

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. НЕМНОГО О ДИАГНОСТИКЕ	29
ГЛАВА II. НАТУРФИЛОСОФСКИЙ ПОДХОД И ЕГО ЦЕННОСТЬ ДЛЯ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛНОТА И ПУСТОТА СИСТЕМ ОРГАНИЗМА	62
ГЛАВА III. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ДИАГНОСТИКО- ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, МЕХАНИЗМ И ОБЛАСТЬ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ	116
ГЛАВА IV. ОПТИМАЛЬНАЯ ВЕРТЕБРАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ С ПРЕВАЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ, ПОПЫТКА ОБОСНОВАНИЯ	127
ГЛАВА V. ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ (СИНДРОМОВ)	145
ГЛАВА VI. ИНТЕГРАЦИЯ РИТМОВ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС ..	357
ГЛАВА VII. О НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОРРЕЛЯТАХ И ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ ВЗАИМОСВЯЗЯХ, МОГУЩИХ БЫТЬ ИНТЕРЕСНЫМИ ВЕРТЕБРОЛОГАМ	398
ГЛАВА VIII. ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ	412
ГЛАВА IX. ЦЕЛИ И МОТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	430
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	478

Артимошин В.

Этюды мануальной медицины

Издание второе, исправленное и дополненное

Вёрстка Странников В.Ю.

Профит Стайл: г. Москва, ул. М. Калужская, д. 8.

Тел./факс в Москве: (495) 958-10-68; т. (495) 978-57-34

e-mail: profit-l@mail.ru; www.profit-style.ru

Подписано в печать 25.12.2014 г. Бумага офсетная.

Формат 84х108/32. Печать офсетная. Печ. л. 15.0.

Тираж 1000 экз. Заказ № 8056.

ГЛАВА III. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ДИАГНОСТИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, МЕХАНИЗМ И ОБЛАСТЬ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

Оставляя несколько в стороне натурфилософские категории и аллегории, вернемся непосредственно к нашему предмету — мануальной медицине — в более привычной понятийной плоскости. Читаем — «внутренние органы, получая информацию извне через воду, воздух, пищу, свет, дополняют и искажают ее собственными органами дисфункциями; внешним обрамляющим покровом организма является мышечная система. Внутреннее эквивалентно внешнему. Исходя из этого принципа, мышечный аппарат через гипертонусы и триггерные зоны способен отражать качество и уровень дисбаланса внутриорганов функциональных систем. Мышечный аппарат способен служить тончайшим инструментом взаимодействия внутренних органов с фактором внешней среды и внешнего воздействия, инструментом органно-мышечного взаимодействия» [46. С. 2]. Принцип органно-мышечного взаимодействия составляет одну из граней гомеостаза — способности к поддержанию внутреннего равновесия основополагающих физиологических функций. В ответ на внутриоргановые дисфункции формируются компенсаторные элементы, характеризующиеся некоторым нарушением внутри самой мышечной системы. Подобная программа адаптации продолжается до тех пор, пока компенсаторный механизм не превратится в свою противоположность — патологическую дисгармонию, являющуюся, в свою очередь, началом качественно нового пато-

логического круга, обращенного уже извне внутрь. Предупредить подобное превращение — задача врача. Это обязывает нас при самых разных внутриоргановых дисфункциях обращать внимание и на их внешнее выражение — состояние костно-мышечной системы и не отделять одно от другого.

А.Е. Щербак, основоположник рефлекторно-сегментарного метода лечения, давно утверждал, что можно получать выраженную реакцию со стороны больного внутреннего органа, если воздействовать на определенную область тела, являющуюся его топической проекцией внутренних органов. (Поверьте, с того времени возможности этих воздействий использованы на полпроцента!).

Изменения же в позвоночнике, (механизм остеомиотонуса в обеих плоскостях рассмотрен в первой главе), являющемся отсечно-координатным центром большого числа терапевтических мануальных воздействий, представляют собой одну из господствующих граней вышеупомянутого адаптационного механизма со стороны костно-мышечной системы как таковой, важную составляющую гомеостаза в его механическом макроструктурном выражении и организменном масштабе. Многие авторитетные представители мануальной терапии уже давно рекомендуют применение мануальных воздействий не только при разного рода синдромах так называемого остеохондроза позвоночника, но и при висцеральных патологиях: кардиалгии, хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, легких, печени и пр. [18. С. 238]. Хотя принцип целостности и без того обязывает «считывать» патологическую картину только в целом. И.В. Дунаев пишет: «Исходя из учения о нервизме, наш организм представляет из себя единое целое. Это единство обеспечивается, в первую очередь, нейрогуморальной и эндокринной системами под контролем центральной нервной системы. Благодаря этому единству при возникновении патологического очага во внутреннем органе в патологический процесс вовлекаются все

ткани на поверхности тела в пределах зоны сегментарной иннервации, рефлекторно связанной с больным внутренним органом. Эти изменения называются рефлекторными. Они могут служить очагами возбуждения патологических нервных импульсов, которые достигают больного внутреннего органа и поддерживают в нем патологический процесс. При помощи рефлекторно-сегментарного массажа можно ликвидировать указанные рефлекторные изменения в тканях и тем способствовать восстановлению нормальной функции внутренних органов» [23. С. 5].

Вот еще несколько показательных цитат: «основной функцией вегетативной нервной системы является управление функцией внутренних органов. Вегетативная нервная система условно подразделяется на симпатический и парасимпатический отделы. Симпатический нерв учащает сердцебиение, а парасимпатический замедляет... Симпатический нерв тормозит сокращение гладкой мускулатуры, а парасимпатический стимулирует...»; «главной целью рефлекторно-сегментарного массажа является восстановление нарушенного вегетативного тонуса»; «массажист обязан хорошо знать действие вегетативной нервной системы на различные органы...» [23. С. 10].

«Сегментарный массаж основывается на анатомических, патофизиологических и клинических данных о том, что:

- 1) тело, психика и окружающий мир представляют собой динамическое единство;
- 2) все участки человеческого организма вследствие иерархических отношений, нервных, сегментарно-спинальных, подкорковых, корковых и гуморальных связей находятся друг с другом в закономерных отношениях;
- 3) нарушения в одних участках тела могут действовать через регулирующие системы на другие участки и на весь организм.

Хотя рефлекторные проявления имеют место преимущественно в определенных сегментах, они могут нередко иметь отдаленную и атипичную локализацию» [27. С. 83].

Можно привести еще множество красноречивых цитат о диагностико-терапевтической ценности вертебро-сегментарного подхода.

При использовании даже этих банальных, устаревших и примитивных, с точки зрения современных остеопатов, но — «базовых» и фундаментальных знаний, продолженных в подробности межвисцеральных и висцеросоматических взаимосвязей и облеченных практикой в целостную концепцию с соблюдением принципов реальной архитектуры межфункциональных взаимоотношений, можно добиваться впечатляющих результатов, не влезая торопливо в локальные статусы, непосредственно в висцеральный, спланхнологический уровень, в работу с ритмами. Это уже медицина, так как данный подход заслуживает такого названия благодаря целостному и причинному подходу! А целостная стратегия позволяет добиваться многого даже простыми инструментами. Не согласные с этим просто плохо учились, а фундамент тут ни при чем.

Тем не менее, возможность опосредованными мероприятиями на базе исходных вышеперечисленных принципов достоверно воздействовать на состояние внутренних органов и организма в целом сейчас вызывает ревнивый скепсис врачей, кроме тех моментов, где под их же натиском авангардная мануальная медицина в погоне за локальным и быстрым эффектом плодясь отменяющими одна другую позициями, разделяет нынешние общие распадные тенденции, сопровождая все это разговорами о целостности, но, не соблюдая внутрицелостной иерархии, подменяет ее всего-навсего тотальностью. Именно поэтому даже в медицинской среде взамен цельномыслия часто параллельно процветает пропаганда циркониевых браслетов, гороскопов, а также «лечение» биодобавками и прочая благоглупость.

Что касается столь ценного методологического инструмента мануальной медицины — акупунктуры, как, впрочем, и всей восточной рефлексотерапии — предлагаемого источ-

ника столь необходимой целостности — то здесь цеховой нигилизм выражен несколько иначе. Невозможность полного научного обоснования, с одной стороны, и трудность целостного восприятия — с другой, соблазняет официальную медицину, несмотря на декларированную узаконенность методики, «по наезженной колее» не принять, придерживаться и т.п. В то же время эту позицию иногда так «творчески перерабатывают», что камня на камне не остается ни от нее, ни от позиции «переработчиков». (Иначе чем можно объяснить появление в прикладных пособиях таких терминологических монстров, как «висцеро-меридианальный рефлекс», «висцеро-меридианальные взаимосвязи» и т.п.?) Впрочем, и со стороны иных рефлексотерапевтов звучат нелепые рассуждения о невозможности объяснить «врачу-европейцу» сущность синдрома (так как он не знает, что такое «ци» и т.п.) и необходимости в конечном итоге дистанцироваться от него. Но ведь, если разобраться, натурфилософское учение о «ци» отличает, а не отделяет. Распределение же физиологических функций в организме в представлении восточной медицины идентично традиции Авиценны, Галена и Гипократа, что и было нами рассмотрено во второй главе. Образно говоря, разница лишь в артикуляции и жестикуляции. Так что подобное сектанство ничем не оправдано. Выпячивание же иррациональных моментов способно в конце концов сделать метод маловостребованным и непопулярным.

Благо — пока в прикладной науке еще устойчиво правило, по которому результат не может быть отклонен или проигнорирован только из-за отсутствия теоретического понимания.

С другой же стороны, труднообъяснимость некоторых правил восточной рефлексотерапии и трудности целостного восприятия принуждают все же слишком многое принять за аксиому, что нередко соблазняет за ответами обращаться в метафизическую генеалогию той же системы, включая даже различного рода йогические, даосские и другие языческие

культы и практики — в их философию, отражением которой является и медицинская традиция Востока, а не к данным традиционной и современной медицины. И в этом случае нам напоминают: «Некоторые из этих вещей врачу следует, поскольку он врач, представлять себе только по существу... Когда кто-нибудь из притязающих на звание врача начинает и пускается рассуждать, доказывая существование элементов, натур и того, что за ними следует..., он совершает ошибку, так как вводит в искусство медицины то, что не принадлежит к искусству медицины. Ошибается он и в том отношении, что полагает, будто что-то такое пояснил, тогда как он совершенно не пояснил этого» [1. Кн. 1. С. 42].

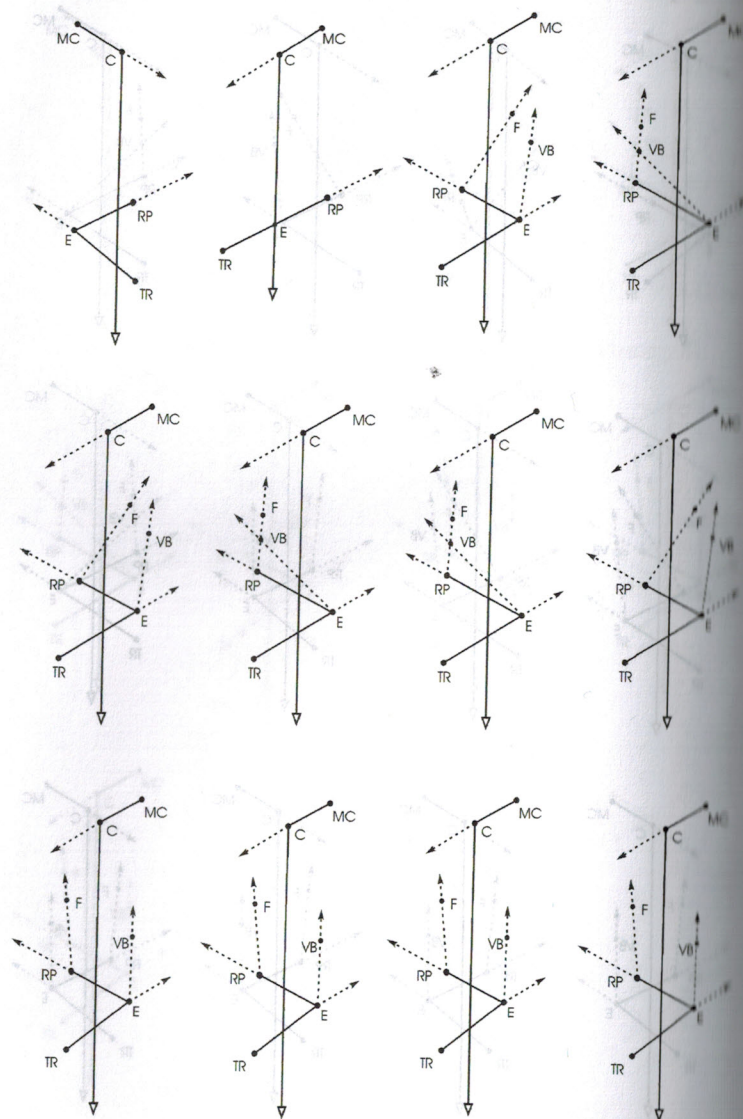
От уровня и полноты усвоения «большого круга»¹, то есть, всего комплекса каналов и межмеридианных связей, зависит достоверность диагностики и, как неизбежное следствие, эффективность терапии. Наиболее достоверной из канонических принято считать в комплексе диагностических мероприятий пульсовую диагностику. Она же венчает и подытоживает вышеупомянутый комплекс и поэтому ее невозможно ни усвоить, ни применить без усвоения «большого круга». Без знания этой основы не раскрывается во всей полноте зависимость пульса от уровня внедрения и полноты развития патогенного начала; пульсовая диагностика, становясь мертвой умозрительной схемой — (ведь некоторые виды нарушений межканальных связей она все же не отражает) — теряет достоверность со всеми вытекающими последствиями².

Целостное понимание вышеупомянутого «большого круга», будучи делом трудным, тем не менее, достижимо и

¹ Большой круг образован 12 меридианами шести полых и шести плотных органов.

² Кроме того, для врача, не усвоившего пока «большой круг» и вышеупомянутые связи пульса и синдрома, но обладающего честной интеллектуальной позицией и высоким уровнем ответственности, необходимость применения пульсодиагностической модели поначалу становится, попросту, еще одной аксиомой в и без того уже обширном комплексе аксиом восточной рефлексотерапии — области отнюдь не абстрактной и не всепрощающей.

Вариант 12.



Повторюсь — вариантов смены остеотионуса настолько много, что ставить вопрос об абсолютной предсказуемости автор не собирается даже после уже двадцатилетней практики.

В качестве справочно-ориентирующего материала приводим список используемых в данном описании способа точек.

Точки-шу всех двенадцати меридианов на меридиане мочевого пузыря-V (первая боковая линия):

- V13 — канала легких (между 3 и 4 грудными позвонками),
- V14 — канала перикарда (между 4 и 5 грудными позвонками),
- V15 — канала сердца (между 5 и 6 грудными позвонками),
- V18 — канала печени (между 9 и 10 грудными позвонками),
- V19 — канала желчного пузыря (между 10 и 11 грудными позвонками),
- V20 — канала селезенки-поджелудочной железы (между 11 и 12 грудными позвонками),
- V21 — канала желудка (между 12 грудным и 1 поясничным позвонками),
- V22 — канала трех частей туловища (между 1 и 2 поясничными позвонками),
- V23 — канала почек (между 2 и 3 поясничными позвонками),
- V25 — канала толстой кишки (между 4 и 5 поясничными позвонками),
- V27 — канала тонкой кишки (между 1 и 2 крестцовыми сочленениями),
- V28 — канала мочевого пузыря (между 2 и 3 крестцовыми сочленениями).

Меридиан легких

P7 — Ле-цзюе находится у лучевого края лучевой кости на 1,5 цуня от запястной складки непосредственно над шиловидным отростком лучевой кости в углублении. Функция: тонирующая точка и точка-пособник.

P9 — Тай-юань находится на нижней складке луче-запястного сустава у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти. Функция: ло-пункт.

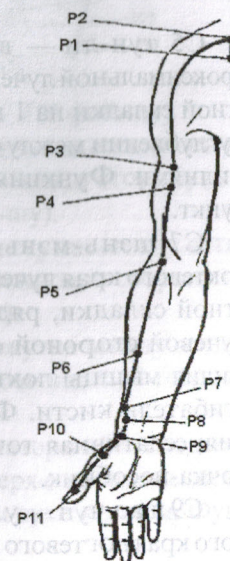


Рис. 20

Меридиан толстой кишки

GI4 хэ-гу — между I и II пястными костями, ближе к середине II пястной кости, в ямке. Функция: точка-пособник.

GI6 пянь-ли — на тыльной поверхности предплечья с лучевой стороны выше точки GI5 ян-си на 3 цуня, где пальпируется небольшое углубление. Функция: ло-пункт.

GI11 цюй-чи — на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба. Функция: тонизирующая точка.

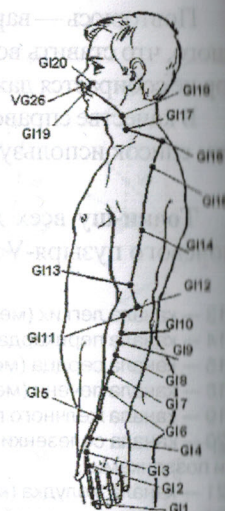


Рис. 21

Меридиан сердца

C5 тун-ли — выше проксимальной лучезапястной складки на 1 цунь, в углублении между сухожилиями. Функция: ло-пункт.

C7 шэнь-мэнь — у локтевого края лучезапястной складки, рядом с лучевой стороной сухожилия мышцы локтевой сгибатель кисти. Функция: седативная точка и точка-пособник.

C9 шао-чун — у лучевого края ногтевого ложа

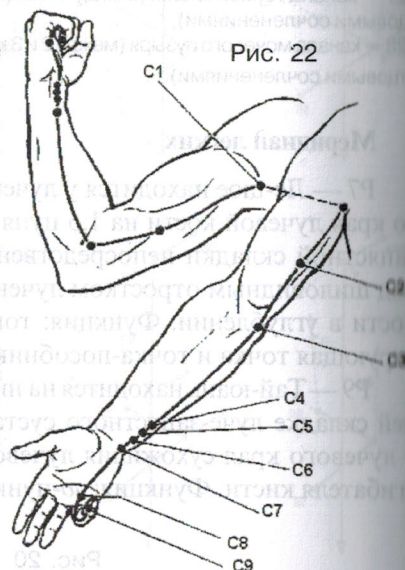


Рис. 22

V пальца, выше от угла ногтя на 0,3 см. Функция: тонизирующая точка.

Меридиан тонкой кишки

IG7 чжи-чжэн — на тыльной поверхности предплечья выше лучезапястного сустава на 5 цуней. Функция: ло-пункт.

IG8 сяо-хай — в области наружной поверхности локтя между медиальным надмыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке. Функция: седативная точка.

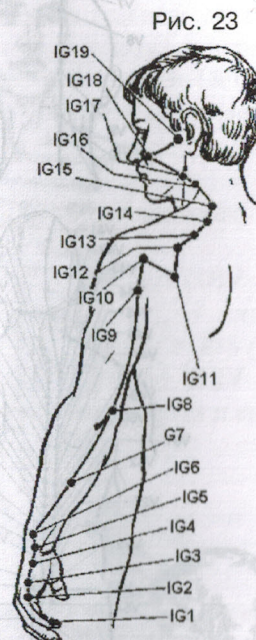


Рис. 23

Меридиан мочевого пузыря

V42(37) по-ху — на уровне промежутка между остистыми отростками III и IV грудных позвонков в сторону на 3 цуня (параллельно точке V13 фэй-шу).

V43(38) гао-хуан — на уровне промежутка между остистыми отростками IV и V грудных позвонков, в сторону на 3 цуня (параллельно точке V14 цзюе-инь-шу).

V44(39) шэнь-тан — на уровне промежутка между остистыми отростками V и VI грудных позвонков, в сторону на 3 цуня (параллельно точке V15 синь-шу).

V52(47) чжи-ши — на уровне промежутка между остистыми отростками II и III поясничных позвонков, в сторону на 3 цуня.

V58 фэй-ян — выше уровня центра латеральной лодыжки на 7 цуней, по вертикальной линии вверх от впадины между задним краем лодыжки и ахилловым сухожилием. Функция: ло-пункт.

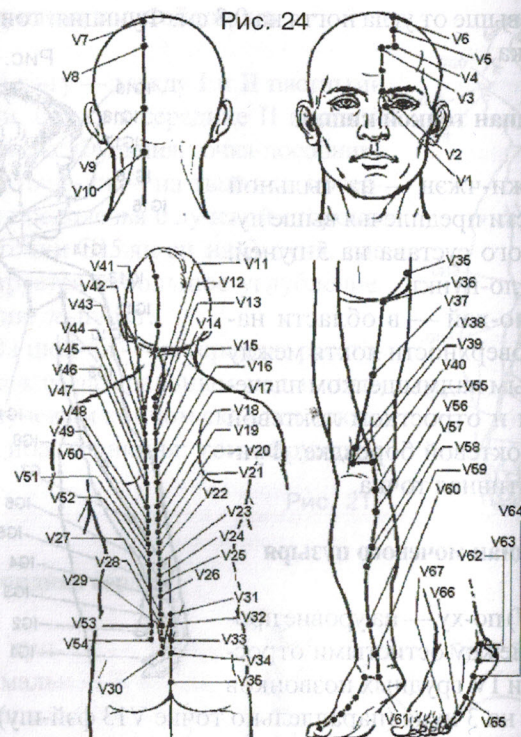


Рис. 24

V65 шу-гу — кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на месте перехода тыльной поверхности стопы в подошвенную. Функция: седативная точка.

Меридиан почек

R3(5) тай-си — во впадине выше пяточной кости, между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием. Функция: точка-пособник.

R4(6) да-чжун — кпереди от места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости, ниже точки R3 тай-си на 1,5 см. Функция: ло-пункт.

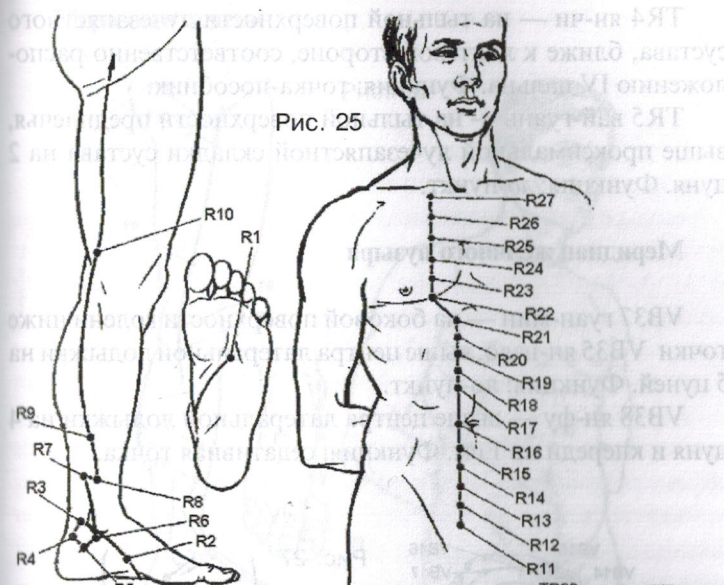


Рис. 25

R10 инь-гу — у внутреннего конца подколенной складки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, где пальпируется пульсация артерии.

VB25 цзин-мэнь — на боковой поверхности живота, у свободного конца XII ребра. Функция: точка тревоги меридиана почек.

Меридиан трех обогревателей

TR3 чжун-чжу — во впадине между IV и V пьстными костями, кзади от IV пьстно-фалангового сустава. Функция: тонизирующая точка.

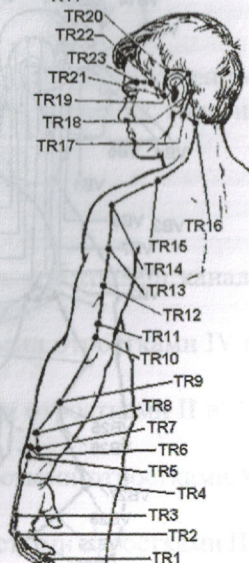


Рис. 26

TR4 ян-чи — на тыльной поверхности лучезапястного сустава, ближе к локтевой стороне, соответственно расположению IV пальца. Функция: точка-пособник.

TR5 вай-гуань — на тыльной поверхности предплечья, выше проксимальной лучезапястной складки сустава на 2 цуня. Функция: ло-пункт.

Меридиан желчного пузыря

VB37 гуан-мин — на боковой поверхности голени ниже точки VB35 ян-цзяо, выше центра латеральной лодыжки на 5 цуней. Функция: ло-пункт.

VB38 ян-фу — выше центра латеральной лодыжки на 4 цуня и кпереди на 1 см. Функция: седативная точка.

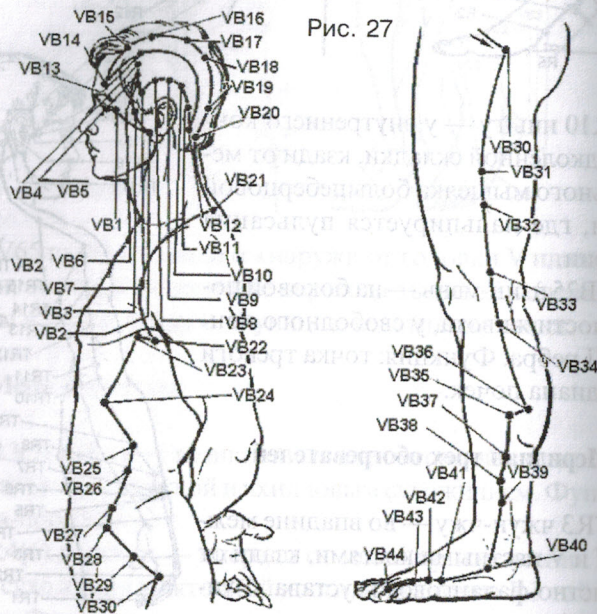


Рис. 27

Меридиан печени

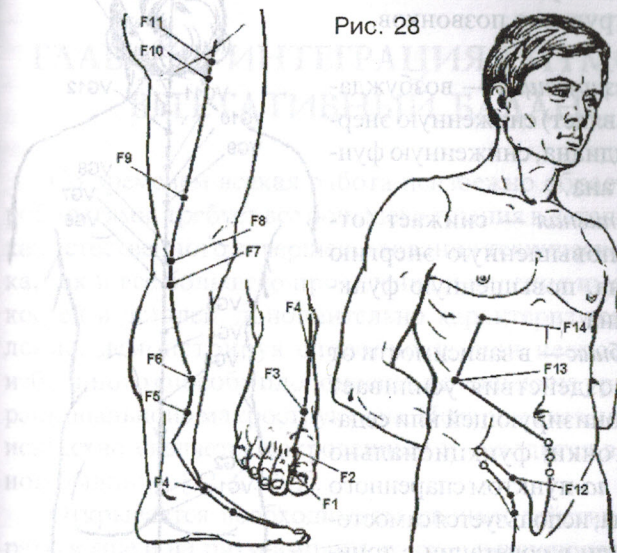


Рис. 28

F8 цюй-цюань — на внутренней поверхности коленного сустава у конца подколенной складки. Функция: тонизирующая точка.

Заднесрединный меридиан

VG2 яо-шу — над местом входа в крестцовый канал, ниже IV среднего крестцового гребешка.

VG3 яо-ян-гуань — между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков.

VG4 мин-мэнь — между остистыми отростками II и III поясничных позвонков.

VG11(11) шэнь-дао — между остистыми отростками V и VI грудных позвонков

VG12(11) шэнь-чжу — между остистыми отростками III и IV грудных позвонков.