролируют движение височной и клиновидной костей, эти кости по очереди контролируют движения 14 лицевых костей, которые по очереди

161

контролируют ритмические колебательные движения различных синусных механизмов.

В хронических случаях, после того, как нормальное функционирование черепного механизма восстановлено, может замедляться исчезновение всех связанных симптомов. Хронические переполненные кровью клетки умеют лишь производить слишком много слизи. Более здоровые клетки на начальном уровне развития работают до достижения зрелости поверхности клеточной структуры и образуют лишь столько слизи, сколько физиологически необходимо. В тяжелых случаях это может занять три месяца.

162

Суставные растяжения дентальной мембраны

Документ датируется 1 сентября 1984

Суставные растяжения дентальной мембраны являются весьма распространенным источником проблем, обнаруживаемых в функционировании лицевого механизма. Мне пришлось лечить один странный случай, при котором зубной протез мог довести человека до полной беспомощности и смерти. Мой шестидесятилетний пациент носил зубной протез, сделанный из металла, который вставлялся в его небо. Этот протез крепко держался на месте при помощи заостренных зубцов, прикрепленных к задним зубам верхней челюсти. Пациент носил его постоянно, вынимая лишь для того, чтобы почистить.

Через шесть месяцев ношения протеза у него начали случаться большие эпилептические припадки и другие симптомы беспомощности. Это продолжалось промерно три месяца, прежде чем он обратился к помощи остеопата; со временем его состояние постепенно ухудшалось. Мой первичный осмотр выявил, что, когда у него во рту находился протез, все его анатомо-психологические механизмы непроизвольно блокировались, это сопровождалось растяжением его среднелинейных структур и направленным внутрь вращением двусторонних структур. Этот процесс затрагивал не только краниально-сакральный механизм, но и все фасции тела, а также связанные ткани. Не было обнаружено явной непроизвольной подвижности, способствующей сжимающемуся и разжимающемуся вращению физиологического движения.

После того, как протез был вынут изо рта, цель лечения была направлена на то, чтобы начать восстановление непроизвольного сжатия среднелинейных структур и внешненаправленного вращения двусторонних структур для поддержания их ритмического цикла функционирования. Примерно через 30 минут мне едва удалось обнаружить ощутимое усилие части механизма осуществить фазу непроизвольного сжатия, и на данный день лечение было окончено. Я попросил пациента прийти ко мне через два дня и больше не использовать зубной протез.

Когда он вернулся через два дня, и я обнаружил значительное улучшение, переменную непроизвольную подвижность во всем теле и фасциях, включая краниально-

сакральный механизм, хотя и не с той интенсивностью, которая характерна для здорового организма, но, по крайней мере, эта подвижность присутствовала. Для того, чтобы проверить эффект от ношения протеза, я попросил пациента вставить его обратно в рот, в то время как я контролировал непроизвольное движение его механизмов посредством пальпации крестца, результат был мгновенным. Его непроизвольный краниально-сакральный механизм и фасциальные ткани пришли в растягивающееся внутренне направленное движение, полностью препятствуя любой непроизвольной сжимающейся внешненаправленной фазе функционирования. Время, за которое произошла такая перемена, составляло от 30 секунд до одной минуты. Когда протез был удален, сразу же можно было обнаружить явное возвращение переменного непроизвольного движения примерно 8-10 раз в минуту, то есть, здорового ритмического цикла. Я категорически запретил моему пациенту использовать зубной протез.

После проведения укрепляющего лечения с регулярными интервалами (поскольку мой пациент жил за городом), через несколько месяцев его большие эпилептические припадки и другие недомогания постепенно облегчились. Возникает вопрос: Каковы были бы последствия, отразившиеся на его здоровье, если бы он продолжил ношение этого протеза? Когда я задал ему этот вопрос, он ответил:

163

«Смерть». С физиологической точки зрения его ответ верен. Когда тело умирает, его механизмы приходят в растягивающееся, внутринаправленное вращение.

Такой чрезвычайный и необыкновенный случай, а также и менее травматичные проблемы, которые будут описаны позже, демонстрируют необходимость знать и понимать, что означает понятие здоровья в лицевой, непроизвольной, анатомо-физиологической подвижности и функционировании. Лицо является передней частью краниально-сакрального механизма и расположено на передней части мозгового черепа. Краниально-сакральный механизм включает в себя суставные механизмы клиновидной кости, затылка, височных костей, лобной (лобных) костей, и теменных костей, колебательную подвижность реципрокно напряженной мембраны; закручивающуюся и раскручивающуюся подвижность центральной нервной системы; колебание цереброспинальной жидкости; и непроизвольную подвижность крестца между подвздошными костями.

Лицо состоит из 15 костей. Это решетчатая кость, две скуловые кости, две верхнечелюстные, две небные, сошник, две носовые, две слезные, две нижние раковины и нижняя челюсть. С технической точки зрения, решетчатая кость принадлежит к черепному основанию, но также рассматривается здесь. В лице 79 сочленений, а в мозговом черепе 43 сочленения.

Механизмы непроизвольной подвижности лица контролируются клиновидной костью за исключением нижней челюсти, которая контролируется затылком и височными костями. Клиновидная кость является частью основного управляющего ствола в черепном основании, она прямо сочленена с восемью лицевыми костями и через них оказывает воздействие на все остальные. Именно эта подвижность клиновидно-лицевой единицы, в обоюдной единой подвижности с затылочно-височно-нижнечелюстной единицей функционирования, определяет качество жизни для лица и его слизистых мембран, синусов, мышц и связок, тройничного и клиновидно-небного ганглия, глазничных и носоглоточных впадин и их содержимого, а также венозного и лимфатического функционирования.

Чтобы понять, что является нормальным состоянием здоровья для лица, нужно знать, что физиология тела в целом выражает жизнь в движении, посредством как произвольной, так и непроизвольной подвижности, в то время как работа краниально-

сакрального механизма, в основном, выражается посредством непроизвольной подвижности. Тем не менее, физиология тела является единым целым комплексной активности - то, что является произвольным движением, становится частью активности непроизвольного краниально-сакрального механизма, а непроизвольная активность краниально-сакрального механизма ощутима на протяжении всего тела, независимо от того, находится произвольное движение в активном состоянии или в состоянии покоя.

Что является простым жизненным ритмом в непроизвольной активности краниально-сакрального механизма? Это цикл колебания цереброспинальной жидкости от 8 до 10 раз в минуту, сжатие всех средиелинейных структур и внешненаправленное вращение всех двусторонних структур, чередующееся с растяжением и внутринаправленным вращением. Оно присутствует и довольно заметно на протяжении всей жизни, ритмично омывая и двигая каждую клетку тела. Относительно здоровое состояние лица и его 79 сочленений зависит от этого жизненно важного взаимообмена.

В качестве примера расскажу об одном человеке, который пришел ко мне на прием, жалуясь на хронический верхнечелюстной и клиновидный синусит, длящийся уже более десяти лет. Функционально каждый синус обладает особым механизмом, который откачивает свой собственный синус и поддерживает его в проветриваемом состоянии. Скуловые кости являются насосами для верхнечелюстных синусов, а сошник - для клиновидного синуса. В случае данного пациента они не выполняли свою работу, и слизистые мембраны находились в состоянии застоя. Исправляющее лечение с целью восстановления основной непроизвольной подвижности для скуловых костей и

164

сошника позволило слизистым мембранам синусов восстановиться от их нижнего слоя до поверхности за три месяца, и в данной области пациент оказался здоров.

При рассмотрении всей сложности лицевых механизмов, мы обнаружим многочисленные пути, посредством которых можно обнаружить, как суставные растяжения дентальной мембраны препятствуют основной непроизвольной подвижности, присущей лицу. Я говорил с одним зубным врачом на эту тему, и он предложил мне следующий лист процедур, которые влекут за собой травматические результаты: неправильное применение окклюзивных уравновешивающих техник, установка коронок на зубы, неправильное использование шин при лечении височно-нижнечелюстных проблем, а также травматическое удаление зубов, которые имеют отклонения в корневой системе. Для того, чтобы предотвратить как можно больше травм при удалении зубов, он рассекает зуб, чтобы отодвинуть каждый корень в его плоскости движения, вместо того, чтобы толкать целый зуб и повреждать таким образом челюстную кость. Данная дискуссия вовсе не подразумевает, что использование всех зубных протезов приносит вред - большинство из них полезны при применении для специфических нужд.

Другой тип суставного растяжения дентальной мембраны вследствие удаления зубов включает височную, клиновидную, верхнечелюстную и нижнечелюстную кости. На стороне растяжения можно обнаружить следующее: височная кость с ее каменистой частью находится во внутринаправленном вращении; крыловидный отросток клиновидной кости сдвинут вверх и вбок; верхняя челюсть смещена вниз, а нижняя -непараллельна в сочленении. Механика такого растяжения может начинаться с зубоврачебного кресла, если его подголовник имеет V-образную форму. Затылок пациента остается над V-образным подголовником, что вызывает сжатие над сосцевидной частью височных костей, которые находятся сразу же перед ламбдовидным швом. Относительно зафиксировав положение затылка и височных костей, стоматолог применяет внутрь и вниз боковую систему рычагов с противоположной стороны, вызывая растяжение клиновидно-нижнечелюстной связки и покачивая крыловидный отросток на поврежденной стороне

вверх и вбок.
Примечание издателя: V-образный подголовник теперь редко можно найти в зубоврачебных кабинетах, однако травматические растяжения все еще могут развиваться.
Результаты такого типа травмы, затрагивающей совокупность затылка, височной кости, вижней и верхней челюстей и клиновидной кости, могут повлиять на тройничный или клиновидно-небный ганглий и привести к симптомам лицевой невралгии или невралгии тройничного нерва. Повышенное напряженное состояние обоюдно напряженной мембраны внутри мозгового черепа на стороне повреждения играет главную роль в поддержании совокупности повреждения в течение нескольких месяцев или лет, на протяжении которых пациент может переносить такое растяжение. У женщины с таким типом растяжения развилась тяжелая степень невралгии тройничного нерва 11 лет назад, после того, как ей удалили зуб. В течение четырех лет она находилась под исправительным лечением и медленно вновь обретала здоровое состояние этого больного пятого черепного нерва. Современные, относительно плоские подголовники на зубоврачебных креслах, а также инструменты для удаления зубов элеваторного типа уменьшили риск образования подобного типа растяжения. Большинство суставных растяжений дентальной мембраны не диагностируются и не лечатся во время их возникновения, но обнаруживаются спустя недели, месяцы или годы при помощи профессионального пальпаторного диагностирования состояния подвижности затронутых структур, которые проявляют утрату врожденной основной непроизвольной подвижности. Если врач понимает действие механизма
165
функционирования суставов лица, он сможет точно определить здоровые области и сравнить их с областями растяжения. В ходе лечения он может провести повторную проверку состояния здоровых и подвергнутых стрессу областей для того, чтобы оценить качество результатов лечения.
Важным фактором, который необходимо рассмотреть при пальпаторном диагнозе и лечении, является не только коррекция поврежденного механизма; это также восстановление здорового состояния мембран и сочленений, а также восстановление основного ритма непроизвольного движения. Именно такое восстановление позволило моему пациенту с зубным протезом вновь обрести здоровье. Это же восстановление вернуло подвижность поршнеобразных насосов, скуловых костей и сошника в случаях хронических синуситов. Такой поиск здоровья для всего лицевого функционирования применяется также и для всех суставных растяжений дентальной мембраны.

166 Глаза

Практическое применение Краниальной концепции к общим рефрактивным и мышечным расстройствам глаз

Документ датируется январем 1958 года. яо
Краниальная концепция предлагает огромное количество возможностей в области общих рефрактивных и мышечных расстройств глаз. Ограничивающими факторами для лечения в таких случаях является степень органической инвалидности в процессах заболевания, а также понимание оператора и его навыки как специалиста в области краниальной концепции. Чем полнее являются его знания черепного механизма, тем больше возможностей он увидит для изменения наблюдаемых им патологических процессов.

Расстройства глазных мышц

Расстройства глазных мышц, как правило, бывают вызваны неврологическими расстройствами в структурах, которые иннервируют пораженные мышцы. Частичная схема будет включать в себя: наружный паралич глазной мышцы, паралич связанных

глазных движений или «пристальный» паралич, конвергентно-дивергентные расстройства, а также врожденный паралич глазной мышцы. К этому можно добавить расстройства седьмого черепного нерва, с расстройствами пальпебральной трещины, а также расстройства пятого черепного нерва, так как они поражают глазную впадину. Наружный паралич глазной мышцы оказывает влияние на различные способы движения внутри глаза. Косоглазие или конвергентно-дивергентное расстройство является изменением глаза, которое пациент не может преодолеть. Зрительные оси принимают такое положение, которое не соответствует нормальному состоянию. О различных формах стробизма говорят как о тропиасе, их направление указано свойственным префиксом, например, сходящееся косоглазие или расходящееся косоглазие.

Термин «palsy» обозначает как паралич, так и полупаралич (парез) и может затрагивать черепные нервы III, IV, VI или их комбинацию. В зависимости от того, какая часть какого-либо нерва первично поражена, могут быть сделаны различные клинические обнаружения. Возможные места расположения патологии и расстройств включают в себя ядерные, серединные и дорсальные продольные пучки, а также базальные, полостные, корень, трещину, верхушку, неврит, а также к этому в рамках дискуссии о краниальной концепции можно добавить кальцифицированную трещину. Этиология паралича глазной мышцы может происходить от множества заболеваний или физиологических расстройств. Сюда входят поражение мозга, опухоли, инфекции центральной нервной системы или неврологические заболевния, сосудистые проблемы, а также врожденные параличи. Также могут присутствовать заболевания самих нервов, например, при полиневрите, а также другие соматические болезненные состояния. К этому списку можно добавить анатомо-физиологические факторы, известные краниальной концепцией. Полное и основательное знание анатомии и физиологии черепа и глазных впадин в значительной степени будет способствовать проникновению внутрь большинства из этих процессов заболевания, а также добавит много факторов для установления более полного диагноза и потенциального лечения. Например, расстройство в области кальцифицированной трещины означает, что вероятно повреждение в области мозжечкового намета и точки опоры Сазерленда. Доктор Сазерленд отсылал к этому факту в своей дискуссии о нарушениях визуальных

167

полей. Мальчик, которому было сложно различить две картинки разного размера страдал физическим нарушением - сплюснутым затылком с одной стороны в межтеменной области. Проведенное лечение данной области, которое было направлено, прежде всего, на освобождение точки опоры Сазерленда и мозжечкового намета, а также на придание формы поврежденному затылку, привело к значительному улучшению в его зрении.

При ядерных расстройствах III, IV или VI черепного нервов возможная патология в контексте краниальной концепции будет находиться в области четвертого желудочка головного мозга и ствола мозга. Это могло произойти в следствие травмы основания черепа, затылочно-сосцевидных повреждений, затылочно-атлантовых повреждений, повреждения шеи и верхней части грудной клетки, расстройства четвертого желудочка головного мозга и его цереброспинального жидкого содержания, а также сужений точки опоры Сазерленда.

Поскольку нервы идут вперед по направлению к глазной впадине, следующей областью, которую нужно рассмотреть, является головной мозг, а также средний мозг. Здесь краниальная концепция предполагает определенное количество потенциальных патологических факторов: сокращение сфенобазилярного синхондроза, травматическое скручивание или случаи направленного в сторону вращения, случаи вертикального или бокового растяжения, сжатие мыщелковых частей, окаменевшая часть височных костей в любой из их разных структур, а также травмы, связанные с зубами. Мозжечковый намет и

точка опоры Сазерленда снова оказываются в поле нашего рассмотрения. Нужно вспомнить о том, что эти черепные нервы скользят внутрь кавернозного синуса через складки твердой материи возле задних наклоненных отростков. Таким образом, расстройства, связанные с растяжением твердой материи в данной области, могут способствовать параличу глазного нерва.
Следующая область - это кавернозный синус и область зрительного перекреста. Здесь потенциальные первичные повреждения будут обнаружены в клиновидной кости и прилегающих областях. Клиновидная кость является одной из самых важных костных структур, которые нужно рассмотреть при патологических заболеваниях глаз. Она сочленяется со всеми костями черепа и пятью костями лица - с двумя скуловыми костями, двумя небными и сошником. Возможности повреждения настолько же многочисленны, насколько обширен лабиринт суставов. Клиновидная кость также поражена при всех растяжениях сфенобазилярного синхондроза.
При рассмотрении кавернозного синуса помните, что он является частью мембранной системы, которая способствует венозному дренированию глаза. Заболевания, поражающие мембраны - такие, как энцефалит, менингит и токсические состояния - могут оказывать серьезное воздействие, вызывающее заболевания глаз. Качество тона менингеальных мембран должно быть совершенным, чтобы обеспечить хорошее венозное дренирование от черепа и глазных впадин. Тональное качество мембран после энцефалита, менингита или токсических состояний может сравниться с качеством влажного картона или сложенного несколько раз мокрого носового платка. Оно неясное, плоское и утратило свою способность к реципрокному растяжению. Практически невозможно обеспечить уменьшение степени повреждения внутри черепных структур при такой серьезной утрате тона мамбранами реципрокного напряжения. Если исправление проведено, пока пациент находится на столе, то стоит ему встать, чтобы выйти из комнаты, как повреждение возобновится. Для того, чтобы восстановить нормальное качество тона, перед любой попыткой исправить повреждения костей черепа, потребуется много работы. Использование в течение нескольких визитов механизмов цереброспинальной жидкости, таких как сжатие четвертого желудочка головного мозга и чередование боковых колебательных техник, кажется, является самым быстрым способом восстановления качества тона мембран при состояниях болезни.
168
За время практики у автора данной книги было несколько достаточно драматических результатов при лечении глазного паралича, наступившего после менингита или энцефалита при восстановлении качества тона мембран и приведении их обратно к нормальному реципрокному напряженному действию. Однако достижение этих драматических результатов заняло много времени. Требуется время для того, чтобы восстановить эту жизненно важную функцию. Чем быстрее будут вылечены такие, следующие за болезнями, патологии, тем короче будет время страданий пациента от болезней.
Существует другая область, где точка опоры Сазерленда бывает поражена. Точка опоры Сазерленда содержит прямой синус, который обеспечивает венозное дренирование большой церебральной вены Галена (vein of Galen), которая дренирует области, связанные с медиальным и дорсальным продольными фасцикулярными типами паралича глазного нерва. Любая утрата качества тона внутри твердой материи черепа сразу же отразится в точке опоры Сазерленда, и будет отражаться поочереди на ее функциональных способностях в отношении твердой материи черепа. Такой эффект простирается вплоть до крестца через дуральную оболочку. Наличие любого послеаварийного повреждения, недавнего или старого, добавит свои типы беспомощности к функционированию точки опоры Сазерленда. После травм,

полученных в автомобильных авариях, глазные симптомы являются распространенным явлением. Важно вспомнить о том, что фиксации крестца на втором сакральном сегменте вследствие такой травмы могут быть поддерживающим фактором для всего синдрома.
Точка опоры Сазерленда служит сосредоточивающим фактором для реципрокного напряжения мембран. Ее полноценное физиологическое функционивание важно для нормальной работы краниального и глазного механизмов. Через серповидную структуру мозжечка она влияет на теменные, решетчатую и клиновидную области; через мозжечковый намет она достигает височных костей затылка и теменных костей. Реципрокное напряжение мембраны продолжается на протяжении выпрямленной твердой материей всего черепа и оболочки, следуя по спинному мозгу и «конскому хвосту» до крестца. Подобно любому рычагу, точка опоры Сазерленда действует на неподвижную точку, где серповидная структура прилегает к намету. Это автоматическая, неустойчивая, подвешенная точка опоры, неподвижная точка которой может быть почувствована опытными руками врача, специалиста в области черепа. Оператор может инициировать силу в этой неподвижной точке для правильного уменьшения растяжения реципрокно напряженных мембран. Если он понимает этот принцип рычага с его автоматическими, движущимися подвешенными способностями точки опоры, он может определить и повлиять на функционирование черепа и глаз. Черепные нервы проходят в глаз, затем направляются внутрь верхних глазных трещин клиновидной кости, темени и самих глазных впадин. Глазные мышцы берут начало в общем сухожильном кольце (annulus tendon of Zinn). Оно имеет овальную форму на поперечной секции и заключает в себе оптический канал и часть серединного конца верхней глазной трещины. Оно разделено на две части: нижнее сухожилие Локвуда, которое прикреплено к внутреннему корню меньшего крыла клиновидной кости и дает начало части серединных и прямых боковых мышц и всех прямых внутренних мышц; а также верхнее сухожилие Локвуда, которое прикреплено к телу клиновидной кости и дает начало части серединных и прямых боковых мышц и всех прямых верхних мышц.
£0

169

Эволюционная анатомия клиновидной кости: Из-за той важной роли, которую эпифизарные единицы клиновидной кости могут играть при параличах глазной мышцы, а также при рефрактивных поражениях глаза, будет полезно рассмотреть развитие клиновидной кости и периоды, за которые эпифизарные единицы становятся частью развитой клиновидной кости.
Примерно вплоть до восьмого месяца жизни эмбриона клиновидная кость состоит из двух отдельных костей: задняя или постклиновидная кость, которая включает в себя гипофизарную ямку, большие крылья и крыловидные остистые отростки; и переднюю или предкрыловидную часть, к которой принадлежат передняя часть тела и малые крылья. Клиновидная кость развивается из 14 центров: 8 - для посткрыловидной и 6 - для предкрыловидной кости.
В заднем клиновидном отделе первыми образуются ядра клеток больших крыльев. Они появляются между круглым и овальным каналами около восьмой недели, и от них также формируются внешние крыловидные плоскости. Вскоре после этого появляются ядра клеток для задней части тела с каждой стороны турецкого седла, и примерно к середине жизни зародыша они соединяются друг с другом. Приблизительно к четвертому месяцу появляются остальные пять центров, причем те из них, которые относятся к внутренним крыловидным плоскостям, окостенивают в мембране и присоединяются к наружной крыловидной плоскости примерно на шестой месяц. Центры, относящиеся к язычку, быстро соединяются с остальной частью кости.

В предкрыловидном отделе первыми появляются ядра клеток малых крыльев. Это происходит примерно на девятой неделе у внешних краев зрительного канала. Вскоре после этого появляется вторая пара ядер на внутренней стороне канала, они соединяются, образуя переднюю часть тела кости. Остальные два центра, относящиеся к клиновидным спиралеобразным костям (раковинам), появляются лишь к концу третьего года жизни.
Предклиновидный отдел присоединяется к постклиновидному примерно на восьмом месяце жизни зародыша. Поэтому при рождении ребенка кости состоят из трех частей - это центральная кость и большие крылья с крыловидными отростками с каждой стороны от нее. Малые крылья присоединяются к телу примерно во время рождения ребенка. К концу первого года жизни большие крылья и тело уже объединены. С десяти до двенадцати лет кости мембранного свода частично соединены с клиновидной костью, а полностью срастаются с ней к двадцати годам. Впоследствии клиновидная кость соединяется с затылком в период от восемнадцати до двадцати пяти лет.
С клиновидной костью соединяются следующие мышцы: височные, внешние крыловидные, внутренние крыловидные, верхняя сжимающая мышца, напрягающая небная мышца, поднимающая пальпебральная мышца, верхняя наклонная мышца глаза. верхние прямые, серединные прямые, внутренние прямые и боковые прямые мышцы.
Знание этой детализированный информации очень важно для врача, который хочет исправить искривления, которые могут произойти при рождении у пациентов, страдающих разными видами паралича глазной мышцы. Время решения таких проблем должно наступить как можно скорее после рождения, чтобы добиться максимальной коррекции всевозможных возникающих изгибов веточек нервов. Поскольку малые крылья вместе со зрительным каналом являются началом для большей части мышц, контролирующих работу глазных яблок, и поскольку они объединяются примерно во время рождения ребенка, специалисту в области черепа следует прежде всего начать свою работу со связанных с ними проблем. Если в данной области присутствует нарушение, значит, лишь определенные расстройства могут поражать черепное основание и весь механизм. Для обеспечения постоянной пользы целая картина должна быть развернута настолько полно, насколько возможно. Эти костные повреждения также сложно связаны со всей реципрокно напряженной мембраной, потому что при
170
рождении в черепе нет шовных сочленений. Врачу нужно почти вплоть до конца первого года после рождения ребенка исправить нарушения, связанные с большими крыльями клиновидной кости, прежде, чем эти части не станут частью постоянной костной структуры клиновидной кости в наименьшей степени способными изменяться.
£0
Глазная впадина состоит из семи костей: из клиновидной кости с ее малыми и большими крыльями, решетчатой кости, слезной, верхнечелюстной, скуловой, лобной и маленькой глазной плоскости небной кости. Именно свободное и естественное, нормальное взаимоотношение сочленения между этими единицами способствует нормальному функционированию глазной впадины, а также нормальному функционированию глазного яблока. Нарушение в любой из этих костей может являться фактором, способствующим возникновению патологии в глазной впадине или глазном яблоке.
Внутри глазной впадины содержится 12 мышц: это шесть внеглазных мышц и ресничная мышца, мышца, расширяющая зрачок, сфинктер зрачка, сферическая мышца, глазная мышца и мышца, поднимающая веко. Шесть внеглазных мышц могут быть поражены параличом глазной мышцы. Все они берут свое начало в области вокруг зрительного

канала, за исключением нижней наклонной мышцы, которая исходит из средней стороны глазной плоскости верхней челюсти. Верхняя наклонная мышца исходит из зрительного отверстия и проходит сквозь головку суставного конца кости, узлообразного механизма, расположенного на средней стороне глазной поверхности лобной кости. Все шесть мышц вставлены в склеру глазного яблока около переднего полюса. Глазодвигательный нерв снабжает нижнюю наклонную мышцу, нижнюю прямую, среднюю прямую и верхнюю прямую, также, как и мышцу, поднимающую веко, и сфинктер зрачка. Нерв головки суставного конца кости снабжает верхнюю наклонную мышцу, а отводящий нерв - боковую прямую.

Исходя из таких анатомических данных, изгибы веточек нервов или травма малых крыльев клиновидной кости могут оказать влияние на большую часть мышц глазного яблока; травма лобной кости может повлиять на деятельность верхней наклонной мышцы; травма верхней челюсти - на нижнюю наклонную мышцу. Травматическое повреждение редко затрагивает лишь одну костную структуру, и обычно ее эффекты могут передаваться всем костным элементам глазной впадины. Практически у каждого ребенка с диагнозом серьезного черепного искривления можно обнаружить некоторый тип паралича глазного нерва или рефрактивное нарушение.

Травматический эффект, возникающий вследствии ушиба любой части мембранного свода, создает потенциальную ситуацию для патологии глазного нерва либо при поражении нервных трактов,'либо при расстройствах самих мышц. Удары по макушке головы производят эффект повреждения от противоудара на мыщелковые части, затылочно-верхнечелюстные области, сфенобазилярный синхондроз или направленный вперед по направлению к глазному хиазму или глазной впадине. Удары no задней части черепа в большинстве случаев вызывают симптомы раздвоенного или полупрозрачного видения. Травматические затылочно-верхнечелюстные повреждения эказывают прямое воздействие на зрительные расстройства на той же стороне вследствие повреждения дренирования венозного синуса и эффектов повреждения от противоудара видения противоположной стороны.

Далее добавим несколько слов относительно паралича внутренних глазных мышц. Эти мышцы включают в себя ресничную мышцу, мышцу, расширяющую фачок, а также сфинктер зрачка. Ресничная мышца влияет на форму хрусталика глаза лри оптическом приспосабливании. Ее иннервацию осуществляют короткие ресничные ^ервы, проходящие через ресничный ганглий. Эти нервы происходят из трех

171

источников. Сенсорный отдел идет из носо-ресничного нерва, который является частью офтальмического отдела V-черепного нерва и снабжает внутриглазные структуры. Парасимпатические волокна исходят из нижнего отдела Ш-черепного нерва и снабжают сфинктер зрачка. Симпатический отдел отходит от верхнего шейного ганглия и распределяется между мышцей, расширяющей зрачок, ресничной мышцей и кровеносными сосудами глаза. Верхний шейный ганглий получает свои волокна от верхнего грудного симпатического ганглия. Поэтому очень важно нормализовать шейный и грудной отделы позвоночника, а также черепных структур, чтобы пациент получил пользу от лечения. Вторая грудная область является важной сегментальной стрессовой областью при патологиях глаза.

Рефрактивные расстройства глаза

Рефрактивными расстройствами глаза, как правило, являются миопия, гиперметропия, пресбиопия и астигматизм. При миопии или близорукости лучи света сфокусированы на передней части сетчатки, в то время как при гиперометропии или дальнозоркости они фокусируются на задней ее части. При пресбиопии мы имеем дело с расстройством, связанным со старением человека, и происходящим от уменьшения способности приспосабливаться, вызванной утратой эластичности хрусталика глаза, что вызывает удаление от глаза четкого видения ближней точки. И, наконец, при астигматизме луч

света нечетко фокусируется на сетчатке из-за дефективного искривления преломляющих поверхностей глаза. Эти проблемы могут произойти у пациента по отдельности или же сочетаться друг с другом. Эти феномены непостояны; из года в год они изменяются. Тот факт, что такие изменения, происходящие в глазах с рефрактивными нарушениями, носят непостоянный характер, является разгадкой к потенциальной модификации таких случаев. Если бы эти случаи носили стабильный характер, возможность их модификации была бы значительно снижена. Глазное яблоко с его внутренними преломляющими поверхностями является жидкой массой в склеротической оболочке, а также объектом воздействия внешних преломляющих поверхностей. Оно быстро реагирует на любую перемену в окружающей среде, а любое изменение внутри глаза отражается на его преломляющей способности.

Каждое рефрактивное заболевание - миопия, гиперометролия и астигматизм -может иметь различные классификации и описания. Наибольший интерес представляют осевая миопия и осевая гиперометропия. При осевой миопии происходит растяжение оси глазного яблока. Не вызвано ли это тем, что удлиняется череп вместе с удлинением глазной впадины, влияющим на форму глазного яблока так, что лучи света падают на переднюю часть сетчатки? А при осевой гиперметропии не вызывает ли сжатие черепа сдавливание глазной впадины и глазного яблока, так что лучи света имеют тенденцию фокусироваться на задней поверхности сетчатки? Или при видимом скошенном повреждении в одном глазу может наблюдаться гиперометропия, а в другом - состояние миопии. То же самое может произойти и при случаях бокового изгиба или вращения, хотя и в меньшей степени. Случаи заболевания астигматизмом варьируются в гораздо большей степени, чем другие. Внутри глаза находится несколько преломляющих поверхностей, и название астигматизма будет варьироваться в соответствии с типом пораженного преломляющего субстрата. Роговая оболочка глаза, хрусталик, а также жидкая часть стекловидного тела - все они играют свою роль в таких расстройствах. Здесь снова жидкая масса глаза в своей склеротической оболочке реагирует на изменения среды, окружающей глазную впадину. Специфические патологии при различных заболеваниях этих субстратов являются главными факторами, способствующими возникновению астигматизма. Любое отклонение глазной впадины от нормального функционирования будет потенциально вызывать определенный тип астигматизма. При лечении

172

астигматизма желательно попытаться обнаружить некоторую форму нефизиологического отклонения в глазной впадине или некоторую форму травмы, которая изменила физиологическую способность организма настолько, чтобы создать условия для астигматических расстройств.

В данной дискуссии я попытался рассказать об огромном множестве различных расстройств так, чтобы помочь оператору поставить диагноз и создать основу для лечебной программы. При использовании краниальной концепции для анализа паралича глазной мышцы или рефрактивных поражений глубокие знания в области анатомии и физиологии черепа и глазной впадины так же, если не более, важны для диагностирования и лечения, как и знание конкретного заболевания и его симптомов. Одни и те же способствующие заболеванию факторы у двух пациентов могут быть различными, специфически названные патологиями из-за разницы в их анатомо-физиологическом составе. Обладая познаниями в области анатомии и физиологии, эператор может более точно определить местоположение зарождающейся или уже существующей патологии, и ему легче будет составить лечебную программу для данного случая.

Краниальная концепция поможет оператору глубже вникнуть в природу :уществующей патологии, в отличие от простого обзора конечных проявлений этой

патологии, выраженных в симптомах и общей патологической картине. Обладая знанием краниальной концепции, оператор сможет изучить функционирование гатологического состояния расстройства. Ему полезно будет попытаться изучить функционирование черепа, глазной впадины, шейного и грудного отделов - а также :делать как можно более полный анализ всех присутствующих факторов. Если в истории болезни пациента оператор обнаружит травму, полученную в автокатастрофе, < данной картине нужно будет также добавить крестец. Постарайтесь свести воедино картину, которая послужит объяснением того, почему у пациента возникло данное $аболевание, с которым он пришел к вам. Если возникновению расстройства шособствовала травма, совершенно необходимо принять во внимание такие элементы, <ак сила, с которой было нанесено повреждение, направление этой силы, количество и сачество ее действия, а также ту степень, до которой эта сила все еще является действующим фактором при наблюдаемой травме. Врач может лишь внешне исправить повреждения черепа, непараллельность глазных впадин, а также индивидуальные шатомические нарушения, но не полностью устранить вновь возникающие эасстройства пациента - это физиологический факт. Что же было упущено из общей сартины? Исправление таких пораженных анатомических единиц, к удовлетворению шератора может произойти, пока пациент находится в его офисе, однако для того, ггобы понять полную картину, необходимо осознать наличие той силы, которая тривела общее состояние организма к заболеванию и продолжает свое действие. После :ого, как пациент возобновит свою активную повседневную жизнь, этот добавочный 1ентр силы возвратит вновь исправленную анатомическую картину обратно к {сходному патологическому состоянию. Сила и центр ее сострелоточения стали физиологической единицей, наряду с анатомическими единицами, и стремится остановить единственный известный ей баланс реципрокного напряжения - анатомо-[шзиологическая структура плюс сила.

Необходимо знать о существовании такого центра силы и разобраться в нем для юго, чтобы нормальное анатомо-физиологическое состояние тела пациента могло юсстановить свою полноценную функциональную способность. Оператор может шучиться распознавать такие силовые поля в заболевании пациента с высокой ;тепеныо мастерства. Он также может направлять их растворение, создавая как можно

более полную анатомо-физиологическую картину всей структуры во время установления диагноза. Поэтому нормальные факторы, свойственные живому организму, будут иметь возможность растворить эти силовые факторы, которые были добавлены к общей картине, и нормальные факторы снова приобретут власть в теле пациента и исправят существующие патологии. Уровень возможного выздоровления будет значительно увеличен при помощи проведения этой процедуры.

Остеопатическая и краниальная концепция предлагает больше, чем простое облегчение страданий больного. Она подразумевает полное понимание организма пациента и его проблемы - задачи, которую врачу необходимо решить в каждом случае, когда к нему приходят люди для диагностирования и лечения. '

Библиография

* Still, Andrew Taylor. *Autobiography of Andrew T. Still.* 1905. Reprint, American Academy of Osteopathy, 1981 (Стиля, Эндрю Тейлор. Автобиография Эндрю Т. Стилла. 1905. Переиздание Американской Академии Остеопатии, 1981).

* _____ . *Osteopathy: Research and Practice.* 1910. Reprint, Seattle: Eastland press, 1992

(Стилл, Эндрю Тейлор. Остеопатия: Исследование и практика. 1910. Переиздание, Сиэттл: Истлэнд Пресс, 1992).
* _____ . *Philosophy of Osteopathy.* 1 899. Reprint, American Academy of Osteopathy, 1977. (Стилл, Эндрю Тейлор. Философия остеопатии. 1899. Переиздание Американской
Академии Остеопатии, 1977).
= Sutherland, William Gamer. *Contributions of Thought: Collected Writings of William Garner Sutherland, D. O.* Ed. By Adah Strand Sutherland and Anne L. Wales. Sutherland Cranial Teaching Foundation, Inc. 1967. (Сазерленд, Вильям Гарнер. Вклад мысли: Собранные труды Вильяма Гарнера Сазерленда, Д.О. Издано Ада Стренд Сазерленд и Энн Л. Уэльс. Краниальная обучающая организация Сазерленда, 1967).
= _____ . *Teaching in the Science of Osteopathy.* Ed. By Anne L. Wales. Portland, Oregon: Rudra Press, 1990 (Сазерленд, Вильям Гарнер. Обучение в науке остеопатии. Издано Энн Л. Уэльс. Портленд, Орегон: Рудра Пресс, 1990).
t _____ . *The Cranial Bowl.* 1939. Reprint, the Cranial Academy, 1994. (t Сазерленд, Вильям Гарнер. Краниальный шар. 1939. Переиздание Краниальной Академии, 1994).
Книги предоставлены:
* The American Academy of osteopathy, 3500 DePauw Blvd., Indianapolis, Indiana 46268. Phone (317) 879-1881 (Американской Академией Остеопатии, 3500 бульвар ДеПоу, Индианаполис, Индиана 46268. Тел. (317)879-1881).
= The Sutherland Cranial teaching Foundation, Inc., 4116 Hartwood Dr., Fort Worth, texas 76109. Phone: (817(735-2498. (Фонд Краниального обучения Сазерленда, Инк., 4116 Хартвуд Др. Форт Ворф, Техас 76109. Тел. (817) 735-2498).
t The Cranial Academy, 8606 Allisonville Rd., Indianopolis, Indiana 46250. Phone: (317) 594-0411. (Краниальная Академия, 8606 Элиссонвиль Рд., Индианаполис, Индиана 46250. Тел.:(317)594-0411).
175

О краниальной обучающей организации Сазерленда

£0

Краниальная обучающая организация Сазерленда является бесприбыльным учреждением, основанным в 1953 году доктором Вильямом Гарнером Сазерлендом и старшими членами его обучающего факультета. Доктор Сазерленд задумал создание своей организации как путь, обеспечивающий продолжение его учению.
Доктор Сазерленд был первым президентом организации, а после его смерти в 1954 году было всего четыре следующих друг за другом президента, которые продолжили разработку обучающей программы организации. Президентами были Ховард Липпинкотт, доктор остеопатии (Howard Lippincott), D.O., Роллин Е. Беккер, доктор остеопатии (Rollin E. Becker, D.O.), Джон Х. Харакал, доктор остеопатии (John H. Harakal Д.О.), Ф.А.А.О., и Майкл. П. Бурруано, доктор остеопатии (Michael P. Burmano, D.O.), исполнявший обязанности президента, начиная с 1993 года.
Устав Краниальной обучающей организации Сазерленда требует от ее членов посвятить себя обучающей деятельности. В задачи организации входит использование собственных ресурсов для установления принципов остеопатии в краниальной сфере, как это было задумано и разработано доктором Сазерлендом, распространение общих сведений об этих принципах и терапевтическое указание к данному подходу в лечении, помощь врачам-остеопатам, а также стимулирование продолжающихся исследований и повышение квалификации практикующих врачей-остеопатов в области черепа.
Организации стремится осуществить эти цели, Краниальная обучающая организация Сазерленда поддерживает исследования, осуществляет публикации, а также предлагает как начальные, так и продолжающиеся курсы обучения. Как бесприбыльная образовательная организация она принимает благотворительные пожертвования в

поддержку ее работы по сохранению и распространению учебных программ в науке остеопатии, разработанных Вильямом Гарнером Сазерлендом, Настоящий адрес Краниальной обучающей организации Сазерленда - 4116 Хартвуд Др., Форт Ворф, Техас 76109 (4116 Hartwood Dr., Fort Worth, Texas 76109).
176

Об издателе

so

Доктор медицины Рейчел Е. Брукс (Rachel E. Brooks, M.D.) познакомилась с доктором Роллином Беккером в 1975 году, сразу же после того, как она поступила в Университет Медицинской Школы Мичигана. Эта первая встреча с доктором Беккером вдохновила ге на продолжение обучения и практики в области остеопатии. Она поддерживала отношения с доктором Беккером в течение всего обучения в медицинской школе, которую она закончила в 1979 году, а в 1980 она официально стала посещать свой первый курс остеопатии в краниальной области в Краниальной обучающей эрганизациии Сазерленда.

После завершения своего пребывания в физической медицине и реабилитации, она переехала в Массачусетс в 1986 году и на следующий год начала свою частную эстеопатическую практику. В 1986 году она впервые стала преподавать в Краниальной обучающей организациии Сазерленда и в 1988 стала членом совета попечителей. С тех пор в задачу доктора Брукс как члена правления входит продолжение обучающих курсов, разработка учебных материалов, а также работа над публикационными проектами. Предыдущей ее издательской работой была помощь, оказанная ею доктору Энн Уэльс (Anne Wales) при издании книги доктора Вильяма Г. Сазерленда *«Обучение з науке остеопатии» («Teaching in the Science of Osteopathy»).*

Доктор Беккер был первым, кто вдохновил доктора Брукс, глубоко повлиял на ее подход к остеопатии и продолжает вдохновлять ее в работе. В настоящее время доктор Брукс занимается частной практикой в Портленде, штат Орегон (Portland, Oregon).