

СОДЕРЖАНИЕ

Благодарности.....	5
Предисловие.....	6
Введение.....	8
Глава I	
СЕМИОЛОГИЯ МИГРЕНЕЙ И КЛАСТЕРНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ.....	34
Различные типы приступов мигрени	34
Эволюционные аспекты мигрени	38
Патофизиология мигрени.....	40
Симптоматические головные боли	43
Глава II	
АНАТОМИЯ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ЧЕРЕПА.....	50
Синусы основания	50
Синусы свода.....	53
Глава III	
ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ЧЕРЕПА.....	57
Глава IV	
СВЯЗИ МЕЖДУ СИНУСАМИ И ШВАМИ ЧЕРЕПА	67
Глава V	
ЛЕЧЕНИЕ СИНУСОВ	70
Объяснение техник.....	70
Описание техник	74
Глава VI	
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.....	103
Заключение	112
Послесловие	113
Библиография	115

ГЛАВА III

ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ЧЕРЕПА

ПЯТЬ ДВИЖЕНИЙ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ

На основе анатомических описаний, содержащихся в предыдущей главе, мы можем сделать определенное количество выводов относительно дифференцированной циркуляции в венозных синусах черепа.

Кажется, что природа сделала все, чтобы защитить каждую систему с помощью определенного дренажа; но в начале этой системы имеются поверхностные вены и глубокие вены, которые в большинстве случаев анастомозируют друг с другом, чтобы подойти к той или иной системе.

Следует отметить, однако, что венозные синусы черепа являются частью несократимых образований твердой мозговой оболочки и что краниальная остеопатическая концепция подразумевает, что венозная циркуляция на уровне черепа происходит через посредство краниосакрального механизма; если этот механизм нарушен, венозная обратная циркуляция будет сама нарушена из-за созданного, таким образом, венозного застоя.

Исходя из анатомического строения, мы можем определить пять движений, или пять потоков кровообращения.

ПЕРВОЕ ДВИЖЕНИЕ, или ПЕРВЫЙ ПОТОК

Первый поток начинается от глазничных вен, переходит в центральный поток кавернозного синуса, затем в нижний петрозный синус и заканчивается во внутренней яремной вене после прохождения через заднее рваное отверстие.

ВТОРОЕ ДВИЖЕНИЕ, или ВТОРОЙ ПОТОК

Он начинается от сфено-парияльного синуса Бреше, проходит в латеральный поток кавернозного синуса, затем в верхний петрозный синус и соединяется с латеральным синусом у его изгиба.

ТРЕТЬЕ ДВИЖЕНИЕ, или ТРЕТИЙ ПОТОК

Он начинается от фронто-этмоидальной вены, затем проходит через верхний продольный синус, достигает пресса Герофила, затем проходит в правый боковой синус, затем в правый сигмовидный синус и заканчивается во внутренней яремной вене на уровне правого заднего рваного отверстия.

ЧЕТВЕРТОЕ ДВИЖЕНИЕ, или ЧЕТВЕРТЫЙ ПОТОК

Он имеет два происхождения:

- вены Галена,
- нижний продольный синус.

Затем он переходит в прямой синус, доходит до пресса Герофила и входит в левый боковой синус, затем в левый сигмовидный синус, чтобы закончиться во внутренней яремной вене на уровне левого заднего рваного отверстия.

ПЯТОЕ ДВИЖЕНИЕ, или ПЯТЫЙ ПОТОК

Он образован только задним затылочным синусом, который входит во внутреннюю яремную вену после заднего рваного отверстия.

Наблюдения

Следует отметить, что третье и четвертое движения совершенно обособлены, а «переключение» происходит в прессе Герофила. В большинстве случаев (8 из 10, согласно данным, полученным нами в ходе изучения десятков вскрытых черепов) это происходит так, как мы описали, то есть венозная кровь, поступающая из верхнего продольного синуса, проходит в правый боковой синус, а венозная кровь, поступающая из прямого синуса, проходит в левый боковой синус.

Можно отметить следующее.

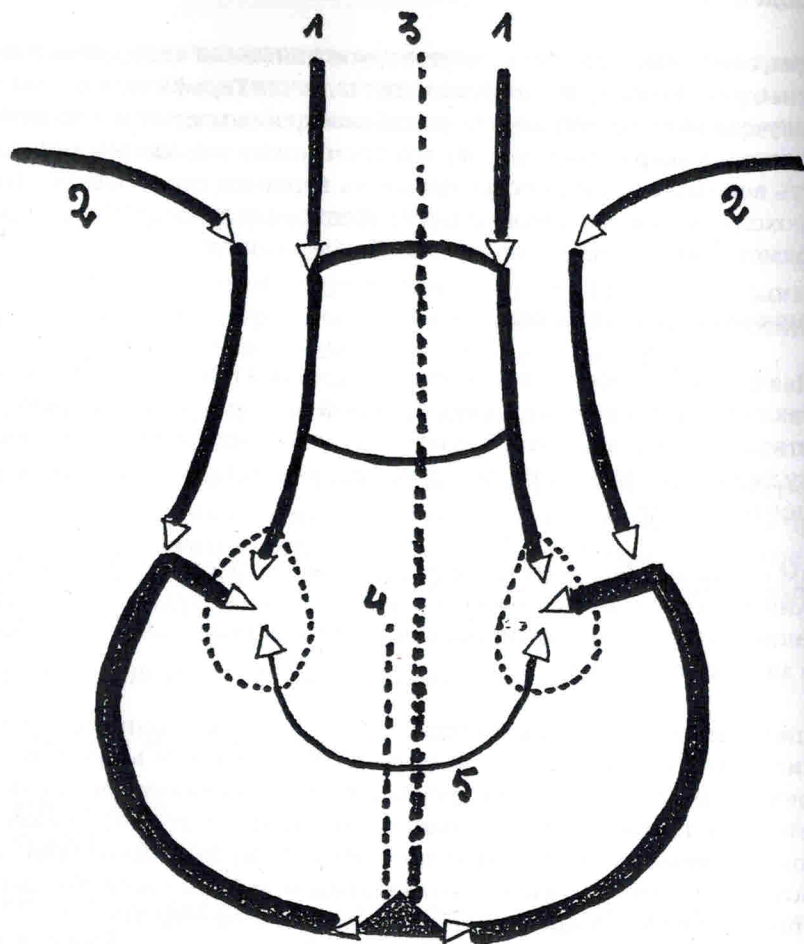
- Два потока полностью независимы: первый и пятый, поскольку они заканчиваются во внутренней яремной вене после заднего рваного отверстия. Эти два потока имеют очень важное значение, поскольку первый дренирует глаза и гипофиз, а пятый — большое затылочное отверстие.

Таким образом, «Великий Архитектор» сохранил самое важное, формально разделив две жизненно важные анатомические структуры, а именно — горизонтальную ось с глазами и вертикальную ось с большим затылочным отверстием.

И теперь мы можем лучше понять, почему две важнейшие остеопатические техники, а именно разъединение лобной кости и расширение основания, используются для дренажа глаз и основания черепа, потому что сами по себе они глобально направлены на эти два движения. В этом случае сначала следует выполнить расширение основания, чтобы «открыть дверь», а затем — разъединение лобной кости. Только такой порядок лечения даст удовлетворительный результат.

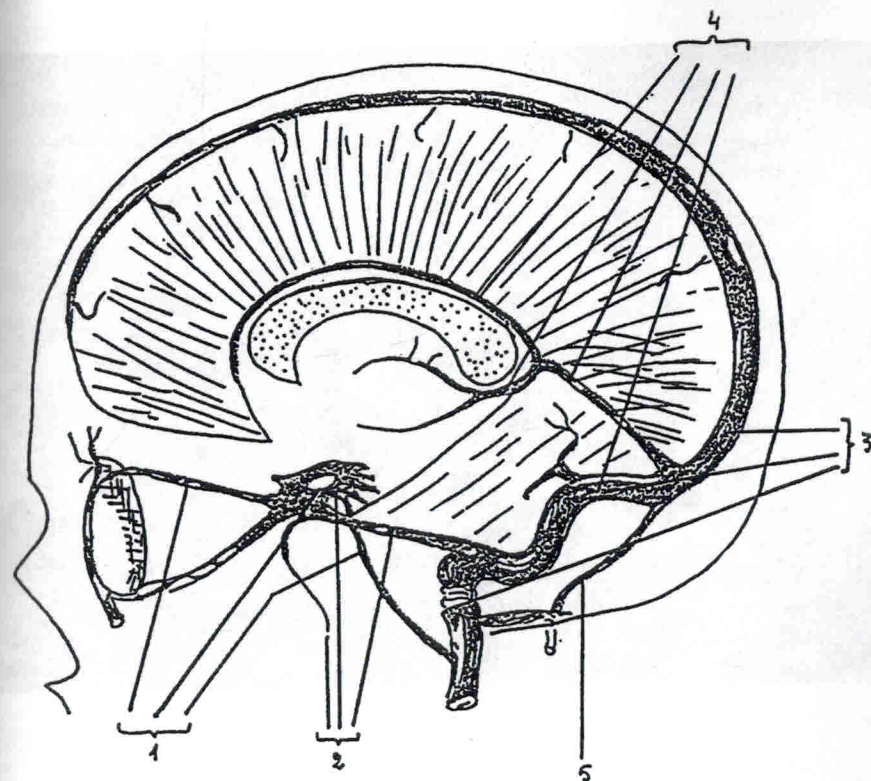
- Три других потока соединяются на уровне сигмовидного синуса и, в частности, у угла астириона. Но существует периферический поток из сфено-парияльного синуса, который соединяется с латеральным синусом на уровне этого угла астириона.

Этот поток проходит через относительный центр, которым является латеральный поток кавернозного синуса. Но с правой стороны он

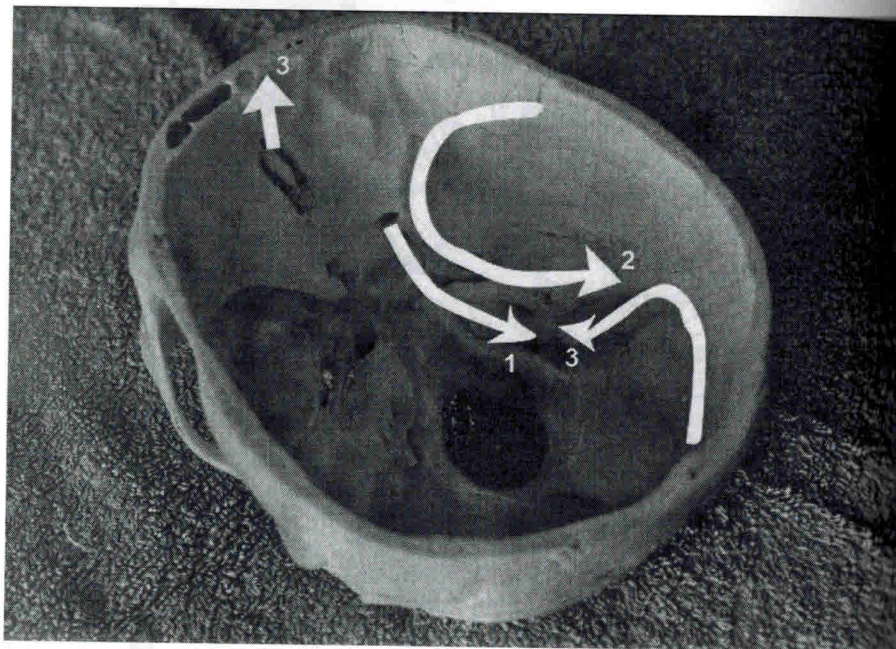


1. первое движение
2. второе движение
3. третье движение
4. четвертое движение
5. пятое движение

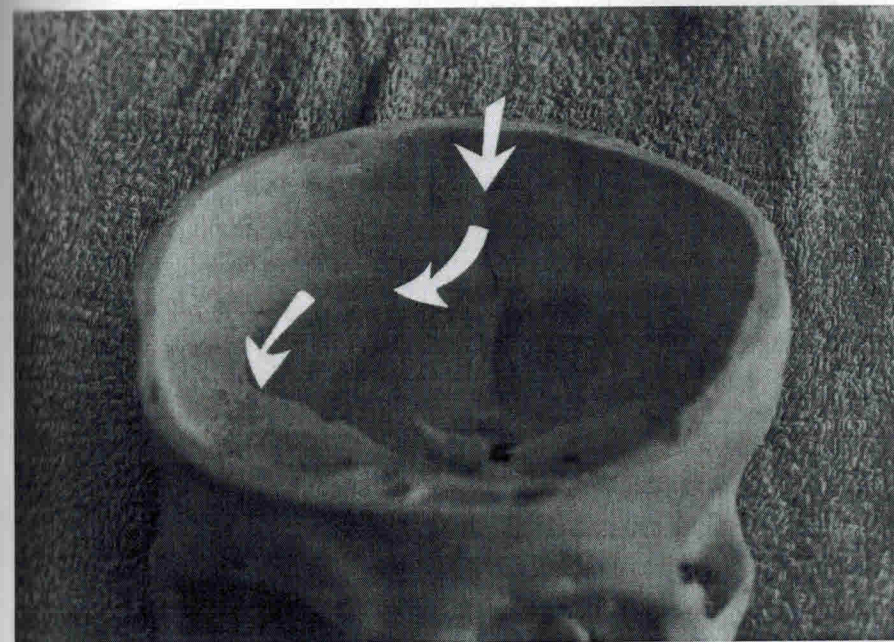
ПЯТЬ ДВИЖЕНИЙ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ



СХЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ПЯТИ ДВИЖЕНИЙ В ПРОФИЛЬ.
РИС. А. BOUCHET, J. CUIILLERET



НА ЭТОЙ СХЕМЕ ПОКАЗАНЫ ПУТИ 1-ГО ДВИЖЕНИЯ, 2-ГО ДВИЖЕНИЯ, НАЧАЛО И ОКОНЧАНИЕ 3-ГО ДВИЖЕНИЯ



ЗДЕСЬ ОЧЕНЬ ЧЕТКО ВИДНО, КАК ВЕРХНИЙ ПРОДОЛЬНЫЙ СИНУС НАПРАВЛЯЕТСЯ К ПРЯМОМУ СИНУСУ И К ПРАВОМУ ЗАДНЕМУ РВАНУ Отверстия

ГЛАВА V

ЛЕЧЕНИЕ СИНУСОВ

При проведении лечения мигреней мы были вдохновлены техниками, рекомендованными доктором Виолой Фрайманн, которая работала с синусами, используя методику, известную как «Нажатие-нагревание-размягчение», а также техникой «V-SPREAD» («раздвигание пальцами, расположенными в виде буквы V»), рекомендованной доктором Гарольдом Магуном на уровне черепных швов.

Мы стараемся придерживаться этих принципов, но пойдем немного дальше, для того чтобы более специфически проработать все синусы, основываясь на нашем собственном опыте.

ОБЪЯСНЕНИЕ ТЕХНИК

Обе техники — «Нажатие-нагревание-размягчение» и «V-SPREAD» исходят из одних и тех же соображений и выполняются на одном и том же уровне, то есть на синусах, которые расположены в дупликатурах твердой мозговой оболочки.

Техника «Нажатие-нагревание-размягчение» используется в тех отделах, где синусы не соединены с черепными швами.

Техника «V-SPREAD» используется в тех областях, где синусы находятся либо в непосредственном контакте со швами, либо в их проекции.

Для выполнения этих техник используется физиологическая флюктуация спинномозговой жидкости — физиологическое явление, которое

непосредственно воздействует на черепные швы или образования твердой мозговой оболочки, содержащие венозные синусы черепа.

Реакция этой спинномозговой жидкости на изменения структуры очень полезна при пальпации и уменьшении ограничений подвижности, особенно при данном лечении синусов.

Спинномозговую жидкость можно направлять от одной стороны черепа к другой, если учитывать, что объем черепа несжимаемый и что благодаря своей гибкости он обязан приспосабливаться к окружающей среде.

Структуру черепа можно сравнить с воздушным шаром, наполненным водой: если надавить с определенной силой в одном месте этого шара, то мы почувствуем «волну», которая дойдет до диаметрально противоположной его точки.

Именно это ощущение мы будем использовать при выполнении техник «Нажатие-нагревание-размягчение» и «V-SPREAD», как при пальпаторном тесте (этап получения информации), так и при устранении ограничения подвижности (этап лечения).

Мы будем использовать силу колеблющейся волны спинномозговой жидкости следующим образом:

- врач помещает два пальца, расположенные в виде буквы V, по обеим сторонам области, подвижность которой, по его мнению, ограничена, а палец другой руки располагает диаметрально противоположно таким образом, чтобы направить волну жидкости к пальцам, расположенным в виде буквы V (например, два пальца одной руки — на области птериона, палец другой руки — на противоположном астрионе).

Мы можем сказать, что пальцы, расположенные на зоне птериона, являются рецепторами для волны жидкости, а палец, расположенный на области астриона, — передатчиком (эмиттером) этой волны.

Этап получения информации

Врач своим пальцем-эмиттером запускает этот перенос жидкости посредством легкого надавливания на кость, направленного к принимающим пальцам через самый большой диаметр черепа.

Затем он может оценить принимающими пальцами характеристики жидкостной волны, которые будут пропорциональны степени фиксации и ограничения подвижности, то есть напряжения твердой мозговой оболочки.

При направлении к свободной зоне волна жидкости легко проходит между пальцем-эмиттером и принимающими пальцами.

При направлении к зоне напряжения эта волна вызывает замедленную реакцию в принимающих пальцах, а при возвращении этой волны к пальцу-эмиттеру ощущается «мягкий отскок».

При направлении к зоне напряжения и значительного ограничения реакция будет очень замедленной, а возврат — очень явно выражен. Кроме того, возникнет ощущение явной турбулентности, а также жидкостного вихря, заполняющего череп.

Этап лечения

Цель состоит в том, чтобы восстановить ощущение жидкостной волны, легко проходящей между направляющим и принимающими пальцами.

Для этого врач должен внимательно прислушиваться к двум последовательным ощущениям, которые будут свидетельствовать об успехе техники и приведут к возобновлению легкого колебания жидкостей.

а) Ощущение расслабления перпендикулярно задействованному шву эластичного типа (ощущение пружины, которая ослабляется), которое будет свидетельствовать о расслаблении эластиновых волокон.

б) Ощущение расширения в поперечном направлении по отношению к задействованному шву (подобно капле чернил, растекающейся по

промокашке), что будет свидетельствовать о расслаблении коллагеновых волокон.

Таким образом, это ощущение эластина и коллагена, поскольку мы имеем дело с соединительной тканью.

Если степень фиксации очень значительная, то необходимо использовать физическое и дыхательное содействие пациента следующим образом:

• Физическое содействие

Если мы работаем латерально, то используется дорсальная флексия стопы на стороне, противоположной ограничению подвижности, а если мы работаем центрально — то используется дорсальная флексия обеих стоп.

Этот процесс направлен на формирование задней фасциальной цепи снизу вверх в направлении флексии крестца (основание кверху и кзади) и затылка (базион кверху и кпереди).

Это приводит черепную сферу в состояние флексии, тем самым «закрывая» отверстия основания и, в частности, заднее рваное отверстие, а также концентрируя максимум жидкости внутри черепа для большей эффективности техники.

• Дыхательное содействие

При необходимости также можно попросить пациента сделать форсированный вдох и задержать дыхание как можно дольше.

Эффект, кажется, обусловлен тем, что сокращение скелетных мышц в значительной степени участвует в движении венозной крови и что сопротивление тканей может быть уменьшено в значительной степени за счет мышечного действия, связанного с выполнением форсированного грудного вдоха. Эта фаза также имеет тенденцию, подобно физическому содействию, приводить череп во флексию и наружную

ротацию и, следовательно, к расширению, посредством увеличения внутричерепных жидкостных лож.

Форсированные дорсальную флексию и вдох следует удерживать до тех пор, пока не будет достигнуто ослабление напряжения твердой мозговой оболочки, и при необходимости их следует повторить.

Реакция всегда будет отражать внутреннюю биодинамическую силу пациента, то есть его гомеостатические возможности, но физиология пациента всегда будет проявлять максимально возможную реакцию в данный момент в соответствии с состоянием его тканей.

У здоровых тканей будет относительно быстрая реакция.

У травмированных тканей будет более длительная реакция.

У тканей в хроническом состоянии повреждения будет медленная и слабая реакция.

Именно так всегда говорил нам Роллин Беккер.

ОПИСАНИЕ ТЕХНИК

«Прежде чем дергать тигра за хвост, нужно открыть дверь» (китайская пословица). Другими словами, всегда следует работать с синусом сначала ниже по течению, а затем — выше по течению.

Поэтому техники лечения синусов всегда выполняются от задней части к передней.

В первую очередь используется техника «нажатия-нагрева» в проекции задних рваных отверстий. В действительности все синусы сходятся к заднему рваному отверстию. Кратко напомним их расположение на этом уровне спереди назад: сначала нижний петрозный синус, который идет кпереди и проходит через переднюю удлиненную часть заднего рваного отверстия, затем внутренняя яремная вена, которая проходит через задний отдел этого заднего рваного отверстия, и,

наконец, задний затылочный синус, который также проходит через этот же отдел. Поэтому, если мы хотим провести эффективное лечение мигрени, необходимо начать с работы на уровне этого заднего рваного отверстия, чтобы подготовить почву и не столкнуться с застоем, при котором лечение было бы неэффективным.

Для этого следует поместить пальцы под затылок как можно ближе к задним рваным отверстиям через ткани. Пальцы обеих рук плотно прижаты друг к другу и движутся в виде сходящейся кпереди буквы V по направлению к задним рваным отверстиям. Пальцы должны мягко проникать в ткани. Затем мы доходим до тканевого барьера, и здесь начинается диалог с тканями пациента.

Следует освободить мышечные и связочные напряжения через контакт и осознание, перемещая пальцы кпереди к подбородку. В тот момент, когда напряжения под пальцами ослабевают и мы ощущаем размягчение, нагревание тканей, мы достигли уровня яремных вен. Затем следует мягко вывести пальцы из тканей и ослабить захват.

Вторая техника, которую необходимо использовать, — это техника нажатия-нагрева на уровне иниона, где сходятся прямой синус и верхний продольный синус.

Напомним, что на уровне иниона расположен сток синусов. Для этого ладонь руки нужно расположить на уровне иниона, при этом средний и безымянный пальцы должны быть направлены к прикреплению серпа мозжечка, который находится в прямой связи с задним затылочным синусом, дренирующим большое затылочное отверстие.

После того как рука будет расположена таким образом, необходимо дождаться разогрева и размягчения тканей, что будет свидетельствовать о завершении техники.

Следующая техника предназначена для боковых синусов. Для ее выполнения указательный и средний пальцы, слегка раздвинутые, должны быть расположены напротив прикрепления этих боковых синусов на уровне верхней выйной линии; таким образом, эти пальцы должны

оказаться перпендикулярными к инииону, и снова нужно будет дожидаться размягчения и нагревания тканей.

При выполнении этих первых трех техник, если простого нажатия недостаточно для достижения расслабления, то пациента нужно попросить выполнить дорсальную флексию обеих стоп и, возможно, если этого все еще недостаточно, сделать сильный вдох и задержать дыхание как можно дольше. Это позволит использовать дополнительные силы, способствующие ослаблению коллагенового барьера.

Затем необходимо работать на уровне углов астериона. С анатомической точки зрения, на уровне астериона расположены три кости: затылочная, теменная и височная. В направлении от глубины к поверхности, затылочная кость покрыта теменной, которую покрывает височная.

Используемая техника выполняется тремя пальцами, расположенными перпендикулярно к астериальному углу. Большой палец расположен на теменной кости, указательный — на височной, а средний — на затылочной. Технику следует начинать из глубины к поверхности.



Сначала выполните легкое надавливание к центру средним пальцем, чтобы освободить затылочную кость, которая является самой глубокой. Как только вы почувствуете расслабление под большим пальцем, нужно будет привести затылочную кость в направлении инииона и удерживать это положение. Затем надавите большим пальцем на теменную кость по направлению к центру, дождитесь ослабления напряжения и приведите теменную кость в направлении к брегме; наконец, указательным пальцем приведите височную часть к наружному слуховому проходу и дождитесь расслабления под пальцами.

Для того чтобы эта техника была эффективной, необходимо использовать силу возврата жидкости от противоположного птериона; если этого недостаточно, пациента также следует попросить выполнить дорсальную флексию носка стопы на стороне, противоположной астериальному углу, с которым мы работаем.

Если расслабление не наступает, пациента следует попросить глубоко вдохнуть и задержать дыхание как можно дольше.

Следующим этапом является работа с сагиттальным швом по отношению к верхнему продольному синусу, и для этого мы вернемся к месту слияния синусов, поскольку мы работаем сначала снизу по течению, а затем сверху.

Первый шаг — это этап нажатия-нагревания на затылочной чешуе между иниионом и лямбдой. Для этого следует расположить два раздвинутых пальца, обычно указательный и безымянный, вдоль медиальной области затылочной кости и подождать размягчения и нагревания тканей, что будет свидетельствовать о расслаблении напряжений в этой части синуса.

Затем следует работать с лямбдой, используя технику, выполняемую тремя пальцами: два пальца (указательный и средний) располагаются на каждой теменной кости, а большой палец — на затылочной.

Конечно, необходимо учитывать ориентацию скосов швов. На этом уровне имеется внешний скос на теменных и внутренний скос на затылочных костях.