



Дмитрий Дурсунович Черкес-Заде

Родился 18 января 1967 г. в Москве. В 1990 г. окончил лечебный факультет Московского стоматологического института им Н.А.Семашко. Являясь субординатором кафедры травматологии и ортопедии, одновременно специализировался по мануальной терапии при кафедре неврологии П МОЛГМИ.

В 1992 г. стал лауреатом Пармского университета (Италия) на факультете медицины и хирургии. В 1991-1994 гг. обучался в Про-вансальском остеопатическом колледже (ныне CEROO), Миланское отделение.

В 1995 г. работал в Москве в Центральном институте травматологии и ортопедии, где защитил кандидатскую диссертацию на тему «Артроскопическая диагностика и лечение застарелых повреждений голеностопного сустава».

В 2000-2005 гг. обучался в Университете г. Удине в клинике травматологии и ортопедии.

Рецензент: проф. А.Г. Аганесов,
заведующий отделением хирургии позвоночника РНЦХА РАМН

Фотографии: Валерий Пантелеев

Черкес-Заде Д.Д.

Остеопатическая диагностика и лечение заболеваний позвоночника. – 5-е изд., дополненное и переработанное, – М.: ООО «ПромГрупп», 2007. – 120 с.: ил.

ISBN 978-5-9901133-1-2

Книга посвящена одному из самых распространенных методов лечения заболеваний позвоночника — мануальной терапии. Представленная в виде атласа, она является руководством по остеопатической диагностике и способам коррекции. Приведены комплексы упражнений, способствующих закреплению результатов лечения.

Для вертебрологов, неврологов, травматологов — врачей, занимающихся мануальной терапией.

ISBN 978-5-9901133-1-2

© Остеопатическое лечение
позвоночника. Москва, 2007.

На обложке: Леонардо да Винчи «Пропорциональный человек».

Все права защищены. Ни одна часть данного издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения автора. При использовании материалов ссылки обязательны.

Оглавление

От автора	5
Введение	6
Остеопатическая концепция	9
Остеопатическое нарушение	11
Способы остеопатической коррекции	13
Таз и крестцово-подвздошные суставы	16
Диагностика	18
Способы коррекции	28
Оси сакральной подвижности	17
Поясничный отдел позвоночника	36
Законы Фриета	36
Диагностика	39
Коррекция	46
Псевдоротация таза	49
Протрузия межпозвоночного диска	52
Клиническая картина корешковых синдромов	54
Коррекция	55
Грудной отдел позвоночника	56
Диагностика	58
Коррекция	62

Шейно-грудной переход (C6–D2)	68
Диагностика повреждений	68
Лечение	70
Шейный отдел позвоночника	74
Нижнешейный отдел	75
Диагностика повреждений	75
Лечение	78
Цервикалгии	83
Верхнешейный отдел позвоночника	84
Мобильность	86
Диагностика дисфункций	87
Лечение	92
Атлantoаксиальное сочленение	95
Диагностика	95
Лечение	98
Осложнения	101
Гипотеза краниосакрального механизма, или механизма первичного дыхания	103
Терапия болезненных мышечных уплотнений	107
Массаж соединительной ткани	109
Лечебная гимнастика при нарушениях осанки и неврологических проявлениях биомеханических дисфункций позвоночника	115
Литература	119

От автора

Мануальная терапия является наиболее распространенным в мире методом лечения болей в спине. В основе этого способа «лечения руками», применяемого столетиями, лежат многие дисциплины и особые мануальные диагностико-лечебные принципы.

В настоящее время в современной мануальной медицине существуют два основных направления — кайропрактика и остеопатия. Используя похожие методики лечения и диагностики, две разные школы преследуют общую цель — возвращение здоровья пациенту.

В предлагаемой вниманию читателей работе речь пойдет об остеопатических принципах диагностики и нормализации функции тазового кольца и позвоночника. При этом мною руководило прежде всего желание поделиться опытом, приобретенным в Провансальском остеопатическом колледже, а также попытка восполнить недостаток в специальной литературе и, как следствие — расширить кругозор отечественных мануальных терапевтов. В книге нет общих сведений по анатомии, неврологии и рентгенологии — их легко найти в учебниках. Искренне надеюсь, что моя работа будет полезна практикующим врачам — мануальным терапевтам, а также студентам, увлекающимся «ручной терапией». Я заранее прошу прощения за «аксиомный» стиль изложения и возможные неточности. Любые конструктивные советы и замечания будут приняты с благодарностью.

Оси сакральной подвижности

Ось	Дисфункция
Горизонтальная полуось	Sacro/uni ⁵ /ant ⁶ , Sacro/uni/post
Поперечная	Sacro/bilat/ant (F) ⁷ , sacro/bilat/post (E) ⁸
Респираторная	Краниосакральный механизм
Косая левая	Sacro/sin/sin, Sacro/sin/ds
Косая правая	Sacro/ds/sin ⁹

При остеопатическом нарушении подвижности крестца происходит блокада его в двух оппозитных точках, которые формируют патологическую ось подвижности (рис. 3, табл. 1). Исключения составляют моностеральные сакральные нарушения, при которых формируется горизонтальная патологическая полуось подвижности, располагающейся напротив точек блокады одноименного крестцово-подвздошного сустава (рис. 15).

Для определения стороны повреждения и характера самой дисфункции проводят специальные статико-динамические исследования, которые основаны на пальпации, индукции и провокации.

Таз и крестцово-подвздошные суставы³

Тазовое кольцо включает в себя крестец и две подвздошные кости. Крестец, находясь в основании позвоночника, является несущей опорой для него. Ввиду большого количества илеокальных и сакральных нарушений целесообразно рассмотреть только основные суставы тазового кольца — крестцово-подвздошные, через которые проходят оси подвижности крестца по отношению к подвздошным костям и оси движения подвздошных костей относительно крестца. Впервые детально описал вышеуказанные дисфункции Фред Митчелл. Для лучшего понимания о различиях между этими двумя типами дисфункций необходимо иметь в виду, что подвздошные кости функционируют вместе с нижними конечностями, а крестец — с позвоночным столбом.

Считается, что крестцово-подвздошные суставы обладают некоторой подвижностью. Это обусловлено выпукло-вогнутой формой сустава, напоминающей букву L. Короткое плечо сустава направлено вниз и внутрь, длинное — вниз и наружу⁴.

³ По М. Coquillat.

⁴ Здесь и далее: вверх, краниально — к голове пациента, вниз, каудально — к ногам, антерально — кпереди, постерально — кзади, латерально — кнаружи, медиально — кнутри. Все характеристики направления движения не зависят от положения тела пациента в пространстве.

⁵ Унилатеральная, т.е. односторонняя дисфункция.

⁶ здесь и далее: ant — кпереди, post — кзади, sin — лев., ds — прав, F — флексия, E — экстензия.

⁷ Синоним дисфункции — фиксированная билатеральная флексия крестца.

⁸ Синоним дисфункции — фиксированная билатеральная экстензия крестца.

⁹ Sacro/ds/ds — не встречается.

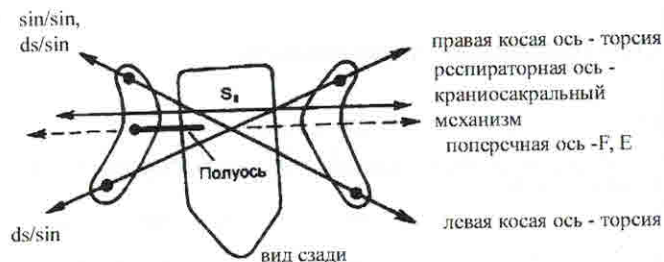


Рис. 3

Диагностика

Тест биподальной флексии

Целью настоящего исследования является определение стороны дисфункции. Врач находится позади пациента, снизу подпирая большими пальцами обеих рук обе SIPS¹⁰ подвздошных костей. Возникающее чувство «проваливания» после пальпаторного прохождения последнего возвышения говорит о том, что это возвышение и есть SIPS. При установке рук в данную позицию врач должен быть предельно внимательным, так как ошибка в выборе точек контакта обязательно приведет к неверному результату исследования. Пациент, расставив ноги на ширине плеч, по просьбе исследователя плавно сгибает голову, а затем и туловище вперед (рис. 4). Внимательно следя за перемещением своих пальцев, врач оценивает степень свободы каждого крестцово-подвздошного сустава. Краниальное смещение

¹⁰ Здесь и далее: SIPS — spina iliaca postero-superiore, SIAS — spina iliaca antero-superiore, AIL — ang.infero-laterale (нижнелатеральный угол крестца).



Рис. 4

ние одного пальца указывает на блокаду одноименного сустава и, следовательно — сторону дисфункции.

Для исключения патологии со стороны тазобедренных суставов, которая может повлиять на достоверность вышеописанного теста, применяют пробу F.A.V.E.R.E.¹¹. Если проба безболезненна и симметрична (рис. 5), переходят к следующему тесту.

DOWNING-тест

Исследование выполняют для верификации типа илео-сакральной дисфункции. С целью определения позиции под-

вздошной кости необходимо выполнить следующую манипуляцию. Больной лежит на спине. Для обнуления напряжений тестируемых сегментов, которые отрицательно могут сказаться на результате исследования, врач предлагает пациенту согнуть ноги в коленных суставах на 90° и, опираясь стопами на кушетку, приподнять таз. При этом, глядя в краниальном направлении со стороны ног, можно оценить разницу в длине нижних конечностей по несоответствию высоты надколенников. Затем врач предлагает опустить

¹¹ Flexion-Abduction-Extension-External Rotation.

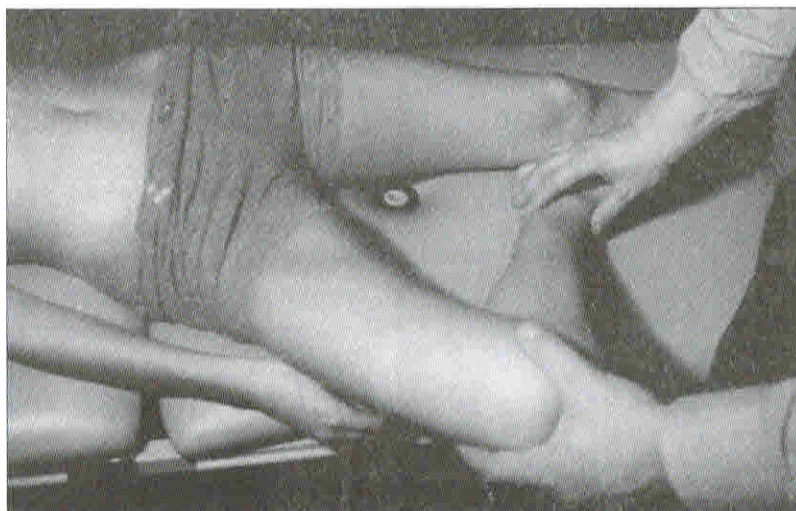


Рис. 5

таз и плавно выпрямляет ноги пациента на кушетке и на одной из внутренних лодыжек чертит шариковой ручкой метку в переднезаднем направлении. Сжав оба голеностопных суставов вместе, врач симметрично переносит метку на другую ногу, которая будет служить индикатором повреждения.

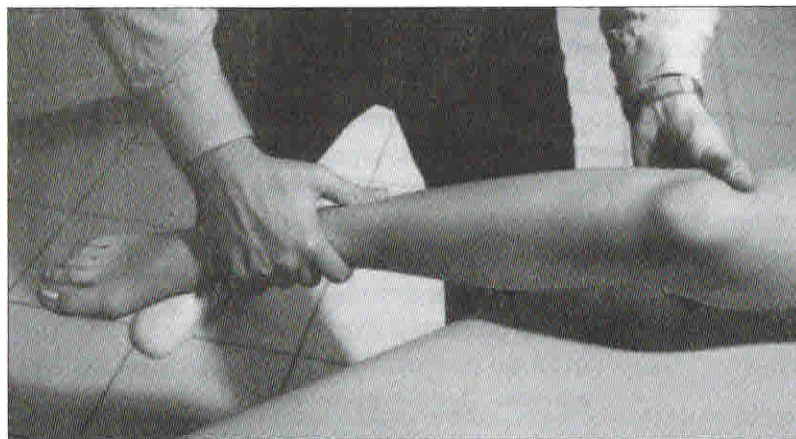


Рис. 6

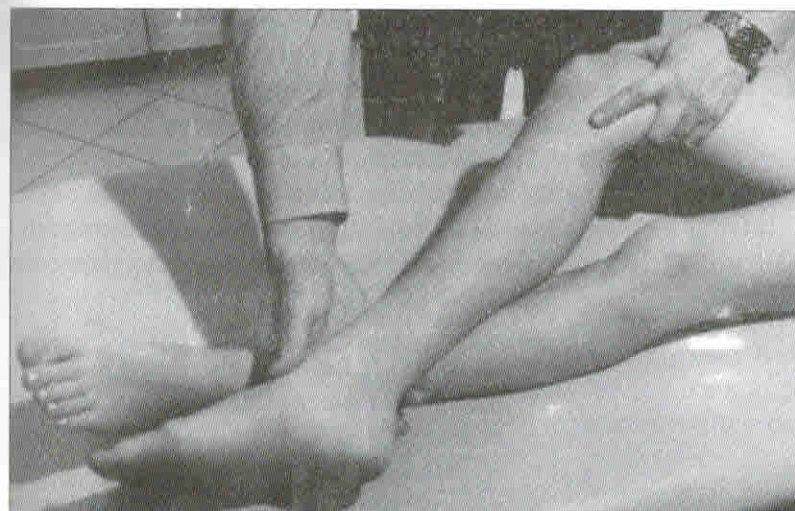


Рис. 7

Взяв нижнюю конечность пациента, на стороне которой при выполнении сгибательного теста обнаружено нарушение подвижности крестцово-подвздошного сустава, врач выполняет абдукцию бедра, флектировав на 20° коленный сустав. Свесив голень с кушетки и пользуясь ей, как рычагом, врач выполняет внутреннюю ротацию бедра с одновременной компрессией в краниальном направлении (рис. 6). Компрессию необходимо продолжать до тех пор, пока выпрямленная нога пациента не ляжет на кушетку. Таким образом, выполняется принудительное укорочение, по результатам которого, основанного на анализе положения метки, судят о степени подвижности крестцово-подвздошного сустава кзади¹². Для принудительного удлинения конечности необходимо произвести аналогичные манипуляции, но в сторону аддукции, наружной ротации и каудальной тракции (рис. 7). Если

¹² Движение антинутаии.

при принудительном укорочении метка сместилась краниально, а при удлинении осталась на прежнем месте, можно сделать вывод о большей подвижности подвздошной кости кзади. Учитывая, что характер остеопатического повреждения всегда определяется в сторону большей подвижности, мы делаем вывод о наличии повреждения типа «ILEO-POST».

Дисфункция «ILEO-POST». SIPS на стороне повреждения лучше пальпируема, выстоит кзади и книзу, чем на другой стороне, крестцовая борозда глубже.

В случае неподвижности метки при выполнении принудительного укорочения и при каудальном смещении ее при удлинении делается вывод о большей подвижности подвздошной кости вперед, то есть о наличии повреждения типа «ILEO-ANT»¹³.

Дисфункция «ILEO-ANT». SIPS на стороне повреждения пальпируется антеральнее и краниально, чем на контралатеральной стороне, сакральная борозда сглажена.

Для объективизации результатов тест повторяют и на второй конечности.

Если на основании полученных данных трудно определить тип нарушения, то, скорее всего, имеется сакро-илеакальной повреждение. В случае, когда результат выполнения принудительных движений обеих конечностей одинаков как при удлинении, так и при укорочении, сакро-илеакальное и илеосакральное нарушение отсутствует. При одинаковых резуль-

¹³ Движение нутации.

татах исследования обеих конечностей и разных — при удлинении и укорочении каждой — делается вывод о наличии сакральной дисфункции.

Важно отметить, что при сакро-илеакальной дисфункции проводят манипуляции на крестце, а при илео-сакральных — на подвздошной кости.

Дисфункции типа «IN FLARE», «OUT FLARE» мы не рассматриваем, так как они встречаются довольно редко и их нормализация сходна с таковой при илео-сакральных нарушениях.

Для дальнейшего определения типа сакральной дисфункции необходимо выполнить следующие тесты.

Тест сакральной флексии

Пациент сидит на кушетке, положив стопы на стул и широко разведя колени. Такое положение обеспечивает снижение тонуса подвздошно-поясничной мышцы, иначе результат исследования может быть неверным. Положив руки за голову и направив согнутые локти вперед, пациент плавно сгибает туловище, стараясь как можно глубже опустить локти между колен. В это время врач, расположив большие пальцы на основании крестца¹⁴, внимательно следит за их перемещением (рис. 8).

Затем доктор переносит пальцы на верхушку крестца, точнее, на его углы¹⁵,

¹⁴ Для того, чтобы «встать» точно на основании крестца, необходимо пройти от SIPS немного кнутри и вверх и остановиться до остистого отростка L5.

¹⁵ АП.

Протрузия межпозвоночного диска

Грыжа диска — довольно частое явление и встречается преимущественно на уровне поясничного отдела. Часто данное заболевание представляет собой основную причину сильной и хронической боли в пояснице, иррадиирующей в нижнюю конечность. Проллабирование диска редко наблюдается на шейном и грудном уровне, часто причиной возникновения данного патологического состояния служит травма сгибательного генеза.

Остеопаты разработали специальную методику, которая позволяет уменьшить компримирующий отек вокруг корешка нерва, а в некоторых случаях даже и вправить пролабированный диск. Главное условие применения этой довольно деликатной процедуры является небольшой размер выпячивания и физическая целостность диска. Как показывает практика, эффективность воздействия данным методом достигает 50%. Указанный способ является только паллиативным и, как правило, срок ремиссии составляет от 6 месяцев до 1 года. При отсутствии положительных результатов после пяти воздействий данным способом возможно рассмотрение вопроса об оперативном вмешательстве. Прежде, чем приступить к лечению, настоятельно рекомендуется поставить в известность об этом пациента. Выполнение рентгенограмм, компьютерной или магнитно-резонансной

топографии перед началом остеопатического воздействия является обязательным условием. При наличии фрагментации пролабированного диска в канал применение этого способа запрещено!

К основным видам протрузии МПД³³ относятся передняя, задняя, боковая и заднебоковая. Они в свою очередь делятся на подвиды — восходящие и нисходящие в зависимости от положения во фронтальной плоскости по отношению к корешку нерва. Например, боковые смещения бывают верхне-внешними и нижне-внутренними (рис. 43). Это и определяет выбор техники воздействия.

Чаще всего организм реагирует на протрузию МПД латерофлексией позвоночного столба в ту или иную сторону с целью уменьшения давления на корешок нерва. Например, при верхне-внешней протрузии имеется вынужденная латерофлексия в обратную поврежденную сторону, наблюдается так называемая «перекрестная анталгическая поза», а при нижне-внутренней — боковой наклон осуществляется в ту же сторону и наблюдается «прямая анталгическая поза» (рис. 44).

Но как быть, когда, согласно результатам клинического обследования протрузия есть, а девиации поясницы не наблюдается? В этих неясных случаях проводится провокационный тест: пациент выполняет боко-

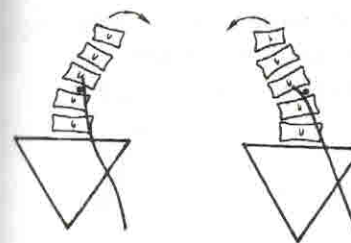


Рис. 43

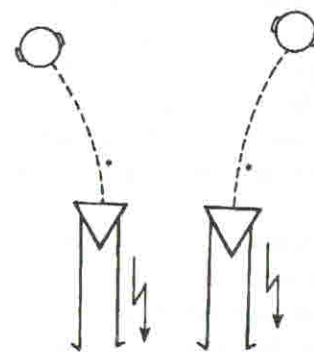


Рис. 44

³³ межпозвоночного диска.

вой наклон туловища сначала в одну, затем в другую сторону, следя за появлением ощущения дискомфорта, боли или парестезий.

Клиническая картина корешковых синдромов³⁴

Синдром L1, L2, L3: достаточно редкая локализации протрузии МПД. Начало характеризуется болью, уменьшением чувствительности в соответствующих дерматоммах, чаще всего — по внутренней и передней поверхности бедра. Отмечается слабость, гипотония и иногда гипотрофия четырехглавой мышцы бедра с понижением или выпадением рефлекса.

Синдром L4: топография данного патологического состояния лежит в пределах внутренне передней поверхности бедра. Могут отмечаться парестезии в этой зоне. Двигательные расстройства четырехглавой мышцы бедра: гипотония, гипотрофия. Коленный рефлекс может быть сохранен или повышен.

Синдром L5: топография болей или парестезий — от поясницы в ягодицу, по наружному краю бедра, по передненаружной поверхности голени до внутреннего края стопы и первых пальцев. Гипоалгезия часто выявляется в дистальных отделах данного дерматомма. Двигательные расстройства проявляются в виде снижения силы разгибателя 1 пальца стопы, понижении коленного рефлекса, гипотонии или гипотрофии передней большеберцовой мышцы. Больному трудно ходить на пятках.

Синдром S1: наиболее часто встречаемый ввиду поражения преимущественно данного

³⁴ По J. Gay.

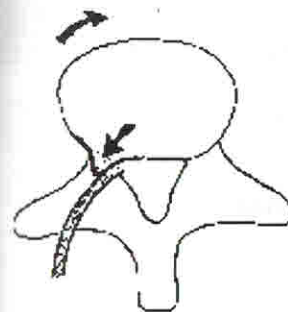


Рис. 45

уровня. Боль и парестезии распространяются от поясницы или ягодицы по наружно задней поверхности бедра и голени до латерального края стопы и 4–5 пальцев. Парестезии пальцев стопы, снижение силы сгибателей пальцев, гипотония и гипотрофия икроножной мышцы. Рефлекс ахиллова сухожилия снижен или отсутствует. Больной не может ходить на носках.

Коррекция

Латеральная укладка больного на сторону вогнутости дуги остистой линии поясничного отдела позвоночника. Затем необходимо произвести замыкание сегментов выше и ниже участка, который подвергается воздействию. Далее выполняется мягкая ротация тел смежных двух позвонков относительно друг друга с целью принудительного отдаления протрузии от корешка нерва, и как бы «вправления» выпятившегося диска (рис. 45, 46). При выполнении данной методики траст абсолютно противопоказан.



Рис. 46

Шейный отдел позвоночника

Шейный отдел является наиболее подвижным участком позвоночного столба, его принизывают важные нервные и висцеральные структуры. Центр тяжести головы, масса которой составляет около 5 килограмм, находится на уровне турецкого седла. Линия гравитации, начинающаяся от центра тяжести, проходит спереди тел шейных позвонков, чем вызывает постоянное напряжение задних мышц шеи для уравнивания массы головы. Мышечная масса, сохраняющая постоянный тонус вследствие напряжения, является ведущей при движениях данного отдела. Из этого следует вывод, что, постоянно находясь в состоянии некоторого статодинамического дисбаланса, шейный отдел является достаточно подвижной и хрупкой структурой. Данный участок является также и последней территорией, на которой возникают компенсаторные дисфункции в ответ на нижележащие повреждения.

Разделение шейного отдела позвоночника на нижнешейный и верхнешейный не случайно: каждый отдел обладает собственными анатомо-биомеханическими характеристиками. Это необходимо для четкой классификации возможных повреждений и проведения адекватной терапии.

Нижнешейный отдел

Как упоминалось выше, вследствие постоянного напряжения затылочных мышц и наличия физиологического лордоза межпозвонковые суставы шейного отдела постоянно находятся в контакте, или конвергенции. Следовательно, на данном уровне первое правило Фриета неприменимо, так как обязательным условием для него является нейтральность, или отсутствие схождения или расхождения суставных фасеток. Практически здесь встречаются только асимметричные дисфункции, повреждения второго типа такие, как ERS и FRS. Редкой находкой можно считать билатеральное повреждение типа двусторонней флексии или экстензии. Учитывая превалирующее количество асимметричных дисфункций на нижнешейном и верхнешейном уровне, для удобства принята упрощенная терминология: повреждение типа FRSD обозначается двумя буквами: первая буква соответствует антеральности или постеральности фиксации в суставе, вторая — сторона его блокады. То есть, дисфункция FRSD аналогична As, ERSs = Ps, FRSS = Ad и ERSd = Pd.

Диагностика повреждений

Диагностика повреждений на первом этапе заключается в пальпации межпозвонковых суставов, а на втором — придания движения позвонкам с целью верификации дисфункции.

Первый этап

В положении больного на спине медленно производится пальпация боковых масс шейных позвонков, двигаясь паравертебрально снизу вверх. Во время пальпации необходимо оценивать болезненность и возможную постеральность боковой массы. Найдя болезненную точку, которая соответствует заднему выстоянию боковой массы заблокированного позвонка, врач производит медленную ротацию на уровне пальпируемого сегмента, оценивая его подвижность в ту или обратную сторону.

Например, при пальпации шейного отдела справа обнаружена болезненная точка и постеральность на уровне С4. В данном случае может иметь место три варианта дисфункции:

- постеральность справа, или Pd (рис. 63а);
- антеральность слева, или As (рис. 63б);
- антеральность слева вместе с правой антеральностью, или ротационное повреждение Rd (рис. 63в).

Второй этап

Для дальнейшего установления типа дисфункции врач располагает пальцы

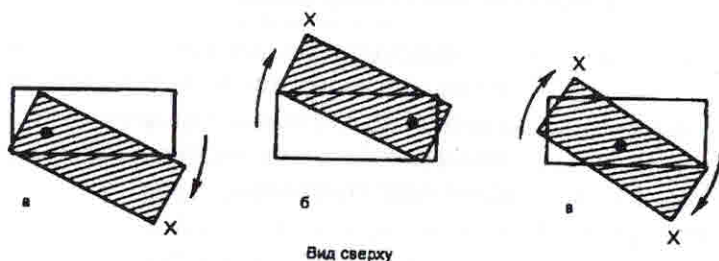


Рис. 60

паравертебрально, перпендикулярно срединной линии на тестируемом сегменте, плавно производит сгибание шейного отдела до появления ощущения движения в нижележащем позвонке. Медленно выполняя ротацию влево головы пациента, оценивается поведение исследуемого позвонка. Если пальпируемая постеральность не увлекается ротацией влево и при правой ротации усиливается, можно иметь повреждение типа ERSd, или Pd. В случае исчезновения правой постеральности при ротации влево и усилении ее при выполнении ротации вправо, можно сделать вывод о наличии нарушения типа FRSS, или Ad. Аналогичное тестирование выполняют и в случае пальпаторного обнаружения постеральности слева, которое сопровождается болезненностью. Вариацией приведенного теста может служить замена основного движения рота-

Таблица 6

P	Rs	Rd	Ss	Sd	Df
S	+	-	Z	X	ERSs
D	-	+	X	Z	ERSd
S	-	+	Z	X	FRSs
D	+	-	X	Z	FRSd
S	-	-	Z	X	Rs
D	+	+	X	Z	Rd

Примечание: P — постеральность боковой массы, Rs — левая ротация, Rd — правая ротация, Ss — боковой наклон влево, Sd — боковой наклон вправо, Df — сторона дисфункции, S — слева, D — справа, «минус» — не увлекается, «плюс» — увлекается, Z — усиление постеральности, X — уменьшение, или коррекция постеральности.

ции для на боковой наклон. Для наглядности этих довольно сложных, на первый взгляд, логических изысканий приводим таблицу 6.

Лечение

Коррекция всех дисфункций как на нижнешейном, так и на верхнешейном отделе позвоночника выполняется всегда при дорсальной укладке пациента. Голова больного всегда расположена на медианной оси тела, вне зависимости от ее степени ротации.

Асимметричные дисфункции

Директная: выполняется радиальным краем основной фаланги 2 пальца правой или левой руки. После выполнения поворота головы в обратную повреждению сторону с замыканием ниже- и вышележащих сегментов и открытия подсегментарного промежутка производится короткий



Рис. 64



Рис. 65

и осторожный траст вперед и вниз с одновременным небольшим разгибанием шейного отдела (рис. 64).

Коррекция с использованием мышечной энергии. Расположив пальцы на поврежденном сегменте перпендикулярно медиальной линии, врач производит поворот головы в обратную повреждению сторону до появления ощущения препятствия. Не меняя положения, придав сегменту боковой наклон в противоположную сторону постеральности, предлагает пациенту плавно выполнить ротацию и разгибание в сторону заблокированного сустава с противодействием (рис. 65).

Методика коррекции по Сатерлэнд. Данные приемы пассивны, опосредованного действия и очень комфортны для пациента. Они применяются в основном для коррекции повреждений на шейном уровне; применение их на уровне грудного и пояс-