Семейный доктор
Виктор Ченцов
Мануальная
ГИМНАСТИКА
ДЛЯ ПОЗВОНОЧНИКА
+DVD
РЕКОМЕНДАЦИИ
МАНУАЛЬНОГО
ТЕРАПЕВТА
Избавься от боли в спине
ПИТЕР

Виктор Ченцов

Мануальная гимнастика для позвоночника

«Питер»
2010

Ченцов В.

Мануальная гимнастика для позвоночника / В. Ченцов — «Питер», 2010

Виктор Васильевич Ченцов – мануальный терапевт с огромным опытом работы, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, автор новой революционной методики лечения заболеваний позвоночника – представляет уникальный комплекс лечебной мануальной гимнастики для позвоночника.Мануальная гимнастика – это здоровье позвоночника, а значит, и всего организма в целом. Ведь, как сказал Гиппократ, причины всех болезней таятся в позвоночнике! Комплекс простых и эффективных упражнений позволит вам:• сохранить свой позвоночник и весь организм здоровыми;• предупредить и излечить болезни позвоночника;• сэкономить на дорогостоящих лечебных процедурах.БЫТЬ ЗДОРОВЫМ – ЭТО ОЧЕНЬ ПРОСТО!

© Ченцов В., 2010
© Питер, 2010

Содержание

От редакции 5
Предисловие 6
От автора 8
Истина 1. Все болезни – от позвоночника 9
Истина 2. Защитный блок – первопричина всех проблем 21
Истина 3. Устрани причину – избавишься от проблемы 30
Конец ознакомительного фрагмента. 31

Виктор Ченцов
Мануальная гимнастика для позвоночника

От редакции

Виктору Васильевичу Ченцову 53 года. Он мануальный терапевт, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, член Международной федерации мануальной медицины (FIMM) и Всероссийской ассоциации мануальной медицины, участник Второго и Третьего съездов мануальных терапевтов России.

Виктор Васильевич владеет всеми методиками и приемами мануального (ручного) воздействия на организм человека. Он специализировался на кафедрах неврологии и реабилитологии ГИДУВ (Запорожье, 1990 год), МАПО (Санкт-Петербург, 1999 год), Педиатрической академии (Санкт-Петербург, 2004 год).

Несмотря на огромный практический опыт, Виктор Васильевич постоянно совершенствует свое мастерство, посещая семинары и целевые курсы по мануальной терапии. Он ведет постоянную просветительскую работу, читает лекции и пишет книги. Врачебную практику он сочетает с научной работой в области вертебрологии.

Книга, которую мы предлагаем вашему вниманию, уникальна. В ней излагается авторская методика лечения заболеваний позвоночника, которая уже избавила от недугов многих пациентов Виктора Васильевича, методика *сегментарной лигаментозной рейнтенсии.*

От всей души надеемся на то, что эта книга будет полезна нашим читателям. Упражнения, приведенные в ней, помогут решить многие проблемы позвоночника, предотвратить остеохондроз.

Если вы живете в Санкт-Петербурге, то вам поможет сам Виктор Васильевич. Записаться на прием к нему можно по телефонам: 8-(812)-975-03-20, 8-(812)-324-98-01.

Сайт: www.doctorchentsov.spb.ru

Предисловие

Выражаю особую благодарность и признательность за помощь в создании книги моей жене Татьяне, врачу-рефлексотерапевту

Уважаемый читатель!

Вы держите в своих руках уникальную книгу, автор которой – врач-практик с 26-летним стажем. Она будет полезна не только тем, кто страдает от болей в позвоночнике, но и всем, кто имеет проблемы со здоровьем. Как говорил Гиппократ: «Причина всех болезней таится в позвоночнике». И современная медицина подтверждает: состояние нашего организма непосредственно связано со здоровьем позвоночного столба.

По статистике Всемирной организации здравоохранения, заболеваниями позвоночного столба страдает до 80 % трудоспособного населения. Поэтому у нас в стране и за рубежом уделяют большое внимание данному вопросу. Однако до сих пор в научной и практической медицине нет единого мнения по поводу того, что является первопричиной возникновения болей в позвоночнике.

Опираясь на свой опыт работы, знание анатомии и физиологии, анализ научной литературы по данной теме, автор сделал открытие: первопричина заболевания – защитная реакция организма на угрозу повреждения спинного мозга. На основе этой теории автор создал принципиально новую методику лечения заболеваний позвоночного столба, которую успешно применяет в своей практике. Вот несколько положений, в корне меняющих наше представление о проблемах позвоночника:

1) массаж не является средством профилактики остеохондроза. Более того, массаж может усугубить это заболевание;

2) упражнения, которые запрещает официальная медицина при проблемах в позвоночном столбе, оказываются самыми необходимыми и эффективными;

3) холод, стресс, весенне-осенние обострения – это факторы, по которым можно судить о состоянии позвоночного столба. Они указывают, в каком сегменте позвоночника кроется проблема, которую необходимо решить;

4) лечение голодом и очищение организма, а также иглорефлексотерапия, физиолечение, гирудотерапия, апитерапия никогда не устранят саму причину заболевания. Это лечение на время снимает симптомы патологического процесса. Сам же процесс продолжает прогрессировать, превращая условно здорового человека в хронически больного;

5) грыжа межпозвонкового диска – не приговор. В большинстве случаев она эффективно лечится консервативно (без операции);

6) межпозвонковые диски никогда не могут стереться или выскочить;

7) причина остеохондроза не в межпозвонковых дисках и позвонках, мышцах или межпозвонковых суставах. Именно поэтому обычное лечение оказывается неэффективным;

8) сколиоз I–II степени, который мы лечим консервативными методами, вылечить невозможно. Более того, сколиоз не надо лечить: это генетически заложенная форма позвоночного столба, которая нам необходима.

Теория автора далека от стандартных взглядов, она дает революционно новую информацию о сколиозе, остеохондрозе и других проблемах позвоночника. Но самое главное – она работает! Поэтому не спешите отказываться от новых и потому непривычных утверждений: все они научно обоснованы и подтверждены на практике, огромным опытом работы автора.

Надеемся, что книга поможет вам правильно относиться к своему здоровью и ориентироваться в многочисленных методах консервативного лечения, которые предлагаются в настоящее время. Она написана ясным и понятным языком, содержит конкретные рекомендации

по профилактике и лечению многих распространенных болезней. Она поможет вам сохранить здоровый позвоночник – залог здоровья всего организма!

От автора

Причина всех болезней таится в позвоночнике.
Гиппократ

После написания и выхода в свет книг «Первая скрипка позвоночника» и «Вся правда о сколиозе» в мой адрес и в адрес редакции пришло много писем и звонков от людей, у которых есть проблемы с позвоночником. Пишут люди из разных уголков России и стран СНГ. Более того, многие приезжают на лечение из Тюмени и с Чукотки, из Краснодара и Калининграда, из Белоруссии, Украины и Карелии, не говоря уже о Москве, Пскове, Новгороде, Вологодской и Ленинградской областях…

Во всех обращениях прослеживается одна и та же проблема: неэффективность лечения. Люди не могут получить полного адекватного лечения при проблемах позвоночного столба. Лечатся месяцами, в хороших клиниках, у достойных врачей, имеющих кандидатские и докторские диссертации, но все безрезультатно. Когда такие пациенты приезжают ко мне и после лечения чувствуют облегчение, у меня появляется двоякое чувство: с одной стороны, удовлетворение от того, что я помог человеку, с другой – чувство горечи за наше здравоохранение.

К сожалению, до сих пор мануальную терапию врачи далеко не всегда используют в своей практике или делают это не совсем профессионально. Часто пациенты говорят о том, что их врач вообще не признает мануальную терапию. А ведь это очень эффективный метод лечения!

Истина 1. Все болезни – от позвоночника

Полная анатомическая картина позвоночного столба и всех его структур (см. DVD). Первопричина остеохондроза и других заболеваний позвоночника. Сегменты спинного мозга, отвечающие за разные части тела и органы.

Боли в позвоночнике – это одно из самых распространенных патологических состояний человека. Заболевания позвоночного столба занимают одно из первых мест в общей статистике заболеваемости, уступая лишь острым респираторным заболеваниям и травмам. А если учесть, что проблемы позвоночника вызывают различные болезни, на первый взгляд не связанные «со спиной», картина получается удручающая.

В связи с этим в нашей стране и за рубежом стали уделять большое внимание проблемам позвоночника. Даже появилась и активно развивается (и это правильно) самостоятельная медицинская дисциплина – вертеброневрология (от латинского названия позвонка – *vertebra).*

Казалось бы, ученым и врачам полностью известно строение позвоночного столба и всех его структур.

Это и *мышцы спины,* которые обеспечивают подвижность позвоночного столба, и *позвонки,* из которых состоит его остов. У каждого позвонка есть по семь отростков, также участвующих в движении: четыре суставных отростка, два поперечных и один остистый. Между позвонками находятся два сустава. *Межпозвонковый диск* состоит из пульпозного ядра, фиброзного кольца, а сверху и снизу ограничен гиалиновой и замыкательной пластинками.

Связки придают позвоночному столбу жесткость и эластичность. К связкам позвоночного столба относятся передняя и задняя продольные связки, межпоперечная связка, а также желтая, межостистая и выйная связки.

Внутри позвоночного столба находится *спинной мозг,* окруженный тремя оболочками, от которого отходят справа и слева нервные корешки (31 пара). Спинной мозг омывается *ликворной жидкостью.* Все элементы позвоночного столба сопровождаются *сосудами* – артериями, венами и лимфатическими сосудами.

Но в какой же из всех перечисленных структур возникают первичные изменения, вызывающие боли в позвоночнике? До сих пор ученые и врачи не дали точного ответа на этот вопрос. В научном мире и практической медицине существуют самые разные предположения и мнения по этому поводу. Где же истина?

Одни говорят, что первичные изменения возникают в мышцах спины. Это мнение породило новые методики лечения – миофасциальный релизинг, разнообразные гимнастики и даже целую науку – кинезиологию.

Другие считают, что все начинается с подвывихов (сублюксаций) и вывихов межпозвонковых суставов, что приводит к так называемым функциональным блокам.

Третьи произносят загадочные слова с неясным смыслом: «нарушение биомеханики позвоночного двигательного сегмента». А нарушается эта биомеханика якобы из-за целого комплекса воздействий.

Четвертые лечат костную структуру и называют себя остеопатами (по-латыни *osteon* означает «кость»).

Пятые связывают проблемы, возникающие в позвоночнике, с прямохождением.

Шестые, и их большинство, считают, что первопричиной болей в спине является повреждение межпозвонковых дисков. Этот процесс назвали остеохондрозом *(osteon* – «кость», *hondros* – «хрящ», окончание – *os* указывает на дистрофические изменения, в данном случае – изменения смежных позвонков и диска).

Современное научное определение заболевания звучит так:

> Остеохондроз – изначальное и первичное повреждение межпозвонкового диска, связанное с нарушением питания его пульпозного ядра, от которого зависит одна из основных функций диска – амортизирующая.

В результате нарушения этой функции смежные позвонки из-за силы тяжести сближаются, сдавливая сосуды и нервные корешки сегмента и повреждая их.

Возникший остеохондроз, несмотря на все методы консервативного воздействия, остается с человеком на всю оставшуюся жизнь. Более того, с каждым годом состояние больного ухудшается: боли усиливаются, обострения учащаются, на рентгенограммах видно все больше и больше патологических изменений в позвоночнике.

Напрашиваются два вопроса:

> Все ли мы знаем о причинах возникновения остеохондроза?
> Правильно ли мы его лечим?

Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо совершить краткий экскурс в анатомию.

Межпозвонковый диск

> Сложное анатомическое образование, напоминающее по форме диск и находящееся между позвонками. Межпозвонковый диск (рис. 1) обеспечивает подвижность позвоночника, его эластичность, упругость, способность выдерживать большие нагрузки, он играет ведущую роль в биомеханике движения позвоночного столба.

Диск состоит из *пульпозного ядра,* напоминающего по форме двояковыпуклую чечевицу, которое находится в центре диска. Объем ядра в норме составляет от 1 до 1,5 см^3.

Ядро заполнено студенистым веществом, состоящим из *гликозамингликанов,* которым принадлежит основная роль в поддержании внутридискового давления. Благодаря свойству гликозамингликанов быстро забирать и отдавать воду пульпозное ядро способно увеличивать свой объем в 2 раза. Когда давление на позвоночный столб возрастает (например, при поднятии тяжестей) молекулы гликозамингликанов забирают воду. Ядро диска становится упругим и компенсирует нагрузку на позвоночник.

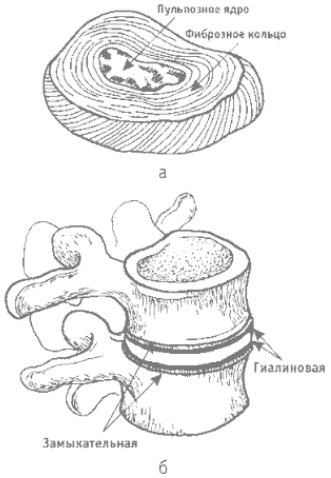


Рис. 1. Межпозвонковый диск

Вода забирается до тех пор, пока не уравновесится давление на диск. Когда же нагрузка на позвоночник снижается, идет обратный процесс. Гликозамингликаны отдают воду, упругость ядра уменьшается, и наступает динамическое равновесие. В этом и заключается основная функция межпозвонкового диска – амортизирующая.

Ядро имеет капсулу из небольшого количества хрящевых клеток и коллагеновых волокон, придающих ему эластичность, и окружено *фиброзным кольцом,* которое образовано плотными соединительными пучками. Спереди и с боков фиброзное кольцо жестко срастается со смежными позвонками.

Сверху и снизу пульпозное ядро с фиброзным кольцом покрыто *гиалиновой пластинкой,* играющей большую роль в транспортировке воды и питательных веществ к пульпозному ядру и выведении продуктов обмена. Гиалиновая пластинка очень плотно прилегает к *замыкательным пластинкам,* которые жестко срастаются с телами смежных позвонков, защищая их губчатое вещество от чрезмерных нагрузок. Известно, что, пока наш организм растет (до 20–25 лет), межпозвонковый диск имеет сосудистую сеть, то есть питается через сосуды, которые проходят через тела позвонков, но к 20–25 годам жизни запустевают (облитерируются).

Питание диска у взрослого человека происходит путем диффузии (пропитывания) из смежных позвонков через замыкательные и гиалиновые пластинки. Межпозвонковый диск несколько шире смежных позвонков, поэтому боковые и передние отделы его слегка выступают за пределы костной ткани.

Общая высота всех межпозвонковых дисков у новорожденного составляет 50 % высоты позвоночного столба. Вот почему новорожденные очень гибкие. С ростом человека высота дисков уменьшается. У взрослого она составляет уже только 25 % от высоты позвоночного столба. Толщина межпозвонкового диска зависит от уровня его расположения и подвижности соответствующего отдела позвоночника.

В наименее подвижном грудном отделе толщина дисков составляет 3–4 мм, в шейном отделе, обладающем большей подвижностью, – 5–6 мм, в поясничном отделе толщина дисков доходит до 10–12 мм, поскольку на этот отдел приходится самая большая нагрузка по оси.

Межпозвонковый диск выполняет такие важнейшие функции:

- соединяет позвонки между собой (очень жестко и плотно);
- обеспечивает подвижность позвоночного столба;
- работает как амортизатор.

Рассмотрим эти функции более подробно.

1. Соединение позвонков.

За счет плавного перехода фиброзного кольца в гиалиновые пластинки (а они в свою очередь переходят в замыкательные пластинки), которые плотно сращены с телами позвонков, происходит очень жесткое и плотное соединение позвонков и дисков между собой.

В месте соединения диска с телом позвонка нет движения, а значит, нет и трения. Поэтому диски никогда не стираются и более того – никогда не выскакивают (если, конечно, мы говорим об остеохондрозе, а не о последствиях травмы).

2. Обеспечение подвижности позвоночного столба. За счет межпозвонковых дисков позвоночник очень подвижен. Всего в позвоночнике 23 межпозвонковых диска, а следовательно, 24 двигательных сегмента.

Движения отдельных позвонков в сумме определяют движение всего позвоночника. Наиболее подвижны шейный и поясничный отделы позвоночника, а наименее подвижен грудной отдел вследствие его соединения с ребрами. Подвижность крестцового отдела также минимальна.

3. Амортизация.

Благодаря свойствам гликозамингликанов (они были описаны выше) межпозвонковый диск работает как амортизатор.

Позвоночный столб может выполнять следующие движения:

• сгибание и разгибание (общая амплитуда – 170–245);

• наклоны вправо и влево (общий размах – 165°);

• повороты вправо и влево (около 120°).

Из-за чего в межпозвонковых дисках возникают дегенеративные изменения?

На сегодняшний день существует одиннадцать теорий, каждая из которых пытается объяснить патологические изменения в межпозвоночном диске. Это *инволюционная, гормональная, сосудистая, инфекционная, инфекционно-аллергическая, биоэлектретная, механическая, аномальная, функциональная* и *наследственная* теории. Предполагаемые причины изменений в межпозвонковых дисках видны из названий этих теорий.

В последнее время была выдвинута еще одна теория – *мультифакторная.* Согласно этой теории, для развития остеохондроза необходима генетическая предрасположенность, а для проявления этой предрасположенности необходимо воздействие различных факторов.

Ни одна из перечисленных выше теорий не может объяснить все явления полностью. Ученые признают существование пробелов и противоречий в теориях, объясняющих причины остеохондроза, и считают, что эта проблема еще ждет своего окончательного разрешения.

Нельзя не обратить внимание на два фактора, которые отмечены во всех существующих теориях. Это *локальные перегрузки* и *нарушение питания дисков.*

Я предлагаю на суд моих коллег и читателей собственную теорию возникновения болей в позвоночнике, которая объясняет причины дистрофических изменений в дисках, смежных позвонках, межпозвонковых суставах, мышцах, связках и вообще во всех сегментах позвоночника.

Возникновению этой теории предшествовали глубокий анализ существующих на сегодняшний день объяснений возникновения остеохондроза, изучение монографий и книг уважаемых мною ученых. Она возникла после 23 лет работы в области мануальной терапии.

Я назвал свою теорию *защитной.*

Итак, чтобы понять причины остеохондроза позвоночника, необходимо в первую очередь обратить внимание не на межпозвонковые диски, позвонки, суставы и мышцы, а на головной и спинной мозг. Да-да, именно на эти структуры, самые основные в нашем организме, которые контролируют работу всех клеток, органов и систем.

В медицине эти структуры объединены под общим названием – *центральная нервная система,* основным анатомическим элементом которой является *нервная клетка* – самая высшая материя организма.

Нервная клетка

Наше тело состоит из 220 разновидностей клеток. Все они организованы по одному принципу, но выполняют разные функции. Внешнее отличие нервной клетки (рис. 2) от всех остальных состоит в том, что она имеет отростки двух типов:

– короткие отростки размером 1–3 мм (их можно насчитать от двух до сотни и более), древовидно ветвящиеся (отсюда и их название – дентриты, в переводе с греческого dentron означает «дерево»);

– длинный отросток, отходящий от тела клетки, который тянется на большое расстояние – до 1,5–1,7 м. Он составляет основной, или осевой,

отросток нервной клетки. Его называют аксоном (в переводе с латыни axis – ось, основание, основной).

Нервная клетка имеет серый цвет, а ее отростки (дентриты и аксон) – белый, так как белый цвет имеет *миелиновая оболочка,* покрывающая снаружи отростки подобно тому, как изоляция покрывает провода.

Нервная клетка со всеми отростками и конечными разветвлениями называется *нейроном.* Проникая своими разветвлениями во все органы и ткани, нервные клетки связывают все части организма человека в единое целое, контролируя его.

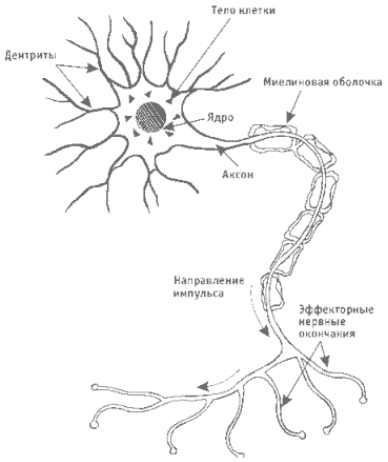


Рис. 2. Нервная клетка

С точки зрения кибернетики живой организм – это уникальная кибернетическая машина, способная к самоуправлению. Как указывал еще И. П. Павлов, человек – система в высочайшей степени саморегулирующаяся, сама себя поддерживающая, направляющая и даже совершенствующая. И все эти функции выполняет нервная система, состоящая из миллиардов нервных клеток (до 45 миллиардов), высшим отделом которой является головной мозг, контролирующий все процессы организма, работу каждой клетки.

Головной мозг

В головном мозге различают серое вещество и белое вещество. Серое вещество – это скопление нервных клеток, которое находится в коре головного мозга. Каждый участок коры представляет собой нервный центр, который контролирует ту или иную функцию организма.

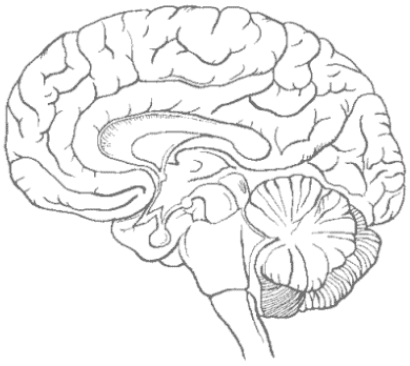


Рис. 3. Головной мозг

От нервных центров по основному отростку (аксону) идут сигналы к каждой клетке и каждому органу тела, заставляя их путем электрической стимуляции выполнять определенную функцию. Нервные центры состоят из сотен и даже тысяч нервных клеток.

Соответственно существует такое же количество аксонов. Они собираются в пучки (так называемые тракты), которые, соединяясь вместе, образуют общий «кабель» – спинной мозг.

Спинной мозг

Представляет собой длинный, несколько сплющенный цилиндрический тяж, который вверху является продолжением продолговатого мозга, а внизу заканчивается коническим заострением на уровне 2-го поясничного позвонка (рис. 4).

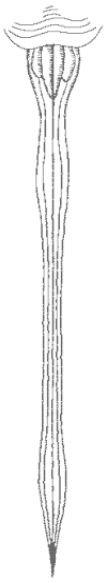


Рис. 4. Спинной мозг

Длина спинного мозга у женщин достигает 42 см, у мужчин – 45 см. Говоря современным языком, головной мозг – это процессор, а спинной мозг – кабель, дающий возможность управления и обратной связи.

Чтобы сигналы от центров головного мозга дошли до определенных структур тела или органов, необходимо распределение аксонов по ходу следования основного «кабеля».

Поэтому весь спинной мозг состоит из 31 сегмента. Существует 8 шейных сегментов, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых и 1 копчиковый. Через определенный сегмент головной мозг распределяет электрические сигналы на определенную структуру тела или орган.

Все сегменты устроены одинаково. Они состоят из серого и белого веществ, как и головной мозг. Серое вещество, то есть нервные клетки, находится в центре и по форме напоминает крылья бабочки, или букву Н (рис. 5). Вокруг нервных клеток проходят пучки или тракты аксонов, имеющих белый цвет.

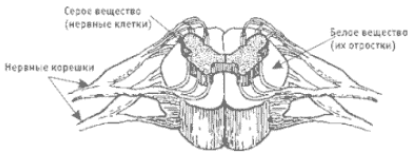


Рис. 5. Два сегмента спинного мозга

От нервных клеток спинного мозга, то есть от правой и левой половины каждого сегмента, парами отходят основные отростки-аксоны, из которых образуются левый и правый нервы сегмента. Поперечный отрезок спинного мозга и связанных с ним правого и левого спинномозговых нервов, через которые головной мозг контролирует определенный участок тела, называется *нервным сегментом* (рис. 6).

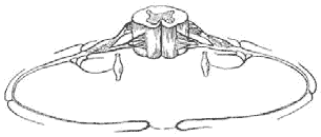


Рис. 6. Нервный сегмент

В пределах одного сегмента замыкается короткая *рефлекторная дуга* (рис. 7). Это промежуточное связующее звено между головным мозгом и телом.

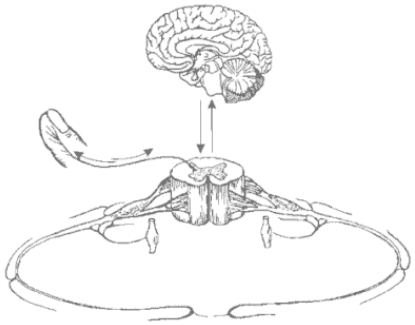


Рис. 7. Рефлекторная дуга

В одном нервном корешке можно насчитать от 1,5 до 2 тысяч аксонов. И если от спинного мозга отходит 31 пара нервных корешков, то можно подсчитать, через какое количество «проводков» головной мозг контролирует весь организм.

На сегодняшний день известно, через какой конкретно сегмент спинного мозга головной мозг контролирует ту или иную часть тела или органа (рис. 8).

Если в позвоночнике возникают проблемы, это обязательно сказывается на состоянии всего организма. В зависимости от того, какой сегмент позвоночника затронут, появляются различные симптомы и патологические состояния (табл. 1).

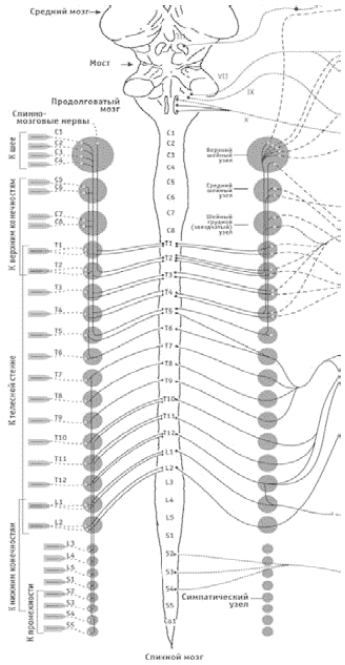
Таблица 1. Симптомы и патологические состояния, которые могут возникнуть при проблемах позвоночника

Обозначение позвоночного сегмента	Органы и части тела, функционирование которых контролируется через данный сегмент	Симптомы и патологические состояния, которые могут возникнуть при блокировании сегмента
C0–C1	Симпатическая нервная система, внутреннее ухо, внутренние яремные вены, позвоночные артерии	Головная боль, быстрая утомляемость, плохой сон, повышение артериального давления, головокружение, ухудшение слуха
C1–C2	Глаза, зрительный и слуховые нервы, лицевой и тройничные нервы	Заболевания глаз, снижение слуха, невриты лицевого и тройничного нервов
C2–C3	Носоглотка, щеки, зубы	Невриты, невралгии, аденоиды, проблемы с зубами, деснами
C3–C4	Нос, губы, рот, евстахиева труба	Нарушение слуха, увеличение аденоидов, дерматиты в области носа и губ, заложенность носа
C4–C5	Гортань, голосовые связки, позвоночные артерии, миндалины	Боль в горле, тонзиллит, ларингит, нарушение голоса, повышение артериального давления
C5–C6	Мышцы шеи, надплечья, локтевой сустав	Боли в шее, плечах, локтевых суставах
C6–C7	Щитовидная железа, плечевой сустав	Заболевания щитовидной железы, боли в плечевых суставах и ограничение их подвижности
C7–C8	Кисти рук, щитовидная железа	Боли и чувство холода в кистях рук, онеменение их
C8–T1	Пищевод, трахея	Эзофагит, трахеит
T1–T2	Сердце, перикард, коронарные артерии	Аритмии, боли за грудиной, ишемическая болезнь сердца

Обозначение позвоночного сегмента	Органы и части тела, функционирование которых контролируется через данный сегмент	Симптомы и патологические состояния, которые могут возникнуть при блокировании сегмента
T2–T3	Легкие, бронхи, плевра, грудная железа, кардиальный отдел желудка	Бронхиты, пневмонии, астма, плевриты, мастопатии, изжога
T3–T4	Печень, желчный пузырь, общий желчный проток	Камни в желчном пузыре, гипофункция печени, желчного пузыря
T4–T5	Печень, солнечное сплетение	Нарушение функции печени, повышение уровня билирубина
T5–T6	Желудок	Гастрит, язвенная болезнь желудка, нарушение кислотности
T6–T7	Двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, расстройство пищеварения, стула, сахарный диабет
T7–T8	Диафрагма, селезенка	Расстройство пищеварения, икота, нарушение дыхания

Обозначение позвоночного сегмента	Органы и части тела, функционирование которых контролируется через данный сегмент	Симптомы и патологические состояния, которые могут возникнуть при блокировании сегмента
T8–T9	Надпочечники	Аллергические реакции, нарушение иммунной системы
T9–T10	Почки	Болезни почек, камнеобразование, нефроптоз
T10–T11	Почки, мочеточники	Заболевания почек, расстройство мочеиспускания
T11–T12	Тонкий кишечник, поперечно-ободочная кишка	Энтероколиты, вздутие живота, поносы, запоры
T12–L1	Слепая кишка, аппендикс, паховая область, фаллопиевы трубы	Колит, аппендицит, паховые грыжи, заболевания женских половых органов
L1–L2	Аппендикс, слепая кишка, брюшная полость	Кишечные колики, аппендицит, боли в паховой области
L2–L3	Половые органы, мочевой пузырь, коленный сустав	Нарушение потенции, мочеиспускания, артроз коленных суставов

Обозначение позвоночного сегмента	Органы и части тела, функционирование которых контролируется через данный сегмент	Симптомы и патологические состояния, которые могут возникнуть при блокировании сегмента
L3–L4	Голени, стопы, мочевой пузырь	Боли в стопах, голени, нарушение мочеиспускания
L4–L5	Предстательная железа, матка с придатками, голени, стопы, пальцы стоп	Простатит, нарушение потенции, аднекситы, эрозии, фибромиомы матки, боли в стопах, голени, пальцах стоп
L5–S1	Предстательная железа, матка с придатками, уретра, промежность, ягодичные области, прямая кишка, тазобедренный сустав	Простатит, нарушение потенции, киста яичников, нарушение менструального цикла, геморрой, боли в промежности, артроз тазобедренного сустава, сосудистые заболевания ног
S1–S5 (крестец)	Органы малого таза, промежность, нижние конечности, прямая кишка, задний проход	Нарушение работы органов малого таза, сфинктериты, трещина ануса и т. п.
S5–C (копчик)	Промежность, прямая кишка, задний проход	Геморрой, нарушение функции органов малого таза, боли в промежности



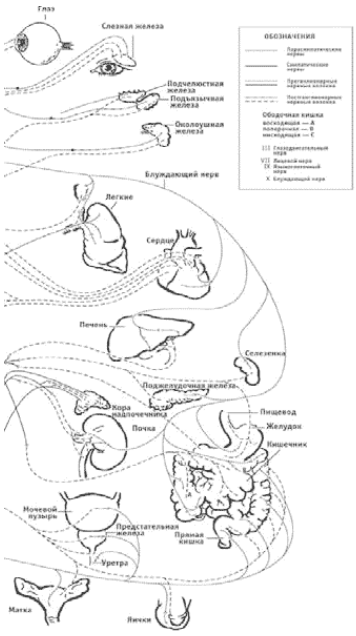


Рис. 8. Схема контроля головного мозга органов и систем через сегменты спинного мозга

Истина 2. Защитный блок – первопричина всех проблем

Системы кровоснабжения и защиты спинного мозга. «Электронные датчики» опасного натяжения и сжатия. Схема блокирования позвоночных сегментов.

Итак, состояние позвоночника сказывается на здоровье всего организма. Но откуда появляются проблемы в самом позвоночнике? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо внимательно рассмотреть системы *кровоснабжения и защиты спинного мозга.*

Для поддержания своей жизнедеятельности нервные клетки нуждаются в постоянном притоке энергии (АТФ). Запаса энергии в самой клетке хватает лишь на 5–6 минут. Это объясняет, почему полная остановка кровотока в каком-либо участке мозга (например, при инсульте) приводит к необратимой гибели нейронов в течение 5–6 минут.

Энергию клетки получают через артериальный кровоток: он приносит глюкозу и кислород. При воздействии кислорода на глюкозу (то есть при окислении) высвобождается энергия, которую и использует нервная клетка. Поэтому в крови должно быть определенное количество сахара и кислорода. Сахар человек получает с пищей, а кислород – при дыхании. Энергетические потребности увеличиваются при напряженной умственной или физической работе, при стрессе.

Головной мозг снабжают кровью четыре артерии (две сонные артерии – переднюю половину мозга, две позвоночные артерии – заднюю половину). Кровоснабжение любого другого органа осуществляется одной, максимум двумя артериями, здесь же используется целых четыре артерии!

Вес головного мозга в среднем всего лишь чуть больше 1500 г (около 2 % от массы тела), а протекает через него до 800 мл крови в минуту. Это очень много, если сравнивать мозг с другими органами человеческого тела.

Спинной мозг кровоснабжается тремя спинальными артериями, одной передней и двумя задними, образованными из артерий, берущих свое начало от межреберных, грудных и поясничных ветвей брюшного отдела аорты, а также от ветвей подключичной, позвоночной и шейных артерий (так называемые радикуло-медуллярные артерии). Вес спинного мозга в среднем 50–60 г.

При дыхании головной и спинной мозг потребляют до 20 % вдыхаемого кислорода. Это еще раз доказывает, насколько важна работа нервных клеток и как велики ее энергетические потребности.

Так как головной и спинной мозг являются основными структурами нашего организма, эти структуры должны быть максимально защищены.

Головной мозг защищен костями черепа, одними из самых крепких костей организма. Спинной мозг защищен позвоночным столбом, который состоит из позвонков.

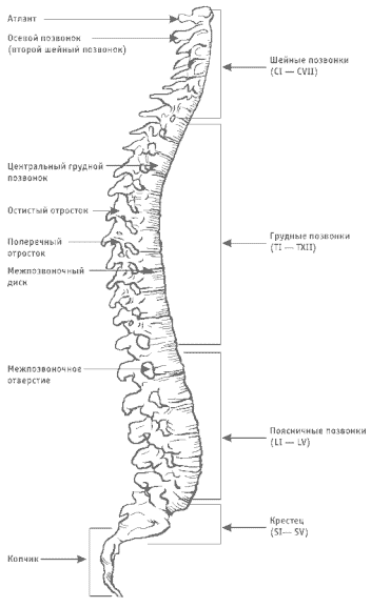


Рис. 9. Позвоночный столб

Позвоночный столб

В шейном отделе насчитывается 7 позвонков (C1-C7), в грудном – 12 (T1-T12), в поясничном – 5 (L1-L5), в крестцовом – 5 позвонков (S1-S5), сросшихся воедино. Кроме того, существуют также от 3 до 5 маленьких позвонков в копчике (рис. 9).

По сути, позвонки надеты на стержень, которым является спинной мозг. Вне зависимости от принадлежности к какому-либо определенному отделу позвоночника все позвонки имеют общее строение и состоят из *тела, дуги* и *отростков* (рис. 10).

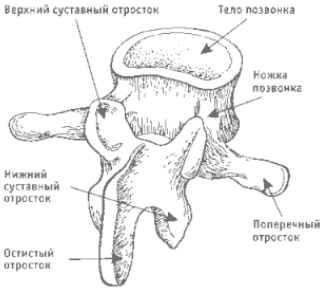


Рис. 10. Строение позвонка

Позвонок

Тело позвонка напоминает по своему строению уплощенный цилиндр и образовано из достаточно мягкого (по сравнению с другими частями позвонка) губчатого вещества. Именно тела позвонков вместе с межпозвонковыми

дисками составляют позвоночный столб, несущий основную осевую нагрузку. Тело каждого позвонка имеет свои особенности. Чем ниже находится позвонок, тем крупнее его тело. Это связано с тем, что осевая нагрузка на позвоночный столб увеличивается сверху вниз.

Дуга прикрепляется к телу позвонка сзади двумя ножками, тем самым образуя позвоночное отверстие. Из совокупности позвоночных отверстий образуется позвоночный канал, который защищает от внешних повреждений находящийся в нем спинной мозг. На дуге находятся приспособления для движения позвонков – отростки.

Остистый отросток отходит от дуги назад. По бокам справа и слева находятся два поперечных отростка. Вверх и вниз от дуги отходят по два суставных отростка. В общей сложности от дуги каждого позвонка отходят по семь отростков.

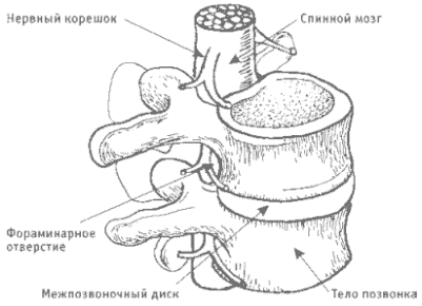


Рис. 11. Позвоночный двигательный сегмент

Два позвонка, соединенные между собой двумя межпозвонковыми суставами и межпозвонковым диском, строение которого описано выше, и защищающие участок спинного мозга – сегмент, в медицине названы *позвоночным сегментом* (рис. 11). Всего существует 31 позвоночный сегмент (по количеству сегментов спинного мозга).

В постоянном движении участвуют лишь 24 сегмента, так как в позвоночном столбе насчитывается 23 межпозвонковых диска (их нет между первым и вторым позвонками шейного отдела, которые образуют шаровидный сустав; кроме того, пять позвонков сращены вместе и образуют крестец). Поэтому вместе с головой и костями таза в движении позвоночного столба участвуют 24 позвоночных двигательных сегмента, называемых сокращенно ПДС.

Как обеспечивается движение позвоночного столба? В движении участвуют две группы мышц: мышцы спины и живота.

Мышцы живота работают при наклоне позвоночного столба вперед и поворотах вправо и влево (последнее главным образом касается нижнегрудного и поясничного отделов).

Мышцы спины делятся на поверхностные и глубокие. Поверхностные мышцы спины находятся сверху (рис. 12). К ним относятся широчайшая мышца спины, трапецевидная мышца, ромбовидная мышца, мышца, поднимающая лопатку и задние верхние и нижние зубчатые мышцы. Все эти мышцы участвуют в движении плечевого пояса и в незначительной степени помогают нам выпрямляться.

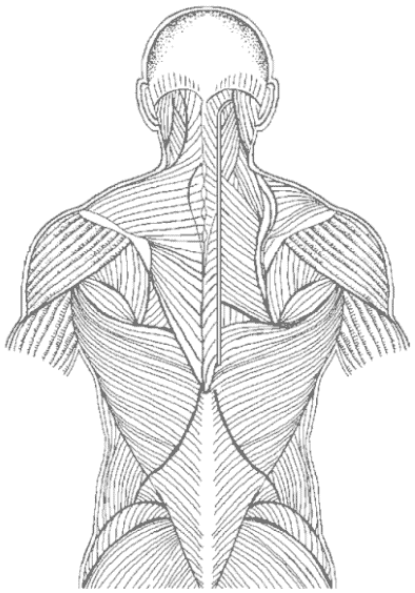


Рис. 12. Поверхностные мышцы спины

Под ними находятся глубокие мышцы, основные выпрямители спины, которые состоят из двух трактов – латерального и медиального (рис. 13).

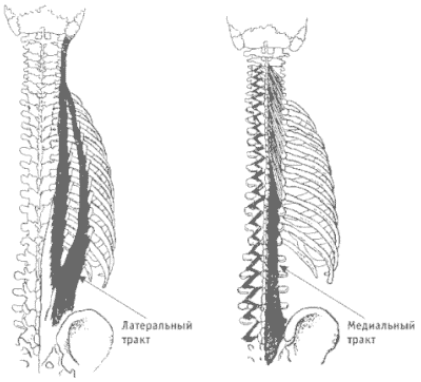


Рис. 13. Глубокие мышцы спины

Эти тракты состоят из мышц, разных по размеру. Одни мышцы длинные; они перекидываются через весь позвоночный столб, прикрепляясь к крестцу и затылочным буграм черепа. Другие мышцы короче, они перекидываются через 5–6 позвонков. Третьи мышцы перекидываются через 3–4 позвонка. И, наконец, мышцы самого глубокого слоя (рис. 14) прикрепляются к отросткам смежных позвонков, которые вращают позвонки относительно друг друга и наклоняют их вправо и влево. Мышцы последнего вида ярко выражены только в наиболее подвижных отделах позвоночника – шейном и поясничном.

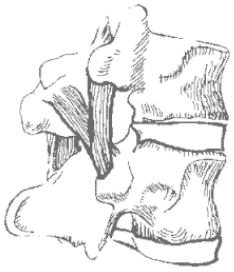


Рис. 14. Межпоперечные и косые мышцы (самые маленькие)

В организме человека насчитывается до 457 мышц. Их основные параметры – сила, резкость и выносливость.

Известно, что чем длиннее мышца, тем она выносливее. Она сокращается медленнее, но способна работать дольше. Чем короче мышца, тем она сильнее, тем резче ее движения, но тем быстрее она устает. Неслучайно крупные люди двигаются медленнее, а маленькие быстрее.

Если это важнейшее наблюдение перенести на мышцы спины, то самые маленькие, а значит, самые сильные и резкие мышцы – это мышцы, натянутые между соседними позвонками, которые вращают позвонки и наклоняют их вправо и влево.

Как уже говорилось, эти мышцы выражены в наиболее подвижных отделах позвоночника – шейном и поясничном.

Находящийся в позвоночном канале спинной мозг окружен тремя соединительнотканными оболочками: *твердой, паутинной* и *мягкой (сосудистой).* Все три оболочки спинного мозга переходят в такие же оболочки головного мозга (рис. 15).

Рис. 15. Спинной мозг с оболочками и зубчатой связкой

Твердая оболочка спинного мозга

Окружает спинной мозг снаружи в форме мешка. Она не примыкает вплотную к стенкам позвоночного канала, которые покрыты своей собственной надкостницей. Между стенками позвоночного канала и твердой мозговой оболочкой находится так называемое эпидуральное пространство. В нем залегают жировая клетчатка и венозные сплетения, через которые происходит отток венозной крови от спинного мозга и позвонков.

Вверху твердая оболочка срастается с краями большого затылочного отверстия, а внизу заканчивается на уровне 2-3-го крестцовых позвонков, суживаясь в виде нити, которая прикрепляется к копчику.

Паутинная оболочка спинного мозга

В виде тонкого прозрачного бессосудистого листка прилегает изнутри к твердой оболочке, отделяясь от последней щелевидным, пронизанным тонкими перекладинками так называемым субдуральным пространством.

Мягкая (сосудистая) оболочка спинного мозга

Непосредственно обволакивает спинной мозг и содержит сосуды, вместе с которыми заходит в его борозды и мозговое вещество.

Между паутинной оболочкой и непосредственно покрывающей спинной мозг сосудистой оболочкой находится *подпаутинное пространство,* где спинной мозг и нервные корешки лежат свободно, окруженные большим количеством спинномозговой жидкости – *ликвором.* От боковых поверхностей спинного мозга, между передними и задними корешками, вправо и влево к паутинной оболочке отходит тонкая прочная пластинка – *зубчатая связка* (рис. 16).

Связка начинается от мягкой оболочки, а в латеральном направлении разделяется на 31 зубец (по количеству сегментов). Зубцы срастаются не только с паутинной, но и с твердой оболочкой спинного мозга и с внутренней стенкой спинномозгового канала (с телами позвонков). В крестцовом отделе, помимо зубчатой связки, в подпаутинном пространстве находятся также тонкие пучки соединительнотканных волокон, которые также удерживают спинной мозг на месте.

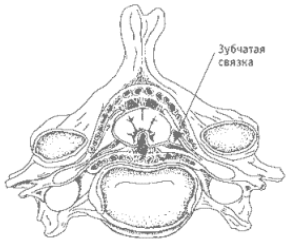


Рис. 16. Спинной мозг с оболочками и зубчатой связкой (поперечный разрез)

Итак, спинной мозг с его оболочками висит в позвоночном канале на зубцах зубчатой связки и пучках соединительнотканных волокон, не позволяющих ему вытягиваться в длину или чрезмерно сжиматься при движениях. Эти же связки осуществляют контроль за малейшим натяжением или сжатием спинного мозга, когда мы двигаемся, наклоняемся, поворачиваемся вправо и влево.

Вот где начинается злополучное заболевание – остеохондроз!

Спинной мозг имеет средние размеры: у женщин до 42 см, у мужчин до 45 см. Растягиваться, как кожа или мышцы, он не может. Чрезмерное сжатие или натяжение может привести к травме. Поэтому, когда мы двигаемся (падаем, наклоняемся, поворачиваемся и т. д.), наш спинной мозг постоянно находится под защитой, не менее важной, чем защита от механических повреждений, которую осуществляют позвонки.

От чрезмерного сжатия или натяжения сегментов страхуют связки (рис. 17).

Рис. 17. Связки позвоночного столба

Наклоны вперед ограничиваются *задней продольной* и *выйной* связками, которые тянутся через весь позвоночный столб. Наклоны назад – *передней продольной* связкой и остистыми отростками позвонков. Повороты и наклоны вправо и влево ограничивают *межпоперечные* и *желтые* связки, которые по своей силе и эластичности уступают вышеперечисленным.

Вот почему повреждение спинного мозга чаще происходит при поворотах и наклонах вправо и влево (этот факт используется в боевом самбо). Кроме межпоперечных и желтых связок, при поворотах и наклонах вправо и влево чрезмерные движения контролируют еще «электронные датчики»: зубчатые связки и соединительнотканные пучки, которые срабатывают независимо от нашего сознания.

При чрезмерном движении смежных позвонков вправо или влево происходит критическое натяжение зубчатых связок на уровне определенного сегмента, а вместе с тем и натяжение спинного мозга с его оболочками и нервными корешками (до места выхода из межпозвонковых отверстий), возникает сигнал, информирующий головной мозг: в данном сегменте спинного мозга может произойти повреждение, это движение необходимо срочно прекратить.

Единственное, что может сделать головной мозг для того, чтобы предотвратить чрезмерный поворот или наклон позвонков по отношению друг к другу, – это дать приказ сократиться глубоким мышцам спины (тем самым сильным маленьким мышцам, которые натянуты от одного позвонка к другому). Резкое сокращение этих мышц ведет к сближению смежных позвонков.

В результате сжимаются межпозвонковый диск и межпозвонковые суставы, и движение тормозится. Дальнейшее скручивание или наклон позвонков прекращается, тем самым прекращается натяжение или сжатие спинного мозга, что защищает его от повреждения.

Если в это время сделать рентгенограмму сегмента, то мы увидим снижение высоты межпозвонкового диска, а на МРТ его выпячивание за пределы анатомической нормы, что в медицине называют *протрузией.* В будущем это приводит к образованию межпозвонковой грыжи.

Эту защиту в медицине уже назвали *функциональным блоком.* Усиление натяжения зубчатых связок и соединительнотканных пучков происходит при нагрузке по оси. При поднятии тяжести позвонки сближаются из-за амортизирующей способности межпозвонкового диска, и тогда защита сработает при меньших поворотах и наклонах. Именно поэтому врачи рекомендуют «правильный» подъем тяжестей без поворотов и наклонов.

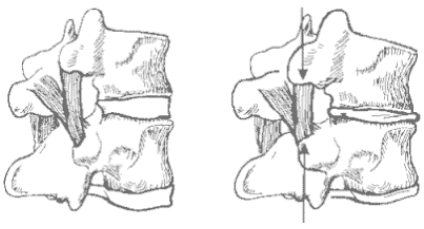


Рис. 18. Схема блокирования

На сегодняшний день существует несколько теорий блокирования движений. К ним относятся: теория подвывихов в межпозвонковых суставах (так называемая *сублюксация),* теория грыжи дисков, теория рефлекторного натяжения паравертебральных мышц, теория интервертебральных суставов, теория ущемления внутрисуставных хрящей – менискоидов, теория минимальных межпозвонковых нарушений.

Однако до сих пор никто из ученых и врачей не обратил внимания на ту важнейшую роль, которую играют зубчатые связки и соединительнотканные пучки в формировании ЗАЩИТНОГО БЛОКА и на все вытекающие отсюда последствия. Более того, нигде об этом даже не упоминается!

Формирование защитного блока сказывается не только на состоянии позвоночника, но и на здоровье всего организма в целом. Каким образом?

Вспомним: кровоснабжение спинного мозга осуществляется одной передней и двумя задними спинальными артериями, которые образуются из слияния радикуло-медуллярных артерий. Ветви передней спинальной артерии снабжают кровью передние 80 % поперечника спинного мозга, а задние – оставшиеся 20 % (рис. 19).

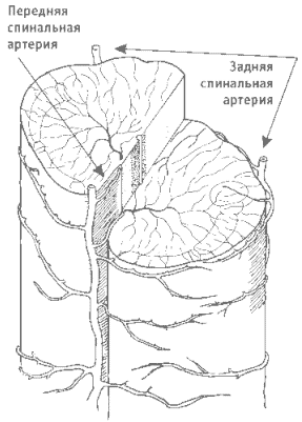


Рис. 19. Кровоснабжение спинного мозга

Спинальные артерии, которые несут к нервным клеткам кислород и глюкозу, необходимые для их жизнедеятельности, проходят вдоль спинного мозга. Это очень важный факт, так как при сжатии позвонков по отношению друг к другу во время защитного блокирования они не должны перекрываться.

Ведь если произойдет нарушение артериального кровообращения, нервная клетка проживет всего лишь 5–6 минут, а этого допустить нельзя.

В спинном мозге есть так называемые критические зоны, наиболее уязвимые при возникновении блоков. Эти зоны находятся на уровне позвонков С1, С4, Т4, Т5, L1 и терминальной зоны (конуса), где может возникнуть нарушение артериального кровоснабжения (к счастью, последнее происходит редко).

Венозный отток от спинного мозга осуществляется через венозные позвоночные сплетения – два внутренних и два наружных (рис. 20).

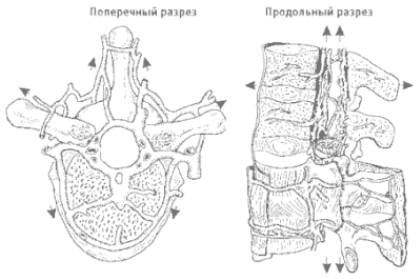


Рис. 20. Венозный отток от спинного мозга

Внутренние сплетения расположены в позвоночном канале. Они состоят из ряда *венозных колец,* по одному на каждый позвонок, по два на каждый сегмент. Во внутренние позвоночные сплетения впадают вены спинного мозга, а также вены, выходящие из тел позвонков на их задней поверхности и выносящие кровь из губчатого вещества.

Наружные позвоночные сплетения разделяются в свою очередь на два: *переднее* на передней поверхности тел позвонков (развито главным образом в шейном и крестцовом отделах) и *заднее,* лежащее на дугах позвонков, покрытое глубокими спинными и шейными мышцами.

Кровь из позвоночных сплетений изливается в области шеи главным образом через позвоночные вены, далее кровь идет через плечеголовную вену в верхнюю полую вену. От грудного, поясничного, крестцового отделов позвоночника и от области копчика через систему вен крестца, поясничные, межреберные, межпозвоночные вены и через парную и полунепарную вены кровь поступает в верхнюю и нижнюю полые вены.

Отток крови от спинного мозга осуществляется частью через позвоночные вены (вдоль спинного мозга), а частью – поперек, то есть непосредственно из сегментов. Этот факт тоже очень важен, так как **при возникновении защитного блока в том или ином сегменте спинного мозга в первую очередь нарушается венозный отток**.

Задержка венозной крови ведет к застойным явлениям на уровне нервных клеток сегмента, их отростков и к самоотравлению продуктами распада (шлаками), что приводит к нарушению функций нервных клеток и к уменьшению силы электрических импульсов, посылаемых от головного мозга к тем структурам организма, которые контролируются через этот сегмент.

Вслед за этим развивается воспалительный процесс, который еще больше увеличивает отек вокруг спинномозгового корешка и приводит к еще большему нарушению передачи сигнала. В медицине этот воспалительный процесс называют *асептическим.* Это опять срабатывают защитные механизмы нашего организма: нервная клетка защищает себя от повреждения продуктами распада, уменьшая их концентрацию тканевой жидкостью. Из-за ослабления электрических импульсов, управляющих тем или иным органом, в этих органах замедляются процессы обмена, в результате чего возникает то или иное заболевание.

Известно, что количество нервных волокон (аксонов), которые обеспечивают нормальную работу всех органов и тканей путем постоянной электрической стимуляции, в течение жизни уменьшается до 60 000 единиц. А если возникает еще и блокирование сегмента с нарушением венозного оттока, то этот процесс усиливается.

Наш организм уникален. Он жертвует тем или иным сегментом, то есть тем или иным органом, ради спасения всего спинного мозга, то есть всего организма (пусть работа какого-то органа или системы нарушится, но весь организм какое-то время еще будет функционировать).

Истина 3. Устрани причину – избавишься от проблемы

Методы мануального лечения заболеваний позвоночника. Схема снятия защитного блока.

Если следовать логике, блок необходимо устранить с помощью воздействия на сегмент. Этим (в моем понимании) и занимается мануальная терапия.

Мануальная терапия (*manus* означает «кисть») – это лечение руками. Эта методика существует тысячелетия. Вероятно, сколько существует человек, столько он себе и помогает, устраняя недуги собственными руками.

Длительное время эта методика была просто забыта и начала возрождаться как метод официальной медицины лишь в середине 50-х годов прошлого века за рубежом. В 1962 году была образована Международная федерация мануальной медицины (FIMM).

Научные разработки в области мануальной медицины в нашей стране впервые начались 70-х годов прошлого века в Запорожском ГИДУВе и 1-м Ленинградском медицинском институте имени академика И. П. Павлова.

В настоящее время мануальная терапия в нашей стране получила широкое распространение (и это правильно). С 1997 года приказом министра здравоохранения Российской Федерации введена новая медицинская специальность – мануальный терапевт. Организована Ассоциация мануальных терапевтов России, которая провела три съезда. Последний прошел 1–2 июля 2005 года в Санкт-Петербурге.

На современном этапе мануальная терапия использует обобщенный опыт предшествующего развития методов лечения больных со спондилогенными (позвоночными) заболеваниями и продолжает развиваться. Мануальная терапия основана на применении комплекса специальных методов обследования, предварительной подготовки и лечебных приемов, позволяющих снять возникший блок.

Этот метод лечения у нас в стране пока проходит пору становления. Возникали и возникают негативные явления главным образом из-за недостаточной квалификации тех людей, которые практикуют этот метод лечения (к сожалению, на сегодняшний день этим занимаются даже люди, далекие от медицины).

До сих пор нет единого мнения по вопросу о том, что же на самом деле происходит при заболеваниях позвоночника и на какую структуру позвоночного двигательного сегмента нужно воздействовать.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.