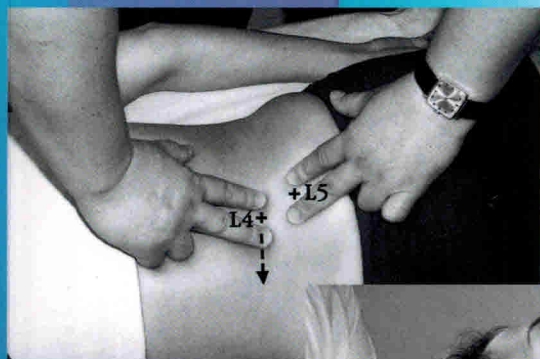


Ю.В. Чикуров

Мягкие мануальные техники



«ТРИАДА-Х»

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ГЛАВА 1. ВОЗМОЖНОСТИ МАНУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЯГКИХ ТЕХНИК ...	9
1.1. Основные принципы	9
1.2. Фасции и мышцы	11
1.3. Основные диагностические и лечебные техники	19
ГЛАВА 2. ЧАСТНЫЕ ВИДЫ МЯГКИХ МАНУАЛЬНЫХ ТЕХНИК	36
2.1. Поперечные виды техник, лечение диафрагм	36
2.1.1. Цервикальная диафрагма	37
2.1.2. Диафрагма грудной клетки (торакальная диафрагма)	39
2.1.3. Тазовая диафрагма	41
2.1.4. Диафрагмы и «энергетические центры»	42
2.1.5. Диагностическая пальпация	46
2.1.6. Лечение диафрагм	48
2.1.6.1. Лечение крестца (<i>os sacrum release</i>)	48
2.1.6.2. Лечение диафрагм таза	51
2.1.6.3. Лечение диафрагмы грудной клетки	52
2.1.6.4. Лечение диафрагмы торакального выхода	53
2.1.6.5. Лечение диафрагмы <i>os hyoideum/c3</i>	54
2.2. Продольные виды мягких мануальных техник	55
2.2.1. Тракция <i>dura mater spinalis</i> (техника <i>dural tube</i>)	59
2.2.2. Техника «укачивание ребенка» (<i>rocking the baby</i>) ..	59
2.3. Сепарационные виды мягких мануальных техник	60
2.3.1. Сепарационная техника на примере C0/C1	60
2.3.2. Люмбосакральная декомпрессия	61
2.4. Техника наслаивания (<i>stacking</i>)	62
2.4.1. Наслаивание (<i>stacking</i>) на примере C0/C1	62
2.4.2. Техника наслаивания (<i>stacking</i>) на примере коленного сустава	63

2.5. Техника <i>v-spread</i> (энергетическая аппликационная техника)	64
2.5.1. Техника <i>v-spread</i> на примере — голеностопного сустава	64
2.5.2. Техника <i>v-spread</i> на примере лечения венечного шва	65
ГЛАВА 3. СЕГМЕНТАРНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ	66
3.1. Обследование пациента	74
3.2. Техника лечения методом сегментарного позиционирования	80
ГЛАВА 4. МЫШЕЧНО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ	84
4.1. Использование техник постизометрической релаксации для коррекции различных регионов опорно-двигательного аппарата	88
4.1.1. Шейный отдел позвоночника	88
4.1.1.1. Обследование шейного отдела позвоночника	88
4.1.1.2. Лечение шейного отдела позвоночника ..	96
4.1.2. Грудной отдел позвоночника	98
4.1.2.1. Обследование грудного отдела позвоночника	98
4.1.2.2. Лечение грудного отдела позвоночника ..	102
4.1.3. Поясничный отдел позвоночника	105
4.1.3.1. Обследование поясничного отдела позвоночника	105
4.1.3.2. Лечение поясничного отдела позвоночника	111
4.1.4. Крестцово-подвздошный сустав	113
4.1.4.1. Обследование крестцово-подвздошного сустава	113
4.1.4.2. Лечение крестцово-подвздошного сустава	114
ГЛАВА 5. ОРТОБИОНОМИЯ	118
5.1. Введение в теорию	118
5.2. Практическая часть	127
5.2.1. Виды лечебных техник в ортобионии	127
5.2.2. Шейный отдел позвоночника	128

5.2.2.1. Неспецифические виды диагностики и техники освобождения	130
5.2.2.2. Особенности применения специфических техник освобождения ...	132
5.2.3. Диагностика и коррекция дисфункций первого ребра	135
5.2.4. Грудной отдел позвоночника	139
5.2.4.1. Виды техник освобождения	140
5.2.5. Поясничный отдел позвоночника	141
5.2.5.1. Осмотр пациента, определение триггерных точек, техники освобождения	141
5.2.6. Крестец (<i>os sacrum</i>)	148
5.2.6.1. Контроль подвижности крестца	148
5.2.6.2. Техники лечения крестца	149
5.2.7. Подвздошная кость (<i>os ilium</i>)	150
5.2.7.1. Исследование подвижности подвздошной кости	151
5.2.7.2. Лечение постериорного смещения подвздошной кости	153
5.2.7.3. Лечение антериорного смещения подвздошной кости	155
5.3. Посттерапевтические виды техники	156
5.3.1. Шейный отдел позвоночника	157
5.3.2. Грудной и поясничный отделы позвоночника	159
ПРИЛОЖЕНИЕ	162
СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	174

ГЛАВА 2. ЧАСТНЫЕ ВИДЫ МЯГКИХ МАНУАЛЬНЫХ ТЕХНИК

2.1. Поперечные виды техник, лечение диафрагм

В остеопатии, структуры тела принято подразделять на продольные, которые располагаются преимущественно в краниокаудальном направлении и поперечные, располагающиеся преимущественно в горизонтальном направлении. Совокупность всех этих продольных и поперечных структур являются формообразующей и придает телу внутреннюю организацию и внешнюю форму.

Примерами продольных структур являются *falx cerebri* (ключевая продольная структура), *dura mater spinalis*, пищевод, трахея, *n. ishiadicus*, аорта, *v. cava*, *ductus thoracicus*, поверхностная мышечная фасция конечностей, *m. iliopsoas*.

Особенности присоединения фасций тела к костным структурам таковы, что в определенных участках тела поверхностные и глубокие фасции сходятся вместе. Эти места следующие: основание черепа, подъязычная кость, верхняя и нижняя апертура грудной клетки, тазовое кольцо. Таким образом, формируются особенно важные в остеопатии морфофункциональные структуры — *диафрагмы*.

Патология каждой из диафрагм проявляется характерными жалобами пациента и соответствующей клинической картиной. Следует добавить, что рестрикции диафрагм очень часто имеют психосоматическую причину, а техники коррекции диафрагм являются очень важными для коррекции не только регионарных, но и отдаленных, а также генерализованных дисфункций.

Ниже по порядку перечислены диафрагмы, следующие в краниокаудальном направлении:

- **намет мозжечка — ключевая поперечная структура,**
- **окципитоцервикальный переход,**
- **подъязычная кость/С3,**

- цервико-торакальный переход,
- диафрагма грудной клетки,
- тазовая диафрагма (вместе с урогенитальной),
- подошвенный и ладонный апоневрозы.

Три диафрагмы, расположенные в области шеи (окципитоцервикальный переход, подъязычная кость/С3, цервико-торакальный переход) с функциональной точки зрения часто объединяют в одну — **цервикальную диафрагму**.

2.1.1. Цервикальная диафрагма

Цервикальная диафрагма включает в себя следующие анатомические структуры: цервикальные фасции, мышцы шеи и затылка; шейные позвонки; сегменты спинного мозга, нервные корешки и ганглии; гортань, трахею, пищевод, щитовидную и паращитовидную железы; связочный аппарат легких и сердца. Вышеназванные структуры связаны между собой посредством фасций. Поэтому нарушения подвижности, а следовательно, и расстройства функций одного органа могут влиять на другие.

Более подробно структурные и функциональные взаимосвязи цервикальной диафрагмы представлены ниже:

Опорно-двигательный аппарат:

- шейный отдел позвоночника;
- шейно-грудной переход;
- грудинно-ключичные суставы;
- ключично-акромиальные суставы;
- реберно-поперечные суставы, 1-е и 2-е ребра.

Таким образом, осуществляются **склеротомные связи** цервикальной диафрагмы с:

- суставами головы (C0-C1-C2);
- шейным отделом позвоночника;
- грудным отделом позвоночника;
- плечевым поясом.

Указанные нервы иннервируют ткани, входящие в состав цервикальной диафрагмы (мышцы, фасции, суставы, сосуды и органы шеи, в т.ч. щитовидную железу и гортань).

Связи цервикальной диафрагмы со структурами нервной системы обусловлены расположением шейных сегментов спинного мозга и корешков, вегетативных ганглиев и периферических нервов:

Симпатическая НС	C1 — C4	Верхний шейный ганглий;
	C5 — C6	Средний шейный ганглий;
	C7 — Th2	Нижний шейный ганглий (звездчатый);
	C7 — Th2	Цилиоспинальный центр (<i>Budge</i>).
Парасимпатическая НС	C0 — C2	Блуждающий нерв;
	C4	Диафрагмальный нерв;
	C1 — C5	Шейное сплетение.

Висцеральные связи цервикальной диафрагмы представлены:

- сердцем;
- легкими;
- щитовидной и паращитовидными железами;
- гортанью и глоткой;
- верхней третью пищевода;
- сонной артерией, яремной веной и их ответвлениями.

Клинические проявления цервикальной диафрагмы обусловлены структурно-функциональными взаимосвязями структур и тканей ее образующих:

- чувство напряжения в области шеи;
- боли в шейно-грудном переходе;
- цервикобрахиалгии с иррадиацией в плечо и суставы руки;
- синдром *Tietze*;
- расстройства лимфоциркуляции: в т.ч. отеки верхних конечностей и абдоминальные отеки;
- различные ваготонические нарушения — головные боли, расстройства глотания, желудочно-кишечные расстройства;
- симпатикотонические нарушения — кардиальные расстройства, в т.ч. тахикардия, расстройства кровообращения, дыхательные расстройства, нарушения зрения;
- сосудистые расстройства в верхних конечностях и в голове;

- вертебробазилярные расстройства — головокружение, шум в ушах, тошнота, головные боли, зрительные нарушения;
- бронхо-плевро-пульмональные заболевания, в т.ч. бронхиты, бронхиальная астма, спайки плевры.

2.1.2. Диафрагма грудной клетки (торакальная диафрагма)

Плоскость торакальной диафрагмы виртуально проходит через диафрагмальную мышцу. Контрольные точки для пальпации: на дорсальной поверхности — остистый отросток Th12, на вентральной — край мечевидного отростка. Анатомические связи торакальной диафрагмы весьма обширны и образованы органами грудной и брюшной полостей.

Структурно-функциональные взаимосвязи торакальной диафрагмы с различными звеньями опорно-двигательного аппарата представлены:

- грудной клеткой;
- позвонками Th12-L3 вместе с правой и левой ножками диафрагмы;
- квадратной мышцей поясницы;
- мышцами передней брюшной стенки;
- мышцами тазового дна;
- паравертебральными мышцами;
- подвздошными мышцами.

Взаимосвязи торакальной диафрагмы со структурами **анимальной нервной системы** представлены:

Диафрагмаль- ным нервом	C3 — C4	Двигательная иннервация диафрагмы
Межреберными нервами	Th6 — Th12	Чувствительная иннервация диафрагмы

Топографические связи торакальной диафрагмы со структурами вегетативной нервной системы и крупными сосудами представлены:

Нервные	Грудной симпатической цепочкой; внутренностным нервом большим и малым; диафрагмальным нервом; блуждающим нервом.
Сосудистые	Брюшной аортой; нижней поллой веной; непарной и полунепарной венами; грудным лимфатическим протоком.

Вышеперечисленные сосуды и нервы проходят через диафрагму и могут взаимно влиять друг на друга

Висцеральные связи торакальной диафрагмы представлены висцеральными органами, которые расположены выше и ниже диафрагмы, в грудной и брюшной полостях соответственно. Все эти органы имеют непосредственную или опосредованную связь с диафрагмой.

Органы, лежащие выше диафрагмы в грудной клетке:

- сердце;
- легкие;
- пищевод.

Органы, лежащие ниже диафрагмы в брюшной полости:

- почки;
- печень;
- желудок;
- селезенка;
- толстая кишка;
- тонкая кишка.

Клинические проявления торакальной диафрагмы обусловлены структурно-функциональными взаимосвязями структур и тканей, ее образующих, кратко представлены ниже:

- боли или чувство напряжения в торакалюмбальном переходе;
- боли под реберной дугой;
- нарушения осанки;
- заболевания органов дыхания (в т.ч. бронхиты, бронхиальная астма, синуситы);
- заболевания органов пищеварения (органы брюшной полости имеют непосредственную или опосредованную, лигаментарную связь с диафрагмой);
- расстройства периферического кровообращения в нижних конечностях, связанные с патологией нижней полой вены и брюшной аортой;
- расстройства лимфоциркуляции (в т.ч. отеки нижних конечностей и абдоминальные отеки);
- урогенитальные расстройства (почки состоят в непосредственной связи с диафрагмой).

4.1. Использование техник постизометрической релаксации для коррекции различных регионов опорно-двигательного аппарата

4.1.1. Шейный отдел позвоночника

4.1.1.1. Обследование шейного отдела позвоночника

При обследовании шейного отдела позвоночника в положении сидя практическое значение имеют две крайние позиции: при максимальном наклоне головы вперед шейный отдел позвоночника находится в позиции максимального напряжения связок. Исключение при этом составляет лишь область атлантозатылочного и атлантоаксиального суставов. Таким образом, в позиции максимального наклона головы и шеи вперед появляется возможность оценить ротацию в области C1/C2.

При максимальном наклоне головы и шеи назад суставные поверхности шейных позвонков как бы входят друг в друга, создавая тем самым препятствие для ротации.

Описанный механизм не затрагивает области шейно-грудного перехода. Таким образом, крайняя позиция наклона головы и шеи назад позволяет оценить ротационную способность в шейно-грудном переходе.

Изометрическое напряжение шейной мускулатуры в каждом направлении движения шейного отдела позвоночника реализуется без изменения соответствующего положения сустава. В данном случае единственной активной структурой остается мускулатура. Если при этом возникают боли, то их причиной следует считать функциональные расстройства мягких тканей, а точнее — активной мускулатуры. В любом случае следует тщательно собирать анамнез на предмет имевшей место в прошлом активная травматизации.

При наличии анамнестических данных, указывающих на травму, основным терапевтическим принципом должна быть иммобилизация и противовоспалительная терапия, а не мобилизация. В противном случае можно получить усиление болей.

Прежде всего необходимо провести ориентирующее обследование пациента по следующей схеме:

АКТИВНО-ПАССИВНЫЙ НАКЛОН ГОЛОВЫ ВПЕРЕД В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ

Пациент сидит на табуретке, его ступни находятся в контакте с полом. Терапевт стоит с левой стороны от пациента. Терапевт просит



Рис. 39. Активно-пассивный наклон головы вперед в положении сидя.

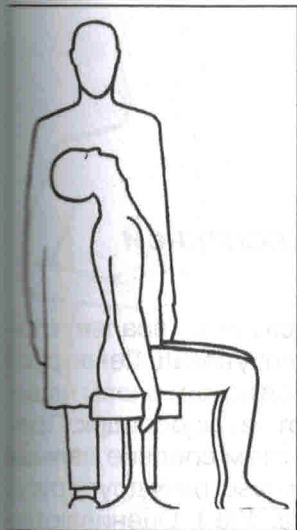


Рис. 40. Активно-пассивное запрокидывание головы назад в положении сидя.

пациента наклонить голову вперед (рис. 39). Подбородок при этом должен коснуться груди. Если этого не удастся достичь, то левой рукой терапевт должен охватить подбородок пациента спереди. Правая рука терапевта двигает голову пациента со стороны затылка в более глубокий наклон вперед. Оцениваются амплитуда движения и конечное напряжение.

Ограничение амплитуды движения и увеличение конечного напряжения, как правило, обнаруживаются одновременно. Оба признака свидетельствуют о нарушении подвижности в атлантозатылочном суставе, либо об ограниченной способности растяжения связочного аппарата. Чаще всего встречается комбинация этих двух причин нарушения подвижности.

Пациент сидит на табуретке, ступни касаются пола. Терапевт стоит с левой стороны от пациента. Терапевт просит пациента запрокинуть голову назад. В это движение должен включаться верхне-грудной отдел позвоночника, причем в конце движения лицо пациента должно находиться параллельно полу (рис. 40).

Если пациенту это движение не удастся самому, терапевт помогает, надавливая своей рукой на лоб пациента.

Терапевт оценивает амплитуду движения и чувство конечного расслабления. Ограничение амплитуды движения и увеличение конечного напряжения свидетельствуют о функциональных нарушениях в области шейно-грудного отдела и атлантозатылочного сустава. Если пациент уже вначале оказывает сопротивление наклону головы назад, то причиной этого может быть компрессионное давление на спинной мозг или корешки, т.е. пролапс межпозвоночного диска. В ряде случаев возможно возникновение головокружения, связанного с нарушением кровообращения в позвоночной артерии с одной или с обеих сторон.

ПАССИВНОЕ ВРАЩЕНИЕ МАКСИМАЛЬНО НАКЛОНЕННОЙ ГОЛОВЫ ВПЕРЕД В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ

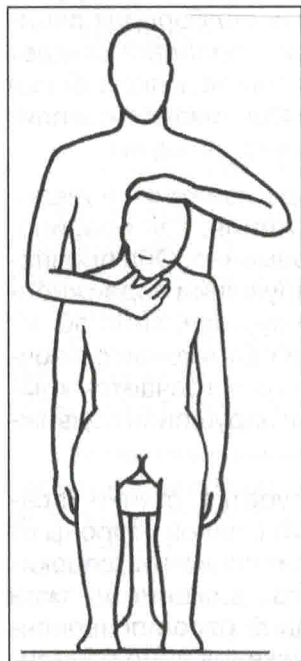


Рис. 41. Пассивное вращение максимально наклоненной головы вперед в положении сидя.

Пациент сидит на табуретке, ступни касаются пола. Терапевт стоит за спиной пациента и просит его наклонить голову вперед. Максимальный наклон станет возможным при помощи терапевта, если он своей левой рукой будет нажимать на затылок пациента. Большим, указательным и средним пальцами правой руки терапевт захватывает подбородок пациента спереди, при этом ребро ладони со стороны мизинца фиксируется на груди пациента.левой рукой терапевт охватывает затылок пациента и тянет его влево (рис. 41). При правильно удерживаемом подбородке пациента движение головы соответствует ротации вправо в сегменте C1/C2.

Оцениваются амплитуда движения и конечное напряжение. Нарушение амплитуды движения и повышенное конечное напряжение свидетельствует о нарушении ротации в сегменте C1/C2.

ПАССИВНОЕ ВРАЩЕНИЕ МАКСИМАЛЬНО НАКЛОНЕННОЙ ГОЛОВЫ НАЗАД В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ

Пациент сидит на табуретке. Его ступни касаются пола. Терапевт стоит за спиной пациента и просит его запрокинуть голову назад. Левая рука терапевта расположена на левой щеке запрокинутой назад головы пациента таким образом, что средние пальцы указывают на подбородок. Правая рука терапевта охватывает правую щеку, при этом средние пальцы указывают на затылок. Терапевт сдвигает обе руки навстречу друг другу, при этом голова пациента вращается вправо (рис. 42а.). Оцениваются амплитуда движения и конечное расслабление. Для проведения обследования в противоположном направлении руки меняются местами. При сравнении сторон нарушение вращательной способности и повышенное конечное напряжение указывают на функциональные нарушения шейно-грудного отдела, а также в области верхних ребер.

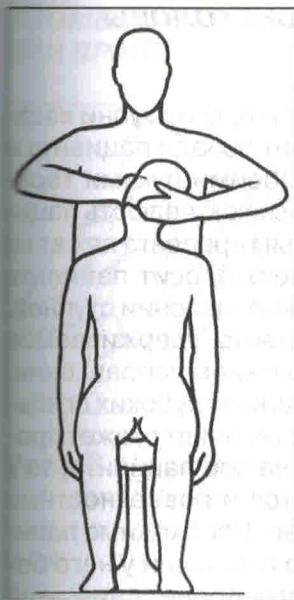


Рис. 42а. Пассивное вращение максимально наклоненной головы назад в положении сидя.

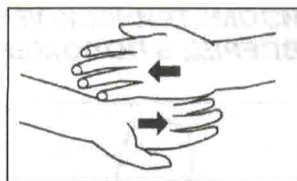
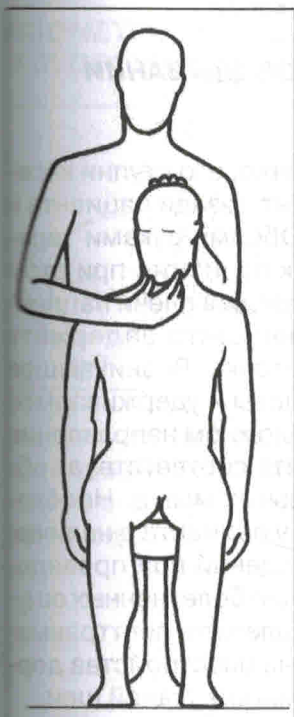


Рис. 42б. Положение рук терапевта при проведении пассивного вращения максимально запрокинутой назад головы.

ПАССИВНОЕ ВРАЩЕНИЕ С ДОРСАЛЬНО СМЕЩЕННЫМ ПОДБОРОДКОМ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ



Пациент сидит на табуретке, его ступни касаются пола. Терапевт стоит сзади с правой стороны пациента. Большим и указательным пальцами правой руки терапевт охватывает подбородок пациента и сдвигает голову в дорсальном направлении таким образом, что она совершает движение кивка. Левая рука терапевта создает противовес на затылке пациента. Большим и указательным пальцами правой руки терапевт вращает голову вправо. Для обследования противоположного направления большой палец терапевта ведет подбородок влево. При этом левая рука терапевта держит голову пациента на оси вращения. Оцениваются амплитуда и чувство конечного напряжения в обоих направлениях. При сравнении сторон нарушение вращательной возможности и повышенное конечное напряжение указывают на функциональные нарушения в сегменте C2/C3.

Рис. 43. Пассивное вращение с дорсально смещенным подбородком в положении сидя.

ГЛАВА 5. ОРТОБИОНОМИЯ

5.1. Введение в теорию

Ортобиономия является самой молодой, самостоятельной формой мануальной терапии с широким спектром различных видов мягких мануальных лечебных техник. Слово «*ortho*», происходящее из греческого языка, означает «прямой, вертикальный, правильный», а биономия (от англ. *bionomy*) может быть переведено как «закономерность жизни». Таким образом, ортобиономия означает «делать в соответствии с законами жизни» или «лечить в соответствии с законами жизни».

Основная область применения ортобиономии — лечение расстройств опорно-двигательного аппарата. Механизмы лечебных эффектов ортобиономических техник основаны на целенаправленной стимуляции механизмов аутокоррекции биомеханики системного уровня. На методы лечения, используемые в ортобиономии, не распространяются многие противопоказания из других методов мануальной медицины, особенно это касается директных, манипулятивных техник. С целью уточнения диагноза рекомендуется сделать рентгеновский снимок того отдела позвоночника, к которому пациент предъявляет жалобы, хотя это и не является необходимым условием лечения.

Манипуляции в ортобиономии безболезненны и безопасны при соблюдении следующих основополагающих правил:

- *лечение никогда не должно вызывать неприятных, а тем более болезненных ощущений;*
- *его никогда не следует форсировать;*
- *выполнять лечение необходимо только в направлении рисунка функционального расстройства, а не наоборот.*

Особенность ортобиономии состоит в том, что вместе с основными видами лечебных техник, имеющими чёткую структуру, используются так называемые прогрессивные виды техник, предназначенные для

компенсации функциональных и энергетических дисбалансов, а также снятия соответствующих блокировок. Работа при помощи этих техник имеет в своей основе субъективный уровень отношений между пациентом и врачом.

Основатель ортобиономии, канадец *Паулс*, после защиты диссертации на звание «доктор остеопатии» очень интересовался мягкими видами лечебных техник, в частности разработанными его земляком *Джонсом* техниками спонтанного снятия остеопатических нарушений с помощью целенаправленного укладывания пациента, т.е. так называемыми позиционными техниками.

Джонс открыл совершенно новый принцип лечения при работе с пациентом, имеющим тяжёлую дисфункцию L2. Применение всех известных видов остеопатических лечебных техник не приводило к улучшению состояния этого пациента, страдавшего тяжёлыми и длительными болями. *Джонс* пришёл в конце концов к мысли, что участь пациента можно, пожалуй, облегчить, если попытаться вместе с ним найти наиболее безболезненное положение тела на ночь. К его удивлению оптимальное положение было связано с флексией бедер, позвоночника, а также ротацией таза. Когда же через некоторое время пациент вернулся из лечебного положения в прежнее, боли его больше не беспокоили. Произошла как бы самостоятельная коррекция нарушения. Приведение других пациентов с такой же L2-дисфункцией в эту позицию давало каждый раз такой же положительный результат.

Анамнез пациентов *Джонса* указывал на то, что повреждение в большинстве случаев возникло при значительно более экстремальной осанке, чем та, которая наблюдалась при позиционном лечении пациентов. При искусственном пассивном моделировании этого экстремального положения тела пациенты не ощущали боли. Только при выпрямлении вновь проявлялись болевые симптомы. При этом мышечное напряжение противодействовало всякому дальнейшему выпрямлению из экстремального положения. Новое принятие этого экстремального положения, иногда даже с лёгким превышением его границ, удержание в позиции и медленное, расслабленное возвращение в исходную позицию приводили к значительному улучшению состояния пациентов.

Джонс разработал модели рисунков нарушения подвижности различных частей тела, соответствующие этим наблюдениям. На протяжении многих лет работы путем практических наблюдений он искал и разрабатывал соответствующие разновидности позиционной техники.

Диагностика и определение соответствия различных позиций тела конкретным нарушениям облегчаются с помощью специфических ин-

дикаторных точек. Эти индикаторные точки представляют собой мио-фасциальные, связочные либо надкостничные триггерные точки. Индикаторные точки, по мнению *Джонса*, способны дать более чёткую информацию, чем неясные болевые жалобы пациентов.

Позиционирование *Джонса* стало важнейшей основой ортобиомеханических видов техник. Для удобства систематизации *Паулс* разделил различные остеопатические и собственные, созданные на их основе, виды техник на «фазы», или ступени развития. Классическая остеопатия соответствует фазе 1, прочие мягкие техники и мобилизация — фазе 2, позиционирование и другие особые формы — фазе 3. В то время как *Джонс* понимал свой метод позиционирования как интегральную часть остеопатии, *Паулс* сделал своей работой шаг вперёд. Дальнейшее развитие различных разновидностей техник, в частности, введение лёгкой компрессии, позволило сократить минимальную продолжительность лечения с 90 секунд (*Джонс*) до менее 60 секунд (*Паулс*).

Паулс объяснил терапевтические принципы, лежащие в основе позиционной техники, ещё более радикально, чем *Джонс*. Он нашёл подтверждение этих принципов в последующих ступенях развития своей работы. Соответственно этому *Паулс* дал вначале своему методу название «*Phased reflex techniques*». Анализируя проделанную работу и полученные результаты, *Паулс* обнаружил, что он ввёл новую модель лечения, которую уже невозможно было ограничить рамками понятия остеопатия, т.е. новые лечебные техники можно было отнести уже к 4-й фазе, см. ниже.

ФАЗЫ 1—3

Под этими фазами *Паулс* подразумевал разработанные до него остеопатические техники.

ФАЗА 4

В рамках данного руководства представлены только виды техники из 4-й фазы. Она отличается активностью врача и абсолютной либо относительной пассивностью пациента. Большая часть используемых здесь видов техники применяется статически и со структурной ориентацией. Врач выполняет позиционирование и удерживает его в течение какого-то времени. Пациент остаётся при этом совершенно пассивным. Во время применения изометрических и изотонических, активных и послесеансовых видов техники задаётся точно определённая последовательность движений, которую необходимо выдерживать. В данном случае лечебная работа с больным предопределена структурными и функциональными представлениями остеопатии.

ФАЗА 5

Во время проводимых сеансов позиционной техники *Паулс* наблюдал, как с каждым сеансом пациенты всё более и более тяготели к выполнению собственных спонтанных движений. Когда же он поддавался этим движениям и даже поддерживал их, он смог установить, что тем самым заметно улучшалась функциональная интеграция, сокращалась продолжительность сеансов и повышалась успешность терапии. Масштаб этих движений может быть минимальным или очень обширным. Активность и пассивность сменяются от врача к пациенту. Врач оказывает всего лишь поддержку. Он создаёт условия, позволяющие произойти лёгкому, спонтанно возникшему движению. Лечебные техники 5-й фазы применяются практически на основе разновидностей техник 4-й фазы. Помимо этого существуют специальные виды техники 5-й фазы, направленные на глаза или уши (как соматотопия для позвоночника).

Существенный вклад в понимание и расширение концепции 5-й фазы внесла американская преподавательница ортобиониомии *К. Кэйн*. К сожалению, полученные *Кэйн* результаты и значение 5-й фазы для психосоматических аспектов картины жалоб выходят за рамки данного руководства. Для нас как лечащих врачей чрезвычайно важным является то условие, что мы должны максимально, насколько возможно, освободиться от представлений о том, как должно выглядеть спонтанное движение. Особенно это касается шейного отдела позвоночника. Спонтанное движение никогда не повредит пациенту. Напротив, сделанное вами прерывание движения может причинить существенный вред.

ФАЗА 6

Если темой 4-й фазы была структура, а 5-й — движение, то сущность 6-й фазы состоит в энергетической работе с «аурой». Энергетические концепции терапии распространены прежде всего в восточной медицине: *Нади* — в индийской аюрведической медицине или *Чи* — в традиционной китайской медицине. Во время применения техники 5-й фазы *Паулс* постоянно ощущал, что его субъективное тонкое восприятие движения пространственно расширялось и в некоторых случаях шло в других направлениях, чем фактическое движение под его руками. Когда он в соответствии с правилами ортобиониомии поддавался этому движению и поддерживал его таким образом, чтобы оно завершилось, то снова можно было наблюдать сокращение продолжительности сеанса. Кроме того, дополнительно удавалось снимать проблемы, которые ранее не поддавались лечению. Эти эффекты он объяснял воздействием ортобиониомии на «ауру», «энергетические составляющие» организма.

Если уже 5-я фаза не поддаётся объективации, то в ещё большей степени это касается 6-й фазы. Содержание обучения этим фазам в меньшей степени направлено на передачу различных видов техники лечения, а в большей степени — на упражнения для изучения и обострения собственного субъективного восприятия «энергетических» образов. Самой большой проблемой для начинающего специалиста является недоверие к собственному восприятию и самосуггестии. Насколько легки виды техники 4-й фазы, настолько же увеличивается трудность изучения продвинутых фаз, имеющих огромное значение в практическом применении.

ФАЗА 7

Представляет собой дальнейшее развитие фазы 6 на более высокой ступени визуализации.

С 1976 года *Паулс* обучал своим методам под названием ортобионии. Поначалу она распространилась на северо-западе США. Самостоятельные общества ортобионии существуют сегодня в США (работающие также на Канаду и Австралию), в Швейцарии, во Франции и в Германии. Обучение этим методам и их практика организованы во многих других странах.

Важнейшие принципы лечения ортобионии сформулированы ее основателями и заключаются в следующем:

1. *Найди для пациента приятное положение.*
2. *Иди в направлении от боли к хорошему самочувствию.*
3. *Иди вместе с телом и усиливай обнаруженную при обследовании модель движения.*
4. *Уважай восприятие и реакцию своего пациента.*
5. *При проведении лечебного воздействия используй минимальные физические усилия.*

Основу данного терапевтического метода составляет концепция *Паулса* о взаимовлияниях внутреннего «понимания» и «непонимания», т.е. путаницы. Он говорил: «Травмы, болезни и конфликты чувств как постоянно неосознанно накапливаемая вредная масса являются результатом того, что я называю «непониманием». Ортобиония позволяет привести пациента к «пониманию», для того чтобы он, основываясь на этом понимании, мог реагировать адекватно и не зависеть от привычек и комплексов. Конечно, речь здесь идёт не об осознанном или выраженном словами понимании. Оно практически всегда подсознательно и при определённых условиях может восприниматься как внутренний голос. Это «понимание» по своей природе свойственно

каждому из нас, если мы свободны от страха и других «энергетических блокад».

Представленные здесь основополагающие мысли *Паулса* чётко указывают на то, что возникшие из практического опыта остеопатические виды техники и опорные точки ортобионимии не изолированы друг от друга. Они хорошо согласуются с концепциями методов *Фельденкрайза*, структурной интеграции *И.Рольф* и прочих телесных техник, основанных на парадигме холистического понимания здоровья.

Умозрительная модель «непонимания» или «путаницы» как существенной причины воздействий, приводящих к функциональным нарушениям и болезням, оказалась полезной в практической работе.

Каждая функциональная сфера так же, как и функциональные цепи, имеет в организме определённое количество контрольных и компенсационных механизмов. Какой-либо симптом может быть выражением абсолютной перегрузки и повреждения компенсационных механизмов, например из-за тяжёлой травмы, или указывать на недостаточность регуляторных механизмов. Логично предположить, что процессы компенсации и регуляции имеют смысл лишь в том случае, если организм «знает», как он может достичь состояния оптимальной регуляции и активно поддерживать этот процесс. Если же это управление нарушено или «запутано», то это может привести к проявлению субклинических нарушений. Наряду с уже упомянутым сигналом перегрузки компенсационных механизмов, симптом может быть частью наилучшей в данный момент компенсации, выражением вторичного равновесия (см. ниже) либо остатком приспособления к повреждению, которое было необходимо в прошлом. Тело больше не знает, как оно может физиологически наиболее оптимально компенсировать нагрузку, или оно не может вспомнить о прежнем оптимальном решении подобной проблемы.

Директный, манипуляционный подход с его попыткой прямого устранения симптома сталкивается в вышеназванных случаях с трудностями. При этом совершенно не затрагивается значение эмоциональных факторов, сомато-эмоциональных блокад. Ортобионимия идёт другим путём. Если то состояние, которое мы обнаруживаем у больного при обследовании, имеет биологический смысл, исключая, естественно, последствия тяжёлых травм с разрушением ткани, то трудно найти объяснение тому, почему же мы должны предпринимать что-либо против имеющейся модели. Исходя из рисунков нарушений подвижности, зафиксированных при обследовании, эти модели доводятся до логического завершения (так называемый принцип *анфолдинга*¹, или *развертывания*), а чаще всего даже несколько гипертрофируются.

¹ См. главу 2, раздел «техники обследования и лечения».