

Ассоциация Висцеральных Терапевтов рекомендует

АЗБУКА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Огулов Александр Тимофеевич



Издательство «Предтеча»

Огулов Александр Тимофеевич

АЗБУКА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
или
ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ХИРОПРАКТИКА
В СТАРОРУССКОЙ МЕДИЦИНЕ
или
МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГА-
НОВ
ПО МЕТОДУ ОГУЛОВА

МОСКВА

Предтеча 2010

УДК 612.39

ББК - 84.0

Огулов А.Т.

АЗБУКА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ или Висцеральная хиропрактика в старорусской медицине, или Мануальная терапия внутренних органов по методу Огулова. - М.: Предтеча, 2010. - 164 с. с илл.

В книге обобщен опыт старорусской медицины, систематизированы существующие сведения о мануальной терапии живота в практике народных врачей, о современной безинструментальной диагностике, новые наблюдения и разработки автора.

Книга представляет интерес для широкого круга читателей, желающих предупредить заболевания, помочь себе и своим близким.

ISBN-978-5-98541-010-5

© А.Т. Огулов, 2010.

Издательство «Предтеча», оформление, 2010



ОГУЛОВ Александр Тимофеевич

родился 31 марта 1950 г. в г. Дзержинске Горьковской области.

С начала 80-х годов начал заниматься нетрадиционными методами оздоровления, а затем старорусской висцеральной хиропрактикой (висцеральной терапией или проще мануальной терапией внутренних органов).

В 1991 году по приглашению частного медицинского центра работал в г. Вене (Австрия).

В 1993 году Международным университетом традиционной народной медицины (МУТНМ, Москва) за разработку системы уникальной старорусской методики мануальной терапии внутренних органов и преподавательскую и просветительскую

работу по подготовке высококвалифицированных специалистов присвоено звание - профессор и доктор традиционной народной медицины.

В 1994 году методика прошла клинические испытания и была запатентована ВНИИГПЭ как «Способ коррекции функционального состояния организма».

В 1995 году основал Медицинский центр «Предтеча» - клиника профессора Огулова в г. Москва.

В 1995 году основал Учебный центр «Предтеча» - Академия Огулова.

Огулов Александр Тимофеевич - Президент Профессиональной Ассоциации висцеральных терапевтов.

Имеет множество последователей старой медицинской культуры России, в России и за рубежом, в частности - в Америке, Австрии, Венгрии, Польше, США, Чехословакии, Югославии, Германии, Австралии, Швеции.

Участник множества телевизионных и радиопрограмм.

Мастер спорта по борьбе самбо и дзюдо, инструктор по рукопашному бою.

Организатор двенадцати Международных конференций «Новые технологии в висцеральной терапии».

Огулов - автор оригинального биомеханического стимулятора.

Сайт в интернете - www.ogulov.ru, www.visceral.ru.

ОТ АВТОРА

Впервые о терапии внутренних органов через переднюю стенку живота, мне пришлось услышать и на себе попробовать в середине семидесятых годов.

Случайно я встретился с человеком, который в какой-то степени жизнью был обязан этой терапии. Спустя много лет после его рассказа о системе обдавливаний внутренних органов живота, мне с определенными трудностями пришлось восстанавливать в памяти терапевтические действия и крупицы знаний, впервые полученные от него, которые в дальнейшем были закреплены встречами с людьми, имеющими опыт работы в этом направлении старорусской медицины.

Рассказывая о своей жизни, этот человек упомянул время, когда по течению роковых обстоятельств оказался в тайге с огнестрельным ранением в область груди и живота. Смертельно раненного, по счастливой случайности, подобрала местная жителя маленького, людьми забытого поселка.

Это произошло в северных районах Кировской области, в ее труднодоступных таежных лесах. Как известно, бывшая Вятская губерния была местом своеобразным. Она всегда была пристанищем людей, которые в своей стране были изгоями, со времен Петра Великого и до времени окончания строительства социализма в нашем государстве. Объяснить это можно относительной удаленностью края от центральных районов, отсутствием дорог, плохой связью и труднопроходимыми таежными лесами.

В частности, на этой территории до настоящего времени живут старобрядцы, существуют различные религиозные секты: баптистов пятидесятников, кержаков, кулугур, адвентистов седьмого дня и т.д.

Жители поселка, куда попал раненый, принадлежали к одной из таких сект, в то время не милых советскими законами.

Их образ жизни сложился под влиянием религиозного мировоззрения, своих собственных внутренних законов, морали, ограниченной формой общения с окружающим миром, почти полной оторванностью от всего современного. Тяжело идущие на контакт люди, тем не менее, сочувственно отнеслись к тяжелораненому, проявили большую активность в борьбе за его жизнь.

Процесс лечения, по его описанию, заключался не только в том, что поили разными отварами из трав, совершали молитвенные обрядовые ритуалы, но и выполняли действия направленного характера, а именно, обдавливался живот в строго определенной последовательности.

Эти обдавливающие действия, показанные мне в то время, не произвели на меня большого впечатления, хотя они, как я сам на себе убедился, несли какой-то определенно положительный результат. Но в жизни ничего нет случайного. Через промежуток времени примерно в 10 лет, возникли обстоятельства, когда создалась необходимость оказания помощи группе людей при отсутствии медикаментов и каких-либо медицинских принадлежностей, и вот здесь эта система сработала и дала большие положительные результаты. Это был толчок для моей работы в совершенствовании и расширения знаний в этом направлении народной медицины. Общение и контакты с разными людьми, занимающимися практикой врачевания в подобной области, позволили отрывочные знания, позаимствованные у них, и свой собственный опыт обобщить, как я считаю, в совершенную систему, твердо можно предположить, существовавшую в народной медицине России.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Великое дело знахарь! Почетнее его нет не только в том селении, где он живет, но и в целом околodge. Что ваш атаман; что ваш голова! Да чего? Сам пан-писарь волостной, перед которым и голова, встречаясь с ним на улице, за три шага, торопится снимать шапку, упрещая его поклоном, и накрывая голову гораздо после него, когда пан-писарь едва только при-подымет свою шапку, да поскорее и наденет, - так вот, и эта важная персона, пан-писарь, говорю я, перед знахарем - ничто!

Г.Ф. Квитка-Основьяненко. «Знахарь».
Очерк из книги А. П. Башуцкого
«Наше, списанное с натуры русскими»

Русская народная медицина давно обратила на себя внимание не только врачей, но и бытописателей, этнографов, историков и других исследователей. Сведения о ней можно найти в дорожных записях тех, кто путешествовал по России в прошлом столетии, да и в начале нынешнего: Лепехина, Гмелина, Палласа, Фалька и др. В 1813 году Рихтер посвящает целую главу первого тома своей «Истории медицины в России» рассмотрению некоторых народо-врачебных средств. Из академических школ наибольшая заслуга в изучении приемов народной медицины принадлежала клинике С. П. Боткина, давшей лучшие экспериментальные работы о русских народо-врачебных средствах.

Интересные наблюдения и мнения содержатся в книге доктора медицины Г. Попова «Русская народно-бытовая медицина», изданной в 1903 году в Санкт-Петербурге типографией А.С. Суворина огромным по тем временам тиражом в 200000 экземпляров (текст приводится в переложении).

«Особые специалистки-трихи (массажистки) или парильщицы занимаются исключительно растиранием больных в пару, т. е. в печах и банях. Натирание производится редькою, деревянным маслом, керосином, красным медом и пр., и длится продолжительное время. Свои манипуляции они нередко сопровождают произнесением молитв и заговоров, а некоторые из них усиленно при этом втягивают в себя воздух: вдыхают и уничтожают болезнь (Макарьевский уезд Костромской губернии). Некоторые из них, при поносе у детей, правят «пердячью» (копчиковую) косточку. В зависимости от представления, что некоторые виды детских поносов развиваются от свертывания копчиковой кости наружу, такие трихи, намылив палец и введя в задний проход ребенка, производят поглаживающие движения, сдавливая и выгибая изнутри эту косточку (Саранский уезд Пензенской губернии).

Обращает на себя внимание также распространенность и общность многих из этих приемов в таких несходных по условиям и отдаленных друг от друга громадными расстояниями местностях, каковы, например, Вологодская и Саратовская, Псковская и Орловская или Вятская губернии. Трудно допустить, чтобы явления эти были совершенно случайны, а не имели бы одной общей причины и не были бы связаны между собою какими-то невидимыми нитями. Эта причина и это связующее звено заключаются в мировоззрении народа, какое остается одинаковым как у вологодского и саратовского, так и псковского, орловского и вятского мужика. Теряясь своим началом в отдаленнейших временах, оно прошло неизменным через века истории и в своих существенных чертах остается и до наших дней все таким же, каким было много сотен лет тому назад. Иногда говорят о быстрой эволюции народных представлений и понятий.

Бесспорно, известная степень такой эволюции существует, но едва ли она не касается только самых внешних и поверхностных форм и проявлений народной жизни. Все же то, что связано с жизнью и бытом народа в его практическом значении более тесно, изменяется в высшей степени медленно и удерживается народом необыкновенно стойко. Поразительным является тот факт, что группы русских людей, заброшенных несколько веков тому назад в отдаленнейшие места нашего отечества, имеют почти иные верования с жителями центральных губерний («Народная медицина в Сургутском крае», Неклепаевск, 1900 год. Сургутский округ расположен по среднему течению реки Оби на границе с Томской губернией, и колонизация этого края относится к первым временам заселения Сибири). Удивительно не то, что эти верования сохранились в таких глухих и отдаленных углах, но то, что они не изменились и не отклонились от своего первоисточника, по своему происхождению общего для тех и других мест, в этих последних губерниях, несмотря на влияние земской медицины, школы, проведение железных дорог и пр. Это обстоятельство, напротив указывает, до какой степени слабо проникают в наш народ все культурные начинания в том виде, как они применяются к народной жизни, и до какой степени народ наш в своей массе является недвижим. Вот почему нам кажется, что знахарство не есть выдохнувшаяся, мертвая формула, а оно глубже, чем это кажется с первого взгляда, проникает в жизнь народа и коренится в народном мировоззрении, и вот почему, с нашей стороны, едва ли будет ошибкой допустить, что и топографическая область распространения знахарства, в той или иной его форме, не уже, а шире той, которая определяется нашими сообщениями и выводами».

Природа уникальна по своему отношению к человеку. Она удивляла наших предков и удивляет нас своими проявлениями. Она как бы заранее рассчитала человека на прочность, предусмотрев стрессы, болезни, выздоровления, рождение и смерть. Предусмотрела также в человеке единую форму подхода к его болезням, дала ему в руки умение выполнять действия, направленные на восстановление работы внутренних органов по единому принципу, заложенному самой природой. Она дала возможность диагностировать нарушения или сбои в работе организма по приметам, расположенным по всему телу: по мышцам, коже, пульсу, виду и цвету языка, глазам, по чувствительности надкостницы, и т. д. По этим приметам она позволяет и мудро подсказывает врачу, каким образом следить за ходом лечения и при необходимости корректировать его. Человеческая наблюдательность позволила прочитать самого себя, снова и снова поразить его естественным природным совершенством. Наблюдения передавались из уст в уста, из поколения в поколение. Что-то терялось, открывалось заново, совершенствовалось и складывалось в общую медицинскую культуру народа.

Народная медицина основывалась не только на лекарствах и медицинских препаратах, имеющих в природе, но и на действиях мануального характера, под которыми понимались действия, связанные с так называемым «правлением живота», «поднятием почек» при их опущении, «поднятием желудка», устранением «загиба матки» и т. д. Эти действия, в какой-то степени, относились к тайным знаниям, они передавались по наследству, в основном по родственным связям. В недавнем прошлом в нашем бывшем социалистическом государстве они сохранялись в тайне из-за закона, предусматривающего уголовную ответственность за незаконное врачевание. В последнее время, отчасти в связи с ослаблением официальных запретов, отчасти от возникшей невосприимчивости организма пациента ко многим лекарственным препаратам, возникновения хронических заболеваний, не поддающихся лечению в официальной медицинской практике, интерес к

народной медицине в стране резко возрос. Появились сторонники народной медицины, которые стали отрицать успехи «официальной». Могу с уверенностью сказать, что это заблуждение.

Медицинская наука добилась огромных успехов и избавила человечество от многих страшных болезней, которые уносили миллионы жизней. Но, тем не менее, нужно признать, что традиционная медицина действительно зашла в тупик. Этот тупик заключается в использовании стандартных подходов к болезни и к больному. В настоящее время наиболее типичным методом лечения является воздействие на вторичные признаки заболевания, что дает локальное улучшение, но не позволяет устранить причину заболевания. В большинстве случаев это переводит болезни в разряд хронических или вялотекущих.

По данным ВОЗ в Великобритании, например, количество консультаций у врачей, использующих методы нетрадиционной медицины, достигает 13 миллионов в год - это каждый четвертый случай обращения за медицинской помощью. А исследования, проведенные в Голландии и Австралии, показали, что 40 процентов больных, которые лечились у врачей нетрадиционного направления, обратились к ним после безрезультатного лечения средствами общепринятой медицины. Вряд ли целесообразен спор о том, какому из направлений медицины, традиционному или нетрадиционному, следует отдать предпочтение. Истина, думается, в том, чтобы эффективно использовать оба, порой и в сочетании друг с другом. Правильное применение методов нетрадиционной медицины должно способствовать повышению эффективности медицинской помощи, экономии средств и рациональному использованию больничных коек. Профилактический подход в современной медицине, подкрепленный методами и средствами нетрадиционной медицины, безусловно принесет положительные результаты. С целью выполнения задачи «Здоровье для всех», поставленной Всемирной Организацией Здравоохранения, предприняты важные административные меры для интеграции нетрадиционной медицины.

В настоящее время на четырех континентах существуют и сотрудничают центры по научному исследованию и дальнейшему развитию нетрадиционной медицины.

И все же, в здравоохранении нашей страны методы нетрадиционной медицины пока применяются недостаточно. Причин здесь много, но основная - отсутствие теоретического обоснования многих методов, а также экспериментальных и клинических исследований для их совершенствования.

Данная монография - это попытка автора систематизировать и изложить существующие сведения о мануальной терапии живота в народной медицине, современной безинструментальной диагностике, а также свои собственные наблюдения и дополнения к мануальной терапии внутренних органов. Используются материалы, обобщающие опыт народных врачей России, с которыми судьба сталкивала автора.

Надеюсь, что она будет интересна и полезна профессиональным врачам разных специальностей, массажистам, методистам ЛФК, тренерам, спортсменам, а также просто любознательным людям, имеющим желание разобраться в себе, в своих болезнях, предупредить их приближение, помочь себе и своим близким.

Выражаю признательность Р. М. Шакирову и Ю. А. Сероглазову, предоставившим некоторые свои работы по диагностике и терапии органов. Я благодарен всем, кто своими предложениями, дополнениями, решением технических проблем, помог осуществить выпуск этой книги.

I. МЕТОДЫ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЙ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

*Невежество есть недостаток сведений,
а заблуждение есть ложные сведения.*

А.П. Куницын

ПРОЕКЦИОННЫЕ ЗОНЫ НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА

Англичанин Гед в 1896 году обнаружил, что при заболевании отдельных внутренних органов повышается чув-

ствительность определенных участков кожи. Но еще за несколько лет до него, в 1889 году, русский ученый-клиницист Г. А. Захарьин впервые описал и оценил диагностическое значение этих зон гиперестезии. Эти зоны стали называть зонами Захарьина-Гед. При заболевании связанных с ними органов обнаруживается реакция на прикосновение или надавливание, возникновение болевых ощущений либо повышенной чувствительности.

Кожа содержит несколько различных типов простых органов чувств; некоторые из них - это просто свободные окончания дендритов, другие - концы дендритов, заключенные в особые клеточные капсулы. Когда тщательно, точка за точкой, обследовался небольшой участок кожи при помощи жесткой щетинки и горячей или холодной металлической иглы, то оказалось, что рецепторы для каждого из этих ощущений расположены в различных точках. Сравнивая распределение различных типов концевых чувствительных органов и типов вызываемых ощущений, установили, что свободные нервные окончания ответственны за чувство боли, а определенные типы инкапсулированных окончаний - за другие ощущения.

Кинестетическая чувствительность. Все мышцы, сухожилия и суставы снабжены нервными окончаниями, проприорецепторами, которые сходны с некоторыми рецепторами кожи. Эти окончания чувствительны к изменениям натяжения мышцы или сухожилия и посылают в головной мозг импульсы, благодаря которым мы чувствуем положение и движение различных частей тела. Кроме того, импульсы с проприорецепторов чрезвычайно важны для координированного сокращения различных мышц, участвующих в одном движении; без них сложные действия, требующие ловкости, были бы невозможны. Эти импульсы имеют также большое значение для поддержания равновесия. Проприорецепторы, вероятно, более многочисленны и функционируют более непрерывно, чем любой из других органов чувств, хотя для нас работа их менее заметна, чем работа всех остальных рецепторов; в самом деле, существование кинестетической чувствительности было открыто лишь около 100 лет назад. О том, какова была бы жизнь без проприорецепторов, мы получаем некоторое представление, когда у нас вдруг «онемевает» рука или нога: это чувство «онемения» вызывается отсутствием проприоцептивных импульсов.

Висцеральная чувствительность. Ощущения, связанные с рецепторами внутренних органов, чрезвычайно важные для регулирования работы внутренних органов, редко достигают уровня сознания. Они осуществляют рефлекторную регуляцию функций внутренних органов через посредство рефлекторных центров в продолговатом мозгу, среднем мозгу или таламусе. Некоторые импульсы с этих рецепторов, однако, доходят и до коры полушарий и вызывают такие ощущения, как чувство жажды, голода, тошноты, боль на поверхности кожи.

Локализация раздражений, как и способность различать их разнообразные качества, зависит от специфических связей между органом чувств и головным мозгом. Значение головного мозга в возникновении ощущений ясно выступает в наблюдаемом явлении «отраженных болей». Хорошо известным примером служат ощущения людей, которые страдают болезнями сердца, но жалуются при этом на боль в левом плече. На самом деле, конечно, стимул возникает в сердце, но по каким-то еще не выясненным причинам соответствующий нервный импульс приходит в тот же участок мозга, что и импульсы, действительно возникающие в плече, груди или руке.

Патологические процессы в покровах тела и опорно-двигательном аппарате рефлекторно могут влиять и на внутренние органы и их взаимосвязи. Для примера, сколиоз поясничного отдела позвоночника, имеющий односторонний гипертонус мышц, способствует изменению положения внутренних органов и вместе с этим нарушению их функциональных взаимодействий. При нарушении или ослаблении деятельности внутренних органов наблюдается обратная связь, изменяется положение тела. Для примера можно указать на тот фактор, когда хроническое заболевание почки вызывает приподнятое плечо с одноименной стороны (**Рис. 1**). Хронические заболевания легких часто сопровождаются возникновением кифоза в грудном отделе позвоночника и появлением тугоподвижности грудной клетки.

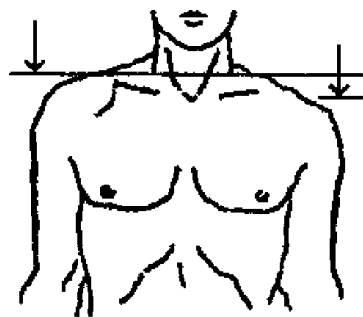


Рис. 1. Изменение положения тела при нарушениях во внутренних органах.

Отсутствие связей между проекциями соответствия и внутренними органами при уже имеющихся нарушениях в них, указывает на серьезную опасность, присутствующую в организме, и категория больных, у которых при заболеваниях внутренних органов проекционные зоны слабо выражены, относятся к сложным пациентам. Можно предположить, что их организм находится на стадии глубокой зашлакованности или в предонкологическом состоянии.

При повреждении области проекции больного органа на теле человека, наблюдается длительное незаживление раны.

Эти зоны соответствия могут быть использованы как в диагностике патологического очага в органах, так и для контроля за их лечением. При удачно выбранной форме лечения зоны сокращаются по площади, притупляется их болевая чувствительность. Если же они, наоборот, увеличиваются и их чувствительность возрастает, то можно с достоверностью утверждать, что методика лечения выбрана неудачно.

Иногда проекции могут быть выражены отеками, покраснениями, уплотнениями.

Исследование пациента с целью установления диагноза можно условно разделить на два этапа:

первый этап заключается в опросе больного, осмотре лица, языка, ушных раковин, внешнего вида, изучении чувствительных зон запястья и руки, исследование состояния ногтевых пластинок, их формы и внешнего вида. Пациент может находиться в положении стоя, сидя, лежа;

второй этап - в уточнении деталей предварительного диагноза по проекционным зонам на туловище со стороны живота и спины, при этом желательно

также ориентация на дополнительные исследования зон на ногах, ступнях, подошвах.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ОПРОС БОЛЬНОГО

Чтобы иметь ясное представление о состоянии больного, разобраться в сложной картине его заболевания, которым больной страдает в течение многих лет, нужно выяснить, в каких условиях развивалась, как протекала эта болезнь и

т.д. Понять весь болезненный процесс можно только после тщательного опроса больного.

Опрос больного будет полноценным, если его производить по определенному плану. Тогда можно получить большой материал для постановки правильного диагноза, судить о развитии болезни и ее тяжести, наметить план лечения.

Схема опроса должна состоять из следующих разделов:

- ✓ общие сведения о больном
- ✓ жалобы больного
- ✓ анамнез болезни (история настоящего заболевания)
- ✓ анамнез жизни
- ✓ опрос больного об общем состоянии и важнейших отправлениях организма в настоящее время.

В опрос больного кроме пересказа его субъективных ощущений, жалоб на состояние здоровья, входят вопросы, задающиеся с целью подтверждения диагноза внешнего осмотра и одновременного пальпаторного исследования.

Например:

присутствие кровоточивости десен передних зубов по утрам во время их чистки; окрашиваемость мочи после использования красной свеклы как пищевого продукта; присутствие горечи или сухости во рту по утрам или после приема пищи; наличие головной боли или боли в суставах ног, в позвоночнике; присутствие кашля сухого или влажного, в какое время и после чего возникающего; присутствие перебоев в работе сердца; наличие снижения слуха или остроты зрения; хруст в суставах рук, ног, и т.д. и т.п.

ЛИЦЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Осмотр лица пациента заключается в исследовании внешнего вида кожи.

Кожа лица тесно связана с работой внутренних органов. При возникновении в органах нарушений, на ней в определенных, соответствующих данным органам местах, особенно у людей с повышенной кожной чувствительностью, возникают как бы особые отметки в форме прыщей или покраснений. Существующая поговорка «лицо - зеркало души» в нашем примере может быть дополнена словами «и зеркало внутренних органов». Попытаемся передать эти эмпирически найденные наружные участки лица, с имеющимися и широко известными в медицине зонами отражения работы внутренних органов. Рассмотрим лицо человека, изображенное на **Рис. 2.**

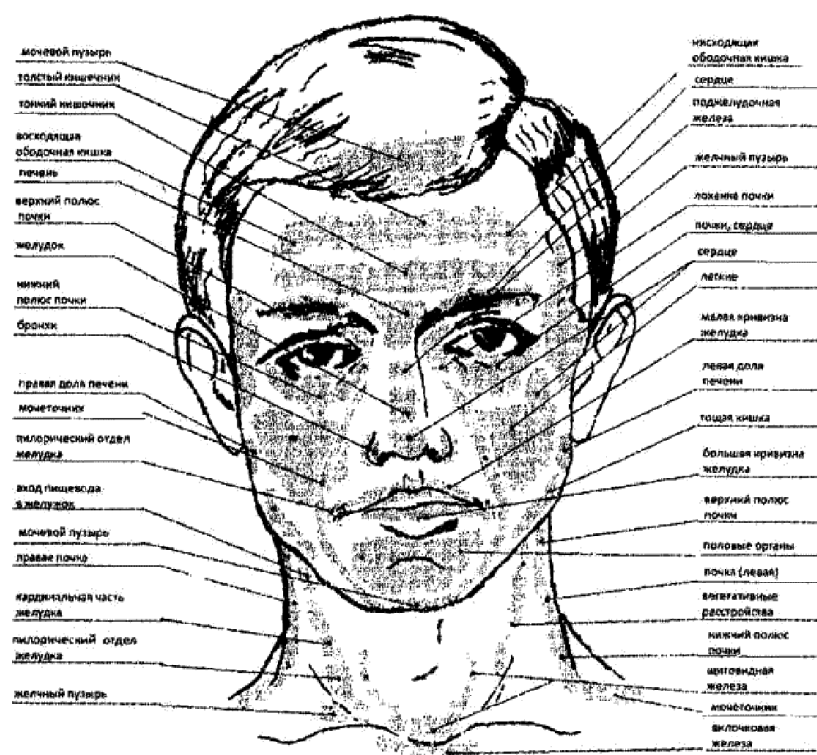


Рис. 2. Диагностика нарушений в организме по лицу человека.

Область лба представляет проекционную зону кишечника, причем средняя часть лба относится к представительству тонких кишок, а нижняя часть имеет отношение к толстому кишечнику (поперечно-ободочная кишка), верхняя - к нижним отделам толстого кишечника с органами малого таза.

На рисунке лица можно увидеть восходящую и нисходящую ветку толстого кишечника, проецирующихся на коже лба, соответственно справа и слева по боковой поверхности лба;

область начала роста волосяного покрова на лбу - проекция нарушений мочевого пузыря, нижняя часть подбородка с участком по направлению к шее, так же соответствует аналогичным отклонениям;

она желчного пузыря располагается на висках. При нарушениях в его работе наблюдается раздражение кожи появляются прыщи, покраснения, часто сопровождающиеся возникновением головной боли височной локализации и повышенной болевой чувствительности надкостницы височной области. Дополнительно можно отметить, что в некоторых случаях отмечается возникновение желтизны лица;

иктеричность (пожелтение) склер глаз также сопровождается острыми, а иногда и хронические нарушения функции желчного пузыря;

область между бровями над переносицей проявляется при отклонениях в работе печени. При хронических заболеваниях печени можно наблюдать возникновение нарушений функции челюстных суставов. На начальном этапе заболевания, это проявляется болезненностью при пальпаторном исследовании, причем левый челюстной сустав соответствует левой доли печени, правый - соответственно правой. Иногда нарушения печеночного характера дополнительно выражаются покраснением склеры глаз, снижением остроты зрения;

щеки человека могут информировать нас о возможно имеющихся нарушениях в легких. При этом соблюдается сторонность органов, т.е. правая щека - правое легкое, левая щека - левое легкое. При органических нарушениях в легких иногда наблюдается появление сосудистого рисунка или стойкой красноты. Форма легкого повторяется формой выступающей части щеки, причем верх щеки — верхушка легкого, а низ соответственно нижней части легкого. Крылья носа также относятся к проекционным зонам дыхательной системы, а именно бронхам; при бронхитах можно наблюдать их покраснение, появление прыщей, крупных пор;

сердечные нарушения иногда проявляются в области кончика носа и указывают на имеющиеся аритмии. Некоторые сердечные нарушения обозначаются возникновением красного пятна в верхней части левой щеки;

синий цвет губ часто связан с нарушенной деятельностью работы сердца и расстройством кровообращения;

синюшность носогубного треугольника - опасное для жизни состояние, инфаркт, сердечная недостаточность, связанная с правосторонним нарушением сердца, дефект перегородки сердца;

болезненность бровей при пальпации также дополнительно указывает на расстройство сердца;

переносица - зона отклонений в работе поджелудочной железы и желудка; ротовая полость вместе с губами, отражают состояние желудка. Появление в углах рта трещин указывает на нарушение в его пилорическом отделе. Трещины или другие какие-нибудь проявления на слизистой поверхности губ (даже в форме герпеса), относятся к нарушениям состояний большой или малой кривизны, причем верхняя губа - малая, нижняя - большая кривизна желудка;

природа обозначила проекционную зону большой кривизны желудка по всей длине грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Она показана на рисунке 2 в области шеи справа и делится на три части: верхняя треть мышцы - вход пищевода в желудок, вторая - кардиальная часть, первая от места прикрепления к ключице - пилорический отдел;

участки глазных (периорбитулярных) областей, если они каким-то образом выражены (отечность, покраснения, присутствие потемнений и т.д.), относятся к почечным отклонениям. Если имеет место присутствие папиллом, то можно сделать предположение о застойном явлении, кистообразовании или предрасположенности к этому. Появление жировых бляшек в области глаз указывает на присутствие застойных явлений в почечных областях с образованием песка, камней;

мочеточники проецируются на лице по носогубной складке, имеют как бы свое начало около слезного канала на лице, заканчиваются в нижней части подбородка в районе проекционной зоны мочевого пузыря;

на рисунке подбородок с обозначенной зоной отражает состояние воспроизводящей системы человека. У женщин появление в этой области прыщей и покраснений указывает на нарушение в придатках и яичниках, причем здесь имеется стороннее соответствие, у мужчин — свидетельствует о простатите. Короче и обобщающе можно сказать, что эта зона указывает на застойное явление в области малого таза;

искривление носа нетравматического происхождения показывает генетическую похожесть на одного из родителей. Причем, если искривление носа

влево - на отца, вправо - на мать. Если нос прямой, то похожесть средняя между отцом и матерью;

если ширина области крыльев носа соответствует ширине рта, это может свидетельствовать о здоровой наследственности;

глаза пациента часто могут отображать, как психическое состояние, так и отклонения физического характера. Слезоточивость глаз при выходе из теплого помещения в холодное или на улицу указывает на дефицит калия в организме. Частое беспричинное появление слез на глазах, повышенная плаксивость указывает на глубокий невроз, патологию селезенки:

цвет конъюнктивы глаз говорит о кислотно-щелочном равновесии в организме, т.е. водородном показателе крови (Ph). Нормальный цвет конъюнктивы - розовый. Конъюнктура, имеющая светлый оттенок, указывает на ацидотический сдвиг (закисление) крови, темно-бордовый оттенок - сдвиг в сторону алкалоза (выщелачивание). Сдвиг Ph крови ниже или выше, чем показатель равный (7, 4), будет указывать на нарушение в обмене веществ;

сильно увеличенные зрачки глаз — нарушение в парасимпатическом отделе вегетативной нервной системы. Расширенные зрачки свидетельствуют о страхе, нервозности, беспокойстве. Узкие зрачки указывают на здоровое физическое и психическое состояние, отражают выносливость, энергичность, настойчивость, терпение и хорошую сопротивляемость организма. У человека старше 60 лет небольшая величина зрачков указывает на потенциальное долгожительство и на хорошую координированность работы его главных органов и желез внутренней секреции;



Рис. 3. Разновеликость открывания глаз, вызванная глубоким стрессом.

разновеликость зрачков после сотрясения мозга, а также невозможность слежения взглядом за движущимся перед лицом предметом или пальцем - показатель сохранения остаточных следов травмы;

разновеликость открытия глазных щелей с присутствующей белой полосой под одним или под обоими глазами, повышенная белизна лба с холодной испариной, будет указывать на наличие сильного стресса, способного нарушить работу внутренних органов (Рис. 3). Такие состояния дополняются появлением излишней потливости рук, ног, паховых и подмышечных областей;

если смотрящий на вас человек имеет белую полосу склеры под или над радужкой глаза, то это свидетельствует о его запредельном стрессовом состоянии. Такой человек не способен контролировать свои эмоции и действия. От него можно ожидать различных непредсказуемых поступков, таких как убийство, самоубийство. Длительное нахождение в этом состоянии человека, чревато расстройствами не только центральной нервной системы, но и работы внутренних органов;

грудинно-ключично-сосцевидная мышца с левой стороны шеи, обозначенная на Рис. 2, проецирует на себя расстройства вегетативной нервной системы;

болезненность в нижней части шеи ближе к гортани при пальпаторном исследовании, припухлость слева или справа гортани, в области яремной впадины, присутствие папиллом в этих областях, будет указывать на нарушения со стороны щитовидной железы.

ДИАГНОСТИКА ПО ЯЗЫКУ

Диагностика по языку дает довольно быстрое уточнение и корректировку состояний организма.

Язык - это мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой, расположенный в полости рта. Участвует в акте жевания, артикуляции, содержит вкусовые рецепторы. При многих патологических процессах возможны определенные изменения языка и ротовой полости, которые могут оказать помощь при постановке диагноза заболевания. Виду языка в диагностических и прогностических целях всегда придавалось большое значение, как в европейской, так и в восточной медицине.

Современные инфекционисты, стоматологи и гематологи всегда обязаны интересоваться состоянием языка. Однако картина языка и состояние слизистой рта может помочь в постановке диагноза врачам не только указанных специальностей, но и других профилей. При этом необходимо обращать внимание на состояние всей слизистой оболочки. К сожалению, наличие стоматитов и гингивитов длительное время рассматривали отдельно от общего состояния организма и трактовали только как местный процесс. В настоящее время установлено, что только 10% заболеваний слизистой оболочки рта возникает под влиянием местных факторов, в основном травм, а 90% патологических изменений полости рта обусловлены заболеваниями нервной системы или внутренних органов. Экспериментально доказано, что при раздражении желудка в полости рта возникают язвы, при раздражении толстой кишки - афтоподобные элементы, при экспериментальном холецистите - обширные эрозивные участки на слизистой оболочке щек.

В диагностике заболевания большое значение придается исследованию величины, формы, цвета и общего вида языка, «Язык во время болезни - пишет М. Нечаев, - есть верный отпечаток внутреннего состояния организма, состояния не только пищеварительных орудий, но и других органов. Желобоватым, с толстыми краями бывает язык при одновременной патологии селезенки и печени, выпуклым - при брюшной водянке, остроконечным - при сухотке. Вообще же очертания языка соответствуют очертаниям костей лица». Соматические нарушения, по мнению М. Нечаева, могут вызвать симптом искривления языка. При заболевании органов определенной половины тела соответствующая сторона языка изменяется в объеме, кончик его отклоняется. В наше время этот симптом учитывается невропатологами при оценке центральных парезов подъязычного нерва.

Увеличение и покраснение сосочков правой половины языка, ближе к середине наблюдается при поражении печени, левой соответствующей половины — при заболевании селезенки. Покрасневшие сосочки на кончике языка встречаются при заболевании тазовых органов, а выше по краям — при заболевании легких.

Рассмотрим видовые изменения языка при различных состояниях организма (Рис. 4):

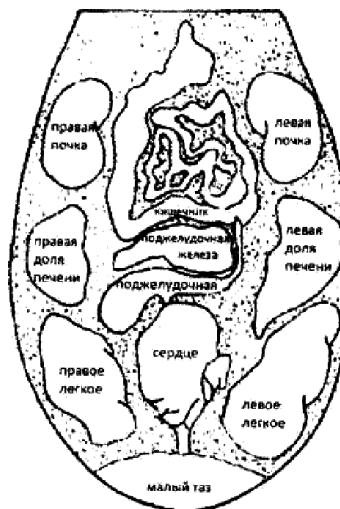


Рис. 4. Диагностика нарушений в организме по языку.

нормальный цвет языка - розовый;

красный язык - можно предположить ишемию и токсемию, высокую температуру тела, возможна тяжелая пневмония или инфекционное заболевание;

темно-красный язык - это опасные для жизни формы пневмонии, инфекционные болезни, тяжелые почечные нарушения, токсемии;

очень бледный - резкое истощение, анемия;

посинение языка наблюдается при сердечно-сосудистых нарушениях;

резко синюшный язык - предвестие близкой смерти;

желтый налет на языке чаще всего указывает на нарушение функции желчного пузыря;

желтизна в нижней части языка, при поднятии его к небу, может быть одним из признаков желтухи;

обложенный язык, часто с налетом различного вида и цвета, встречается при инфекционных заболеваниях, а также патологии органов желудочно-кишечного тракта;

налет белого цвета указывает на непорядок со стороны желудочно-кишечного тракта;

если по правой стороне языка имеются красные сосочки яркого цвета, то это чаще всего свидетельствует о нарушениях функции левой доли печени, появление их на левой стороне - об изменениях в правой.

сосочки на передней части языка указывают на нарушение функции органов малого таза;

черный налет свидетельствует о тяжелых функциональных нарушениях органов пищеварительного тракта, чаще всего желчного пузыря, поджелудочной железы, возможно с обезвоживанием организма, ацидозом;

географический язык, т.е. наличие на нем участков эпителия разных по цвету и величине, встречается при психических расстройствах, при хронических нарушениях желудочно-кишечного тракта;

язык, отклоняющийся в сторону, или искривленный, встречается при заболеваниях органов определенной половины тела, а также при нарушениях функций мозга, например, инсультах;

при мозговых нарушениях часто наблюдается язык с глубокими поперечными разломами. Такие же изменения на языке, наблюдаемые у здоровых людей, дают основание предполагать о предрасположенности их к сосудистым нарушениям со стороны головного мозга;

скрытые невроты проявляются отпечатками зубов сбоку по передней части языка, причем чем выше степень невроза, тем четче отпечатки.

лакированный язык. Поверхность языка - ярко-красная, блестящая, гладкая вследствие атрофии сосочков. Встречается при раке желудка, хронических колитах, спру, арибофлавинозе. Гладкий, как бы соскобленный язык наблюдается при синдроме Бирмера. Больные ощущают покалывание и жжение, которое усиливается при еде. В начальной стадии пеллагры язык покрыт черно-коричневым трудно отделяемым налетом, иногда разделен трещинами на поля - «шахматный» язык. В поздней стадии пеллагры приобретает лакированный красный оттенок - «кардинальский» язык.

ДИАГНОСТИКА ПО РУКАМ ПАЦИЕНТА

Рука человека принципиально отличается от всех органов тела тем, что здесь биологические признаки соединяются

с социальными. Одновременно обозначаются не только состояние кожи, костей, суставов, мышц и кровеносных сосудов, но и профессиональная деятельность, привычки (вредные и полезные), культурный уровень, а иногда и благосостояние пациента. Необходимо сказать, что такие исследования руки не имеют ничего общего с хиромантией. Тем не менее опытный врач, рассматривая руку пациента, может предсказать «медицинскую судьбу пациента», т.е. дать прогноз о здоровье на определенный отрезок времени. Такое прогнозирование вполне возможно до определенной степени точности. О здоровье своих пациентов судили по коже рук и древние медики. Правда, они отдавали должное и хиромантии, веря в возможность предсказания будущего на основе изучения кожного рисунка ладоней. Зародилось это искусство, вероятно, в Индии, оттуда распространилось в страны Средиземноморья и Китай. На западе оно процветало в древней Греции и Риме, а затем и по всей Европе.

С 1926 г. этими вопросами стала заниматься специальная наука, получившая название дерматоглифики. Название «дерматоглифика» было предложено американскими учеными Х. Камминсом и Ч. Мидло. Методы дерматоглифики нашли широкое применение в криминалистике, в судебной медицине для опознания личности, у антропологов - для исследования рас человека, а в последнее время по этим узорам врачи могут обнаружить наличие наследственных заболеваний задолго до того, как они проявляются.

Дерматоглифика может помочь в установлении следующих диагнозов: миомы матки, туберкулеза легких, псориаза, сахарного диабета, глаукомы, всех видов патологии желудка, искривления позвоночника.

Еще в V в. до нашей эры Гиппократ связывал появление «скрюченных» ногтевых фаланг пальцев рук или ног с заболеваниями легких. «Скрючивание» проявляется в уменьшении угла между ногтевой пластинкой и первой фалангой пальца. Особенно хорошо этот угол выражен на большом пальце, в норме он равен 150—170°. Некоторые исследователи считают, что угол 120-160° является нормальным, в то время как увеличение угла до 180° и выше свидетельствует о патологии. Согласно исследованиям Е. Локка и А. Гроссмана, скрючивание пальцев связано с болезнями респираторного характера. Легочные заболевания являются наиболее распространенными и очень часто сопровождаются деформацией ногтевых фаланг, однако подобные изменения могут встречаться при болезнях сердца, печени и желудка.

Внимательный врач в некоторых случаях может поставить диагноз только при одном взгляде на руки больного. Так, искривленные, разные по величине пальцы с отеками суставов позволяют предположить наличие полиартрита. Пальцы, изуродованные бугорками, появившимися вследствие отложения солей, укажут на серьезные нарушения солевого обмена, наличие мочекишечного диатеза.

О многом могут рассказать пальцы курильщика со стажем, кончики которых окрашены в желто-коричневый цвет, фаланги утолщены, похожи на барабанные палочки, ногти закруглены и напоминают часовое стекло. Причиной этих изменений является кислородное голодание тканей пальцев и связанная с этим перестройка кровеносных сосудов, что вызывает разрастание тканей ногтевых фаланг. Это сопровождается гибелью мерцательного эпителия в легких и зашлакованностью продуктами распада табака прикорневых лимфатических

узлов. В таком случае совсем не сложно определить, почему кашляет пациент. Рассматривая тыльную сторону рук, можно заметить асимметрию волосяного покрова или усиленное нарастание на ногтевом ложе ногтевой кожицы, что свидетельствует о разнице в кровообращении левой и правой руки.

Наличие больших просветов между пальцами при их распрямлении будет указывать на плохое пищеварение, а шелушащуюся кожу на одной из рук, изгрызенные ногти - предположительно на невроз.

Проекционные зоны органов на руке человека в отличие от зон на лице, в нашем случае рассматриваются на предмет повышенной тактильной чувствительности, а также и внешним признакам. Рассмотрим левую руку пациента.

ЛЕВАЯ РУКА ЧЕЛОВЕКА. Центр ладони, обозначенный на **Рис. 5** числом 7 относится к психическим состояниям. Болезненность в этой области при легком надавливании будет указывать на психическую усталость человека, скрытый невроз, приближающийся стрессовый срыв.

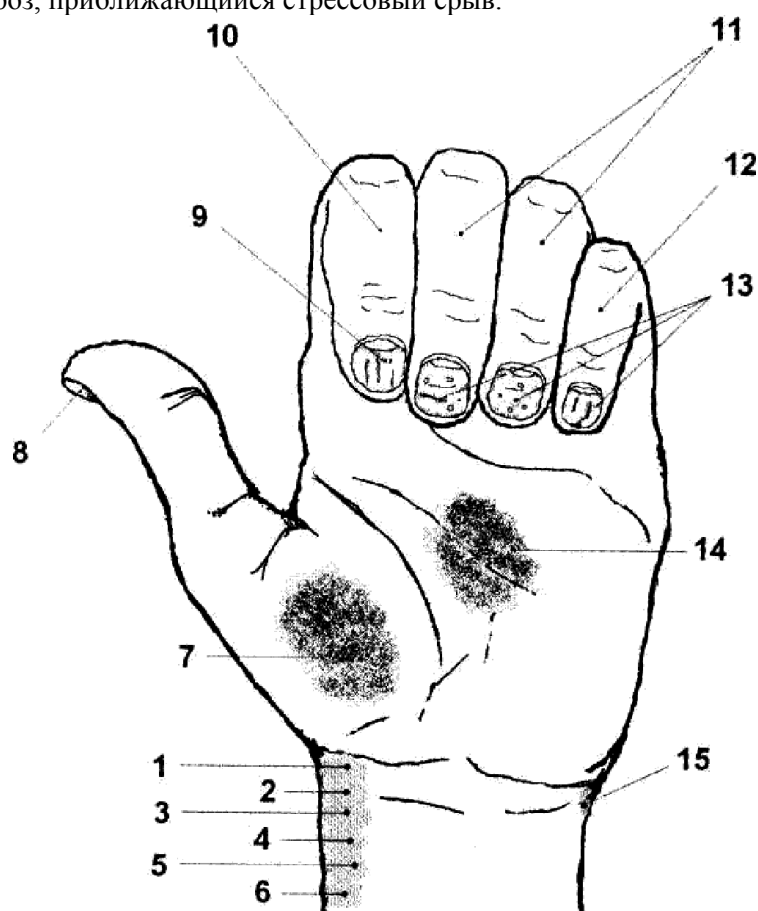


Рис. 5. Диагностика нарушений в организме по левой руке пациента.

1. - тонкий кишечник. 2. - сердце. 3. - желчный пузырь. 4. - печень. 5. - почки. 6. - мочевой пузырь. 7. - левое легкое. 8. - органические изменения в легких. 9. - патологические нарушения в толстом кишечнике. 10. - толстый кишечник нисходящая ветвь. 11. - нервная система. 12. - сердце, тонкий кишечник. 13. - неврозы, стрессы. 14. - нервная система. 15. - сердце.

Можно отметить, что появление белых пятен или точек на ногтях, продольных полос, особенно на среднем и безымянном пальцах, и изгрызенные ногтевые пластинки - признаки скрытого невроза. Образование поперечных борозд

на ногтях будет указывать на перенесенный сильный стресс, который отразился на обменных процессах в организме, причем по расстоянию от борозды до основания ногтя можно определить, когда именно это произошло (ногти отрастают в среднем на 1 мм за 10 дней).

Зона на основании большого пальца, обозначенная числом 8, при повышенной болевой чувствительности, указывает на нарушения в левом легком или ослабление его дыхательной функции. При воспалительных процессах в легких возможно заболевание всего большого пальца. Легкой болезненностью выражена эта зона у курящих людей, а также у людей, живущих в загазованных городских условиях.

Зоны, находящиеся на надкостнице лучевой кости левой руки под номерами 1, 2, 3, 4, 5, 6, пальпируются на наличие болевой или повышенной тактильной чувствительности. Для каждого человека величина контрольной зоны будет примерно равна ширине конечной фаланги его указательного пальца, наличие повышенной чувствительности в одной или нескольких зонах будет свидетельствовать об отклонении в функционировании одного или нескольких органов, которые рефлекторно связаны с их проекциями на руке.

Сила нажатия при пальпации для каждого человека индивидуальна, чтобы добиться точности в постановке диагноза, требуется определенная тренировка.

Зона, находящаяся на сгибе кисти под номером 1, указывает на состояние тонкого кишечника. Для расширения диагностической информации дополнительно осматриваются пальцы больного. При патологических нарушениях в кишечнике отмечается возникновение продольных полос на ногтях мизинцев обеих рук.

Следующая зона, находящаяся на выступающей косточке лучевой кости запястья, обозначенная номером 2, относится к нарушениям в работе сердца. Дополнительная информация, указывающая на нарушение деятельности сердца, - возникающее ослабление силы мышц сгибателей мизинца левой руки.

Далее следует проекция желчного пузыря под номером 3.

Представительство зоны печени обозначено цифрой 4.

Последующая зона - отражение состояния почек, ее номер 5.

Следующий участок 6 относится к проекционной зоне мочевого пузыря.

ПРАВАЯ РУКА ЧЕЛОВЕКА. Правая рука человека содержит на себе информацию о состоянии других внутренних органов и подробно расписана и обозначена цифрами на **Рис. 6**.

Зона в центре ладони под номером 7 так же, как и на левой руке, относится к психическим состояниям.

Зона 8 на основании большого пальца правой руки имеет проекцию правого легкого, она идентична левой руке. В некоторых случаях продольная деформация ногтевой пластины этого пальца служит указателем патологии легкого.

Около основания запястья правой руки, на сгибе кисти, расположен диагностический участок, указывающий на состояние функции толстого кишечника, его порядковый номер 9. При патологических нарушениях в кишечнике источником дополнительной информации может служить продольная испещренность ногтей указательных пальцев.

Зона в центре ладони под номером 7 так же, как и на левой руке, относится к психическим состояниям.

Зона 8 на основании большого пальца правой руки имеет проекцию правого легкого, она идентична левой руке. В некоторых случаях продольная деформация ногтевой пластины этого пальца служит указателем патологии легкого.

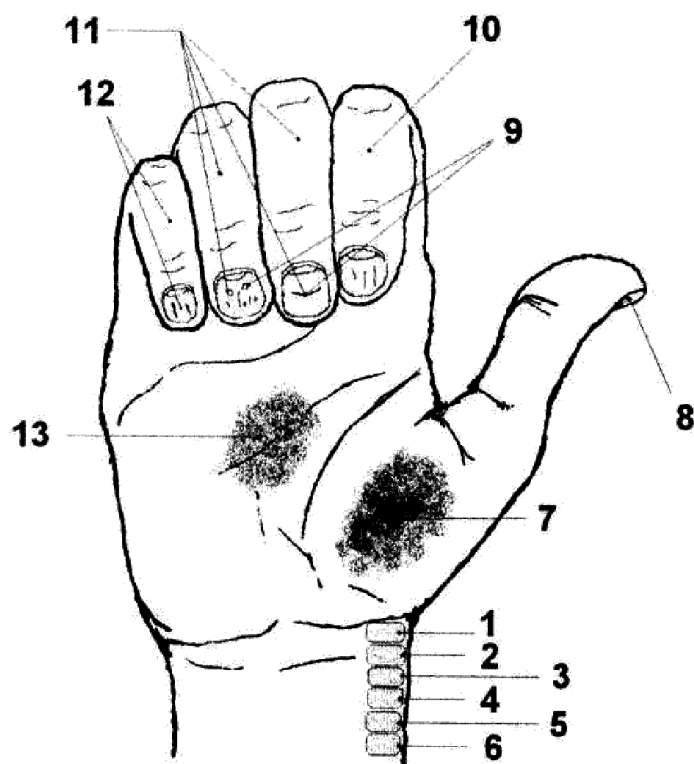


Рис. 6. Диагностика нарушений в организме по правой руке пациента. Правая рука человека содержит на себе информацию о состоянии других внутренних органов и подробно расписана и обозначена цифрами на рисунке.

1. - толстый кишечник. 2. - дыхательная система. 3. - желудок. 4. - поджелудочная железа. 5. - вегетативная нервная система. 6. - половые органы. 7. - правое легкое. 8. - органические изменения в легких. 9. - неврозы и стрессы. 10. - толстый кишечник нисходящая ветвь. 11. - нервная система. 12. - тонкий кишечник. 13. - неврозы, стрессы.

Около основания запястья правой руки, на сгибе кисти, расположен диагностический участок, указывающий на состояние функции толстого кишечника, его порядковый номер 9. При патологических нарушениях в кишечнике источником дополнительной информации может служить продольная испещренность ногтей указательных пальцев.

Выступ дистальный головки лучевой кости на запястье относится к проекции дыхательной системы пациента в целом, ее номер 10.

Следующий участок 11, выше выступающей косточки, относится к зоне нарушений желудка.

За состояние поджелудочной железы отвечает последующая зона с порядковым номером 12.

Расстройства в вегетативной нервной системе можно определить по участку 13.

Далее идет зона 14, отвечающая за половую систему (у женщин - придатки и яичники, у мужчин - предстательная железа).

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВТОРОГО ЭТАПА

проводится из положения лежа на животе, затем на спине, обращая внимание на соответствующие участки на ногах, ступнях, подошвах.

Рефлекторные зоны, по которым определяются те или иные аномалии в организме изображены на рисунках человека со спины (Рис. 7) и со стороны живота (Рис. 8).

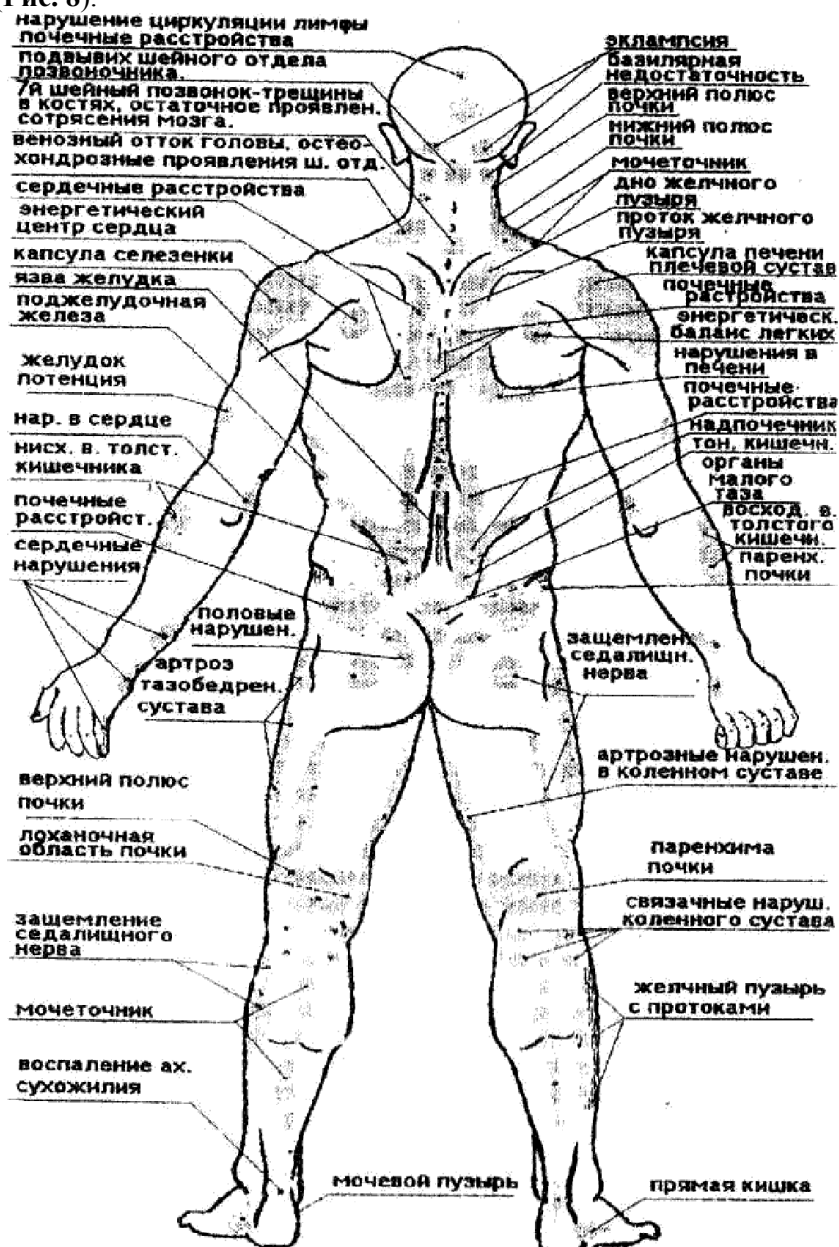


Рис. 7. Диагностика нарушений в организме со стороны спины пациента.

Взаимосвязи, возникающие между внутренними органами и кожно-мышечным покровом, определяются при пальпаторном исследовании.

Приступая к дальнейшему обследованию пациента, необходимо уточнить предварительный диагноз в деталях по зонам на теле. Начало диагностики

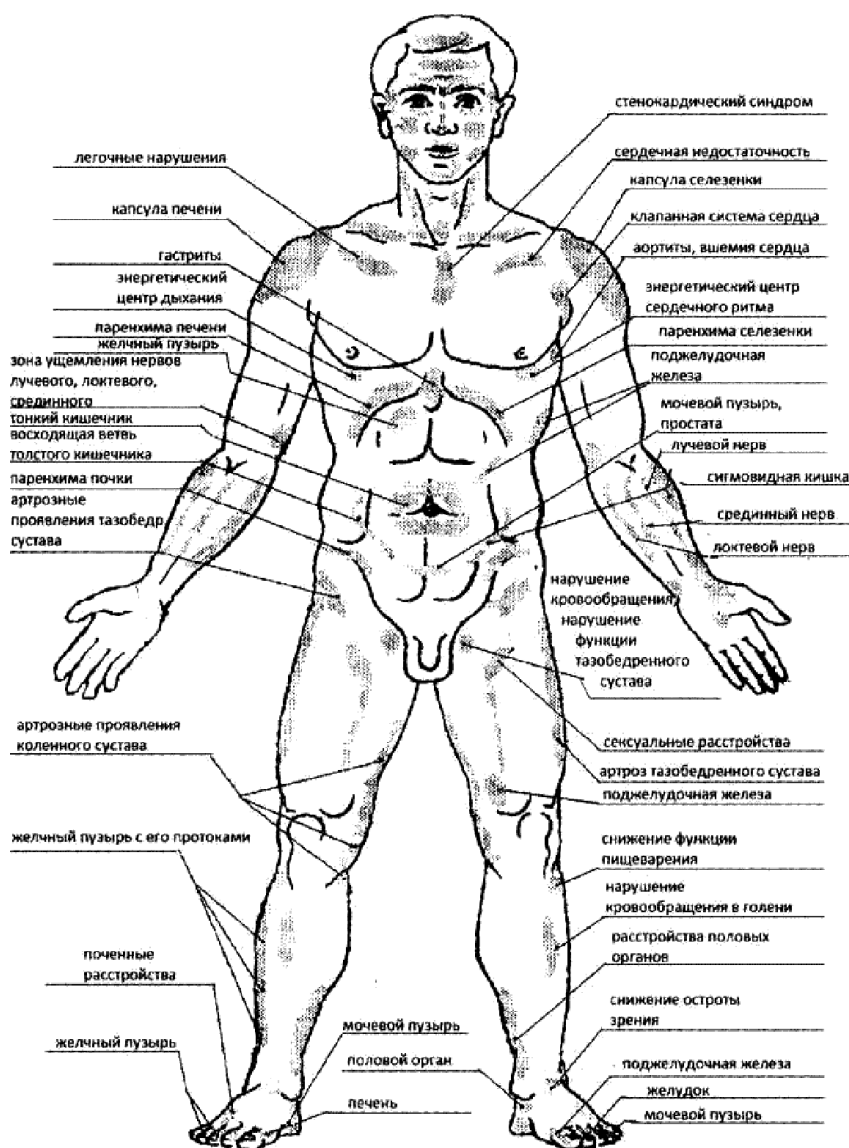


Рис. 8. Диагностика нарушений в организме со стороны живота пациента.

Пациент в лежачем положении на животе должен быть максимально расслаблен, руки расположены вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях, ступни укладываются на массажный валик.

При исследовании его в положении на спине, нога также сгибаются в коленях, а голова слегка приподнимается. Одновременно с исследованием зон на теле, просматриваются рефлексорные зоны на подошвах ног, можно произвести дополнительные исследования ушных раковин, радужки глаза, зубов и т.д.

После уточнения функционального состояния органов и их взаимосвязей, определяется характер работы с пациентом, показания на возможность проведения висцеральной терапии.

II. ВЗАИМОСВЯЗИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

ПЛЯЩУЩИЕ ЧЕЛОВЕЧКИ

Основную массу заболеваний врачеватели лечили, основываясь на определенные взаимосвязи, возникающие во внутренних органах в период болезни. Эта взаимосвязь может быть отражена графически в виде двух кругов с ответвлениями от них, круги, соединенные между собой линией. Оба соединенных круга с ответвлениями заключены в общий круг, условно обозначающий центральную нервную и эндокринную системы.

Круги составлены из маленьких кружочков со стрелками, обозначающими направление возникающих нарушений в организме, они в свою очередь связаны с другими расположенными вне круга и изнутри его, также подразумевающие внутренние органы. Номера, присвоенные этим кружочкам, указывают на последовательность распространения болезни и последовательность стимуляции органов. Внешне круги и кружочки со стрелками напоминают двух человечков, один из которых «А» стоит на ногах, а другой «Б» на голове (**Рис. 9**). Взаимосвязи типа «А», основываясь на наблюдения, свойственны людям с темным цветом глаз, типа «Б» - со светлым. Наблюдения показывают - заболевания, развивающиеся по «свойственному» типу, дольше лечатся и требуют большего приложения усилий от терапевта. Наиболее объемный и представительный круг взаимодействий «А» (человечек стоящий на ногах). Это самая распространенная взаимосвязь на общее приходящее число пациентов. Кроме того, круг на определенном этапе развития нарушений во внутренних органах, способствует возникновению второго круга взаимодействий «Б» (человечка стоящего на голове). Первый круг при развитии нарушений в органах замыкается на нисходящей ветке толстого кишечника, после чего эстафета развития нарушений, как бы передается левой почке, с которой начинает развиваться второй круг.

Необходимо отметить время, когда эта система использовалась и получила первоначальное развитие. Еще 100 лет тому назад человечество не было отравлено химией, радиоактивностью, синтетической лекарственной терапией, нарушенной экологией и т. д. Закономерности взаимосвязей проявлялись более четко, взаимодействие, основанное на учете органических нарушений, было более жестким, и лечение можно предположить, более быстрым и успешным. Современному хиропрактору все вышеперечисленные факторы усложняют работу, поскольку они «смазывают» картину, нарушают взаимосвязи и пр. Это требует от врача глубоких знаний во многих разделах медицины, взаимодействия с другими направлениями и методами, как вспомогательными средствами, позволяющими более полно решить проблему восстановления здоровья пациента. Рассмотрим цифровые обозначения в кругах взаимодействий, показанные на **Рис. 30**, стр. 132.

ПЕРВЫЙ КРУГ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ОРГАНОВ (А)

Круг взаимодействий «А» (**Рис. 30**), составлен из следующих внутренних органов:

- 1 - желчный пузырь** - орган, с которого врачи начинали работу по терапии внутренних органов;
- 2 - печень**, особенно левая (верхняя) ее доля, находящаяся в прямой зависимости от состояния желчного пузыря;
- 3 - поджелудочная железа**, которая в представлении хиропракторов составляла единое целое с желчным пузырем;
- 4 - восходящая ветвь толстого кишечника** (область илеоцекального угла);
- 5 - нисходящая ветвь толстого кишечника** (область сигмовидной кишки);
- 6 - тонкий кишечник;**
- 7 и 8 - половая система** (у женщин - левый и правый придатки с яичниками, у мужчин — нарушение, связанное с кровообращением в малом тазу, снижение потенции);
- 9 - желудок;**
- 10 - селезенка;**
- 11 - суставы** (коленные, тазобедренные, голеностопный).

ОРГАНЫ КРУГА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ И СВОЙСТВЕННЫЕ ИМ ПРОЯВЛЕНИЯ

Желчный пузырь (владыка и управитель организма) в схеме взаимодействий обозначенный 1, выполняет роль главенствующего органа. В круге он считается ключевым и без нормализации его функции схема лечения считается

мало эффективной, поэтому работа по восстановлению взаимодействий в первом круге начинается именно с желчного пузыря. Специфика развития нарушений в желчном пузыре по наблюдениям врачей выражается определенными закономерностями, дающими картину последовательности развития болезней внутренних органов. Для облегчения рассмотрения определенных закономерностей можно использовать пример стрессовой ситуации, проследить взаимодействие органов и их проекционных зон.

Наличие стресса вызывает реакцию со стороны желчного пузыря. Проявляется это болью, либо появлением ощущения тяжести в правом подреберье. Если эти симптомы отсутствуют, то болезненность возникает при надавливании на область подреберья. Это связано, можно предположить, с венозным застоем, с возникновением спазмов протоков пузыря, сфинктера Одди. Это в свою очередь приводит к нарушению оттока желчи из желчного пузыря с образованием застойных и воспалительных явлений и инфицированию его.

В большинстве случаев нарушение оттока желчи сопровождается появлением запоров, а иногда, расстройствами живота. Одновременно с этим нарушением возникают проекционные зоны на теле человека, выделяющиеся повышенной болевой чувствительностью. На шее угол, образованный грудинно-сосцевидной мышцей и ключицей, при пальпаторном исследовании становится болезненным.

На спине пациента между правой лопаткой и позвоночником на уровне грудных позвонков Th2-Th4 определяется рефлекторная зона с повышенными мышечными тонусами и болевой чувствительностью (**Рис. 7**).

На предплечье левой руки проявляется болезненный участок, указывающий на нарушенное состояние желчного пузыря (**Рис. 5**).

Лицо пациента с повышенной кожной чувствительностью проявляется прыщами, либо покраснением кожи в области висков. У некоторой группы пациентов нарушение работы желчного пузыря сопровождается возникновением головной боли височной локализации с тошнотой, иногда болью в коленных суставах (чаще у детей и женщин).

Язык пациента покрывается налетом с желтым оттенком. В некоторых случаях во рту появляются язвочки, возникает предрасположенность к стоматитам. Наблюдается появление горечи после приема пищи, особенно после жирной.

Этап исследования заключается также в просмотре основных зон желчного пузыря, которая находится на правой передней наружной поверхности голени.

Зона разделяется на три части. Начинается от наружной лодыжки и до ямки, образованной проксимальной головкой большеберцовой кости. Причем эта зона представляет из себя как бы длину желчного пузыря вместе с желчевыводящим протоком, что дает возможность проконтролировать ход лечения и одновременно расшифровать характер процесса в желчном пузыре:

если болезненность при пальпаторном исследовании только в нижней трети участка, то это указывает на воспаление желчных протоков;

участок голени, который будет отделять нижнюю треть от средней части, будет принадлежать сфинктеру Одди;

болезненность при пальпации двух верхних отрезков указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре, причем верхняя треть проекции будет относиться к конечной части (телу и дну) пузыря.

Чаще всего пациенты, имеющие нарушения в работе пузыря, жалуются на боль в этой области спины и обычно такую боль относят к остеохондрозным проявлениям. Однако, как показывает практика, правильно выполненные обдавливания желчного пузыря приводят к исчезновению боли или значительному ее притуплению, чего не достигается ни мануальной терапией позвоночника, ни массажем, хотя временное улучшение после таких процедур наблюдается.

Осторожность при терапии должна быть в случае полного возбуждения рефлекторной зоны желчного пузыря на правой голени и на спине с правой стороны. В этом случае можно предположить, что имеет место воспалительный процесс с застойным явлением в желчном пузыре, с присутствием песка или камней, конечно, при условии, что болезненность зон выражена длительно.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Наше рассмотрение физиологии желчного пузыря начнем с упоминания о Гиппократе, который в свое время указывал на желчный пузырь как на орган,

занимающий огромное место в жизнедеятельности всего организма. В системе старорусской внутренней терапии этот орган ставился на одно из ведущих мест в оздоровлении и был отправной точкой в работе с внутренними органами. Другим, более современным языком можно сказать без преувеличения, что он является дирижером в работе наших внутренних органов.

Попытаемся рассмотреть роль желчного пузыря с позиций современной физиологии. Функция желчевыводящей системы регулируется нейрогуморальной системой организма и зависит от функционального состояния соседних органов.

Желчь относится к пищеварительным сокам. Однако она выполняет и выделительную функцию, так как с нею выводятся из крови разные экзо и эндогенные вещества. Желчь повышает активность ферментов панкреатического сока поджелудочной железы и, прежде всего, липазы. Ее влияние на переваривание белков, жиров, углеводов осуществляется не только путем активации ферментов поджелудочной железы и кишечного сока, но и непосредственным участием в этом процессе с помощью собственных ферментов.

Желчные кислоты играют огромную роль в усвоении жиров. Они эмульгируют нейтральные жиры, разбивая их на мельчайшие капельки, в результате чего увеличивается поверхность их соприкосновения с ферментами, облегчается расщепление жиров, повышается активность поджелудочной и кишечной липазы.

Желчь необходима для всасывания жирных кислот и, следовательно, жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К.

Желчь усиливает сокоотделение поджелудочной железы, повышает тонус и стимулирует перистальтику кишечника (двенадцатиперстной кишки и толстого кишечника), принимает участие в пристеночном пищеварении.

Она оказывает бактериостатическое действие на кишечную флору, предупреждая развитие гнилостных процессов. Нужно отметить интересное наблюдение, что у людей, которым удалили аппендикс, желчный пузырь имеет нарушенную функцию.

Желчь нейтрализует соляную кислоту, поступающую из желудка в тонкий кишечник.

По данным восточной медицины, отмечается рефлекторная связь работы желчного пузыря с головной болью, локализирующейся в височной области, с чувством тошноты, сухости и горечи во рту. В некоторых случаях народные врачеватели, улучшая функцию желчного пузыря, избавляли пациента от головной боли, а также по сведениям из некоторых источников, да и по собственным наблюдениям автора, от такого заболевания, как эпилепсия, в случаях, когда приступ эпилепсии начинался с головной боли височной локализации и тошноты.

Восточная медицина отмечает, что любое застойное явление в организме вызывает его отравление. Если учитывать значение желчного пузыря, о котором упоминалось выше, то можно сказать, что нарушение его нормальной деятельности приводит к катастрофическим нарушениям в организме, срыву пищеварения и отравлению и, можно предположить, к сокращению продолжительности жизни.

Патология желчного пузыря приводит также к разрушению суставов. В частности, четкая взаимосвязь просматривается в коленных и тазобедренных суставах. Наблюдения показывают, что существует даже определенная последовательность развития нарушений. На начальном этапе возникновения ослабления деятельности желчного пузыря появляется хруст в коленных суставах при сгибании (приседания), затем боли при движении, особенно при нагрузке, а в последующем появляются характерные скрипы и стуки в суставных сумках.

Конечно, было бы неправильным считать, что артроз коленных и тазобедренных суставов связан только с желчным пузырем. Здесь имеет место общее нарушение обмена веществ, развивающееся в организме. Но лидирующую роль в этом нарушении, несомненно, играет функциональное состояние желчного пузыря.

ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НАРУШЕНИЕ В РАБОТЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

К причинам нарушения функции желчного пузыря ряд современных авторов относят сильные отрицательные эмоции, которые, воздействуя на иммунную систему и другие системы организма, ослабляют его и создают благоприятную почву для развития многих заболеваний. Этот фактор стоит на первом месте среди причин, вызывающих заболевания. Нервная система, по данным физиологии, при стрессовых ситуациях вызывает торможение стока желчи из желчного пузыря и образование в нем застойных явлений. При длительных стрессовых ситуациях нарушение функционирования сопровождается ослаблением его сократительной способности, образованием застойных явлений в нем и, как следствие, возникает загустение желчи. Желчь становится концентрированной, происходит разъедание слизистой внутренней поверхности пузыря и возникает воспалительный процесс.

Развивается атонический процесс желчного пузыря, связанный с детренированностью мышечной группы, что приводит к образованию осадочных структур в форме песка или камней.

С. П. Боткин, говоря о клинике дискинезий желчных путей и хронического холецистита, указывал на факты возникновения «эмоциональной желтухи», вследствие психической травмы людей. В его работах имеют место описания калькулезных холециститов, которые стимулируют стенокардический синдром или инфаркт миокарда.

Дискинезии желчных путей, как результат длительного спазма сфинктера Одди, по наблюдению многих современных клиницистов, весьма часто связаны с тяжелыми душевными переживаниями, страхом, раздражительностью.

Другим важным фактором считается семейная предрасположенность, или наследственный фактор. К другим причинам можно отнести:

нарушение двигательной активности,

нарушение режима и сбалансированности питания.

Значительное место в развитии нарушений занимают перенесенные инфекционные заболевания печени и желудочно-кишечного тракта.

ПЕЧЕНЬ – ВТОРОЙ ОРГАН ПЕРВОГО КРУГА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Орган, который прямо зависит от функции желчного пузыря. В круге взаимодействий обозначается цифрой 2. Нарушения в работе печени, как показывает практика, наиболее часто начинают проявляться с ослабления функции ее левой (верхней) доли.

Продавливая область правого подреберья в эпигастральной области, где расположена левая доля печени, пациент чувствует боль, которая также является одним из признаков нарушения в работе желчного пузыря.

Одновременно на спине пациента, между правой лопаткой и позвоночником, на уровне позвонков Th4-Th6 (паравerteбральная область), возникает зона с мышечным гипертонусом, имеющая повышенную болевую чувствительность (**Рис. 7**).

На лице больного между бровей над переносицей кожа реагирует покраснением, появлением прыщей, пористостью (**Рис. 2**).

На языке нарушение функции левой доли печени выражается в появлении сосочков красного цвета по правой его стороне, при более глубоких наруше-

ниях красные сосочки проявляются и по левой стороне языка. Красные сосочки могут быть проявлены на фоне желтого или белого налета на языке, иногда язык имеет ярко-красную окраску.

Представительство печени, так же, как и представительство предыдущих по описанию органов, выражено в нижней части предплечья левой руки участком с повышенной чувствительностью при пальпаторном исследовании надкостницы (**Рис. 5**) с порядковым номером 4.

При дальнейшем развитии заболевания, когда ухудшается функция других органов, можно наблюдать покраснение склеры глаз пациента.

При длительных хронических нарушениях в печени наблюдается снижение остроты зрения. Можно предположить существование взаимосвязи левой доли с левым глазом, правой с правым.

Длительное нарушение в печени часто сопровождается изменениями большого пальца правой ноги. Иногда это выражается деформацией сустава, болезненностью при движении или при пальпаторном воздействии. Часто ногтевая пластинка на большом пальце ноги теряет свои защитные свойства против бактерий или грибков. В результате поражения она становится пористой, изменяется ее цвет от нормального розового до серого и черного. С наружной стороны пальца наблюдается интенсивный рост кожи (возникают натоптыши).

Нарушение в печени отражается на состоянии челюстных суставов. В них возникает расположенность к артрозным проявлениям, особенно при травматизации или других неблагоприятных условиях. Проявляется закон односторонности: левый челюстной сустав - левая доля, правый - правая.

В некоторых случаях появляется болезненность при пальпации реберной дуги спереди справа над печенью. Это чаще связано с нарушениями в паренхиме печени.

Боль, иррадиирующая в правое плечо, наблюдается при деформации капсулы печени, когда она увеличивается в размерах под воздействием печени.

Появление характерных сосудистых звездочек на правом плече или на области правого подреберья указывает на изменение или перерождение печени, то же самое можно отнести к возникновению сосудистых ангиопатий.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

По наблюдению врачей, следующим органом, который вовлекается желчным пузырем во взаимодействие,

является поджелудочная железа.

Она является железой внешней и внутренней секреции. В качестве железы внешней секреции она вырабатывает поджелудочный сок, который поступает в двенадцатиперстную кишку и участвует в пищеварении (содержит ферменты, расщепляющие белки, углеводы и жиры). Внутрисекреторная функция поджелудочной железы состоит в образовании и выделении в кровь гормонов (инсулин, глюкагон). На схеме ей присвоен номер 3.

С некоторым запозданием, или почти одновременно с нарушением в работе желчного пузыря и печени, можно пронаблюдать возникновение рефлекторной зоны поджелудочной железы, находящейся на кисти правой руки (порядковый номер 12, **Рис. 6**).

На животе человека, зона проявляется болью при надавливании на переднюю стенку, находящуюся на отметке, которая определяется следующим образом: средняя линия живота между пупом и мечевидным отростком пациента

мысленно делится на три части. Линия раздела между первой и второй частями, если отрезки считать от пупа, будет принадлежать этой контрольной зоне (**Рис. 9**).

Подмечено, если у пациента, лежащего на спине, между мечевидным отростком и пупком будет проходить поперечная складка, образованная кожей живота, то проекционная зона поджелудочной железы будет находиться в месте пересечения этой складки со средней линией живота. В некоторых случаях, складка проходит через пупок или несколько ниже, при этом наблюдается смещение пупка со средней линии живота. Это указывает на опущение желудка и нарушение его пищеварительной функции.

Поверхность языка больного при глубоких нарушениях становится с фиолетовым оттенком, иногда принимает темную окраску, во рту появляется ощущение сухости, сопровождаемое чувством жажды, учащенным мочеиспусканием.

На левом боку пациента, а именно, область 7-8-9 ребер по среднебоковой линии, определяется зона; которая может выражаться в одном случае болью, в другом - усилением восприимчивости к щекотке, что не наблюдается на симметричной зоне с правого бока.

Если у пациента на лице чувствительная кожа, на переносице возможно появление прыщей или покраснений. При прогрессирующей патологии, иногда кожа становится пористой.

На левой ноге пациента, с внутренней стороны, на нижней трети четырехглавой мышцы бедра, проявляется зона повышенной чувствительности. В некоторых случаях деформируется большой палец на левой ноге, с боковой поверхности интенсивно наблюдается рост кожи, возникает болезненность сустава этого пальца. Ногтевая пластина пальца зачастую поражается грибком, становится пористой, чернеет, за счет снижения ее биологических защитных свойств.

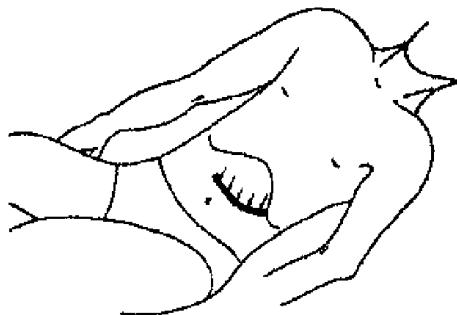


Рис. 9. Топографическое положение поджелудочной железы на животе пациента.

ВОСХОДЯЩАЯ ВЕТВЬ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Следующее звено первого круга, реагирующее на нарушения в работе ранее упомянутых органов - восходящая ветвь толстого кишечника (чаще всего область илеоцекального угла). Порядковый номер в схеме взаимодействий 4. При развитии нарушений в кишечнике возникают следующие рефлекторные зоны:

мышечная группа, находящаяся в области поясницы в средней ее части на уровне поясничных позвонков L2-L4 с правой стороны спины, отмечается их болезненная напряженность, вызывающая перекос позвоночника (**Рис. 7**). В некоторых случаях появляется боль в спине или боль иррадиирующая в бедро либо голень ноги. Иногда на начальных этапах развития нарушений, в спине могут возникать ощущения тяжести, с периодическими прострелами в позвоночник;

на правой руке, в нижней части предплечья (**Рис. 6**), проявляется зона повышенной чувствительности (порядковый номер 9);

на предплечье этой же руки, в районе плечелучевой мышцы, наблюдается усиление мышечного тонуса, также сопровождаемое болевым синдромом (**Рис. 10**);

лицо пациента в верхней части лба (**Рис. 2**), может реагировать появлением прыщей или покраснений;

язык покрывается белым густым налетом;

при надавливании на живот больного с правой стороны, в нижней части живота (на восходящую ветвь толстого кишечника), он ощущает боль;

наблюдается вздутие этой части живота, повышенная плотность.

Иногда при пальпации ослабленной стенки живота можно почувствовать спазмированный затвердевший кишечник с каловыми массами. У пациентов могут наблюдаться длительные задержки стула.

НИСХОДЯЩАЯ ВЕТВЬ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Следующий этап развития болезни согласно круга взаимодействий - нарушения в левой (нисходящей) ветви толстой кишки.

Ее порядковый номер в схеме взаимодействий 5.

По мере развития заболевания наблюдается возникновение следующих зон:

основная рефлекторная зона возникает на поясничной области средней части спины, на уровне **поясничных позвонков L2-L4 с левой стороны** (**Рис. 7**). В этом месте появляется болезненный гипертонус мышечных групп;

на предплечье левой руки (**Рис. 11**) по плечелучевой мышце также возникает гипертонус с болезненным проявлением. Боль ближе к локтевому суставу указывает на нарушение в работе сигмовидной кишки;

рефлекторная зона появляется и **на месте сгиба кисти правой руки** (**Рис. 6**);

спастическое состояние восходящей и нисходящей ветвей ободочной кишки часто сопровождается вздутием кишечника, **образования венозного застоя, газов;**

на лице (**Рис. 2**), **в верхней части лба** с левой стороны возникают различные кожные проявления. Сдавливание органов малого таза кишечником вызывает нарушение кровообращения в нем. Наиболее ярко это проявляется у женщин гинекологическими расстройствами, в частности, нарушениями функции придатков и яичников, у мужчин снижением потенции за счет возникновения венозного застоя в малом тазу.

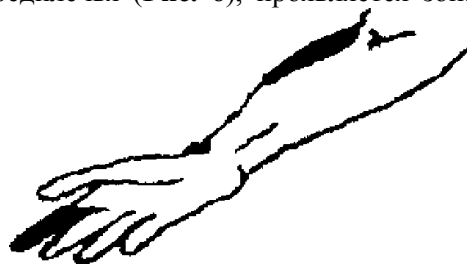


Рис. 10. Диагностика нарушений в восходящей ветви толстого кишечника по предплечью правой руки.



Рис. 11. Диагностика нарушений в нисходящей ветви толстого кишечника по предплечью левой руки.

По данным, взятым из зарубежных источников, в 40 случаях из 100 причиной смерти «от сердца» становится вздутый кишечник. За счет вздутия приподнимается диафрагма, которая, надавливая на перикард, останавливает сердце. Иногда вздутие толстого кишечника вызывает нарушение дыхательной функции легких.

Первый круг замыкается нисходящей веткой толстого кишечника, далее рассматриваются внекруповые взаимосвязи органов.

ТОНКИЙ КИШЕЧНИК

Нарушение в работе тонкого кишечника в схеме взаимодействий условно обозначено цифрой 6 и, можно сказать

однозначно, связано с отклонениями в работе желчного пузыря, поджелудочной железы, печени. По мере развития органной патологии нарушения происходят и за счет возникающих нарушений в толстом. Возникают рефлекторные зоны, указывающие на это:

в нижней части поясничного отдела, в мышечных структурах на уровне позвонков L4, L5, между рефлекторной зоной толстого кишечника и гребнем тазовой кости (Рис. 7);

на левой руке, в районе предплечья на запястье (Рис. 5);

на лице пациентов, имеющих чувствительную кожу, прыщи ши покраснение нижней части лба (Рис. 2);

нарушение, связанное с тощей кишкой, проявляется **болезненностью наружного края нижней челюсти**;

нарушения в двенадцатиперстной кишке выражаются **кровотечением из десен передних зубов** (в частности язва луковицы);

при образовании спаек и воспалений в тонком кишечнике **вокруг пупка** проявляется болезненное уплотнение, выявляемое пальпацией;

при кровотечении в тонком кишечнике в каловых массах пациента **наблюдается дефекации черного или дегтеобразного вида**, появляются рези и боли в области пупа, иногда это сопровождается потерей сознания, бледностью лицевых и кожных покровов.

ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

В первом круге взаимодействий можно увидеть взаимосвязь патологических нарушений в толстом кишечнике с по-

ловой системой. Половая система в круге «А» обозначается номерами 7 и 8. При ее нарушении возникают рефлекторные зоны:

от внутренних лодыжек вверх по надкостнице большеберцовой кости (Рис. 8). У женщин от лодыжки вверх на ширину ее собственной ладони - информация о придатках, следующий участок голени вверх на такую же величину - о яичниках. Болезненность этих участков на ногах у мужчин свидетельствует о простатите;

информацию о половых расстройствах дают рефлекторные зоны, **на внутренней поверхности бедер**, в средней их части;

на правой руке представительство половых органов располагается в верхней части предплечья (Рис. 6);

кожа на лице женщины при гинекологических расстройствах реагирует **появлением прыщей или покраснений на подбородке** (Рис. 2), причем правая часть подбородка соответствует правому придатку и яичнику, левая - левому. Покраснение или появление крупных пор в центре подбородка в некоторых случаях свидетельствует о нарушениях в матке;

на кончике языка при расстройствах половых органов может наблюдаться покраснение или появление красных сосочков;

в нижней части плеча левой и правой руки, на границе раздела второго и третьего отрезков, по наружной среднебоковой линии, указывает на снижение половой потенции.

ЖЕЛУДОК

Представительство желудка в схеме взаимодействий обозначено цифрой 9.

Желудок вынесен из общего круга, но тем не менее он связан с работой «дирижера» нашего организма - желчного пузыря.

Не исключается отравление или травмирование его слизистой грубой пищей, поступающей извне, поэтому глубокой зависимости от желчного пузыря и других органов не прослеживается, однако состояние слизистой желудка зависит от состояния слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки, состояние которой, в свою очередь, контролируется работой желчного пузыря (делаем ссылку на труды проф. Я. Д. Витебского).

Желудочные нарушения проявляются возникающими рефлекторными зонами:

областью с повышенной чувствительностью при пальпаторном исследовании **головки лучевой кости на правой руке (Рис. 6);**

область грудинно-ключично-сосцевидной мышцы с правой стороны шеи, отражающая нарушения по большой кривизне желудка. Место прикрепления мышцы к ключице соответствует пилорическому отделу, место прикрепления мышцы к черепу - входу пищевода в желудок (**Рис. 2**);

около остистых отростков на уровне Th2-Th3 справа-малая кривизна желудка;

губы на лице - также зоны желудка. Нижняя губа - большая кривизна, верхняя - малая, трещины или заеды в уголках рта указывают на нарушения в пилорическом отделе желудка;

гастриты проявляются болями в эпигастральной области живота, иногда болезненностью только при пальпаторном исследовании. На гастриты указывают появившиеся **крупные «веснушки» на тыльной стороне руки;**

язва желудка нередко сопровождается появлением **боли по остистым отросткам Th10, Th11, Th12** - грудного отдела позвоночника;

плечевая кость на границе между нижней третью ее длины и второй по среднебоковой линии плеча - болезненность зоны указывает на плохое пищеварение в желудке или снижение потенции у мужчин и у женщин.

СУСТАВЫ

В схеме взаимодействий они обозначены номером 11. Взаимосвязь суставов с кругами взаимодействий прослеживается при первых признаках нарушений функции желчного пузыря, когда ослабляется работа левой доли печени и поджелудочной железы. Одновременно с этим возникают зоны соответствия на ногах, указывающие на начальные симптомы нарушения в работе коленных, тазобедренных, и на более поздних этапах - голеностопных суставов. Начальные признаки нарушений в них, - это возникновение хруста при сгибании.

Зоны, указывающие на нарушения в коленных суставах, расположены в нижней части бедра на внутренней его стороне, начинаются от места прикрепления внутренней боковой связки вверх. При возникновении патологических

Зоны, указывающие на нарушения в коленных суставах, расположены в нижней части бедра на внутренней его стороне, начинаются от места прикрепления внутренней боковой связки вверх. При возникновении патологических

нарушений в коленях зоны начинают распространяться вверх по внутренней поверхности бедер (**Рис. 8**).

Практика показывает, что чем выше по бедру распространяется рефлекторная зона, тем глубже степень нарушения в суставных поверхностях коленных суставов. Одновременно наблюдается возникновение болезненности мест прикрепления крестообразных связок суставов, определяемое при пальпаторном исследовании со стороны подколенных ямок (**Рис. 7**).

Нужно отметить, что нарушение в коленных суставах идет неравномерно. Чаще пациенты жалуются на боли в правом суставе, затем, через некоторый промежуток времени, появляются жалобы на левый.

Особенно часто это проявляется у детей, даже незначительное отклонение в функции желчного пузыря вызывает у них, как бы беспричинную боль в правой голени, коленном суставе, и продавливание желчного пузыря в это время дает полное устранение такого недоразумения.

Нарушения в тазобедренных суставах (если они не травматического характера) возникают после появления нарушений в коленных, по нашим наблюдениям, они также развиваются по определенной закономерности, а именно - правый тазобедренный сустав, затем левый. Все это контролируется возникающими зонами болей в суставной сумке при пальпаторном исследовании.

Возникающие боли, скрипы, стуки, люфты при движении бедра - это более глубокие проявления нарушений. Как еще один дополнительный контроль этого - появление болезненности по наружной боковой средней линии бедра по направлению от головки бедра вниз (**Рис. 7**).

Конечно, все это имеет место в правом и левом тазобедренном суставе, но степень нарушения в большинстве случаев преобладает в правом суставе.

На первых этапах боль обнаруживается только при исследовании наружной стороны бедра, вокруг головки бедренной кости, но по мере развития патологии - с внутренней, со стороны паховой складки.

Последовательность нарушения в суставах естественно изменяется при травматическом артрозе.

При недалеко зашедших процессах развитие артроза приостанавливается или ликвидируется путем нормализации работы желчного пузыря.

СЕЛЕЗЕНКА

Этому органу в кругу взаимодействий отводится число 10. Четкой зависимости от патологии других органов на

практике не прослеживается, поэтому селезенка, как и желудок, вынесена из круга «А». Селезенка имеет прямую сосудистую связь с левой долей печени и поэтому, как правило, наблюдается нарушение ее функции при выраженных патологиях со стороны печени. Иногда функциональное состояние селезенки изменяется при нормальном функционировании печени и других органов пищеварения. Поэтому при постановке диагноза и выборе подхода к лечению, лучше всего ориентироваться на собственные рефлекторные зоны селезенки.

Одна из них располагается в области левого плеча (капсула селезенки).

Проекционная зона, отражающая изменения в паренхиме селезенки, расположена по левой реберной дуге спереди над селезенкой (**Рис. 8**).

В некоторых случаях длительные нарушения в функционировании селезенки вызывают деформацию большого пальца левой ноги или болезненность его суставов.

Другими дополнительными признаками отклонений в работе этого органа являются влечение пациента к дурным запахам и частые носовые кровотечения.

ВТОРОЙ КРУГ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ОРГАНОВ

Второй круг взаимодействий «Б» изображен на Рис. 30, где:

12 - левая почка; 13 - правая почка;
14 - левый мочеточник; 15 - правый мочеточник; 16 - мочевого пузыря; 17 - предстательная железа; 18 - сердце; 19 - респираторная система; 20 - правое ухо; 21 - левое ухо.

Второй круг взаимодействий начинается с левой почки, пронумерованной цифрой 12, нарушение в почке возникает с венозного застоя и спазмики в нисходящей ветке толстого кишечника, о чем уже упоминалось выше. (См. второй круг взаимодействий).

Иногда нарушение функции почек возникает изолированно от первого круга взаимодействий, но это встречается относительно редко, такой вариант рассмотрим несколько ниже.

Можно предположить, что одной из причин развития нарушений в почках является возникновение венозного застоя в околопочечном пространстве (в основном в кишечнике). Спазмы в кишечнике за счет раздутия его газами, присутствующие в нем гнилостные процессы - это то, что перегружает и отравляет почечную систему.

За счёт избыточного давления, возникающего изнутри, почки сдавливаются. Такие явления в почках, в свою очередь, вызывают различные формы нарушений обмена, иногда сопровождающиеся образованием песка, камней. За счет повышенного содержания мочевины в крови усиливается возбудимость нервной системы, увеличивается частота сердцебиения, дыхания.

На начальных этапах нарушения носят характер ослабления функций, пациент этого ослабления не замечает и перемен в самочувствии не отмечает. Изредка это проявляется отдаленными признаками чисто внешне: появляются отеки на ногах, на лице после сна, долгого сидения в одном положении, потемнение лица и пери- орбитальных областей глаз, возникновение повышенной потливости и быстрой утомляемости.

Наследственность играет роль в нарушении функционирования почек, особенно в сочетании с перечисленными причинами.

При начальных признаках нарушения функционирования почек (назовем это ослаблением почек), на спине появляются болевые точки между остистыми позвонками Th5-Th6-Th7, а также болезненный гипертонус в мышечных группах с паравerteбральных сторон этих позвонков (Рис. 12).

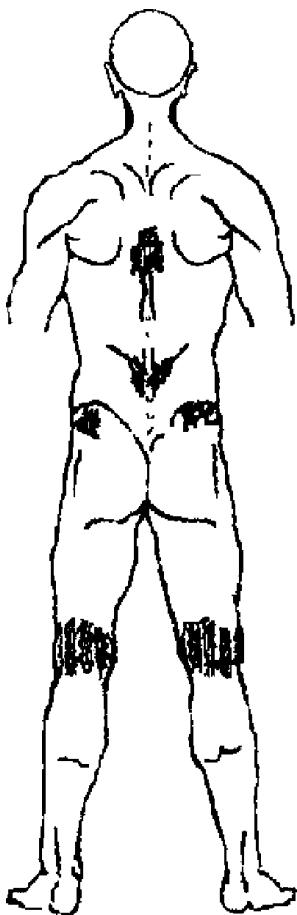


Рис. 12. Диагностика нарушений в почках со стороны спины.

При хронических нарушениях иногда возникает уплощение грудного отдела позвоночника, появляется его нестабильность, проявляющаяся хрустом при продавливании этой области.

При длительном сохранении нарушения в почках за счет возникновения мышечного гипертонуса Th5-Th6-Th7, наблюдается зажим корешков лучевого, локтевого и срединного нервов, иннервирующих руки, возникает онемение пальцев, часто сопровождаемое болью в суставной сумке плеча.

В области спины, на стыке реберных дуг с мышцами поясницы, с левой стороны возникает зона с повышенной болевой чувствительностью и мышечным гипертонусом.

Нарушение в работе надпочечников выражается болезненностью реберных дуг со стороны спины от позвоночника по направлению к средней боковой линии. По мере развития патологии почек рефлекторная зона распространяется по почечной области вниз и вверх, захватывая нижнюю часть спины. Возникает зона с повышенной чувствительностью в верхней части тазовой кости, на месте прикрепления большой ягодичной мышцы.

При патологии в паренхиме почки возникает болевой участок на гребне тазовой кости.

Гипертонус мышц в области поясницы вызывает сдавливание корешков нервных волокон, которые иннервируют нижние конечности, возникает болевая зона в месте выхода корешка седалищного нерва в районе запирательного отверстия и сакрального сочленения, а также по ходу седалищного нерва по бедру и голени, в зависимости от степени защемления, возникает явление, определяемое как «радикулит».

Длительный гипертонус в проекционной зоне почки на спине вызывает анемию передней боковой поверхности бедра.

У детей, при определенной предрасположенности, такой длительный мышечный гипертонус вызывает развитие сколиоза.

На задней поверхности бедра, в нижней его трети, также проявляется зона почки. По месту расположения болевого участка можно судить о характере нарушений: если болезненность участка располагается с внутренней стороны ноги, то можно предположить о наличии изменений в лоханке почки, если с верхней - в ее корковом слое, если в центре - в паренхиме почки.

Еще одна контрольная зона расположена на подъеме стопы на предплюсне в костных промежутках между четвертым и пятым пальцами ноги (**Рис. 8**).

На предплечье левой руки со стороны запястья по надкостнице, проявляется рефлекторная зона почки (**Рис. 5**).

Следующий этап развития нарушений в органах согласно второго круга взаимодействий «Б» - нарушение в правой почке. В схеме взаимодействий правая почка обозначена номером 13. Возникающие отклонения в правой почке вызывают появление повышенной чувствительности в проекционных зонах по правой стороне тела, по аналогии, указанной выше для левой почки.

Нарушение в почках, как уже упоминалось, может возникнуть при полном отсутствии первого круга «А». В основном, это заболевания простудного, инфекционного, травматического или генетического характера. Нарушение в этом случае может возникнуть первично, как в правой почке, так и в левой.

Отклонения в работе почек, как правило, сопровождаются спазмом мочеточников, на схеме они обозначены цифрами 14 и 15. При этом наблюдается сведение мышц голени (судорога), чаще по ночам, и возникновение рефлекторной зоны по линии, проходящей по средней линии икроножной мышцы, от

коленного сгиба до места прикрепления к ахилловому сухожилию. Эта линия является проекцией мочеточника от почки до мочевого пузыря, причем у подколенного сгиба околопочечный участок, место прикрепления ахиллова сухожилия - место вхождения мочеточника в мочевой пузырь, что позволяет иногда проконтролировать движение камня по мочеточнику. Обычно, если нарушения в почках сопровождаются спазмом мочеточников, то это в свою очередь, отражается на работе мочевого пузыря (номер 16 в схеме взаимодействий). Возникают соответствующие рефлекторные зоны на запястье левой руки (**Рис. 5**).

На этом второй круг замыкается.

Рассмотрим другие дополнительные связи, которые присутствуют в этом круге взаимодействий:

17 - простатит, возникающий при ослаблении функций почек, сопровождается возникновением его проекционных зон на теле;

18 - число, обозначающее сердце. При возникновении застойных явлений в левом околопочечном пространстве, наблюдается проявление зоны сердечной недостаточности на груди пациента между 2 и 3 межреберьями и на спине слева, между лопаткой и позвоночником на уровне Th3-Th5. В некоторых случаях эта связь проявляется возникновением сердечной аритмии. После правильно выполненных обдавливаний околопочечных пространств, часто наблюдается прекращение аритмий и уменьшение или исчезновение рефлекторных зон сердца.

19 - дыхательная система.

Практика показывает, улучшение или ухудшение в работе правой почки вызывает изменения в системе дыхания человека. Можно предположить, что быстрая утомляемость и ослабление организма, которое отмечается при заболевании почек, связаны со снижением усвоения кислорода легкими.

20 и 21 - числа, принадлежащие левому и правому уху. Взаимосвязь между ушами и почками четко просматривается у детей. Достаточно появиться первым признакам ослабления почек, как дети начинают жаловаться на уши, они чешутся, наблюдается заложенность, возникает беспричинная боль, появляется предрасположенность к отитам, снижается острота слуха.

III. ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ХИРОПРАКТИКА)

Бог помогает тому больше, кто помогает себе чаще. (Английская пословица)

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МЕТОДОМ БОЛЕВОЙ КОРРЕКЦИИ

В этой главе рассматривается один из универсальных подходов к лечению некоторых болезней внутренних и наружных органов, который природа предусмотрела для человека. Он заключается в очень простом принципе. В самом начале развития болезни, когда появляются только первые признаки, проводится надавливание на больной орган руками, подсобными предметами, положением тела и т.д., с определенным усилием, до исчезновения боли. Затем меняется место или угол надавливания и процедура повторяется. Таким образом проводится обезболивание больного органа. В народной медицине это называется «снятием спазма».

Благодаря такой нехитрой процедуре, работа органа значительно улучшается или полностью восстанавливается.

Воздействие на больной орган один-два раза в день (частота определяется врачом) приводит если не к полному выздоровлению, то к снятию острого состояния на начальной стадии лечения. После стабилизации работы нарушенных органов в лечение включается фитотерапия, гирудотерапия и другие методы.

Такая «болевая» терапия выполнялась и выполняется по единому принципу, заложенному в нас природой, человек разработал лишь технику воздействия. Ориентиром всегда служила и служит боль. Отсутствие боли при надавливании на пораженный орган указывает на противопоказания для терапии.

В зависимости от степени запущенности заболевания, время работы с пациентом за один сеанс достигает от 30 минут до 2 часов, как утром, так и вечером, а иногда и утром и вечером ежедневно. По количеству процедур в сложных или запущенных случаях лечение может проходить 1-2 месяца.

Общими противопоказаниями являются:

онкология во всех формах;

глубокие патологические нарушения;

миелопатии;

сифилис;

острый туберкулез;

острые инфекционные заболевания с высокой температурой;

кровотечение из органов, свежие механические травмы;

гангрена;

коллагенозы;

тромбоз;

психические заболевания; наркотические состояния.

Практика мануального лечения на Руси переплеталась с практикой Востока и трудно сказать, где истоки такого лечения. Отсутствие глубоких литературных источников по данной методике, необходимость индивидуального подхода, подбор технического решения для каждого больного, создает значительные сложности для описания метода.

В этой книге сделана попытка хотя бы частично обобщить опыт работы хиропраكتов в современной народной медицине.

Читатель простит, если в некоторых местах найдет повторение ранее сказанного. Это вызвано желанием автора помочь ему в лучшем запоминании данной темы.

ТЕХНИКА НАДАВЛИВАНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА.

Чтобы достичь необходимого эффекта, терапия начинается с последовательного надавливания на определенные участки тела. Надавливания, изображенные на **Фото. 31**, выполняются как одной рукой - основанием ладони (31 а), так и двумя наложением одной на другую (31 б), кончиками пальцев (31 в), фалангами согнутых пальцев одной рукой (31 г), подушечками пальцев (31 д), давление через подложенные пальцы (31 е), кулаком (31 ж); одним пальцем (31 з), с упором в него (31 и). Форма и сила давления определяются местом надавливания, степенью нарушения во внутренних органах, чувствительностью и возрастом больного, и множеством других причин.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Желчный пузырь прилежит к нижней поверхности печени в так называемой пузырной ямке, имеет грушевидную форму и делится условно на дно, тело и шейку, покрыт брюшиной только с нижней поверхности, является резервуаром желчи (**Рис. 13**). Дно выступает из-под нижнего края печени и прилежит к передней брюшной стенке, шейка пузыря обращена к спине и кверху и переходит в пузырный проток. Емкость желчного пузыря 30-70 мл, длина его колеблется от 8 до 12 см. Дно пузыря выходит из-под нижнего края печени на уровне соединения VIII и IX правых реберных хрящей, что соответствует месту пересечения правого края прямой мышцы живота с правой реберной дугой. Движение желчи по желчным путям осуществляется благодаря ее давлению и сокращению желчного пузыря. Тело желчного пузыря - это Средняя часть, а шейка - суженный задний конец, переходящий в пузырный проток. Желчный пузырь покрыт брюшиной с трех сторон, не покрыта брюшиной поверхность пузыря, прилежащая к печени. В состав стенки пузыря входят серозная оболочка (ее не имеет часть стенки пузыря, обращенная к печени), мышечная оболочка и слизистая оболочка. Мышечная оболочка представлена тонким слоем неисчерченной мышечной ткани. Слизистая оболочка образует складки. Воспаление желчного пузыря - холецистит. Рассмотрев анатомические особенности пузыря, приступаем к рассмотрению элементов его терапии.

ТЕРАПИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Перед началом стимуляции желчного пузыря просматриваются показания и специфические противопоказания. К

противопоказаниям относятся:

- наличие камней, застрявших в протоках, высокой температуры;**
- острый период гепатита;**
- свежая механическая травма правого подреберья;**
- невозможность прикосновения к области желчного, пузыря из-за присутствующей боли;**
- врожденные атония и перетяжка желчного пузыря, перегиб протока у взрослого пациента.**

С чего начинается работа?

Диагностика первого и второго этапа - опрос больного, исследование зон соответствия на лице, болевых зон на предплечье левой и правой руки, осмотр внешнего вида языка, а также проекционных зон на теле.

Терапия желчного пузыря начинается с эпигастральной области пациента. Больной лежит на спине, ноги согнуты в коленях, голова приподнята. Желательно, чтобы врачующий находился слева от пациента.

Большой палец левой руки врач кладет на эпигастральную область, правой рукой, а именно двумя пальцами, указательным и средним, производит нажатие на большой палец левой руки, лежащий вдоль правой реберной дуги пациента (**Фото. 32**).

Существует несколько так называемых «ключей» стимуляции. Один из «ключей» представляет из себя последовательность действий. Обдавливания начинают производить с области желчевыводящего протока, протока печеночного, луковицы двенадцатиперстной кишки и протока поджелудочной железы. Все это примерно находится в одной плоскости, на линии раздела между 2-3 горизонтальными отрезками справа от средней линии живота, раздела между пупом и мечевидным отростком. Действия дают расслабление желчевыводящего протока пузыря и возможность сброса загустевшей желчи. В противном случае, при нарушении последовательности надавливаний вызывается усиление воспалительного процесса, еще более сильное отклонение функции пузыря.

В эпигастральной области справа надавливание проводится до появления первого ощущения боли в околожелчном пространстве. Как только боль появилась, уровень давления или нажатия приостанавливается, выжидается время, когда боль под пальцем исчезает. Если в течение 1-2 минут боль не проходит, а усиливается, то степень надавливания уменьшается, если и это не дает эффекта исчезновения боли - стимуляция прекращается. В этом случае работа будет продолжена, но уже в другом режиме, который будет описан несколько ниже.

Рассмотрим наиболее часто встречающийся вариант процедур с больным, когда боль исчезает в результате давления.

Как только боль под нажимающим пальцем исчезнет, производится сдвигание большого пальца левой руки вниз по реберной дуге параллельно краю на величину, равную длине первой фаланги большого пальца и снова продолжается продавливание до появления боли. Во время перемещения пальца, кожу желательно немного сдвигать от живота к реберной дуге, чтобы натяжение кожи при продавливании не причиняло лишних беспокойств больному (натянувшись, она создаст дополнительное болевое ощущение). После исчезновения боли, палец смещается еще ниже на фалангу и снова проводится

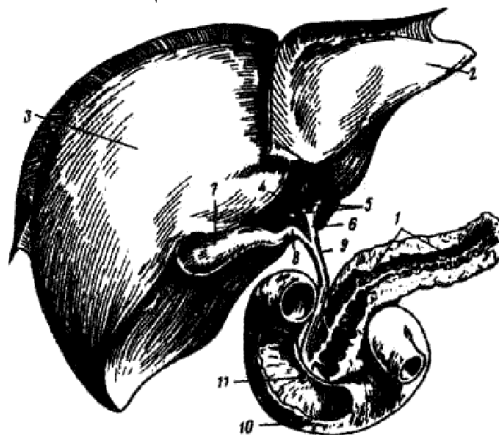


Рис. 13. Печень, поджелудочная железа и двенадцатиперстная кишка.

1 - поджелудочная железа; 2 - левая доля печени; 3 - правая доля печени; 4 - квадратная доля; 5 - печеночные протоки, правый и левый; 6 - общий печеночный проток; 7 - желчный пузырь; 8 - пузырный проток; 9 - общий желчный проток; 10 - двенадцатиперстная кишка; 11 - большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

надавливание на область правого подреберья. Как и в предыдущем случае, давление до появления болезненности, выдержки времени на этом уровне боли и ее исчезновения.

Нужно учитывать, что анатомически желчный пузырь может находиться или чуть ближе к реберной дуге или чуть дальше, поэтому нужно ориентироваться на болевое ощущение пациента. Палец, выполняющий надавливание на околожелчное пространство, смещается по реберной дуге вниз на уровень X ребра, где заканчивается область продавливания желчного пузыря. Снова производится возврат в эпигастральную область и выполняется второй проход с надавливанием.

Нужно заметить, что произойдет обезболивание области давления, т.е. выполняется терапия по расслаблению и снятию спазма с желчного пузыря, по удалению сгустившейся желчи, устранение венозного застоя, за счет чего, мы предполагаем, происходит обновление желчи в желчном пузыре, и воспалительный процесс в нем уменьшается. Если такое действие производить один или два раза в день в течение нескольких дней, а в некоторых случаях и недель, то имеется возможность включения желчного пузыря в работу, при условии отсутствия в нем глубоких органических изменений.

Воспалительный процесс в пузыре прекращается, значительно облегчается состояние пациента. Происходит улучшение его самочувствия, исчезают головные боли, нормализуется луковица двенадцатиперстной кишки, за счет этого исчезает или уменьшается кровотечение из десен по утрам во время чистки зубов, исчезают или уменьшаются боли в области коленей, - конечно, только при условии, что это не глубоко зашедший процесс разрушения.

В качестве примера можно рассказать о больной З. П., возраст 46 лет, которую в течение нескольких лет беспокоили боли в правом подреберье, отекавшие ноги, больные суставы, быстрая утомляемость, головные боли периодически с рвотой. На протяжении ряда лет она лечилась от болезни суставов, лечение приносило лишь временное улучшение. После проведенной диагностики выяснилось наличие холецистита, а также заболеваний, характерных для первого круга взаимодействий. После стимуляции пузыря и других органов круга взаимодействий, состояние больной значительно улучшилось, исчезла боль в правом подреберье, суставы обрели подвижность, обезболились, прекратились головные боли, возросла работоспособность, нормализовался сон.

Больная С. К., возраст 37 лет, обратилась с диагнозом дискинезия желчевыводящих путей, жалобы на повышенную утомляемость, головные боли. Приняла пять сеансов висцеральной практики, после чего состояние резко улучшилось, нормализовался отток желчи, наладилась функция пищеварения, исчезли головные боли, стабилизировался вес, исчез жировик в области живота.

В качестве контроля за ходом лечения использовались зоны, о которых мы упоминали в самом начале этого раздела. По мере нормализации работы желчного пузыря и исчезновения воспалительного процесса в нем, болезненность зон притуплялась, а сами они сокращались в размере. Лечение считается законченным, когда при нажатии на область желчного пузыря боль не возникала.

В некоторых случаях во время стимуляции наблюдается звуковое сопровождение опорожнения желчного пузыря, выраженное сильным урчанием в

области давления на околожелчное пространство, после чего наступает значительное улучшение самочувствия.

Примером этого может, послужить случай из спортивной практики. Автору данной монографии пришлось работать со спортсменами в команде мастеров по футболу. Однажды, за несколько минут до начала ответственной игры, во время разминки на футбольном поле, один из игроков пожаловался на внезапно возникшую острую боль в области правого коленного сустава. Возникшая боль была такой сильной, что он с трудом мог наступить на ногу. Она появилась внезапно на фоне совершенно спокойного разминочного бега, поэтому вариант травмы исключался. При исследовании колена обнаружилась болезненная зона со стороны крестообразных связок в подколенной ямке, и, в дополнение к этому, присутствовала сильная боль на переднебоковой поверхности голени, проходившая по линии желчного пузыря на этой ноге (ориентир на меридианы восточной рефлексотерапии).

Положив спортсмена на траву и надавив на область желчного пузыря, которая, кстати, была болезненна при надавливании, послышался звук урчания в животе. Когда урчание прекратилось и боль в подреберье исчезла, почти моментально исчезла боль и в коленном суставе. Все произошло очень быстро, спортсмен встал и побежал, как будто ничего не случилось.

За время работы в команде такие случаи повторялись несколько раз, что дало возможность проведения анализа возникновения аналогичных болей. Наибольший процент выпадал на время ответственных игр, когда команда была вся в напряжении, т. е. в момент возникновения так называемой «предстартовой лихорадки». Наиболее эмоциональные игроки страдали от боли в одном правом или сразу в обоих коленных суставах, а при надавливании на область подреберья испытывали неприятные и болезненные ощущения. Такое простое действие, как нажим на область желчного пузыря, освобождало спортсмена от боли и давало возможность лучшего выполнения поставленной задачи и, по моему мнению, способствовало сохранению суставов.

Собирая материал по работе с желчным пузырем, пришлось столкнуться с очень интересным явлением, характерным для спортсменов. Во время подготовки к соревнованиям в системе единоборств у спортсмена происходит переполнение желчного пузыря и возникновение в нем застойного явления за счет тревожного состояния ожидания поединка, нарушение его работы, что отражается на перегруженных суставах. Это приводит к травматизации и в результате снижается вероятность успеха спортсмена.

Проведенные нами исследования дают основание полагать, что сброс желчи перед соревнованиями методом обдавливания, например, в боксе или футболе, дает возможность выдержать более сильный удар в область печени, уменьшает травматизм, за счет облегчения нагрузки на суставы, что повышает функциональные возможности спортсмена.

Как уже указывалось ранее, калькулезный холецистит, еще по наблюдениям С. П. Боткина, стимулирует стенокардический синдром, поэтому, если во время стимуляции появляются боли в области сердца за грудиной, то продавливания выполняются более осторожно, причем со сменой положения тела стоя или сидя. Аналогичные действия - при подозрении на желчекаменную болезнь.

Эту терапию можно еще более облегчить, если использовать биомеханические стимуляторы (вибраторы) дозированного воздействия, которые используются при начальных стимуляциях, обязательно в положениях стоя или сидя,

после предварительного прохождения руками области желчного пузыря. Это дает более эффективное воздействие на сгустившуюся желчь и не дает возможности конкрементам желчного пузыря двинуться в проток.

При ежедневном дозированном продавливании и воздействии вибрацией на область желчного пузыря, возникает возможность освобождения его от песка и мелких камней. Одновременно с этим происходит восстановление сократительной функции желчного пузыря, если это не далеко зашедший процесс атонии.

В народной медицине начало продавливаний старались проводить в фазу полнолуния, т.к. в полнолуние текучесть жидких сред возрастает, и это позволяет более эффективно использовать систему висцеральной терапии.

Подчеркиваю еще раз, вибрация используется только после ручного прохождения области желчного пузыря. Терапия обязательно начинается с эпигастральной области, со снятия спазма с желчевыводящего протока, сфинктера Одди, луковицы двенадцатиперстной кишки, после чего продавливается сам желчный пузырь. В противном случае можно вызвать перестимуляцию желчного пузыря, закрытие сфинктера Одди и еще более глубокие нарушения в нем.

В некоторых случаях, как показывает практика, после правильно выполненной терапии изменяется положение желчного пузыря. Он ближе подтягивается к реберной дуге, исчезает или уменьшается глубина атонии, при этом улучшается работа желчного пузыря, исчезает горечь во рту, прекращаются головные боли, улучшается состояние коленных и тазобедренных суставов, восстанавливается функция пищеварения, исчезают болезненные проекционные зоны на теле, чище становится лицо, улучшается характер человека, устраняются запоры.

За время работы с пациентом, он обучается самостоятельно контролировать свое состояние и своевременно устранять возникающие нарушения во внутренних органах.

Больная Ч. Н., 42 лет, обратилась по поводу калькулезного холецистита с жалобами на приступообразные боли в области правого подреберья, с характерной желтизной лица, физическим истощением организма. Ранее пробовала голодать, применять уринотерапию.

Общее состояние не улучшалось, до и после голодания мало ела, вся пища имела горький привкус.

Были сделаны анализы крови и мочи, взяты печеночные пробы. Сделано УЗИ печени и желчного пузыря: внутripеченочные желчные протоки расширены, желчный пузырь увеличен в размерах, выгнутой формы, изогнут в верхней трети, перегнут в области шейки, стенки его уплотнены до 5 мм, пузырный проток расширен, в дистальном его отделе определяется эхоплотное образование 2,1-1,0 см. Предлагалась хирургическая операция по удалению желчного пузыря.

После обращения к хиропракту и проведенных пяти сеансов терапии, состояние больной заметно улучшилось, исчезла желтизна лица, проведено повторное УЗИ, которое показало наличие мелких конкрементов в желчном пузыре; сделанные анализы показали, что билирубин в норме. По истечении восьми сеансов терапевтических воздействий выполнено еще одно УЗИ, которое определило: внутripеченочные желчные протоки сократились, желчный пузырь без признаков воспаления, эхопегативен, холедох умеренно дефор-

мирован, свободен от посторонних включений. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Одновременно с висцеральной терапией проводилась психорегуляция, а также использовалось оливковое масло с лимонным соком по методике очищения, описанной П. Куреновым, кроме того рационализировали питание.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ЕГО ФУНКЦИИ

Самопомощь или висцеральная само-терапия при нарушениях в желчном пузыре (**Фото. 33**) заключается в том, что человек, используя свой кулак и пальцы выполняет надавливание в область пузыря до появления легкой

боли.

На этом уровне легкого болевого ощущения, которое появляется в начале стимуляции, не изменяя величину давления, проводится пауза с выдержкой времени и нажатием. Когда уровень болевого восприятия снижается или совсем исчезает, кулак перемещается ниже по подреберью, в поиске боли. Найдя очередную болевую зону, выполняется новое продавливание, так же с выдержкой времени, после чего кулак смещается. Так делается до тех пор, пока область вдоль правого подреберья (околожелчное пространство) не обезболится. Количество продавливаний в день определяется индивидуально по самочувствию, но не должно превышать трех, а именно: утром, в обеденное время, вечером перед сном. Желательно производить действия натошак, сначала в положении лежа на спине, затем из положения сидя или стоя, за 30-40 мин. до еды.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ

Печень - массивный железистый орган красно-бурого цвета массой около 1,5 кг (**Рис. 13**). Она является не только пи-

щеварительной железой, вырабатывающей желчь, но и выполняет другие очень важные функции. Основные из них: нейтрализация различных вредных веществ, поступающих в печень с циркулирующей кровью (барьерная функция), участие в обмене углеводов, белков и ряда других веществ (обменная функция). В эмбриональном периоде печень является кроветворным органом.

Печень расположена в верхнем отделе брюшной полости, преимущественно в правом подреберье и меньшей частью в надчревной области в левом подреберье.

Сверху к печени прилежит диафрагма. Под печенью находятся желудок, двенадцатиперстная кишка, правый изгиб ободочной кишки, правая почка и надпочечник.

При определении проекции печени на поверхность тела различают верхнюю и нижнюю границы. Обе границы сходятся справа по средней подмышечной линии на уровне десятого межреберья и слева - по левой около грудинной линии на уровне пятого межреберья.

Высшая точка верхней границы печени находится в четвертом межреберном промежутке по правой среднеключичной линии.

Нижняя граница проходит в области правого подреберья по реберной дуге (здесь печень обычно не выступает из-под ребер - «не прощупывается»), а в надчревной области по срединной линии пересекает середину расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины.

Печень имеет неправильную форму, напоминающую шляпку большого гриба. На ней различают верхнюю выпуклую поверхность, нижнюю, относительно плоскую поверхность и острый край. К верхней поверхности прилежат внутренние органы и оставляют на ней неглубокие вдавления.

Край печени отделяет одну поверхность от другой, он обращен вперед и вниз и называется нижним краем. Диафрагмальная поверхность на большом протяжении только прилежит к диафрагме, висцеральной поверхностью соприкасается с верхним полюсом правой почки и надпочечником. Посредством серповидной связки, идущей с диафрагмы на верхнюю поверхность печени, она подразделяется на большую правую и меньшую левую доли.

На висцеральной поверхности печени различают три хорошо выраженные борозды: правую и левую продольные (имеют сагитальное направление) и поперечную. Эти борозды разделяют печень снизу на четыре доли: правую, квадратную, хвостовую и левую.

Передний отдел правой продольной борозды называется ямкой желчного пузыря, а задний - бороздой нижней полой вены; в них лежат одноименные органы.

Передний отдел левой продольной борозды называется щелью круглой связки, а задний - щелью венозной связки; в них находятся соответствующие связки: круглая связка печени - заросшая пупочная вена плода и венозная связка - заросший венозный проток.

Поперечная борозда ограничена спереди квадратной долей печени, сзади - хвостатой долей. Она является воротами печени, через которые проходят печеночная артерия, воротная вена, общий печеночный проток, лимфатические сосуды и нервы.

Брюшина покрывает большую часть печени; не покрыты ею только задняя часть диафрагмальной поверхности, сращенная с диафрагмой, и участки висцеральной поверхности, к которым прилежат желчный пузырь и нижняя полая вена. Брюшина с печени переходит на соседние органы, образуя связки. К числу таких связок относятся печеночно-дуоденальная и печеночно-желудочная. Они идут от ворот печени к верхней части двенадцатиперстной кишки и к малой кривизне желудка. Под серозной оболочкой печени находится тонкая соединительно-тканая оболочка - фиброзная оболочка. Она плотно сращена с веществом печени и в области ворот проникает внутрь органа, где образует соединительно-тканые прослойки между дольками печени.

В отличие от других органов в печень притекает не только артериальная, но и венозная кровь. Артериальную кровь доставляет печеночная артерия, а венозную - воротная вена. Наличие воротной вены связано с функциями печени. По этой вене кровь доставляет из непарных органов брюшной полости различные вещества, участвующие в обменных процессах, происходящих в печени (например, питательные вещества из тонкой кишки), производится детоксикация продуктов распада.

Печеночная артерия и воротная вена, войдя в печень через ее ворота, внутри органа последовательно делятся на все более мелкие ветви. Эти сосуды, находящиеся между дольками печени, называются междольковыми артериями и венами. От них берут свое начало внутридольковые кровеносные капилляры, впадающие в центральные вены. Центральные вены нескольких долек сливаются в более крупные венозные сосуды, которые в свою очередь соединяются между собой, в результате чего образуются 2-3 печеночные вены. Последние впадают в нижнюю полую вену в том месте, где она прилежит к печени.

Рассмотрев анатомические особенности печени, приступаем к описанию висцеральной ее терапии.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЧЕНИ

Стимуляция печени в народной медицине выполняется по аналогичному принципу, что и стимуляция желчного

пузыря. Проводится исследование печени по проекционным зонам, по определению степени нарушения, на показания и противопоказания.

К противопоказаниям для работы с печенью относятся общие для висцеральной терапии живота и специфические:

**цирроз печени;
эхинококк печени.**

К показаниям относятся:

**вялотекущие холециститы с болезненными проявлениями печени;
застойные явления в печени;
перенесенная ранее болезнь Боткина.**

Терапия начинается с эпигастральной области, где анатомически расположена левая доля печени.

Пациент ложится на спину, руки его располагаются вдоль туловища, а колени полусогнуты для большего расслабления мышц живота, голова приподнимается. Врач, желательна, находится слева от больного.

Подготовительные действия, а именно терапия функции желчного пузыря, должны быть к этому времени уже выполнены, что дает возможность проведения стимуляции печени.

Практические действия выполняются следующим образом.

Большим пальцем левой руки, помогая пальцами правой руки - указательным и средним, как показано на **Фото. 34**, немного отступая от правой реберной дуги, проводится надавливание на околопеченочное пространство до появления болевого ощущения в области печени. Давление осуществляется под углом по отношению к реберной дуге, в подреберье, причем угол нажатия изменяется после исчезновения боли. Время нажатия в одной зоне или плоскости, желательна, не должно превышать двух минут. Переставляя палец, врач нажимает на область подреберья до ощущения легкой боли, дается выдержка времени, и после исчезновения боли палец перемещается в другую точку правого подреберья, и таким образом проводится обезболивание всего подреберья, где расположена печень. Стимуляция считается законченной, если при нажатии на область правого подреберья, боль будет отсутствовать.

Одновременно болезненность проекционных зон печени на теле пациента исчезает или значительно сокращается.

После проведенной стимуляции, пациенту полезно полежать на левом боку с теплой грелкой на правом подреберье, для улучшения оттока желчи в течение одного - двух часов. Если после проведенной стимуляции у пациента появилось ощущение боли в области печени, то это указывает на перестимуляцию органа. В этом случае, полезно выпить небольшое количество горячего сладкого чая. Правильно проведенная стимуляция не должна давать обострений, кроме этого на коже больного не должно оставаться синяков.

Каждодневная работа с печенью и другими органами дает изменения внешнего вида языка. Исчезает желтизна, красные сосочки с правой стороны, язык становится более розовым, улучшается самочувствие, иногда повышается острота зрения. Терапию проводят один раз в день, но если случай сложный,

то и два раза в день - утром и вечером. Количество сеансов определяется индивидуально, пока не исчезнет болевое ощущение в подреберье.

Использование дополнительно фитотерапии, гирудотерапии, медикаментозного воздействия, горячих обертываний, иглорефлексотерапии, тюбажа с оливковым маслом и лимонным соком, теплой грелки, ускоряют процесс восстановления печени и вызывают улучшение состояние организма в целом.

Для примера можно описать масляный тюбаж, который дополнит терапию печени и желчного пузыря.

Утром натощак проводится обдавливание органов по описанной схеме, и в течение всего дня больной воздерживается от приема пищи. В 19 часов делается глубокая клизма кипяченой водой комнатной температуры подкисленной лимоном. Около 23 часов вечера пациент выпивает 100-300 г. оливкового масла (количество зависит от массы тела и состояния пациента), запивая его 100-300 г. лимонного сока (лимонный сок желательно пить, оберегая зубы от соприкосновения с ним, для этого можно использовать коктейлевую трубочку), после чего он еще выпивает столовую ложку касторового масла и ложится на левый бок, положив сверху на область печени грелку. За счет такого положения дно желчного пузыря оказывается выше пузырного протока. Как показала практика, такое положение дает большую эффективность тюбажа.

Утром или днем следующего дня можно наблюдать в каловых массах пластилиноподобные включения зеленого, темного, коричневого, рубинового или белого цвета. Цвет и количество выходящих из кишечника включений зависит от степени нарушения в печени и желчном пузыре.

Прием пищи в этот день желательно начинать с овсяной каши, приготовленной на воде.

Иногда желчь, которая выходит во время тюбажа, может быть использована для компрессов на область нарушенных суставов, при болевых артрозных проявлениях.

Для обеспечения большего выхода желчных включений используется большее количество оливкового масла (из зрелых оливок) в количестве до 300 г и такое же количество лимонного сока, с использованием нош-пы или нескольких капель атропина, количество определяется по весу и по состоянию пациента.

Как дополнительное средство улучшения функции печени может использоваться воздействие на рефлекторные зоны печени, которые перед началом стимуляции использовались как диагностические. Воздействуя массажем на эти участки тела, добиваются полного исчезновения болевой чувствительности, если она присутствует. При этом допустимо использование различных стимуляторов или вибраторов, ориентируясь на состояние пациента и его восприимчивость к приборам и вибрации.

САМОПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ (Фото. 35) заключается в том, что человек, используя кулак и пальцы (**Фото. 35**), выполняет надавливание на область печени до появления легкой боли.

На том уровне болевого ощущения, которое появилось в начале терапии, не изменяя величину давления на область живота, дается выдержка времени. Когда боль уходит, кулак перемещается по подреберью, в поиске следующего участка с болью. Найдя очередную болевую зону, выполняется новое продавливание с выдержкой времени, после чего кулак снова смещается. И так до тех пор, пока область правого подреберья (околопеченочная область) не обезбо-

лится. Количество надавливаний в день определяется индивидуально по самочувствию, желательно натощак или за 30 минут до еды. Производить терапию лучше в положении лежа на спине, затем из положения сидя или стоя.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Поджелудочная железа представляет собой удлинённый орган дольчатого строения массой около 70-80 г (**Рис. 13**). Поджелудочная железа расположена позади желудка на задней стенке полости живота, в забрюшинном пространстве. По отношению к позвоночному столбу она лежит поперечно. В поджелудочной железе различают головку, тело и хвост. Головка поджелудочной железы - правая утолщённая ее часть, прилежит к двенадцатиперстной кишке. Тело - средняя часть железы, имеет форму трехгранной призмы, лежит на уровне I поясничного позвонка. Хвост - суженная часть железы, направлен влево, прилежит к селезенке и левому изгибу ободочной кишки. В толще железы на ее протяжении проходит проток железы; он открывается вместе с общим желчным протоком на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Нередко бывает добавочный проток поджелудочной железы, отверстие которого находится на малом сосочке двенадцатиперстной кишки.

По внутреннему строению поджелудочная железа относится к сложным трубчато-альвеолярным железам. Она состоит из множества долек, между которыми находятся прослойки рыхлой волокнистой соединительной ткани. В этих прослойках проходят сосуды и нервы. Выводные протоки долек впадают в проток железы. Дольки железы вместе с протоками в совокупности составляют экзокринную (внешнесекреторную) часть поджелудочной железы. Ее эндокринная часть состоит из скоплений особых железистых клеток, называемых островками; островки выводных протоков не имеют.

Поджелудочная железа снаружи покрыта очень тонкой соединительнотканной капсулой. Брюшина покрывает железу только спереди.

ТЕРАПИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Перед началом стимуляции поджелудочной железы уточняются показания и противопоказания для работы.

Противопоказанием будут общие и специфические нарушения в организме:

тяжелые формы сахарного диабета на фоне удаленного желчного пузыря, длительная инсулинозависимость.

Показанием для работы с поджелудочной железой могут служить следующие состояния организма:

**панкреатиты в легкой и умеренной форме;
не инсулинозависимые сахарные диабет.**

Поджелудочная железа стимулируется следующим образом. Делится расстояние между пупом и мечевидным отростком на животе пациента по средней линии живота на три части. Начало отсчета отрезков от пупа. Граница раздела первой и второй части, через которую проходит условная горизонтальная линия, принадлежит зоне поджелудочной железы. По этому горизонтальному отрезку (около поджелудочному пространству) проводятся надавливания (**Фото. 36**). Надавливания выполняются по линии боли.

В некоторых случаях, если в нижней трети отрезка располагается складка живота, то линия стимуляции поджелудочной железы проводится по этой складке.

Первый нажим до появления болевого ощущения проводится немного правее средней линии живота. Обязательное условие - положение пациента на спине с согнутыми в коленях ногами и приподнятой головой. Врач располагается сбоку от больного. Нажим осуществляется до появления первого болевого ощущения, после чего степень нажима фиксируется, максимальное время воздействия в одной плоскости - в пределах двух минут, до исчезновения боли. Палец смещается к средней линии живота и давление на живот повторяется, также до исчезновения или значительного ослабления болевого ощущения. Далее палец смещается к левому подреберью пациента, вновь ориентируясь на боль. На левой половине живота линия воздействия немного изгибается вверх. Двигаясь по этой линии, ориентируются на ее болезненность. Терапия железы считается законченной, если после повторного прохода по этой линии боль будет отсутствовать. В некоторых случаях выполняется два или три прохода.

При, правильно выполненной стимуляции на следующий день можно наблюдать ослабление при пробном продавливании около- поджелудочного пространства.

Таким образом, каждая новая стимуляция несет снижение болевого ощущения, улучшение самочувствия больного. Если боль полностью не уходит в момент стимуляции, а наблюдается только снижение ее уровня, стимуляция на этом уровне боли прекращается, и повторяется только на следующий день. В таком случае это указывает, предположительно, на запущенность или длительность заболевания.

САМОПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. При самопомощи, как и в предыдущем случае, используется собственный кулак (**Фото. 37**), усилие нажима обеспечивается с помощью второй руки. Стимуляция осуществляется по ранее описанной схеме в положении лежа на спине.

Как фактор, усиливающий лечебный эффект, может быть использован вибратор с небольшой амплитудой и частотой в пределах 25-30 Гц, но только после ручной проработки зоны.

Время работы в болевой точке вибратором не должно превышать одной минуты. Прохождение вибратором по линии стимуляции поджелудочной железы должно выполняться только после ручного продавливания этой линии.

Нужно отметить, работа с поджелудочной железой очень ответственна и серьезна, особенно при хронических заболеваниях, здесь требуется большая осторожность со стороны хиропракта и должен быть предварительный навык в работе. Одновременно хорошие результаты дает использование гирудотерапии на области поджелудочной железы как дополнительного вспомогательного фактора.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДКА

ченная пища (**Рис. 14**).

Основной функцией желудка является переваривание под влиянием желудочного сока. В результате перемешивания пищи и воздействия сока пища принимает в желудке вид жидкой кашицы.

Желудок расположен в верхнем этаже брюшной полости - левом подреберье и в надчревной области (**Рис. 15**). Форма и размеры желудка варьируют индивидуально и зависят также от объема находящейся в нем пищи. Вместимость желудка у разных людей колеблется от 1 л до нескольких литров.

Желудок представляет собой расширенный отдел пищеварительного канала, в котором скапливается проглоченная пища

Принято сравнивать желудок с перевернутой ретортой. В нем различают переднюю и заднюю стенки и два края. Вогнутый край, обращенный вправо и вверх, называется малой кривизной желудка. Выпуклый край направлен влево и вниз и носит название большой кривизны желудка. Желудок имеет входное - кардиальное отверстие, выходное отверстие - отверстие привратника и подразделяется на отделы: кардиальную часть (кардия), дно (свод) желудка, тело желудка и привратниковую (пилорическую) часть. Кардиальное отверстие находится на месте входа в желудок пищевода. Отверстие привратника ведет из желудка в двенадцатиперстную кишку; оно расположено на месте выхода из желудка, названного привратником (пилорус). Кардиальная часть желудка прилежит к кардиальному отверстию. Дно желудка, или свод желудка, следует за кардиальной частью, имеет форму обращенного кверху купола. Тело желудка - самый обширный отдел. Оно расположено между дном и привратниковой частью. Привратниковая часть находится за телом перед выходом из желудка и в свою очередь делится на две части: привратникову пещеру и канал привратника.

Продольная ось желудка проходит косо - слева направо, сверху вниз и сзади наперед. Наполненный желудок соприкасается со следующими органами: сверху — с нижней поверхностью левой доли печени и левым куполом диафрагмы, внизу — с поперечной ободочной кишкой и ее брыжейкой, впереди - с передней брюшной стенкой между печенью справа и ребрами слева, позади - с левой почкой и надпочечником, селезенкой и поджелудочной железой.

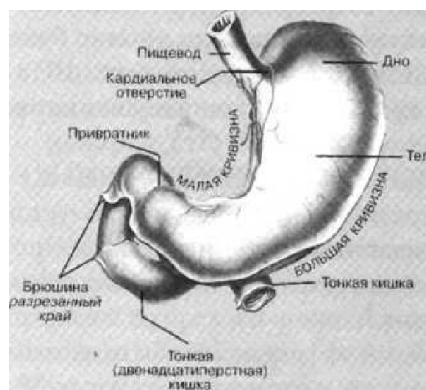


Рис. 14. Желудок.

Стенка желудка состоит из трех оболочек: наружной - серозной с подсерозной основой, средней - мышечной и внутренней - слизистой оболочки с подслизистой основой. Наружная серозная оболочка - брюшина - покрывает желудок со всех сторон и переходит с него на соседние органы. Мышечная оболочка желудка построена из неисчерченной мышечной ткани, образующей три мышечных слоя: продольный (наружный), круговой (средний) и косой - косые волокна (внутренний). Продольный слой хорошо выражен в области малой и большой кривизны желудка, круговой - во всех отделах; на месте выхода из желудка он образует утолщение - сфинктер привратника. Косые волокна четко определяются в области дна и тела. При их сокращении от общей полости желудка может отделяться канал вдоль малой кривизны для прохождения жидкой части пищи.

Сокращение мышечной оболочки желудка способствует разминанию пищи до консистенции жидкой кашицы, перемешиванию ее с желудочным соком и продвижению по направлению к выходу.

Волнообразные сокращения желудка от входа к выходу называются перистальтическими.

Подслизистая соединительнотканная основа соединяет слизистую и мышечную оболочку желудка; в ней много кровеносных и лимфатических сосудов, а также нервные сплетения. Слизистая оболочка желудка выстлана простым столбчатым эпителием, клетки которого выделяют слизь.

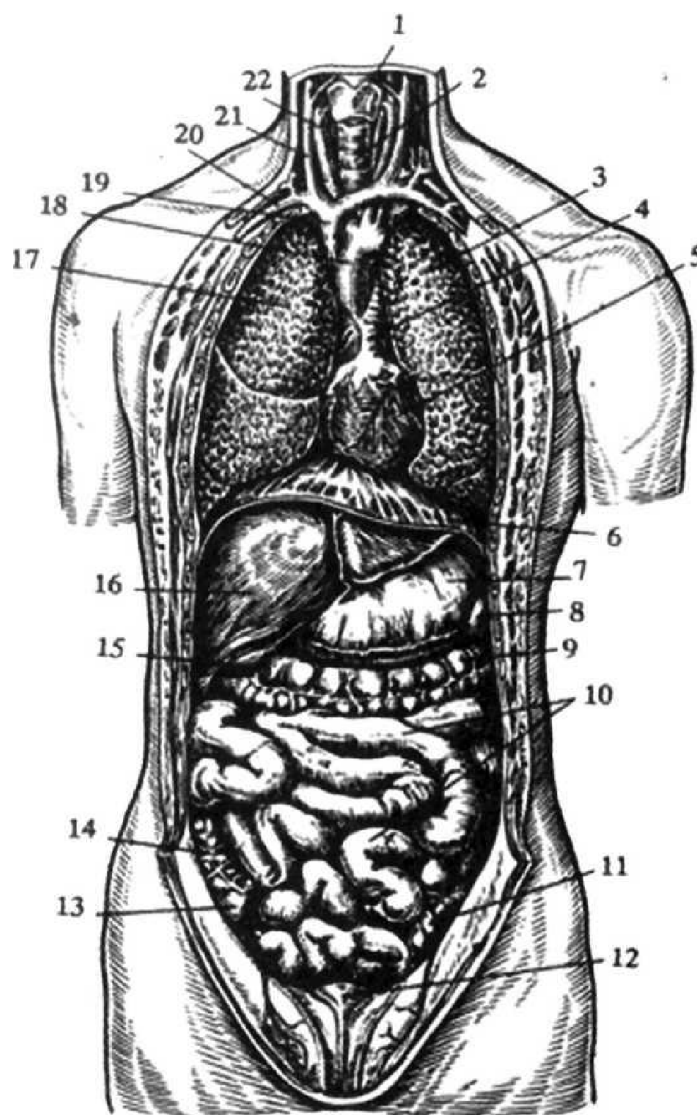


Рис. 15. Органы грудной и брюшной полостей:

1 - гортань; 2 - трахея; 3 - левое легкое; 4 - легочный ствол; 5 - сердце; 6 - диафрагма; 7 - желудок; 8 - селезенка; 9 - поперечная ободочная кишка; 10 - тонкая кишка; 11 - сигмовидная ободочная кишка; 12 - мочевого пузырь; 13 - слепая кишка; 14 - восходящая ободочная кишка; 15 - желчный пузырь; 16 - печень; 17 - правое легкое; 18 - восходящая аорта; 19 - верхняя полая вена; 20 - подключичная артерия и вена; 21 - внутренняя яремная вена; 22 - общая сонная артерия.

Эта оболочка имеет характерную складчатость. В области малой кривизны складки желудка направлены продольно (это характерно для складок пищевода), они формируют так называемую желудочную дорожку. В области дна и тела складки имеют сетчатый характер, а в привратниковой части - расположены преимущественно продольно. Помимо складок, на слизистой оболочке различают также возвышения - желудочные поля, на которых имеются небольшие углубления с многочисленными отверстиями - желудочные ямочки.

На границе желудка и двенадцатиперстной кишки в месте нахождения сфинктера привратника слизистая оболочка образует круговую складку (за-слонку привратника).

ОПУЩЕНИЕ ЖЕЛУДКА

В народной медицине существовал термин «Опущение желудка». Под ним понималось изменение его формы под

воздействием каких-либо факторов, например:

тяжелого физического труда после приема обильной пищи; поднятие за-предельных тяжестей или попытки удержать одномоментно тяжесть в ка-ком-то положении;

падения с высоты на ягодицы при наполненном желудке - все это приво-дит к изменению его положения и формы, а заодно и изменению положения других органов.

Опущение сопровождается болями в области живота и желудка, несварением пищи, тухлой отрыжкой из желудка, вздутием живота, усилением боли после физической работы.

В старые времена диагностировалось это заболевание с помощью лыковой веревки в положении больного на спине с согнутыми коленями. Для мужчин замерялось расстояние между пупом и соском на груди левой и правой половины тела (Рис. 16). Для женщин расстоянием между пупом и гребнями подвздошной левой и подвздошной правой кости, в

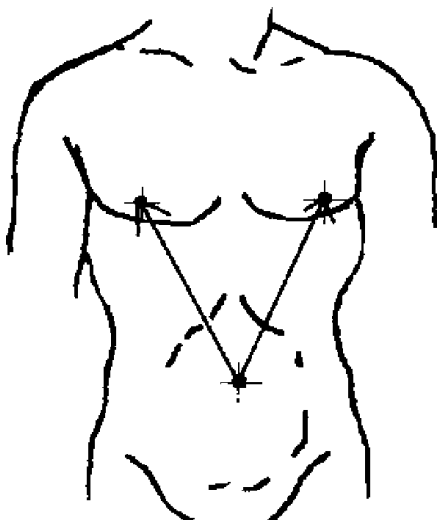


Рис. 16. Диагностика опущения желудка у мужчин с помощью веревки.

некоторых случаях, расстоянием между пупом и внутренними лодыжками левой и правой ноги, (Рис. 17). Если расхождение между замерами достигало 1-3 см, то производились действия, направленные на поднятие желудка.

С целью уточнения диагностики определялась пульсация аорты относительно пупа, эта процедура описана ниже.

Визуально при нарушении можно наблю-дать сдвигение пупа с белой линии живота влево или вправо. Дополнительно возникает поперечная складка на животе между пупом и мечевидным отростком. Эта складка не укла-дывается в нормальные пропорции, т.е. она

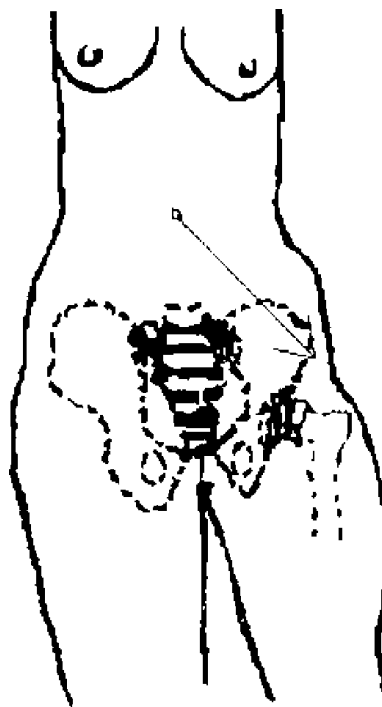


Рис. 17. Диагностика опущения же-лудка у женщин с помощью веревки.

находится ниже раздела границы нижнего и среднего отрезков, между пупом и мечевидным отростком.

В стоячем положении больного можно наблюдать изменение формы живота - наблюдается выпячивание его нижней части. Фигура приобретает форму вопросительного знака, если смотреть сбоку на стоящего.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОДНЯТИЕ ЖЕЛУДКА

Поднятие желудка проходит в несколько этапов. Первый этап заключается в прохождении «первого круга».

Проводятся действия, описанные в предыдущих главах, т.е. снимаются спазмы органов, устраняется венозный застой, если они имеют место (желчный пузырь, печень, поджелудочная железа, толстый кишечник, гинекология, сам желудок), обезболивание живота.

Если это не достигается за один проход стимуляций, то дальнейшие технические действия по поднятию желудка не выполняются, пока последующие действия не нормализуют этот круг. При имеющихся нарушениях первого круга, действия по поднятию желудка сопряжены с большой опасностью.

Поднятие желудка выполняется из положения пациента, лежащего на спине с согнутыми в коленях ногами для большего расслабления передней стенки живота.

Действия начинаются с работы над кишечником. Выполняется надавливание и сдвигание кишечника по направлению к пупу, снизу сбоку справа, снизу сбоку слева, снизу к центру, слева к центру, справа к центру (Фото. 31 д). Действия с кишечником описаны в разделе «висцеральная терапия кишечника».

После манипуляций пациента переворачивают на живот и проходит разминание поясничной области, обычно это сопровождается болевым ощущением, т.к. длительное нарушение функций органов вызывает образование миофиброзов.

За счет разминания идет косвенное дополнительное расслабление задействованных органов.

Следующий этап постановки желудка на место - работа с самим желудком. Пациента укладывают в положение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, но под область таза подкладывают валик или подушку для поднятия таза на уровень выше положения желудка. Врачу заходит со стороны головы, после чего руки пальцами вниз (**Фото. 38**) устанавливаются на линию складки слева, относительно белой линии живота, проводится легкое надавливание на эту складку до ощущения плотности под пальцами, у больного возникает при этом чувство боли, давление приостанавливается до исчезновения боли. Проводится сдвигание органов по направлению к эпигастрию, сдвигание так же ориентируется на боль. Давление на желудок выполняется до появления боли, после ее исчезновения пальцы смещаются еще левее или правее, ориентиром служит боль.

После правильно выполненной манипуляции болезненность при пальпации области желудка и проекционные его зоны на теле значительно уменьшаются или исчезают.

Следующим этапом работы будет обматывание живота простыней, сложенной по длине в несколько слоев. Обмотка делается в положении больного лежа на спине. Низ живота и талия туго обвязываются и стягиваются, простыня закрепляется (**Фото. 39**).

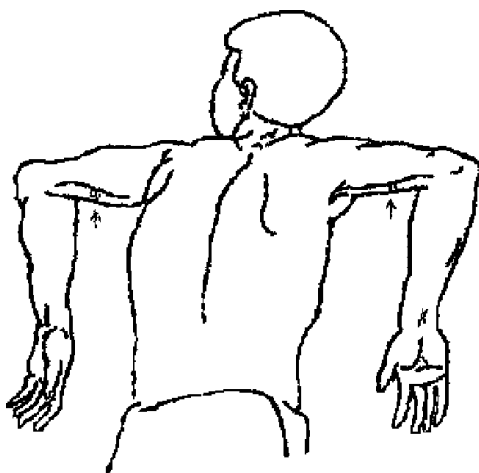


Рис. 18. Ущемление лучевого, локтевого, срединного нервов для снятия остаточных напряжений в желудке и улучшения его функции.

Пациент переворачивается на живот, руки полусогнуты в локтях. Проводится щипок с ущемлением лучевого, локтевого, срединного нервов, проходящих по внутренней поверхности плечевой кости, предварительно определив ближайший поверхностный выход волокон (**Рис. 18**). В момент ущемления происходит дополнительное рефлексорное сокращение желудка и сдвигание его в нужном направлении.

Концентрируется щипковое действие на лучевом нерве, т.е. в момент выщипывания прострел в руке должен наблюдаться на большом и указательном пальцах рук. Это действие считается завершающим. После чего, пациента переворачивают и оставляют в

лежачем положении на спине два - три часа с приподнятым тазом и туго забинтованным сложенной в несколько слоев простыней. После этого он встает и 6-8 часов находится в обвязанном простыней положении. В пределах недели для него ограничиваются физический труд и двигательная физическая активность.

Через 3-4 дня проводится проверка закрепления желудка на месте в животе, для этого вновь сравниваются расстояния от пупа до сосков груди у мужчин, у женщин от пупа до внутренних лодыжек или гребней подвздошных костей. Если наблюдается расхождение измерений расстояний, то действия повторяются. Причем, после первого действия с желудком наблюдается уменьшение расхождений в замерах и с каждым последующим действием расхождение сводится к минимуму.

Вся эта работа с постановкой несет в себе и определенный уровень опасности. Она всегда сопровождается болезненными ощущениями со стороны внутренних органов пациента, нужно быть очень и очень осторожным и внимательным, чтобы не передавить и не перетянуть. При таких сдвигениях наблюдается изменение положения органов, нужно обладать достаточным опытом и навыком, чтобы браться за эту работу.

Когда у больного исчезают симптомы, указанные в начале главы, лечение считается законченным.

Обычно выполняется 3-4 действия, но в некоторых случаях допускается и до 5, все зависит от степени нарушения, давности заболевания, умения исполнителя правильно выполнить терапию.

На Руси такие терапевтические действия с желудком производили в бане, когда больной распарен и расслаблен.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Тонкий кишечник - следующий за желудком самый длинный отдел пищеварительного канала - около 5-7 м (**Рис. 15**). В нем наиболее интенсивно протекает и в основном заканчивается переваривание пищи (белков, жиров и углеводов), происходит всасывание в кровь и лимфу питательных веществ.

Выделяют три части тонкой кишки: двенадцатиперстную кишку, тощую кишку и подвздошную кишку. Подвздошная кишка в правой подвздошной ямке переходит в толстую кишку.

Двенадцатиперстная кишка - наиболее короткая часть тонкой кишки, длина ее около 25 см. Она фиксирована на задней брюшной стенке и лежит впереди и справа от поясничной части диафрагмы, под квадратной долей печени. Начинаясь от привратника желудка, двенадцатиперстная кишка подковообразно изгибается, охватывая головку поджелудочной железы (**Рис. 13**). В кишке различают четыре части: верхнюю, нисходящую, горизонтальную (нижнюю) и восходящую. Верхняя часть расположена на уровне I поясничного позвонка, нисходящая часть спускается по правой стороне II - III поясничных позвонков.

Слизистая оболочка нисходящей части двенадцатиперстной кишки, помимо множества круговых складок, имеет одну продольную складку. На ней расположен большой сосочек двенадцатиперстной кишки, на котором открываются общим отверстием выводной проток поджелудочной железы и общий желчный проток. Выше большого сосочка может находиться непостоянный малый сосочек двенадцатиперстной кишки, являющийся местом впадения добавочного протока поджелудочной железы (также непостоянного).

Горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки расположена спереди от III поясничного позвонка; восходящая часть поднимается к левой стороне тела II поясничного позвонка и в этом месте переходит в тощую кишку.

На месте перехода образуется хорошо выраженный двенадцатиперстно-тощий изгиб.

Двенадцатиперстная кишка играет важную роль в пищеварении.

В ней оказывают свое действие на пищу сок поджелудочной железы, желчь и сок, вырабатываемый железами самой двенадцатиперстной кишки.

Тощая кишка и подвздошная кишка переходят одна в другую без выраженной границы. Длина тощей кишки составляет примерно $\frac{2}{5}$, а подвздошной - $\frac{3}{5}$ их общей длины. Обе кишки образуют множество петель, которые занимают большую часть среднего отдела брюшной полости и спускаются частично в полость таза. Посредством общей брыжейки кишечные петли подвешены к задней брюшной стенке.

Стенка тонкой кишки состоит из трех оболочек.

Наружной, серозной, оболочкой является брюшина. Она покрывает двенадцатиперстную кишку на большом протяжении только спереди, а тощую и подвздошную - со всех сторон и образует брыжейку тонкой кишки. Средняя, мышечная оболочка представлена двумя слоями неисчерченной мышечной ткани: наружным продольным и внутренним круговым. Внутренняя оболочка стенки тонкой кишки - слизистая - связана с мышечной оболочкой хорошо выраженной подслизистой основой и образует многочисленные постоянные круговые складки. Эти складки хорошо выражены почти на всем протяжении тонкой кишки. Они отсутствуют только в верхней части двенадцатиперстной

кишки, несколько сглажены в нисходящей части этой кишки и в конечном отделе подвздошной кишки. Благодаря складкам поверхность слизистой оболочки значительно увеличивается.

На границе подвздошной кишки и толстой кишки слизистая оболочка образует вместе с мышечной оболочкой илеоцекальный клапан. Он состоит из двух частей, именуемых губами. Последние обращены в просвет толстой кишки и ограничивают илеоцекальное отверстие, которым подвздошная кишка открывается в слепую кишку. Илеоцекальный клапан выполняет роль сфинктера: допускает свободное перемещение содержимого тонкой кишки в толстую кишку и препятствует обратному перемещению.

Слизистая оболочка тонкой кишки выстлана многослойным столбчатым эпителием. С помощью электронного микроскопа установлено, что имеющаяся на свободной поверхности клеток эпителия каемка состоит из множества выростов, микроворсинок. Каждая микроворсинка снабжена тончайшим каналцем. Микроворсинки играют важную роль во всасывании питательных веществ и в так называемом пристеночном пищеварении. Между клетками многослойного столбчатого эпителия встречаются одиночные бокаловидные клетки, выделяющие слизь.

В толще слизистой оболочки имеются скопления лимфоидной ткани - лимфатические фолликулы. Различают одиночные и групповые лимфатические фолликулы. Одиночные фолликулы - сравнительно небольшие образования (диаметром до 3 мм), расположены на всем протяжении тонкой кишки. Групповые лимфатические фолликулы представляют собой более крупные скопления лимфоидной ткани (длиной несколько сантиметров), они находятся в конечном отделе подвздошной кишки. Различают также групповые лимфатические фолликулы червеобразного отростка (аппендикса). У детей в тонкой кишке имеется до 15 000 одиночных и до 50 групповых фолликулов. Их количество уменьшается с возрастом.

Для слизистой оболочки тонкой кишки характерно наличие ворсинок; в других отделах пищеварительного канала они отсутствуют. Кишечные ворсинки представляют собой выросты слизистой оболочки, образованные всеми ее слоями. На поверхности каждой ворсинки расположен слой многослойного столбчатого эпителия. Под эпителием находится рыхлая волокнистая соединительная ткань вместе с небольшим количеством миоцитов. Внутри ворсинки проходят кровеносные и лимфатические капилляры и нервные волокна. Высота ворсинок составляет от 0,5 до 1,5 мм. Общее количество ворсинок достигает 4 млн. и более. Благодаря ворсинкам поверхность слизистой оболочки тонкой кишки увеличивается во много раз. Ворсинки служат для всасывания питательных веществ. Каемчатый эпителий, как было отмечено, участвует не только во всасывании, но и в пищеварении. Продукты расщепления белков и углеводов всасываются в кровь, а продукты расщепления жиров - преимущественно в лимфу. Ворсинки придают слизистой оболочке тонкой кишки бархатистый вид.

Помимо ворсинок, на слизистой оболочке тонкой кишки находятся углубления в форме маленьких трубочек - кишечные крипты. Они выстланы эпителием, включающим разные по форме клетки. Общее количество крипт в тонкой кишке достигает 150 млн.

В стенке тонкой кишки имеются железы, выделяющие кишечный сок. Воспаление тонкой кишки - энтерит.

Толстая кишка - конечный отдел пищеварительного канала (**Рис. 15**). Ее длина 1,5-2 м. В толстую кишку из тонкой переходят непереваренные части пищи (клетчатка, некоторые белки и др.), здесь они подвергаются частичному расщеплению в результате процессов брожения и гниения, вызванных микрофлорой. Основная функция толстой кишки состоит в формировании кала (одновременно происходит всасывание воды) и выведении его наружу.

Толстая кишка подразделяется на три части: слепую кишку с червеобразным отростком, ободочную кишку и прямую кишку.

Слепая кишка является начальной частью толстой кишки (**Рис. 19**), располагается в правой подвздошной ямке, ниже уровня впадения подвздошной кишки. Ее длина около 6 см, а диаметр может достигать 7,0-7,5 см.

Червеобразный отросток, или аппендикс, отходит от нижнего края слепой кишки и обычно спускается к входу в малый таз. В редких случаях он располагается позади слепой кишки и, поднимаясь кверху, может достигать печени. Толщина аппендикса 0,5-1,0 см, а длина колеблется от 3-4 до 18-20 см (чаще 7-9 см). Отросток имеет узкую полость, которая открывается в слепую кишку отверстием аппендикса, окруженным маленькой складкой слизистой оболочки (заслонка). У червеобразного отростка имеется собственная брыжейка.

Ободочная кишка следует за слепой и в виде обода окружает петли тонкой кишки. В ней выделяют: восходящую ободочную кишку, поперечную ободочную кишку, нисходящую ободочную кишку и сигмовидную ободочную кишку.

Восходящая ободочная кишка расположена в брюшной полости справа и прилежит к задней ее стенке. Она поднимается от слепой кишки до печени и, образуя изгиб (правый изгиб ободочной кишки), переходит в поперечную ободочную кишку.

Поперечно ободочная кишка проходит в брюшной полости справа налево, располагаясь ниже желудка над петлями тонкой кишки. Она имеет брыжейку, посредством которой прикреплена к задней брюшной стенке. Впереди поперечно ободочной кишки, срастаясь с ней, спускается большой сальник.

Позади ее на задней стенке полости живота располагаются двенадцатиперстная кишка и поджелудочная железа. В области левого подреберья под селезенкой поперечная ободочная кишка образует изгиб (левый изгиб ободочной кишки) и переходит в нисходящую кишку.

Нисходящая ободочная кишка лежит в левой боковой области живота, прилегая к задней брюшной стенке. На уровне гребня левой подвздошной кости она переходит в сигмовидную ободочную кишку.

Сигмовидная ободочная кишка имеет брыжейку, посредством которой подвешена к левой подвздошной ямке. Она образует петли, положение которых может меняться в зависимости от степени наполнения ее и соседних органов.

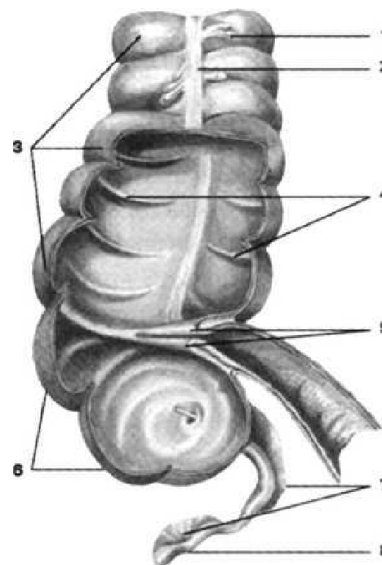


Рис. 19. Слепая кишка с червеобразным отростком.

1 - сальниковый отросток; 2 - свободная лента ободочной кишки; 3 - гаустры; 4 - полулунные складки ободочной кишки; 5 - илеоцекальный клапан; 6 - слепая кишка; 7 - брыжейка аппендикса; 8 - аппендикс (червеобразный отросток)

Так, при опорожненных мочевом пузыре и прямой кишке петли сигмовидной кишки спускаются в полость малого таза. На уровне III крестцового позвонка сигмовидная кишка переходит в прямую кишку. Стенка слепой и ободочной кишки состоит из наружной серозной и средней мышечной оболочек и внутренней слизистой оболочки с подслизистой основой. Серозная оболочка - брюшина покрывает разные части толстой кишки неодинаково. Слепая кишка, поперечная ободочная и сигмовидная ободочная кишки покрыты брюшиной со всех сторон, при этом поперечная и сигмовидная имеют брыжейки, а у слепой кишки брыжейка обычно отсутствует. Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишка покрыта брюшиной только с трех сторон спереди и с боков; сзади покрыта тонким слоем соединительной ткани.

Мышечная оболочка слепой и ободочной кишки представлена двумя слоями мышечной ткани: внутренним круговым и наружным продольным; последний располагается не сплошной пластинкой, а в виде трех продольных тяжей - лент ободочной кишки. Ленты несколько короче остальной части стенки кишки, поэтому на поверхности кишки между лентами образуется три ряда вздутий, называемых гаустрами ободочной кишки. Вдоль сальниковой и свободной лент имеются пальцевидные выросты брюшины, обычно наполненные жиром - сальниковые отростки. Продольные ленты, гаустры и сальниковые отростки имеются только на толстой кишке (за исключением прямой кишки) и являются внешними признаками, по которым можно отличить толстую кишку от тонкой. Подслизистая основа в стенке толстой кишки выражена хорошо.

Слизистая оболочка слепой и ободочной кишки образует три ряда поперечных складок. На ней имеются также многочисленные крипты. В собственном слое слизистой оболочки и в подслизистой основе располагаются одиночные лимфатические фолликулы. Слизистая оболочка выстлана однослойным столбчатым эпителием.

В криптах обнаруживаются в большом количестве бокаловидные клетки, выделяющие слизь.

Стенка аппендикса состоит из тех же оболочек, что и стенка слепой и ободочной кишки, но поверхность отростка гладкая - на нем отсутствуют внешние признаки, характерные для толстой кишки. В слизистой оболочке червеобразного отростка имеется большое количество лимфатических фолликулов.

Прямая кишка является конечной частью толстой кишки и всего пищеварительного канала. Она расположена в полости малого таза и заканчивается в области промежности отверстием - задним проходом (анус). Впереди прямой кишки находятся у мужчин мочевого пузырь, семенные пузырьки и предстательная железа, а у женщин - матка и влагалище. Позади ее расположены крестец и копчик. Длина прямой кишки у взрослых 15-20 см, а диаметр в разных отделах колеблется от 5 до 20 см. Название кишки не совсем точно, так как она образует изгибы. Два изгиба в сагиттальной плоскости - крестцовый и промежностный - соответствуют вогнутости крестца и выпуклости копчика.

В прямой кишке различают две части: верхнюю - более длинную и нижнюю короткую и суженую - заднепроходный (анальный) канал. Верхняя часть в своем начале сравнительно узкая, а затем образует расширение - ампулу прямой кишки, в которой скапливаются каловые массы.

Стенка прямой кишки имеет те же оболочки, что и ободочная кишка, но на ней отсутствуют ленты, гаустры и сальниковые отростки. Мышечная оболочка состоит из наружного продольного и внутреннего кругового слоев, состоящих

из неисчерченной мышечной ткани. Слизистая оболочка прямой кишки в тазовом отделе образует несколько поперечных складок, охватывающих половину окружности кишки, а в заднепроходном канале - до десяти продольных складок. В подслизистой основе складок располагается большое количество венозных сосудов.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КИШЕЧНИКА

Перед началом работы врач должен убедиться, что живот пациента «не опасен», т.е. отсутствуют общие и специ-

фические противопоказания для терапии.

У женщин просматриваются зоны, связанные с состоянием придатков и яичников. Если имеются нарушения, то терапия начинается с них, она будет описана ниже.

Специфическими противопоказаниями являются:

имеющиеся зоны на животе с повышенной кожной болевой чувствительностью и парадоксальной реакцией;

кожные нарушения в форме болячек, кровоточащих трещин, болезненных синяков и ссадин, твердых выступающих из живота безболезненных уплотнений;

воспаление аппендикса;

кишечник, имеющий внутренние кровоточащие язвы;

диарея;

асцит;

болезнь Крона;

туберкулез кишечника;

миелопатии.

В народной медицине висцеральная терапия кишечника производилась в следующих случаях:

жалобах пациента на запоры;

«срывах живота», так в народной медицине называли заболевание, которое возникало у человека после поднятия предельных тяжестей, сопровождавшееся появлением болей в области живота;

так называемых в народе **«опущениях желудка»**, сопровождаемых нарушением функций пищеварения;

коликах, вздутии живота, длительных запорах;

опущении почек и матки у женщин, как одном из промежуточных этапов поднятия и нормализации их работы;

дискинезии желчевыводящих протоков, холециститах, панкреатитах при условии их нормализации по методу, описанному ранее;

случаях **удаленного желчного пузыря** или его атонии, для улучшения работы кишечника такие манипуляции должны производиться не реже одного раза в неделю, в крайнем случае, два раза в месяц;

к проведению мануальной терапии живота может послужить ненормальное **положение пупа** относительно его белой линии.

В животе пациента иногда присутствует смещение аорты, приводящее к нарушению кровообращения в нижних конечностях и органах малого таза. Для определения нарушения вертикально в область пупа вставляется либо указательный палец, либо указательный и средний вместе сложенные. Этот своеобразный ключ служит для определения положения аорты по ее пульсации

(Фото. 40). Если биение аорты при надавливании воспринимается под пальцами справа в животе пациента, то это показание для работы с животом. При нормальном положении кишечника аорта должна пульсировать слева от пупа.

Стимуляция кишечника врачевателями начинается с правой стороны живота пациента, лежащего на спине с приподнятой головой и полусогнутыми в коленях ногами. Врач находится с левой стороны.

Первый нажим до появления болезненного ощущения проводится на восходящую ветку толстого кишечника, между пупом и гребнем подвздошной кости.

Нажим выполняется с небольшим усилием, усилие распределяется вглубь живота и к центру вперед по направлению к пупу. Давление в начале преобладает в глубинном направлении и, если там имеется болевое ощущение, то движение руки приостанавливается до исчезновения боли. Затем добавляется давление по направлению к пупу пациента до следующего возникновения боли. Как только боль исчезает, усилие нажима увеличивается до появления новой, и усилие нажима вновь приостанавливается до ее исчезновения. Время выдержки при надавливании в одном направлении - в пределах трех минут. После этого рука смещается вверх по восходящей ветке толстого кишечника на величину четырех вместе сложенных пальцев и повторяется предыдущая манипуляция. Далее сложенные пальцы руки опускаются в нижнюю часть восходящей ветки толстого кишечника и в этой же последовательности производится аналогичное действие.

Манипуляция в правом боку считается законченной, если при вертикальном нажиме на область живота боль отсутствует.

После нормализации правого бока проводится работа с левым боком пациента.

В левом боку начинается на нисходящей толстого кишечника в области сигмовидной кишки. Нажим в бок - чуть ниже уровня пупа, давление осуществляется пальцами вниз по направлению в глубь живота и к пупу. Идет как бы смещение кишечника до возникновения начального болевого ощущения в области сигмы и тонкого кишечника.

Дополняющим действием по терапии кишечника будет изменение положения пациента. Он укладывается на бок и продавливания кишечника продолжают по ранее описанной методике.

После сдвижения живота выполняется ключевая работа по улучшению функций кишечника с помощью подручных средств. В некоторых регионах России это делается с помощью горшка.

Горшок устанавливается дном на пуп **(Фото. 41)**. Пациента просят дышать животом, чтобы наблюдалось движение горшка вверх-вниз, после чего производят надавливание на горшок с вращением его по часовой стрелке. Это вращение вызывает смещение кожи и, частично, тонкого кишечника, при этом пациент выполняет глубокое дыхание животом, т. е. степень давления горшка на живот определяется возможностью пациента выполнять дыхательные действия животом - примерно 5-7 дыхательных движений. Поворот горшка происходит примерно на угол 90 градусов на выдохе, после чего производится пальпация живота на присутствие боли. Правильно выполненные манипуляции снимают «спазмы» или венозный застой с тонкого кишечника и его обезболивание. После чего делается контрольная проверка пульсации аорты. При правильном местонахождении аорты пульс аорты начинает прослушиваться слева рядом с вертикальной проекцией пупа вниз.

У народов восточной России вместо горшка, при закручивании области пупа, использовался узел, изготовленный из полотенца, который вставлялся как ключ в пуп и затем его также вращали одновременно с выдохом (**Фото. 42**).

В северных районах России в область пупа вставляли по белой линии две руки, вместе сложенные, или просто кулак, и таким же образом, как ключом проводили поворот (**Фото. 43**).

Нужно отметить, что эти манипуляции опасны. Они всегда сопровождаются болью со стороны кишечника пациента, поэтому работать следует очень и очень осторожно. При таких сдвигениях наблюдается изменение положения кишки, нужно обладать достаточным опытом и навыком, чтобы браться за эту работу.

Эти действия можно дополнить использованием вибраторов для усиления кровообращения и снятия остаточного венозного застоя после обдавливаний. Частота и амплитуда колебания вибратора подбираются индивидуально для каждого больного, по его восприимчивости и самочувствию.

Во время работы с животом пациента, для большего эффекта, можно использовать различные клизмы с травами: ромашкой, чистотелом, календулой и т.д., которые могут выполняться предварительно перед стимуляцией или после.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕЛЕЗЕНКИ

Селезенка является самым крупным органом иммунной системы. Масса ее 140-200 г. Расположена она в левом подреберье, проецируется между IX и XI ребрами. Выпуклая диафрагмальная поверхность соприкасается с диафрагмой, вогнутая висцеральная - с желудком, селезеночным изгибом ободочной кишки, левой почкой, левым надпочечником и хвостом поджелудочной железы (**Рис. 20**).

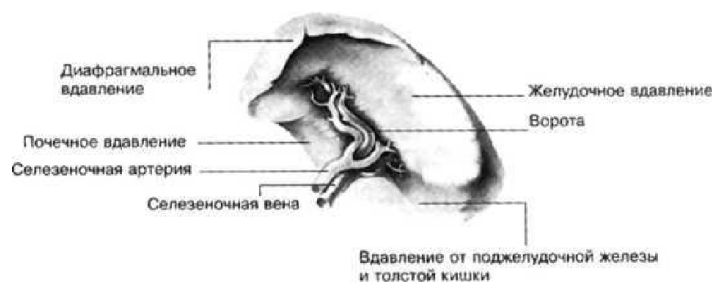


Рис. 20. Селезенка.

Селезенка фиксируется в своем положении желудочно-селезеночной и диафрагмально-селезеночными связками.

Селезенка имеет форму уплощенного вытянутого тела, красно- бурого цвета, мягкой консистенции. На вогнутой поверхности, обращенной медиально вперед, расположены ворота селезенки (место входа сосудов и нервов). Орган имеет фиброзную оболочку, с которой снаружи срастается брюшина - серозная оболочка.

Строму органа составляют соединительнотканые трабекулы, связанные с капсулой, и ретикулярная ткань, состоящая из ретикулярных клеток и волокон. Паренхимой селезенки является белая и красная пульпа. Белая пульпа, как и лимфоидная ткань, состоит из лимфоидных узелков селезенки и лимфоидных

периартериальных влаглищ (скопления лимфоидной ткани вокруг внутриорганных артерий). Основную массу органа (75-85%) составляет красная пульпа. Эту часть паренхимы образуют эритроциты, придающие ей специфический цвет, лимфоциты и другие клеточные элементы, а также венозные синусы. В селезенке происходят разрушения эритроцитов, закончивших жизненный цикл, а также дифференциация Т- и В-лимфоцитов.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

Терапия селезенки имеет свои показания и противопоказания. К противопоказаниям относятся общие для висцеральной практики.

К показаниям для стимуляции относятся:
застойные явления в селезенке;
присутствие возбужденных рефлекторных зон.

Врач располагается желательно справа от пациента. Пациент лежит на спине, ноги полусогнуты в коленях для более полного расслабления живота, голова приподнята. Стимуляция проводится аналогично стимуляции печени и начинается с эпигастральной области левого подреберья. Выполняется надавливание подушечкой большого пальца правой руки с помощью пальцев левой руки в подреберье, до появления боли. После исчезновения боли палец смещается по реберной дуге вниз. Во время перемещения пальца изменяется угол надавливания в подреберье, производится поиск боли, найдя ее, задерживается нажатие до ее устранения. После стимуляции производится контрольная проверка повторным проходом надавливанием и простукиванием области селезенки. Боль должна отсутствовать. Одновременный ориентир на притупление или исчезновение контрольных зон селезенки на теле пациента.

Стимуляцию можно производить каждый день, в некоторых случаях в день два раза, утром и вечером. С каждым новым днем болезненность при надавливании должна уменьшаться, а глубина надавливания увеличивается. Время выдержки в точке давления при терапии в пределах трех минут.

САМОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ В СЕЛЕЗЕНКЕ

Самостимуляция при нарушениях в селезенке выполняется аналогично самостимуляции печени (**Фото. 45**). Терапия проводится в положении лежа и

сидя. Кулак левой руки пальцами вперед при помощи правой руки надавливает на область верха левого подреберья, до появления легкой боли. Давление приостанавливается на этом уровне боли, до ее исчезновения, после чего кулак перемещается ниже по подреберью и давление повторяется. Стимуляция продолжается до тех пор, пока не обезболится вся область подреберья, одновременно должно наблюдаться изменение рефлекторных зон в сторону снижения чувствительности и сокращения их по величине. Допустимо одновременное использование вспомогательных лечебных методов.

IV. ТЕРАПИЯ ОРГАНОВ ВТОРОГО КРУГА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК

Органы выделения выполняют важную функцию очищения тканей от отработанных в процессе обмена веществ

шлаков (соли, мочевины, и т.п.) К ним относятся: почки, мочеточники, мочевого пузыря и мочеиспускательный канал.

Почка, правая и левая, массой каждая около 150 г, находятся в забрюшинном пространстве живота. Правая почка расположена на уровне XII грудного - верхней половины III поясничного позвонков, левая почка - на уровне нижней половины XI грудного - II поясничного позвонков. Рядом с почками находятся следующие органы: а) позади - поясничная часть диафрагмы, поясничная мышца и квадратная мышца поясницы; б) впереди правой почки - правая доля печени, правый изгиб толстой кишки и нисходящая часть двенадцатиперстной кишки, впереди левой почки - желудок, хвост поджелудочной железы, селезенка; в) выше каждой почки - надпочечник.

Почка покрыта собственной оболочкой - фиброзной капсулой, состоящей из соединительной ткани. Фиброзная капсула прилежит к веществу почки, но с ним сращена слабо и может быть легко отделена. Вокруг почки находится скопление жировой ткани - жировая капсула, а снаружи от нее - почечная фасция. Жировая капсула прилежит к фиброзной капсуле и больше выражена на задней поверхности почки. Почечная фасция охватывает жировую капсулу и имеет два листка - передний и задний. Брюшиной почки покрыты только спереди.

Оболочки почки вместе с почечными сосудами являются ее фиксирующим аппаратом. У некоторых людей наблюдается расслабление фиксирующего аппарата почки и она смещается со своего места, оказываясь иногда в полости таза. Такая почка называется блуждающей.

Почка имеет бобовидную форму. В ней различают переднюю и заднюю поверхности, латеральный и медиальный края, верхний и нижний полюса. Латеральный край выпуклый, а медиальный - вогнутый и имеет борозду - почечные ворота. Через ворота почки проходят почечная артерия, почечная вена, лимфатические сосуды, нервы, сопровождающие в виде сплетения почечную артерию, и мочеточник. Ворота почки продолжают в углубление, окруженное веществом почки - почечную пазуху. Почечная пазуха занята малыми и большими почечными чашками, почечной лоханкой, нервами и сосудами, окруженными клетчаткой. Малых чашек 8 - 12, они имеют форму широких, но коротких трубочек.

Каждая малая чашка одним концом охватывает выступ почечного вещества - почечный сосочек, а другим концом продолжается в большую чашку. Больших чашек 2-3; сливаясь, они образуют воронкообразную по форме почечную лоханку, которая, суживаясь, переходит в мочеточник. Стенка почечных чашек и лоханки состоит из слизистой оболочки, слоя гладких мышечных клеток и соединительнотканного слоя.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЧЕК

Перед началом выполнения действий, связанных с терапией почек, должны быть выявлены общие и частные про-

тивопоказания:

**острые заболевания почек;
врожденные патологии;
последние стадии патологических нарушений.**

К показаниям относятся:

**наличие отеков на руках, ногах, на лице;
нефриты, пиелонефриты начальной и средней тяжести;
камни и песок, застойные явления в почках.**

Уточняется степень нарушения в почках по рефлекторным зонам на теле больного, а именно, с болевого восприятия рефлекторной зоны под номером 5 на запястье левой руки (Рис. 5), и на спине пациента.

Стимуляция почек начинается из положения пациента, лежащего на спине с полусогнутыми в коленях ногами. Перед стимуляцией проверяется на зависимость нарушений от первого круга взаимодействий, если такая связь прослеживается, то выполняются действия, направленные на терапию круга «А» и только после его прохождения, приступают к этапу терапии почек. Если связь отсутствует, то облегчается задача, можно приступать к стимулированию.

Выполняющий стимуляцию находится справа или слева от пациента.

Первое надавливание на область живота проводится на стороне, имеющей большее нарушение со стороны почек. Давление выполняется через переднюю стенку живота, через спазмированный гонкий кишечник на околопочечное пространство до появления у пациента болевого ощущения.

Надавливание на живот проходит примерно на границе первой трети горизонтального отрезка от пупа до средней боковой линии тела (аксилярной линии), смещенной от него вверх на величину ширины указательного и среднего вместе сложенных пальцев пациента, при стимуляции правой почки надавливание проводится на линии пупа. Пуп будет как точка отсчета при определении места нахождения зоны стимулирования околопочечного пространства, через которое производится терапия почек (Рис. 21).

Надавливание, как и в предыдущих случаях, проводится по методике, описанной ранее.

Боль при продавливании может иррадиировать в спину, если заболевание хроническое, в некоторых случаях может отдавать болью в сердце, иногда может возникать ощущение нехватки воздуха.

Как только при продавливании пациент почувствовал боль в зоне давления, надавливание приостанавливается на этом уровне нажатия, выдерживается время в пределах трех минут. После исчезновения боли рука врача смещается вверх от первоначального места нажима и выполняется новое надавливание в новом месте до боли (Фото. 46).

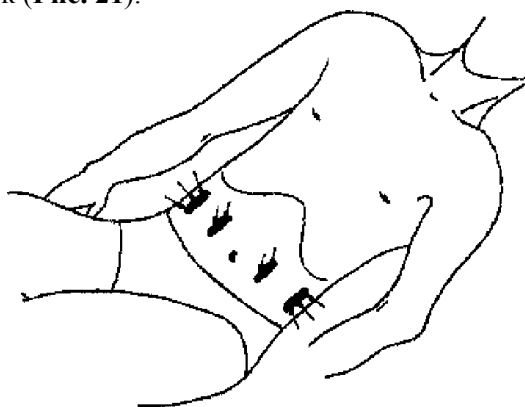


Рис. 21. Топография расположения зон надавливания на передней стенке живота при терапии почек.

Очередное надавливание выполняется на область ниже от исходной точки нажима.

Следующее давление выполняется на границе раздела тонкого и толстого кишечника.

Надавливающая рука ставится на стенку живота под углом по направлению к почке и проводится обдавливание околопочечного пространства сбоку.

Чем выше степень нарушения в почках, тем дольше по времени приходится ждать исчезновения боли в месте нажима. При каждодневной работе по улучшению состояния почек, наблюдается большее проникновение пальцев в живот за счет расслабления передней стенки живота, сокращение времени до исчезновения боли при нажатии и сокращение площади болезненности с одновременным улучшением работы кишечника.

Первые стимуляции часто дают изменение цвета мочи, она становится более темных цветов и густой, насыщенной осадочными структурами.

Улучшается состояние околопочечного пространства и почка начинает лучше функционировать. Такие стимуляции дают исчезновение песка и часто растворение сформированных камней в почках.

В некоторых случаях опытные хиропракты добиваются устранения кисты почки за счет улучшения кровообращения в ней и околопочечном пространстве.

Дополнительным вариантом метода можно считать стимуляцию, которую выполняют из положения больного лежа на боку (**Фото. 47**). При стимуляции левой почки, например, пациент укладывается на правый бок и надавливание идет через переднюю стенку живота на околопочечное пространство до появления боли, дается выдержка времени и т.д., по методикам, описанным ранее. Далее производятся аналогичные действия с другой почкой.

После завершения работы с животом пациент переворачивается вниз животом и выполняется следующий этап терапии почек. Разминаются болевые зоны на спине, рефлекторно связанные с почечными нарушениями, т.е. косвенно воздействуется на них.

На спине в области почек проводится проба «Пастернацкого». Простукивая область почек на спине, останавливаются на участках, где простукивания отзываются внутренней болью, на этих областях движение руки, через которую выстукивают, приостанавливается, и выполняются простукивания до исчезновения болевого отклика. Выстукивания проводят очень осторожно, по времени - в пределах минуты на одном участке.

Таким образом выстукивается вся зона почек на спине в области поясницы, желательно до полного отсутствия болезненных откликов.

Если процесс нарушения работы почек зашел глубоко, то при простукивании полного исчезновения боли не достигается, а наблюдается ее притупление, что для первых стимуляций является вполне нормальным явлением. При последующих стимуляциях боль будет сниматься, а затрачиваемое на снятие боли время - сокращаться, что будет указывать на правильное выполнение действий.

Одновременно с терапией почек допустимо использование других методов лечения, которые будут дополнять и ускорять процесс лечения, ориентируясь на изменение рефлекторных зон. Это может быть гирудотерапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатия, традиционное терапевтическое воздействие.

Для примера можно вспомнить больную Ф. А., 39 лет, которая обратилась по поводу геморрагического васкулита. Все проводимые ранее формы традиционного медикаментозного лечения не давали положительных результатов, болезнь прогрессировала. Она проявлялась образованием мелких капиллярных кровоизлияний на теле, на, ногах, в особенности к концу рабочего дня, кроме того, наблюдалось покраснение мочи, указывающее на присутствие кровоизлияния и в системе почек. Рефлекторные зоны нарушений в органах на теле отсутствовали, однако при надавливании на околопочечное пространство на почку через переднюю стенку живота, больная ощущала боль. Присутствие боли говорило о возможности проведения работы по стимуляции. После проведенной первой легкой стимуляции почек больной было предложено голодание с одновременным ежедневным стимулированием, хотя в практике голодания, при глубоких почечных нарушениях, голод не рекомендуется. После первых двух дней голодания у больной усилилось геморрагическое проявление в почках, увеличилось количество крови в моче, однако голод и стимуляции продолжались. На третий день произошло снижение цветности мочи, и с каждым последующим днем голода цветность снижалась больше и больше.

После десяти дней голода боль при надавливании на область почек значительно притупилась, моча обесцветилась, кровоизлияния на ногах и на теле прекратились. Организм продолжал очищаться и, после тринадцати дней полного воздержания от пищи, больная вышла из голода. Самочувствие ее значительно улучшилось, кровоизлияния прекратились. В нашем примере, из которого прослеживается польза голодания и одновременной висцеральной терапии органов, есть еще то, что привлекло наше внимание, - произошло восстановление кожно-висцеральной связи в организме больной.

После голода появилась болевая чувствительность зон органов, которые имели нарушения.

Как показывает практика, стимуляцию организма больных особенно с большими нарушениями нужно сочетать с внутренней очисткой организма, нормализацией питания, использованием фитотерапии, гомеопатии, иглоукалывания, как дополняющими курс лечения. При этом желательно использовать методики психорегуляции или психотерапии. Интересна в этом плане методика саморегуляции Хасая Алиева, которая позволяет использовать дополнительные резервы нашего организма в борьбе с болезнями.

Одним словом, человек, у которого нарушена связь между состоянием внутренней среды и наружными проекционными зонами организма - сложный больной и работа с ним представляет определенную трудность не только для висцеральной (внутренней) терапии, но и для стандартного терапевтического лечения.

САМОПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Самопомощь при нарушении функции почек будет заключаться в продавливании области почек через живот, до появления боли, каким-либо подручным средством, например, бутылкой или скалкой для раскатки теста, через полотенце, наложенное на живот (**Фото. 48**). Иногда можно использовать подручные средства, такие как стул. Перегнувшись через который, возможно дополнительно к само стимуляции выстухать околопочечное пространство через спину собственными руками, как показано на **Фото. 49**.

Допустимо использование вибраторов. Желательно все основные принципы терапии сохранить.

После проведения стимуляций наблюдается снижение утомляемости, исчезает излишнее потоотделение, спина освобождается от напряжения и мышечных стяжек, улучшается самочувствие больного.

Нужно отметить, что система диагностики почечных нарушений в висцеральной хиропрактике значительно превосходит клинические исследования, и это позволяет выявить нарушения и предотвратить развитие болезни в самом ее зародыше. Иногда помогает устранить синеву под глазами, отечность какой-либо нижней конечности, вести профилактику остеохондрозов.

Использование трав в этих случаях подразумевает комплексное воздействие их на круги взаимодействий, а также на околопочечные пространства, с застойными явлениями в них.

Как контроль состояния почек, можно использовать красную свеклу, которая при нарушениях в почках дает окрашенную в розовый цвет мочу, по мере улучшения их состояния, моча после приема в пищу свеклы перестает окрашиваться.

БОЛЕЗНИ СПИНЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Следующим этапом будет работа с напряженными зонами на позвоночнике. Для снятия напряженности в скелетных мышцах позвоночника проводится

легкое выстукивание кулаком руки по тыльной стороне ладони руки, установленной по гребню остистой позвонков другой рукой, сжатой в кулак. При простукивании по остистым отросткам по направлению от грудного отдела позвоночника к крестцовому, заостряется внимание на болезненных участках остистой. На этих участках движение руки, через которую производится выстукивание, приостанавливается, и выстукивание продолжается до снятия болевого ощущения в этих областях.

На уровне грудного отдела позвоночника Th5-Th6-Th7 проекционная зона почек (по остистым отросткам) проверяется на зажатость корешков лучевого, локтевого, срединного нервов. При присутствии боли в паравerteбральной зоне, проверяется наличие боли на плече спереди и нижней трети плечевой кости с внутренней стороны, степени распространения ее по предплечью, по направлению к кисти. Если все это присутствует, выполняются элементы мануальной терапии для стабилизации суставов позвоночника и снятия напряжения с корешков лучевого, локтевого, срединного нервов, иннервирующих пальцы рук.

Это могут быть манипуляции, связанные с продавливанием грудной клетки больного. Например, в положении лежа на животе по направлению вперед-вниз или из положения стоя, проводятся встряхивания за счет обхвата груди сзади или разблокировка с упором грудью в спину и рычагом локтей, вращением за плечи из положения сидя.

После проведенной мануальной терапии на позвоночнике вторично выстукивается грудной отдел для снятия остаточных болезненных напряжений.

Для поясничного отдела желательно тоже произвести разблокировку позвоночника и снять болевые напряжения с мышечных групп. Часто приходящие пациенты имеют почечные нарушения, но длительности измеряемые годами. Такие нарушения отражаются на мышечных структурах изменениями, перерождением за счет длительных напряжений, образованием миофиброзов, структур, которые, сдавливая суставы позвоночника, вызывают стойкие корешковые ущемления. Одновременная терапия околопочечных пространств и

снятия напряжения с мышц, дает возможность избавить пациента от хронического радикулита. При сохранении болевого синдрома в поясничной области по остистой позвоночника, во время ущемления, хорошие результаты дает легкое простукивание остистых отростков позвонков, паравертебральных зон, выполняемое с элементами мануальной терапии.

Для большего достижения эффекта обезболивания спины при защемлениях и улучшения подвижности в суставах позвоночника, используются вибраторы с изменяемой частотой и амплитудой, индивидуально подбираемой для каждого больного.

ТЕРАПИЯ ЖИВОТА ПРИ ОПУЩЕНИИ ПОЧЕК

Среди наиболее часто встречающихся почечных нарушений, отрицательно сказывающихся на здоровье человека -

их опущение.

Иногда описываемая здесь методика дает весьма эффективные результаты при оказании помощи.

В народной медицине существовало множество способов по постановке почек на место. Попытаемся описать один из них, с использованием данной системы стимуляции внутренних органов. Сразу оговариваемся об индивидуальности терапии.

Если использовать надавливание под определенным углом на переднюю брюшную стенку живота на околопочечное пространство, то определенная категория больных начинает чувствовать, как внутри живота начинают сдвигаться органы или между ними возникают связи, выражающиеся в появлении ощущения натяжения или движения. Если на предварительно обработанное надавливанием околопочечное пространство, с которого снято болевое напряжение, в положении больного на спине или на боку воздействовать через живот давлением руки под углом 30 градусов по направлению снизу - вверх, то пациент начинает ощущать натяжение мочеточников, мочевого пузыря.

Можно предположить, что размятый и освобожденный от спазма кишечник после терапии, способствует устранению движения «блуждающей» почки за счет исчезновения пустоты или тоннеля, образованного в полости живота кишечником, по которому она перемещается. Регулярная терапия дает возможность сдвижения почки при ее опущении на свое исходное место.

Однако наряду с положительным воздействием на почки при правильно выполняемых действиях, неправильное воздействие может сместить почки в область малого таза или вызвать перегиб мочеточника, что чревато большой опасностью для больного.

Желательно, действия по нормализации работы почки начинать на наиболее ослабленной, ориентируясь на самочувствие больного.

Манипуляции с постановкой почки на место должен производить опытный хиропракт, имеющий достаточный опыт работы с почками.

Заключительный этап постановки - тугая обвязка живота пациента свернутой простыней.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И МОЧЕТОЧНИКОВ

Мочеточник, правый и левый, представляет собой трубку длиной около 30 см, диаметром в разных отделах от 3 до 9 мм. По выходе из почечной лоханки, мочеточник забрюшинно спускается вниз, пересекает спереди подвздошные сосуды на уровне тазовой пограничной линии и переходит в малый таз. В малом тазу мочеточник достигает нижнего отдела мочевого пузыря, косо прободает его стенку и открывается в полость пузыря.

В мочеточнике различают две части: брюшную и тазовую. Брюшная часть мочеточника соприкасается сзади с поясничной мышцей, а спереди ее пересекают артерия и вена - яичниковые у женщин и яичковые у мужчин. Медиально от брюшной части правого мочеточника расположена нижняя полая вена, а латеральнее - восходящая ободочная кишка и слепая кишка. Медиальнее левого мочеточника лежит брюшная аорта, а латеральнее - восходящая ободочная кишка и слепая кишка. Медиальнее левого мочеточника лежит брюшная аорта, а латеральнее - нисходящая ободочная кишка. Тазовая часть мочеточника находится в начале на стенке малого таза, а затем отходит от нее в переднемедиальном направлении. Перед впадением в мочевой пузырь мочеточник у мужчин перекрещивается с семявыносящим протоком, а у женщин проходит вблизи шейки матки и влагалища и перекрещивается с маточной артерией. Конечный отдел тазовой части мочеточника прободает косо стенку мочевого пузыря и открывается в него мочеточниковым отверстием.

Стенка мочеточника состоит из трех оболочек: внутренней - слизистой, средней - мышечной и наружной - адвентициальной. Слизистая оболочка выстлана эпителием, содержит слизистые железы и образует продольные складки. Мышечная оболочка представлена тремя слоями гладкой мышечной ткани, сокращение которых способствует продвижению мочи из почечной лоханки и препятствует обратному ее току. Адвентициальная оболочка состоит из соединительной ткани. Брюшина покрывает мочеточники только спереди.

Мочевой пузырь - полый орган, форма его меняется в зависимости от степени наполнения мочой: если он пустой, то сплюснут, а наполненный имеет яйцевидную или грушевидную форму. Вместимость мочевого пузыря индивидуально различна, в среднем у взрослых составляет 500-700 мл: при затруднении мочеиспускания пузырь может сильно растягиваться и вмещать больший объем мочи.

Мочевой пузырь расположен в полости малого таза, впереди его находится отделенный рыхлой клетчаткой лобковый симфиз, а позади расположены матка и часть влагалища у женщин, прямая кишка и семенные пузырьки у мужчин. В мочевом пузыре различают верхушку, тело, дно, шейку. Верхушка пузыря обращена кверху и кпереди, при сильном наполнении пузыря она поднимается над уровнем лобкового симфиза и прилежит к передней брюшной стенке. Тело пузыря - средняя большая его часть - имеет переднюю, заднюю и две боковые поверхности. Дно пузыря обращено книзу и кзади и, суживаясь, переходит в шейку пузыря. Дно с шейкой - наименее смещающаяся часть органа. Под дном мочевого пузыря у мужчин находится предстательная железа, а у женщин - мочеполая диафрагма.

Мышечная оболочка пузыря состоит из неисчерченной мышечной ткани, образующей три слоя: два продольных (наружный и внутренний) и один циркулярный (средний). Циркулярный слой самый мощный. В области шейки вокруг внутреннего отверстия мочеиспускательного канала мышечные волокна

этого слоя образуют утолщение - сфинктер мочевого пузыря, сокращающийся произвольно. При наполнении мочевого пузыря его стенка, включая мышечную оболочку, растягивается, а сфинктер сокращен. Во время акта мочеиспускания сфинктер расслаблен, а мышечная оболочка пузыря сокращается, что приводит к опорожнению пузыря.

Серозная оболочка - брюшина - покрывает только сзади тело и верхушку пузыря, на остальном протяжении пузырь покрыт адвентициальной (соединительнотканной) оболочкой.

Воспаление мочевого пузыря - цистит.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И МОЧЕТОЧНИКОВ

Перед началом терапии пациент просматривается на общие противопоказания, и если они имеются, специфические.

Противопоказания:

инфекционные заболевания (терапия может быть использована как вспомогательная);

врожденные аномалии;

травматические нарушения.

Показанием для стимуляции могут являться следующие состояния:

застойные явления в мочевом пузыре;

воспаление мочевого пузыря;

неострые боли в области пузыря;

некоторые виды полипов.

Терапия начинается из положения больного лежа на спине с согнутыми в коленях ногами с приподнятой головой, при максимальном расслаблении живота.

Начинается терапия с работы по расслаблению и снятию застойных явлений и спазмов кишечника по ранее описанной методике.

Надавливание в области мочеточников должно производиться очень мягко и осторожно, до появления слабого болевого ощущения. В зависимости от степени нарушения, болевое ощущение может возникнуть, как при поверхностном прикосновении, так и при более глубоком надавливании, но все равно, надавливание выполняется до появления легкой боли (**Фото. 50**).

Движение с надавливанием проводится по направлению от низа живота лобкового симфиза вверх к подвздошной кости, т. е. между тонким кишечником и паховой складкой, далее давление на мочеточник осуществляется через стенку живота по линии восходящей ветви толстого кишечника, если это справа, и по линии нисходящей ветви толстого кишечника, если слева.

При движении с надавливанием нужно ориентироваться по линии наибольшей болезненности. Техника стимулирования мочеточников и мочевого пузыря идентична работе с ранее описанными органами.

Вкратце, производится надавливание до появления слабой боли, выдержка времени до ее исчезновения, после чего рука смещается на новую позицию и все повторяется. После прохождения зоны мочеточников и обезболивания выполняется контрольный проход, который убеждает в отсутствии боли. Если боль остается, то проводится еще стимулирующий проход.

На практике очень часто наблюдается, что заметное улучшение в мочеточниках и мочевом пузыре наступает после нормализации кругов взаимодействий, чаще первого круга, в частности, после устранения глубоких нарушений

в кишечнике, т. е. околопочечном пространстве. Поэтому работа с кишечником и предыдущими органами круга должна выполняться в большинстве случаев перед основной терапией.

Количество сеансов терапии определяется врачом, в некоторых случаях от одного до двух в день - утром и вечером, через день, через два.

Нужно отметить действия, которые помогают при болях, возникших в результате движения камней или песка по мочеточникам. В этом случае такие продавливания оказывают неоценимую помощь при их движении и извлечении. Снятие спастического напряжения с мочеточника и устранение венозного застоя дают возможность движения камней в сторону мочевого пузыря. То же действие, но только на область мочевого пузыря, дает более легкую возможность для больного по устранению камней из мочевого пузыря.

Если висцеральную терапию сочетать с другими терапевтическими действиями, в частности, с вибрацией, то эффект усиливается во много раз. Можно отметить, по эффективности воздействия, гирудотерапию.

При правильно проводимой стимуляции наблюдается каждодневное снижение уровня болевой чувствительности по линии воздействия через переднюю стенку живота.

Продавливая таким образом нижнюю часть живота, достигается исчезновение болей и резей в мочевом пузыре, восстановление проходимости мочеточников, прекращение сведения икроножных мышц, иногда улучшение слуха, устранение сероотделения из ушных раковин, улучшение самочувствия. Однако все это требует определенного опыта и навыка в работе, сочетающейся с определенным риском, поэтому хиропракту нужны хорошее знание топографической анатомии и физиологии, мягкости в работе.

Одновременное использование традиционного медикаментозного воздействия, или других средств по усмотрению врача, сокращает время выздоровления больного.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА

Сердце, совершая ритмичные сокращения и расслабления, нагнетает кровь в артериальные сосуды и присасывает ее из венозных сосудов, чем обеспечивает кровообращение. Сердце начинает сокращаться еще задолго до рождения и продолжает свою деятельность до конца жизни человека.

Расположено сердце в грудной полости, в нижнем отделе переднего средостения, в основном слева от срединной плоскости. В соответствии с конусообразной формой сердца в нем выделяют верхушку и основание. Верхушка направлена вниз, впереди и влево, а основание - вверх, назад и направо. На сердце различают грудинно-реберную (переднюю), диафрагмальную (нижнюю) и легочные (боковые) поверхности, правый и левый края, венечную и две (передняя и задняя) межжелудочковые борозды. Грудинно-реберная поверхность выпуклая, обращена вперед к телу грудины и прилежащим к нему реберным хрящам. Диафрагмальная поверхность - сравнительно плоская, обращена вниз к сухожильному центру диафрагмы. Венечная борозда проходит вокруг сердца на грани между расположенными выше ее предсердиями и лежащими ниже желудочками. Межжелудочковые борозды идут от венечной борозды по направлению к верхушке сердца: передняя борозда на грудинно-реберной, а задняя - на диафрагмальной поверхности. В бороздах находятся сосуды сердца, сопровождаемые нервами.

Размер сердца принято сравнивать с величиной кулака данного человека. Масса сердца индивидуально варьирует и у взрослых составляет 220 - 400 г.

Сердце человека четырехкамерное — имеет два предсердия и два желудочка. Продольной перегородкой, в которой различают две части: межпредсердную и межжелудочковую перегородки, оно разделено на не сообщающиеся между собой половины - правую и левую. В правой половине - правом предсердии и правом желудочке течет венозная кровь, а в левой половине — левом предсердии и левом желудочке - артериальная кровь.

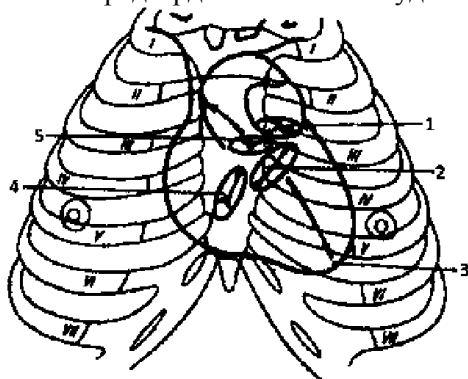


Рис. 22. Определение границ сердца.

Работа сердца происходит в три фазы: первая фаза - сокращение обоих предсердий, в результате чего кровь из предсердий поступает в желудочки, которые расслабляются; вторая фаза - сокращение обоих желудочков, при этом кровь из левого желудочка поступает в аорту, из правого желудочка - в легочный ствол, предсердия в это время расслабляются и принимают кровь из впадающих в них вен. Третья фаза - это общая пауза, в течение которой вся сердечная мышца расслаблена и кровь не

только продолжает поступать в предсердия, но и свободно протекает из предсердий в желудочки. Затем все три фазы повторяются.

В медицинской практике определяют проекции верхушки и границ сердца (Рис. 22). Верхушка сердца проецируется на передней грудной стенке в пятом межреберье на 1 - 2 см внутри от левой среднеключичной линии. Левая граница сердца определяется в виде кривой линии, выпуклой латерально и идущей от верхушки сердца к третьему левому реберному хрящу. Верхняя граница сердца проходит по верхнему краю третьих реберных хрящей, правая граница - на 2-3 см правее грудины на протяжении от III до V ребра. Нижняя граница сердца идет косо от пятого реберного хряща справа к верхушке сердца. Определяют границы сердца обычно при помощи перкуссии (выстукивание). При этом учитывают, что только небольшой участок грудино-реберной поверхности сердца вместе с перикардом прилежит к груди и реберным хрящам, а на остальном протяжении она отделена от передней грудной стенки легкими. Там, где сердце прилежит к грудной стенке, возникает тупой звук («абсолютная тупость»), а на протяжении участков, прикрытых легкими, - более высокий притупленный звук («относительная тупость»).

ТЕРАПИЯ СЕРДЦА

Рассмотрим раздел хиропрактики, который связан со стимуляцией сердца.

Прежде чем приступить к терапии нужно определить, нет ли противопоказаний, к ним относятся:

- врожденные пороки сердца;**
- острая сердечная недостаточность;**
- свежие послеинфарктные состояния;**
- психические заболевания;**
- свежая механическая травма, ранения, перелом ребер, послеоперационные состояния;**
- парадоксальная реакция сердца на пробную стимуляцию.**

К показаниям для проведения стимуляции относятся:
хронический стенокардический синдром;
присутствующие рефлекторные зоны нарушений сердца у практически здоровых людей;
использование стимуляции, как профилактического мероприятия для поддержания здоровья человека;
эмоциональные перенапряжения.

Стимуляция может выполняться, как из положения лежа, так и из положения стоя, но предпочтительное положение - лежа: голова приподнята, с согнутыми в коленях ногами, в состоянии расслабления мышц всего тела и душевного спокойствия.

Пальпаторный осмотр зон, внешности больного, прощупывание пульса, опрос дают представление о степени сложности работы и интенсивности терапии.

Терапия начинается с воздействия на самую болезненную зону сердца на груди. Основанием ладони одной из рук, очень осторожно, производится надавливание на рефлекторную зону (**Фото. 51**). Надавливание выполняется таким образом, чтобы у пациента как можно меньше было неприятных ощущений от нажима на ребра, т.е. давление должно быть мягким, до появления слабой боли в груди в области сердца.

Нужно отметить, что надавливание на грудную клетку нужно производить очень осторожно, так как с возрастом или по природной слабости, некоторая категория людей имеет хрупкую структуру ребер.

Слабая боль в груди пациента будет определять глубину надавливания. Давление на этом ощущении приостанавливается, производится выдержка времени в пределах полутора минут до исчезновения боли. Методика аналогична ранее описанному. После этого рука слегка смещается по рефлекторной зоне и повторно выполняется надавливание, с выдержкой времени до исчезновения или притупления боли. Если боль при продавливании не исчезает, а усиливается, то производится ослабление силы надавливания.

Такой терапией добиваются полного или частичного устранения болезненности рефлекторных зон на груди и улучшения работы сердца.

Когда боль при повторном обдавливании будет отсутствовать, приступают к следующему этапу работы. Пациент переворачивается на живот и стимуляция продолжается на спине в области левой лопатки.

Принципиальное отличие технических действий на спине от действий на животе заключается в том, что надавливание осуществляется через палец или два другой руки, которые подставляются под основание ладони давящей руки. Такое давление через пальцы позволяет более локально воздействовать на

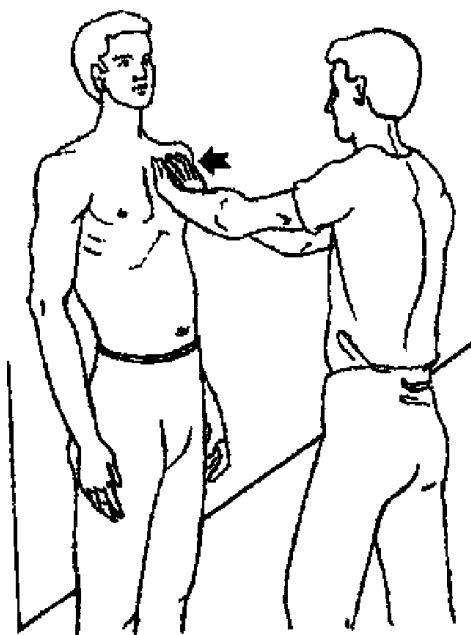


Рис. 23. Терапия сердца через грудную клетку.

сердце, обеспечивает узкое и направленное воздействие на участок с нарушенным кровообращением.

Зоной такого воздействия является паравертебральный участок между позвоночником и левой лопаткой, а в некоторых случаях по центру лопатки.

Давление осуществляется до начального появления боли изнутри со стороны сердца, но ни в коем случае нельзя передавить больше, иначе вместо стимуляции произойдет обратный эффект или возникнет непредсказуемость в работе сердца.

В некоторых случаях допускается использование приема с подложением пальца под стимулирующую руку и спереди на груди, но это должно определяться навыком и опытом врача.

После завершения терапии, с целью контроля правильного и полного воздействия, производится легкое обстукивание области сердца спереди и сзади через тыльную сторону ладони, болезненный отзыв должен отсутствовать, если же он присутствует, то можно попытаться убрать его таким же легким простукиванием в месте отзыва на грудной клетке.

Одновременно с такой терапией допустимо использование других систем и методик, только в более щадящем режиме, с постоянным контролем состояния, опасаясь перегрузки больного объемом воздействий.

В некоторых случаях допускается стимуляция больного в положении стоя, когда нет возможности положить его (**Рис. 23**). Для этого больного ставят спиной к стене и проводят надавливания на рефлекторные зоны сердца на груди, точно так же, как в положении лежа на спине, основанием ладони (**Фото. 52**), или лицом к стене (**Фото. 53**).

После снятия болевых напряжений с области сердца спереди пациент поворачивается лицом к стене и так же, как в положении лежа на животе, проводится надавливание основанием ладони через подставленные под давящую руку пальцы.

После удачно проведенной терапии больной сразу чувствует улучшение. Самопомощь будет заключаться в продавливании основанием собственной ладони болезненных или наиболее чувствительных зон на собственной груди, до возникновения боли в области сердца, выдержки и ее исчезновения. При надавливании вторая рука помогает в нажатии (**Фото. 54**).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕГКИХ

Легкие, правое и левое, занимают большую часть грудной полости (**Рис. 24**).

По форме легкое напоминает конус. В

нем различают нижнюю расширенную часть - основание легкого и верхнюю суженную часть - верхушку легкого. Основание легкого обращено к диафрагме, а верхушка легкого выступает в область шеи на 2-3 см выше ключицы. На легком различают три поверхности - реберную, диафрагмальную и медиальную и два края - передний и нижний. Выпуклая реберная и вогнутая диафрагмальная поверхности легкого прилежат соответственно к ребрам и диафрагме и повторяют их форму (рельеф). Медиальная поверхность легкого

вогнутая, обращена к органам средостения и к позвоночному столбу, поэтому подразделяется на две части: медиастинальную (средостенную) и позвоночную. На медиастинальной поверхности левого легкого имеется сердечное вдавление, а на его переднем крае - сердечная вырезка. Оба края легкого - острые, передний край ограничивает реберную поверхность от медиальной, а нижний край - реберную поверхность от диафрагмальной. На медиальной поверхности легкого имеется углубление - ворота легкого. Через ворота каждого

легкого проходят главный бронх, легочная артерия, две легочные вены, нервы, лимфатические сосуды, а также бронхиальные артерии (ветви) и вены. Все эти образования у ворот легкого объединены соединительной тканью в общий пучок, называемый корнем легкого.

Правое легкое по объему больше левого и состоит из трех долей: верхней, средней и нижней. Левое легкое разделено только на две доли: верхнюю и нижнюю. Между долями проходят глубокие междолевые щели: две (косая и горизонтальная) на правом и одна (косая) на левом легком. Доли легкого подразделяются на бронхолегочные сегменты, сегменты состоят из долек, а доля - из ацинусов. Ацинусы являются функционально-анатомическими единицами легкого, которые осуществляют основную функцию легких — газообмен.

В медицинской практике принято определять проекцию границ легких и плевры на поверхность грудной клетки. Различают переднюю, нижнюю и заднюю границы. Передняя граница правого легкого проводится от его верхушки косо книзу и во внутрь через грудино-ключичное сочленение до места соединения рукоятки и тела грудины. Отсюда передняя граница правого легкого спускается по телу грудины почти отвесно до уровня хряща VI ребра, где она переходит в нижнюю границу. Передняя граница левого легкого от его верхушки доходит по грудице только до уровня хряща IV ребра, затем отклоняется влево, пересекает косо хрящ V ребра, доходит до VI ребра, где продолжается в нижнюю границу. Такая разница передней границы правого и левого легких обусловлена несимметричным расположением сердца: большая его часть находится слева от срединной плоскости.

Для определения проекции нижней границы легких и плевры пользуются условно проведенными вертикальными линиями.

Нижняя граница легких соответствует по средне-ключичной линии VI ребру, по средней подмышечной линии - VIII ребру, по лопаточной - X ребру, по околопозвоночной - XI ребру. В проекции нижней границы правого и левого легких отмечается разница в 1-2 см (слева она ниже). Задняя граница легких проходит по околопозвоночной линии. Границы легких на живом человеке определяют путем перкуссии (выстукивание).

Передняя и задняя границы правой и левой плевры почти совпадают с соответствующими границами легких. Нижняя граница плевры вследствие наличия реберно-диафрагмального синуса определяется по каждой вертикальной линии приблизительно на одно ребро ниже границы легкого. Купол плевры по своему положению совпадает с верхушкой легкого: он выступает в область шеи на 2 - 3 см выше ключицы, что соответствует уровню заднего конца I ребра (остистому отростку VII шейного позвонка).

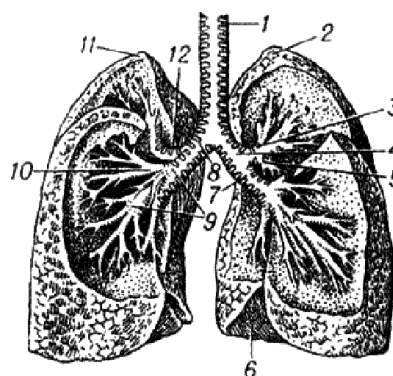


Рис. 24. Бронхиальная система взрослого человека. Вид сзади:

1 - дыхательное горло; 2 - верхушка правого лёгкого; 3 - бронхи верхней доли; 4 - правый бронх; 5 - бронхи средней доли; 6 - основание лёгкого; 7 - бронхи нижней доли; 8 - левый бронх; 9 - бронхи нижней части нижней доли; 10 - бронхи верхней части нижней доли; 11 - верхушка левого лёгкого; 12 - бронх верхней доли.

ТЕРАПИЯ ЛЕГКИХ

Терапия легких проводится по аналогии работы с сердцем.

Предварительно просматриваются противопоказания общие и специфические:

**опухоли в области стимуляции;
перелом ребер;
внутренние кровотечения;
свежие механические травмы;
отек легких;
острый период пневмонии.**

**Показаниями для работы считаются:
воспаление легких в восстановительном периоде;
хронические бронхиты;
астматические проявления средней тяжести;
профилактика заболеваний при наличии проекционных зон у практически здоровых людей.**

Стимуляция производится после уточнения легочных проекционных зон и других взаимосвязей.

Терапия выполняется в положении лежа на спине или на животе, иногда из положения стоя, если отсутствует возможность положить больного.

Разберем стимуляцию в положении больного лежа на спине. Ориентируясь на зоны повышенной чувствительности после пальпаторного исследования поверхности груди, определяем область надавливания на грудную клетку.

Надавление на одном месте без сдвижения руки, как и в ранее описанных случаях, выполняется до появления болевого ощущения внутри груди в легких. Проводится надавливание основанием ладони одной руки или двумя, когда одна рука усиливает действие другой. После возникновения боли, усилие нажатия фиксируется, дается выдержка времени в пределах трех минут. За этот промежуток времени боль в большинстве случаев исчезает или наблюдается ее притупление. Усиление боли по нарастающей во время фиксированной задержки давления, является противопоказанием для работы.

Следующим действием будет сдвижение руки в проекционной зоне легкого. Надавливанием находят боль, как в предыдущем случае, за счет выдержки времени добиваются ее устранения или притупления, после чего рука перемещается на другую рефлексогенную зону и снова повторяется надавливание с выдержкой времени.

Таким образом, обдавливая легкие не только сверху, но и с боков, добиваются снятия с них, так называемого в народной практике «болевого спазма», т. е. обезболивания.

Следующий этап работы проходит в положении больного лежа на животе. Так же как при терапии сердца, проводится обдавливание спины через пальцы, подложенные под основание ладони давящей руки. В основном, это зоны паравerteбральные, расположенные между лопатками и позвоночником, но при глубокой степени нарушений в легких проявляются зоны в межреберьях под лопатками.

При хронических нарушениях в легких наблюдается эффект «залипших лопаток» (**Фото. 55**). Проявляется он тем, что лопатка при заведении руки за спину, не приподнимается, а по краю лопатки наблюдается образование болезненно-напряженных мышечных структур, за счет которых она притянута и

часть глубоких дыхательных мышц выпадает из процесса дыхания, грудная клетка как бы стянута.

За счет давления через палец основанием кисти другой руки, по принципу, описанному ранее, выполняется проход по краю лопатки, добиваются сначала снятия болезненно-мышечного гипертонуса и обезболивания. При последующей терапии наблюдается увеличение подвижности лопатки, за счет чего улучшается дыхательная функция легких, усиливается мокротоотделение, в некоторых случаях это отделение идет в форме густых пробок, отходящих при откашливании. Одновременно продавливается центр правой лопатки, который, по предположению хиропрактов, является энергетическим центром дыхания и при сбое в системе дыхания человека выражается повышенной болевой чувствительностью.

Завершающим этапом стимулирования легких будет выстукивание болевых зон через тыльную сторону кисти. Простукивая грудную клетку, задерживаются на участках, где легкие отзываются болью, продолжая легкое выстукивание, добиваются устранения болевых ощущений. Выстукивание выполняется желательнее не более двух минут на одном месте.

Стимуляция легких также может быть выполнена из положения стоя у стены или у опоры, к которой можно прижать больного. Для этого его ставят спиной к жесткой плоскости для создания упора при надавливании.

Давление на рефлекторную зону производится основанием ладони руки с добавлением усилия за счет помощи наложенной на нее руки, по аналогии с терапией сердца в лежачем и в положении стоя у стены (**Рис. 23, Фото. 51, 52, 53**) производится надавливание до появления боли изнутри со стороны легких. После этого, по ранее описанному принципу, выдерживается время до исчезновения боли, рука смещается, и все повторяется снова.

Достоинством такой стимуляции у стены является равномерное снятие болевого ощущения с поверхностных структур легких за счет возможности плавного вращения пациента, более легкая переносимость пациентом стимуляции. Недостатком - невозможность глубокого проникновения с целью снятия болевого напряжения в легочных структурах. Лучший терапевтический эффект, когда эти два вида стимуляций совмещаются.

Иногда стимуляции полезно совмещать с ритмом дыхания, т. е. выполнять надавливания на вдохе, на выдохе или при задержке дыхания, это все определяется поставленной перед врачом задачей.

При обдавливаниях грудной клетки допустимо использование множества других форм воздействия как дополняющих: гирудотерапии, фитотерапии, иглорефлексотерапии, дозированной вибрации, гомеопатии, традиционных терапевтических средств лечения.

Дозировку лекарственной терапии с каждой новой стимуляцией желательнее равномерно сокращать.

Дополнительные методы воздействия определяются врачом, его знаниями, возможностями, опытом, а также состоянием пациента на момент стимуляции.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Молочная железа, правая и левая, служит для вскармливания женщиной детей (Рис. 25). По развитию она является измененной кожной потовой железой, но в функциональном отношении связана с половыми органами. Размеры и формы железы индивидуально варьируют, изменяются также с возрастом и во время беременности и кормления ребенка. Усиленное развитие железы происходит в период полового созревания. Наибольших размеров она достигает к концу беременности и в период кормления. Незадолго до родов из железы начинает выделяться секрет - молозиво. После родов секреторная деятельность железы усиливается, и к концу первой недели секрет принимает характер грудного молока.

Основание молочной железы соответствует уровню III—IV ребер, железа расположена на большой грудной мышце и окружена собственной фасцией. В центре выпуклости железы имеется выступ - сосок молочной железы, окруженный околососковым кружком - участком пигментированной бугристой кожи (бугристость обусловлена наличием желез околососкового кружка). В коже околососкового кружка молочной железы имеются многочисленные гладкие мышечные клетки и чувствительные нервные окончания.

Сокращение мышечных клеток сопровождается выпячиванием соска, а раздражение рецепторов при сосательных движениях ребенка рефлекторно стимулирует выделение молока.

Тело молочной железы состоит из 15-20 долей, а доли - из железистых долек. Помимо железистой ткани, в железе имеются соединительная (фиброзная) и жировая ткани. Выводные протоки долей железы называются альвеолярными протоками, которые переходят расширения - млечные синусы и открываются на верхушке соска воронкообразными млечными отверстиями. Жировая ткань находится как между долями железы, так и на ее поверхности, под кожей. Фиброзная ткань (соединительная) образует капсулу железы и перегородки между ее долями. Воспаление железы - мастит.

ТЕРАПИЯ МАСТОПАТИЙ

Перед началом сеанса терапии с больной, страдающей мастопатией, выявляются общие и специфические

противопоказания:

отсутствие боли при пальпаторном исследовании;

невозможность снять боль обдавливанием в течение установленного времени;

возникновение парадоксальной реакции во время стимуляции.

Работа заключается в очень плавном и мягком обдавливании уплотнений молочной железы на груди пациентки основанием ладони руки. Надавливания производятся до возникновения начального болевого ощущения. Ни в коем

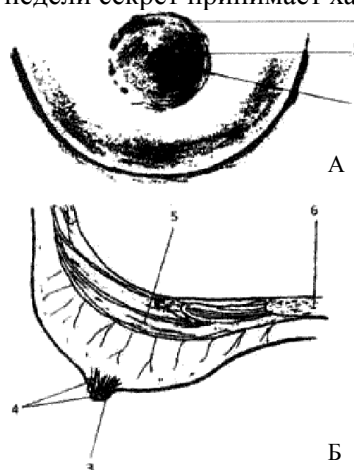


Рис. 25. Молочная железа.

А - общий вид; Б - горизонтальный разрез; 1 - тело молочной железы; 2 - околососковый кружок молочной железы; 3 - сосок молочной железы; 4 - млечные протоки; 5 - большая грудная мышца; 6 - грудина.

случае не допускается передавливание железы во избежание перестимуляции. Как и в описанной здесь системе стимулирования, после появления боли выдержка времени до исчезновения ее, выдержка идет в пределах 1,5-2 минут, если боль за этот промежуток времени не исчезает, а только притупляется, то все равно процесс стимуляции на этом участке болевых ощущений заканчивается. Рука смещается в другую плоскость обжатия и все повторяется сначала. Обдавливания проводятся равномерно по всей уплотненной области, обезболивая ее, давление - под разными углами (**Фото 56 а, 56 б**).

Перед выполнением работы на железе, над уплотнением на поверхности, кожа смазывается 5% раствором йода. Если йодовая сетка исчезает в пределах 2-5 часов, то возникает сложность в работе с пациентом, процент неудачи выше. Степень успеха возрастает, когда йодный показатель исчезает через 10 и более часов.

Терапия заканчивается после полного обезболивания уплотнения на молочной железе. После чего дополнительно можно использовать простейшие элементы психовоздействия; для этого безымянным пальцем обводится место уплотнения, едва-едва касаясь, три раза, рисуется этим же пальцем крест внутри обрисованной окружности, после чего руки моются. Больной не разрешается в течение оставшегося дня дотрагиваться своими руками до своей груди. Наилучшее время для выполнения действий - полнолуние или последняя его четверть, считается, что восприимчивость или иначе внушаемость пациентов в этот промежуток выше. Количество сеансов от 3 до 5, через день.

Одновременно должна проводиться терапия области малого таза женщины, с целью устранения гинекологического расстройства. Каждая стимуляция должна давать притупление боли и уменьшение величины уплотнения на груди. Как фактор, усиливающий эффект воздействия, дающий 90%-й успех, используется голодание в течение всего времени стимуляции. Дополнительно используются различные варианты специально приготовленных лепешек, прикладываемых на больное место на ночь, например: свежий желток, столовая ложка меда, ржаная мука. Все перемешивается, лепешка прикладывается как компресс на ночь.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Половые органы женщины и мужчины имеют различия в строении, что связано с особенностями их функций.

Женские половые органы служат для роста и созревания женских половых клеток и вынашивания плода. В женских половых железах - яичниках вырабатываются женские половые гормоны. В зависимости от расположения, различают внутренние и наружные половые органы. Для терапевтических действий висцерального характера рассмотрим анатомию внутренних половых органов женщин.

У женщин к внутренним половым органам относятся: яичники, матка с маточными трубами, влагалище (**Рис. 26**).

Яичник, правый и левый, является половой железой, в которой происходит рост и созревание женских половых клеток и вырабатываются женские половые гормоны. Находится яичник в полости малого таза у боковой его стенки. Он имеет форму сплющенного овального тела. Наибольший размер яичника (длина) у взрослой женщины около 2,5 см, а масса - 5-8 г. На яичнике различают медиальную и латеральные поверхности, трубчатый (верхний) и маточный (нижний) концы, свободный (задний) и брыжеечный (передний) края. К трубному концу яичника прикреплена одна из бахромок маточной трубы. От

маточного конца яичника к матке идет собственная связка яичника. Своим брыжеечным краем яичник посредством небольшой складки брюшины (брыжейки яичника) прикреплен к заднему листку широкой связки матки; в области этого края в яичник входят сосуды и нервы. Снаружи яичник покрыт белочной оболочкой, состоящей из соединительной ткани, выстланной на поверхности кубическим эпителием.

В яичнике различают два слоя - мозговое и корковое вещество. Мозговое вещество яичника находится в области брыжеечного края и в глубине яичника. Оно состоит из соединительной ткани, в которой проходят сосуды и нервы. Корковое вещество яичника расположено на периферии, имеет соединительнотканную строму, содержащую фолликулы.

Маточная труба, левая и правая, имеет форму трубчатого органа длиной 10-12 см и служит для проведения яйцеклеток в матку. Она находится в полости малого таза сбоку от матки, в верхнем отделе ее широкой связки. В маточной трубе различают несколько частей: маточную часть, перешеек, ампулу и воронку маточной трубы. Маточная часть находится в стенке матки. Перешеек - суженная часть трубы - лежит рядом с маткой и переходит в расширенную часть - ампулу. Воронка маточной трубы обращена к яичнику, края ее разделены на бахромки; самая большая из них яичниковая

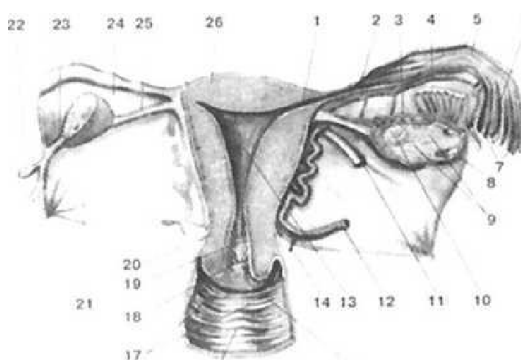


Рис. 26. Матка женщины и яичники 1 - устье маточной трубы; 2, 5, 6 - маточная труба; 8, 9, 10 - яичник; 13 - полость матки; 12, 14 - кровеносные сосуды; 11 - круглая связка матки; 16, 17 - стенка влагалища; 18 - наружный зев шейки матки; 15 - влагалищная часть шейки матки; 19 - цервикальный канал; 20 - шейка матки.

(прикрепляется к трубному концу яичника). Полость маточной трубы имеет форму канала с двумя отверстиями: маточное отверстие трубы открывается в полость матки, а брюшное отверстие трубы - в полость брюшины около яичника. Посредством брюшного отверстия полость брюшины у женщины через маточные трубы, матку и влагалище сообщается с внешней средой.

Стенка маточной трубы состоит из слизистой и мышечной оболочек и серозной оболочки с соединительнотканым подсерозным слоем. Слизистая оболочка покрыта мерцательным эпителием и образует продольные трубные складки. Мышечная оболочка представлена циркулярным и продольным слоями гладких мышечных клеток. Серозная оболочка - это часть брюшины, образующей широкую связку матки.

Необходимо отметить, что оплодотворение (соединение мужской половой клетки с женской) обычно происходит в маточной трубе и здесь же протекают начальные стадии развития зародыша.

Влагалище представляет собой растяжимую трубку длиной 8-10 см, которая широким верхним концом охватывает шейку матки, а нижним, проникая через мочеполовую диафрагму таза, переходит в половую щель. Впереди органа расположены мочевой пузырь и мочеиспускательный канал, сзади - прямая кишка. С этими органами матка сращена рыхлой и плотной соединительными тканями. Куполообразное углубление влагалища, расположенное вокруг

шейки матки, называется сводом влагалища. Своим нижним концом влагалище направлено вперед и вниз.

Слизистая оболочка влагалища выстлана многослойным плоским эпителием и образует многочисленные поперечные складки. Мышечная оболочка состоит из внутреннего циркулярного и наружного продольного пучков гладких мышечных волокон. Наружная оболочка плотная и богато снабжена эластическими волокнами.

ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Как в любом виде висцеральных стимуляций пациент просматривается на специфические и общие противопоказания.

зания.

К противопоказаниям относятся:

сифилис, гонорея;

кровотечения;

наличие свежих послеоперационных швов в области малого таза;

кожные изменения и повышение температуры в области стимуляции;

отсутствие болевого контроля при выполнении работы.

Показанием для стимуляции могут являться следующие состояния гинекологии:

застойные явления в малом тазу;

воспаление придатков с нарушением проводимости труб, яичников;

небольшие сроки миом;

некоторые виды кист яичников.

Терапия начинается из положения - больной лежа на спине с согнутыми в коленях ногами с приподнятой головой, лежащей на валике или на подушке, при максимальном расслаблении живота.

Начинать желательно с работы по расслаблению и снятию застойных явлений и спазмов с кишечника по ранее описанной методике.

Надавливание в области придатков должно проводиться очень мягко и осторожно, до появления начального болевого ощущения. В зависимости от степени гинекологического нарушения, болевое ощущение может возникнуть, как при поверхностном прикосновении, так и при более глубоком надавливании, но все равно, надавливание выполняется до появления легкого ощущения боли (**Фото. 57**).

Движение с надавливанием проводится по направлению от низа живота лобкового симфиза вверх к подвздошной кости, т. е. между тонким кишечником и паховой складкой.

При движении с надавливанием ориентируемся по линии наибольшей болезненности. Техника стимулирования гинекологии идентична работе с ранее описанными органами.

Вкратце, проводится надавливание до появления начальной боли, выдержка времени до ее исчезновения, после чего рука смещается на новую позицию и все повторяется. После прохождения зоны придатков и обезболивания выполняется контрольный проход, который убеждает в отсутствии боли. Если имеется остаточное присутствие боли, то проводится еще стимулирующий проход.

На практике очень часто наблюдается, что заметное улучшение при гинекологических расстройствах наступает после нормализации кругов взаимодействия, чаще первого круга, а именно, после устранения глубоких нарушений в

кишечнике. Поэтому работа с кишечником должна выполняться в большинстве случаев перед гинекологической стимуляцией.

Количество сеансов терапии определяется врачом, в некоторых случаях от одного до двух в день - утром и вечером, через день, через два.

Желательно стимуляцию сочетать с другими терапевтическими методами лечения, особенно можно отметить по эффективности воздействия - гирудотерапию. При правильно проводимой стимуляции наблюдается ежедневное снижение уровня болевой чувствительности по линии прохождения гениталий, исчезновение или уменьшение проекционных зон гинекологических расстройств на теле.

Продавливая таким образом нижнюю часть живота, иногда достигается исчезновение кисты яичника или спаечного процесса, восстановления проходимости труб, функций яичников. Однако все это требует определенного опыта и навыка в работе, сочетающейся с определенным риском, поэтому от хиропракта требуется хорошее знание топографической анатомии и физиологии, мягкости в работе.

Одновременное использование традиционного медикаментозного воздействия, или других средств воздействия по усмотрению врача, ускоряют время выздоровления больного.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Предстательная железа представляет собой железистый орган, находящийся в полости малого таза мужчины, под мочевым пузырем. Она окружает начальный отдел мочеиспускательного канала. Железистая ткань - железистая паренхима - образует дольки железы и выделяет секрет, входящий в состав спермы и стимулирующий сперматозоиды. Гладкая мышечная ткань составляет значительную часть вещества железы (мышечное вещество) и при сокращении способствует выбрасыванию секрета из железистых долек, а также выполняет роль сфинктера мочеиспускательного канала.

В предстательной железе, по форме напоминающей каштан, различают основание и верхушку, а также переднюю и заднюю поверхности, правую и левую доли и перешеек (средняя доля). Основание предстательной железы направлено вверх к дну мочевого пузыря, верхушка - вниз к мочеполовой диафрагме, передняя поверхность обращена к лобковому симфизу, а задняя поверхность - к прямой кишке. Масса железы у взрослого составляет в среднем около 20г, а наибольший размер (поперечник) - около 4 см. Через железу, как уже отмечалось, проходит предстательная часть мочеиспускательного канала, в которую впадают семявыбрасывающие протоки и протоки долек самой железы.

Предстательную железу, как и семенные пузырьки, можно прощупать через прямую кишку. Увеличение железы, нередко наблюдающееся у мужчин пожилого возраста, может сопровождаться нарушением акта мочеиспускания. Воспаление предстательной железы - простатит.

ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Перед стимуляцией предстательной железы больной просматривается на присутствие противопоказаний:

острая стадия простатита;

отсутствие болезненности при надавливании во время стимуляции.

Показанием для терапии являются:

хронические вялотекущие простатиты;

застойные явления в области малого таза.

Лечение нарушений предстательной железы представляет определенную трудность. Эта проблема почти всегда сопровождается нарушением в работе почек, или застойным состоянием околопочечных пространств, с присутствующим спазмом мочеточников. Благодаря зонной диагностике, можно проследить четкую зависимость между нарушением в почках и простатитом. Поэтому, работа только с одной простатой, как показывает практика, дает малый процент выздоровлений, дает только временное улучшение и переводит простатит в разряд хронических, и если не проводить работу по терапии околопочечных пространств, почек, то простатит приобретает хроническую форму, обостряясь при малейшем переохлаждении организма или возникновении застойного явления в кишечнике. Поэтому, первоочередные действия заключаются в работе с органами по схеме взаимосвязей перевернутого человечка или вторым кругом взаимодействий «Б».

Стимулирование выполняется по общему принципу, описанному в предыдущих главах.

Нажатие до появления легкой боли, выдержки времени до исчезновения, перемещения руки в другую плоскость с целью воздействия на предстательную железу под другим углом, после чего снова проводится выдержка времени до исчезновения боли. Надавливание идет по болезненным участкам, сама боль служит указателем направления работы.

Во время стимуляции пациент лежит на спине с согнутыми в коленях ногами, максимально расслаблен.

Продавливания выполняют в области низа живота, через переднюю его стенку в надлобковой области, в зоне железы, через освобожденный от мочи мочевого пузырь по аналогии терапии мочевого пузыря (**Фото. 58**).

После обезболивания области простаты направление движения стимулирующих действий идет по мочеточникам, к предварительно простимулированным почкам.

Далее пациент переворачивается на живот, и продолжают действия со стороны спины. Для усиления кровообращения в малом тазу разминаются ягодичные мышцы, особенно в районе запирательного отверстия, часто имеющие при таком нарушении повышенную болевую чувствительность, а также болезненные участки на пояснице. Не помешает при этом и массаж предстательной железы через анальное отверстие. Хорошие результаты дает одновременное использование гирудотерапии.

Дополнительным средством стимуляции предстательной железы может быть вибрационное воздействие с малой и средней амплитудой и частотой в пределах 25-30 Гц, производимое через участки прохождения ручной терапии. Воздействие желательно сочетать с комплексом лечения по выбору врача: фитотерапией, гомеопатией, иглорефлексотерапией, если она показана, а также традиционной медикаментозной терапией.

V. ДРУГИЕ МЕТОДЫ ХИРОПРАКТИКИ

«Недостаточно овладеть премудростью, нужно уметь пользоваться ею».

Цицерон

ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ

В народной медицине часто использовалась вакуумная терапия с целью улучшения работы внутренних органов.

Разберем наиболее известные в практике врачевания способы лечения заболеваний с помощью подручных средств, таких как глиняные горшки, стеклянные банки, бумажные или тряпочные плотные трубочки, применительно к старославянской висцеральной терапии. При использовании вакуумной терапии приходится работать с огнем, поэтому необходимо соблюдать меры пожарной безопасности, максимально обезопасить пациента и себя от ожогов, а место проведения вакуумной терапии - от пожара. Заранее предусмотреть действия, которые вольно или невольно могут произойти, быть предельно осмотрительным и осторожным.

ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГРЫЖЕ ПУПА

Перед рассмотрением метода обратимся к описанию грыжи, чтобы представлять, что это такое и какая опасность суще-

ствует при постановке горшка на живот с целью излечения ее. Вот как трактует известный в свое время доктор естественной медицины Ф. Е. Бильц в своей книге «Новое естественное лечение», (изданной в 1902 г. тиражом 1.000.000 экземпляров), определение грыжи.

«Всякому случаю грыжи обыкновенно предшествует известное расположение к образованию грыжи, состоящее в том, что мускульную ткань в области соответствующего пахового канала, а равно другие мышцы, фасции и ткани брюшной стенки ослабевают, благодаря характеру питания, образу жизни и роду занятий. Случайной причиной, вызывающей грыжу, может быть:

- 1) всякое более или менее сильное напряжение, вследствие которого внутренности сдавливаются или нажимаются книзу, например, смех, крик, чихание, кашлянье, прыгание, ношение и поднимание тяжестей, сильные потуги при стуле, при родах и т. д.;
- 2) ранения и абсцессы в нижней части живота и т. д.;
- 3) слишком сильно давящий корсет и т. п.;
- 4) в иных случаях причиной грыжи бывает ненормальное, неполное закрытие брюшной полости или пупка, обнаруживающиеся при рождении, или же увеличение отдельных органов.

Грыжа может образоваться медленно и постепенно, или же внезапно; если на грыжу не обратить должного внимания, то она может остаться на многие годы и даже на всю жизнь.

Опаснее всего грыжи в преклонном возрасте.

Чаще других образуются следующие грыжи: паховая, паховомошоночная, бедренная, пупочная, брюшная, грудобрюшной преграды, сальника, кишок, промежности, желудка и т. д. Настоящие грыжи образуются в нижней части живота, причем внутренности, сальник, брюшина или кишки выступают через имевшиеся или новообразующиеся отверстия в

брюшной стенке, или же, точнее сказать, внутренности проталкивают брюшину и т. п. через отверстие и расширяют ее в особый грыжный мешок, остающийся в связи с брюшной полостью.

Наиболее удаленная часть грыжного мешка называется дном его, а часть, лежащая у отверстия, шейкой.

Описание болезни.

Паховая грыжа чаще наблюдается у мужчин, причем она бывает обыкновенно врожденной или же существует расположение к образованию грыжи. В данном случае внутренности выпадают через паховый канал и, если вовремя не были приняты меры, спускаются в мошонку, которую они могут растянуть даже до колена.

У женщин паховая грыжа спускается в большие половые губы.

При вхождении в паховый канал содержимое брюшной полости образует опухоль, называемую неполной паховой грыжей, если же грыжа выйдет за пределы наружного пахового кольца, то это будет полная паховая грыжа; наконец, если она спустилась в мошонку, то ее называют пахово-мошоночной; такую грыжу иногда невозможно вправить обратно.

Бедренная грыжа чаще наблюдается у женщин. В этом случае внутренности проходят через бедренную дугу, по большей части, к внутренней поверхности бедра. Из-за узкости отверстия и натянутости тканей, образующих его, грыжа эта бывает ущемленной чаще, чем другие.

Пупочная грыжа бывает почти исключительно у детей и особенно у новорожденных; в данном случае внутренности выступают из не вполне закрывшегося или вновь открывшегося пупочного отверстия, около которого и образуют небольшую опухоль. Пупочная грыжа у детей излечивается легко, иногда сама по себе, иногда при помощи специально устроенного бандажа.

Для этой цели берут серебряную монету или кусочек пробки, обертывают во влажную полотняную тряпочку и накладывают на пупок, умеренно вдавливая опухоль; вниз можно также подложить корпии. Все это можно укрепить крест-накрест полосками липкого пластыря. Затем накладывают кусочек плотной бумаги (кусочек игральной карты) и укрепляют все пупочным бинтом. При перемене повязки надо каждый раз смачивать больное место прохладной водой при помощи губки.

При пупочной грыже в позднем возрасте может выступить вся масса внутренности и образовать значительный выступ. В таком случае трудно не только вправить грыжу, но и предотвратить повторение, даже при ношении бандажа».

Рассмотрим метод устранения пупочной грыжи у взрослых, который наиболее часто применялся и применяется хиропрактами в медицинской практике. Терапия допускает работу с пациентом, имеющим грыжу умеренных размеров.

Манипуляции с горшком часто проводились в бане после предварительного разогрева или распаривания тела.

Как в любом хиропрактическом воздействии, перед началом выполнения терапии по устранению пупочной грыжи, просматриваются противопоказания действий - общие и специфические.

К специфическим противопоказаниям относятся:

невозможность снятия боли в области пупа действиями обдавливающей терапии;

**нагноение в области пупа; пожилой возраст больного;
присутствующие опущения почек;
послеоперационные грыжи.**

Грыжа пупа определяется путем установки с легким надавливанием одного из пальцев руки в центр пупа.

При надавливании на пуп прохождение пальца в отверстие, которое создано в передней стенке живота, будет указывать на наличие грыжи в пупе.

В некоторых случаях при натуживании пациента, наблюдается выход и выпирание кишки через отверстие пупа. Это опасно тем, что может произойти ущемление кишечника с последующими тяжелыми последствиями для больного.

Встречается категория больных, приходящих на прием к специалисту, которые после каждой физической нагрузки сами заправляют вышедшую грыжу обратно в живот пальцем, т.е. для них такое состояние живота привычное.

Перед началом установки горшка на живот выполняют подготовительные мероприятия. Пациента кладут на спину с согнутыми в коленях ногами, голова приподнимается, необходимо создать полное расслабление тела и состояние душевного покоя.

Снимается болезненное напряжение с живота за счет висцеральной терапии по кругам взаимодействий (работа с ними дана в предыдущих главах). После такого обезболивания и расслабления приступают к постановке горшка, в некоторых случаях его заменяют стеклянной банкой, однако острые края банки при притупленной кожной чувствительности пациента могут травмировать поверхность кожи, надолго оставить след от постановки, поэтому здесь требуется дополнительное внимание.

Смазывается вазелином место постановки вокруг пупа, после чего устанавливается горшок или стеклянная банка. Объем горшка или банки используется в пределах 1,5 литров, для человека средней комплекции. После чего на пупе устанавливается и закрепляется в низком и узком подсвечнике, который способен легко проходить через горловину горшка, бумага, приготовленная для факела.

Как показала практика, для факела лучше использовать спички, которые втыкаются в половинку сырой картошки или яблока, установленных на живот срезом вниз для большей устойчивости.

Спички устанавливаются по 7-13 штук за один раз, их количество определяется плотностью кожи живота, головка к головке. Зажженная спичка подносится к одной из головок воткнутых спичек, она воспламеняется, и яблоко или картошка со всеми спичками накрываются горшком, там происходит воспламенение остальных спичек. Выгорает кислород в горшке и образуется разрежение, горшок присасывается к животу, пуп при этом должен оказаться в центре горшка. Изменение количества спичек дает возможность управлять величиной разрежения в горшке. Иногда для создания устойчивого факела используют соль, завернутую в ткань, как показано на **Фото. 59**, концы ткани слегка увлажняют спиртом, они поджигаются, после чего набрасывается горшок. Такой метод постановки более устойчив и создает большую глубину разрежения, но выше степень риска обжечь пациента.

Когда горшок установлен на область живота (**Фото. 60**), дается выдержка времени в пределах 15-20 минут, после чего он снимается путем подсовывания под него пальца и устранения в нем разрежения.

При правильной постановке горшка на область пупа, после его снятия должен образоваться синяк от присутствовавшего разрежения, отсутствие синяка будет говорить о слабом терапевтическом эффекте выполненных действий.

Образование синяка на самом пупе не должно пугать пациента, т. к. это нормальное явление, часто сопровождаемое уходом грыжи. Следующий сеанс проводится через день, а точнее после исчезновения синяка с живота. Количество постановок горшка колеблется от 3 до 5 в зависимости от состояния пациента. Если после третьей стимуляции изменений в пупочном отверстии не наблюдается, то продолжать такую терапию не имеет смысла - данный метод не подходит для пациента.

В некоторых случаях такая постановка горшка используется при грыже белой линии живота. В этом случае горшок устанавливается над ней, по методике, описанной ранее. (Если после третьей постановки изменений в области пупочного кольца не наблюдается, то продолжение работы не имеет смысла, для данного пациента эти действия не подходят).

В центр живота аналогичным способом устанавливали горшок при, так называемых, «срывах» живота, т.е. нарушениях в животе, возникающих при поднятии запредельной тяжести, при внезапном вздутии живота, связанным с деятельностью кишечника, после приема большого количества пищи или после тяжелых родов у женщин.

ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ С ЦЕЛЬЮ ПОХУДАНИЯ

снижение его объема.

Подмечено, что если банка устанавливается на огромный живот с целью устранения грыжи пупа, то наблюдается одновременная подтяжка живота и

В некоторых случаях с целью похудения целесообразно устанавливать горшок или стеклянную банку на живот, одновременно в комплексе с другими методиками воздействий, что дает большую эффективность.

Снижение объема живота контролируется обмерами его величины до установки горшка и после его снятия. Если наблюдается расхождение в замерах до и после, то такая терапия продолжается, но если размеры стабилизируются, вакуумная терапия дальше не производится.

ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАГИБЕ И ОПУЩЕНИИ МАТКИ

матки у женщин.

Еще один вариант использования вакуумной терапии в народной медицине - это устранение загиба или опущения

При загибе или опущении матки используется терапия, аналогичная предыдущему описанию. Все противопоказания одинаковы с предыдущим, отличается только местом установки и количеством выполняемых постановок горшка на живот.

Горшок объемом 1-1,5 л. устанавливают между пупом и лобком пациентки, при условии, что предварительные действия с животом выполнены.

Создавшееся в горшке разрежение присасывает кожу живота, создавая болевое начальное ощущение. После постановки горшка больная около 5 минут лежит в положении на спине с полусогнутыми ногами, как бы привыкая к боли, после чего переворачивается на бок, а затем встает в коленно-локтевое положение или в позу потягивающейся после сна кошки (**Фото. 61**). В таком

положении она должна находиться в пределах 10-15 минут. Когда горшок снимается, на месте его постановки должен образоваться легкий синяк, указывающий на правильное выполнение терапевтического действия.

Такие действия выполняются через день или два. При условии следующей постановки только после исчезновения синяка с живота. Проводится от десяти до тринадцати сеансов.

ТЕРАПИЯ ПРИ ОСЛАБЛЕНИИ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

В некоторых случаях вакуумная терапия использовалась для улучшения переваривающей силы желудка. При решении этой задачи горшок устанавливается над желудком в эпигастральной области, по аналогии с ранее описанными действиями.

Аналогичная постановка горшка использовалась врачами при устранении опущения желудка как завершающего этапа его поднятия и постановки на место.

Само поднятие описано в предыдущих главах.

Время выдержки горшка на животе колеблется в пределах 10-15 минут. Дополнительно к противопоказаниям можно отнести калькулезный холецистит, сахарный диабет, а также все противопоказания, описанные в действиях по устранению пупочной грыжи.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ПО РАЗДЕЛУ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ

Сделаем небольшой экскурс в историю России, в то время когда народная медицина занимала прочное место в быту простого люда. Приведу несколько дословных выдержек по данному материалу из книги доктора медицины того времени Г. Попова «Русская народно-бытовая медицина».

«Есть также особые «правильщики» и «правильщицы». Они направляют пуп, который оказывается сорванным от тяжелой работы, подъема, или просто от того, что человек оступился или сделал неловкое или резкое движение. Достигается это всего чаще накидыванием горшка. При этой операции знахарка кладет больного, намазывает ему живот гущею или мылом, берет горшок, зажигает немного льну, бросает его в горшок и опрокидывает на живот больному. Горшок играет роль, таким образом, большой сухой банки. Эта операция иногда бывает настолько мучительна, что больной кричит от боли и требует немедленного удаления горшка, но сделать это бывает не всегда легко: часто живот так сильно втягивается в горшок, что последний приходится иногда разбивать. Знахарка проделывает это раза два, три, всегда натошак, а когда операция кончена, дает больному выпить вина с солью или сажей (Орловск, Смоленск, Новгородск, Вологодск и Вятская губернии). Накидывание горшков предпринимается также с целью разогнать дурную кровь, но едва ли не чаще всего производится теперь у женщин для производства выкидыша, и у маленьких детей от грыжи, при чем горшок заменяется стаканом. В Череповецком уезде, где, по-видимому, наиболее распространена теория пупных болезней, стараются сделать так, чтобы при «накидывании» горшка пупок находился в его центре: когда живот втягивается в горшок, то этим вполне обеспечивается собирание рассыпавшегося пупа в одно место. Там же существуют и другие способы лечения знахарями «пупных болезней». При одном из таких способов «рвут пуп пальцами», т. е. большим и серединой согнутого указательного пальца захватывают складку кожи и поднимают ее, стараясь перекрутить складку. Иногда щипание кожи пальцами производится по всему животу и

представляет вид массажа. Употребляется также «завертывание пупа» палкой: берут коротенькую палку, средину ее кладут на пупок и начинают производить круговые движения палки по животу, с целью «закрепить» сорванный пуп. В тех случаях, когда «катает пупом» (сильные боли в животе), проводится операция «сдергивания пупа». Больной, с обнаженной спиной, ложится вниз животом на лавку, а приглашенный знахарь, согнув у себя на руках по три пальца и оставив свободными остальные два, указательные кладет поперек спины больного, а большими захватывает кожу на спине и сильно тянет до тех пор, пока в спине «что-то не щелкнет»: это пуп сдернулся с того места, на котором ему быть не следует, и попал опять на свое.

Аналогичная операция в Вельском уезде (Вологодской губернии) называется «защипыванием пупа». Эта операция применяется здесь к тем случаям поясничной ломоты, когда она является результатом «срывания пупа». Больной также ложится спиной вверх, и знахарка защипывает пуп, забрав кожу на спине, против пупа, в складку и вытягивая ее до тех пор, пока не послышится хрустенье: это опять, значит, пуп попал на свое место.

В Сарапском уезде (Вятская губерния), при «наджаде», когда пупок встал не на месте, правят брюхо и пуп бабушки-повитухи или сам больной. Для этого он ложится вниз животом, стараясь возможно больше выгнуть спину и положив под живот какой-нибудь предмет.

В Саратовской губернии (с. Бобылевка, Балашовского уезда), когда появятся боли в животе, бабки говорят, что он «отбит или надорван». Для лечения, больного кладут, с согнутыми ногами, на спину и начинают обеими руками поглаживать живот снизу вверх, причитывая: «во имя Отца, и Сына, и св. Духа». Потом берут больного за ноги и, встряхнув раза три, велят немного полежать и дают стакан водки. Когда заболит шея и бывает нельзя повернуть голову, бабка говорит, что она «развилась». Для исправления, больного берут за голову обеими руками, поворачивают ее то на ту сторону, то на другую, приказывая не задерживать поворачивания, и вдруг производят такое повертывание, что по словам больных, «затрещит шея». Когда заболит от работы спина, бабушки также говорят, что она «развилась»: велят больному сложить руки по мертвому, лечь вверх спиной и надавливают ее ногой».

УЛУЧШЕНИЕ СЛУХА И УДАЛЕНИЕ СЕРНЫХ ПРОБОК ИЗ УШЕЙ

Народная мудрость и наблюдательность неисчерпаемы. Вот что пишет П. Куреннов, русский потомственный знахарь, автор книги «Русский народный лечебник» о подручных средствах, которые использовали и используют знахари и хиропракты при лечении боли и глухоты в ухе.

«Часто после простуды появляется сильная боль в одном ухе, а подчас и в обоих сразу. Эта боль часто сопровождается глухотой. Автору известен случай, когда 10-летняя девочка заболела описанной выше болезнью. Десяток врачей официальной медицины лечили больную совершенно безрезультатно. Разуверившись в эскулапах научной медицины, отец привел больную к знахарю. Последний свернул воронкой большой лист бумаги (сахарной, толстой, синей), вставил узкий конец воронки в ухо девочки и зажег широкий конец воронки. Когда воронка обгорела почти вся, знахарь легким ударом руки выбил остаток воронки из уха пациентки. Затем эту же процедуру проделал со вторым ухом. Всякая боль и глухота исчезли немедленно».

«Взять льняную материю, пропитать ее расплавленным жидким воском или намазать на эту материю тонкий слой воска, свернуть материю воронкой, вставить узкий конец воронки в ухо, а широкий конец - зажечь, когда тряпка догорит почти до уха, легким движением руки выбить остаток воронки из уха».

О подобных действиях пишет и доктор медицины Г. Попов в книге «Русская народно-бытовая медицина».

«Особые специалисты лечат также глухоту и вытягивают серу из ушей. Промыв уши водою, кладут в них маленькие кусочки камфары, завернутой в вату или тоненькую тряпочку, с листиками душистой герани. Потом, свернув из лоскутка бумаги, пропитанной воском, трубочку, вставляют один конец в ухо, а другой зажигают. Операция эта считается самой действительной против глухоты: вся сера, которая закладывает уши, если она даже копила годами, «выгорит» или ее вытянет огнем на бумагу (Череповской уезд Новгородской губернии)».

Можно добавить к написанному П. Куренновым и Г. Поповым о безопасности при работе с огнем во время этих действий.

Приступая к работе, нужно предусмотреть действия, которые могут произойти при работе с пламенем над больным, учесть скорость горения бумаги или пропитанной ткани, вставленной в ухо, угол наклона с учетом невозможности попадания расплавленного воска в ушную раковину (**Фото. 62**). Закрывать волосы больного полотенцем или плохо возгорающейся тканью, предусмотреть посуду с водой или пепельницу, куда будут убираться вынутые из уха тлеющие остатки воронки или парафинированной трубки.

ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВЫ

В народной медицине существовало множество способов устранения напряжений, возникающих в костных

тканях после сотрясения мозга. Постараемся разобрать несколько известных нам и наиболее результативных способов.

При всех видах сотрясений основным критерием является жалоба пациента на головную боль.

Как средство контроля выполняемых действий использовалась лыковая веревочка, которая должна соответствовать определенным требованиям, а именно при растяжении не удлиняться.

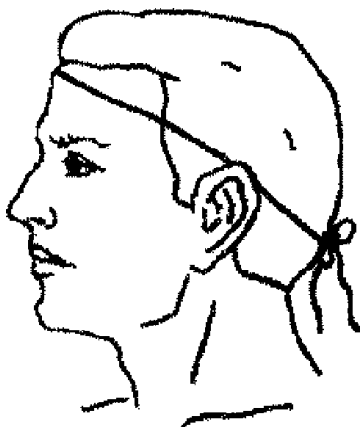


Рис. 27. Диагностика остаточных проявлений травм черепа с помощью веревки.

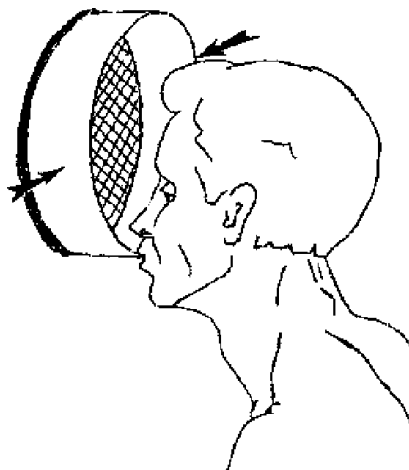


Рис. 28. Устранение остаточных проявлений травмы черепа с помощью домашнего решета.

Перед началом работ голова человека обвязывалась веревочкой так, чтобы она проходила через лоб, узел нужно завязать в затылочной ямке черепа, как показано на **Рис. 27**. Диагностика остаточных проявлений травм черепа с помощью веревки.. Посередине лба на веревочке делалась отметка или же пальцами руки фиксировалось среднее ее положение на лбу, или по отметке веревка разрезалась, снималась с головы. После чего, взяв другой рукой за узел, завязанный в затылочной ямке, натягиваются две половины веревки.

Если обе части веревочки при натяжении не образуют провиса, то технические действия по устранению костных напряжений после сотрясения мозга не выполняются. Если же наблюдается провис одной из веревок, то проводится один из ближе подходящих вариантов действий по нормализации, которые описаны ниже в тексте.

После каждого сеанса действий по нормализации, производится замер и так несколько раз, желательно каждую веревку с замером оставлять для последующего сравнения.

Если провис при замере значительный, то сеансы проводятся несколько раз, через несколько дней.

Иногда такие действия сопровождаются тошнотой, возникающей в это время у пациента. Тошнота является критерием законченности действия в данном сеансе.

Рассмотрим несколько вариантов действий по оказанию помощи при таких нарушениях.

УСТРАНЕНИЕ КОСТНЫХ НАПРЯЖЕНИЙ ГОЛОВЫ С ПОМОЩЬЮ РЕШЕТА

Пациент зажимает зубами деревянное решето-сито за край. Обычно таким решетом домашние хозяйки просеивают муку. Зажимает так, чтобы сетка оказалась перед его лицом (**Рис. 28**). Помогающий ему человек заходит со стороны спины пациента и обеими руками без большого усилия ударяет по решету. Удар производится так, чтобы решето не вылетело изо рта пациента и не травмировало его зубы. Возникающий момент вибрации через зубы передается в костные ткани черепа, устраняет напряжения и уменьшает величину асимметрии черепа.

После каждого удара выполняется контрольный обмер веревкой. Количество ударов по решету за сеанс определяется индивидуально, но в среднем желательно не превышать трех. Правильно выполненные действия дают уменьшение в величине разности провисания веревок, устраняют головную боль, которая, исчезая, является критерием законченности действий. Количество сеансов колеблется в пределах трех, желательно производить их через день или два.

По завершению каждого технического действия, должно наблюдаться снижение уровня головной боли.

Для этого варианта действий могут быть противопоказания:

слабость сосудов мозга;

наличие недавно перенесенного инсульта;

высокое кровяное давление;

свежая недавняя травма.

УСТРАНЕНИЕ НАПРЯЖЕНИЙ В КОСТНЫХ ТКАНЯХ ГОЛОВЫ С ПОМОЩЬЮ ВЕДРА, НАПОЛНЕННОГО ВОДОЙ

Как в предыдущем варианте терапии производится предварительное действие - замер веревочкой на присутствие асимметрии в костных тканях черепа и наличие провисания. Выполняются следующие действия.

Наливается ведро воды, желательно железное, до краев, а к ручке привязывают мало эластичную веревку. К другому концу веревки привязывают короткую палку, которую можно зажать зубами. Длина веревки должна быть такой, чтобы человек, согнувшись, мог зубами натянуть веревку, привязанную одним концом к ручке ведра, а другим - к палке, зажатой в зубах человека. Когда веревка натянулась до предела за счет разгибания спины и головы так, что ведро может даже слегка приподняться, производится удар по поверхности воды дощечкой. Возникающая вибрация, через воду и ручку ведра распространяется по веревке, вызывая сдвиг и уменьшение напряжения в костных тканях.

После чего, производится обмер головы. В некоторых случаях, для усиления эффекта ударного воздействия, на поверхность воды кладется лист бумаги, к примеру газета.

Противопоказания общие для проведения ударной терапии.

УСТРАНЕНИЕ КОСТНЫХ НАПРЯЖЕНИЙ, ВОЗНИКШИХ В ЧЕРЕПЕ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ, С ПОМОЩЬЮ ПОЛОТЕНЦА

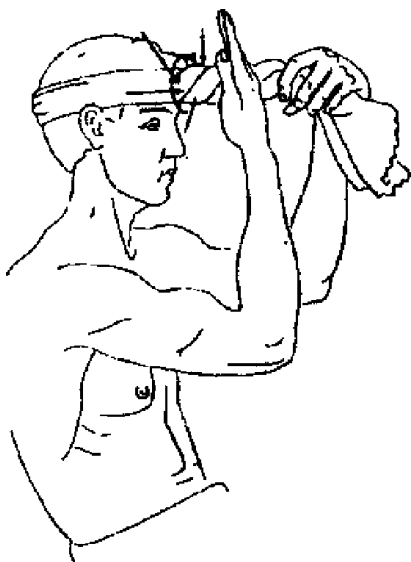


Рис. 29. Устранение остаточных проявлений травмы черепа с помощью полотенца.

После обмера головы и определения ее асимметрии или возникшем желании избавиться себя от сильной беспричинной головной боли, можно использовать действие, часто применяемое в так называемой «домашней» народной медицине. Техническое действие может быть выполнено с помощью помощника или, в случае его отсутствия, самостоятельно.

Обвязывается голова скрученным полотенцем и на лбу за счет перекрутки образуется узел. После чего голова за счет скручивания узла стягивается (Рис. 29). Стянув голову, узел прихватывается одной рукой; другой, свободной, начинается легкое обстукивание узла ребром ладони.

Таким образом, проходя по периметру узла с простукиванием, определяется в какой плоскости и в каком направлении удара по узлу возникает боль в голове. После того, как определили направление боли, по этому направлению выполняются легкие постукивания до исчезновения болезненности.

К противопоказаниям в работе можно отнести противопоказания, описанные в предыдущих главах.

УСТРАНЕНИЕ НАПРЯЖЕНИЙ, ВОЗНИКШИХ В КОСТНЫХ ТКАНЯХ ЧЕРЕПА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ, ОБДАВЛИВАНИЕМ

Этот вариант устранения напряжений в костях черепа наиболее приемлем, т.к. имеет наименьшее число противопоказаний.

Предварительный обмер головы с имеющимся нарушением симметрии, а также присутствие головной боли бу-

дет показанием для оказания помощи.

С помощью другого человека, голова как бы обжимается руками по предполагаемым диагоналям. Например: лоб слева - затылок справа и лоб справа - затылок слева. Часто при остаточных проявлениях сотрясений мозга, по одной из этих линий голова имеет болезненность при таких сдавливаниях.

После сжатия с усилием по одной из этих линий, добиваются возникновения болевого ощущения, на этой боли, усилие надавливания приостанавливается и дается выдержка времени до ее исчезновения.

Голова как бы обдавливается по болезненным линиям (**Фото. 63**), иногда это сжатие сопровождается потрескиванием головы. Когда боль исчезает, производится обмер веревкой. Если провис отсутствует, работа считается законченной.

Таким образом иногда исправляются травмы до 5-7-летней давности. Если травма имеет большую давность, то полного устранения провисания веревки не достигается, но тем не менее состояние пациента облегчается. Непосредственно сразу после травмы это техническое действие не выполняется, желательно оказывать помощь не ранее чем через 10 дней.

Такое обжатие нередко дает возможность оказания помощи при воспалении одной из ветвей лицевого или тройничного нерва. При этом иногда наблюдается утопление ушной раковины. Потягивание за ушную раковину в направлении от головы, иногда решает проблему воспаления или ущемления нерва.

Иногда при потягивании слышен щелчок, напоминающий пальцевой хруст, после чего пациент получает значительное облегчение за счет возникающего при этом снижения уровня боли.

Противопоказания общие для терапии такого характера.

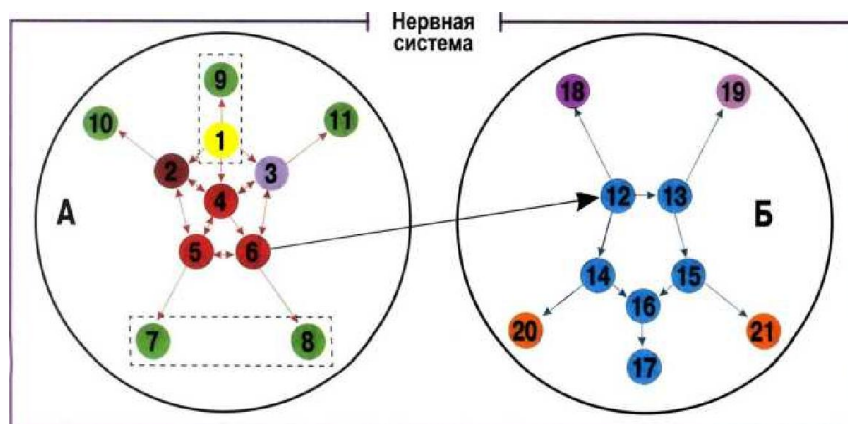
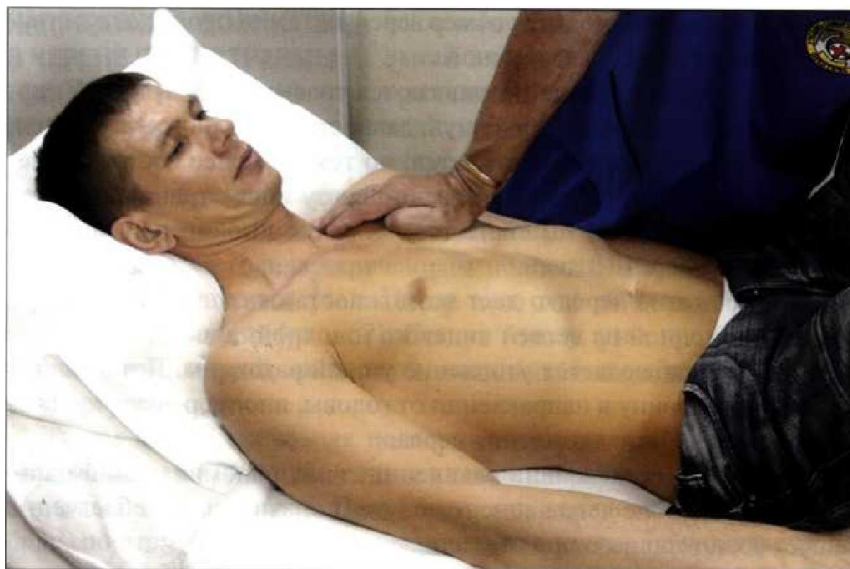


Рис. 30. Взаимосвязи внутренних органов, изображенные рисунком в форме пляшущих человечков.



31 а)



31 б)



31 в)



31 г)



31 д)



31 е)



31 ж)



31 з)



31 и)

Фото. 31. Техника надавливания при терапии внутренних органов человека (а, б, в, г, д, е, ж, з, и).



Фото. 32. Терапия желчного пузыря через переднюю стенку живота методом пальцевого обдавливания.



Фото. 33. Самопомощь при нарушении функции желчного пузыря.



Фото. 34. Терапия печени через переднюю стенку живота методом пальцевого об-
давливания.



Фото. 35. Самопомощь при нарушении функции печени.



Фото. 36. Терапия поджелудочной железы через переднюю стенку живота.



Фото. 37. Самопомощь при нарушении функции поджелудочной железы.



Фото. 38. Сдвигение желудка с помощью пальцевого давления через переднюю стенку живота.



Фото. 39. Обвязка живота после сдвигения желудка с целью закрепления его на месте.



Фото. 40. Диагностика биения аорты через живот пациента.



Фото. 41. Сдвижение тонкого кишечника с помощью горшка, установленного на переднюю стенку живота для улучшения его функции.



Фото. 42. Сдвижение тонкого кишечника с помощью узла полотенца через переднюю стенку живота для улучшения его функции.



Фото. 43. Сдвижение тонкого кишечника с помощью сложенных вместе пальцев обеих рук.



Фото. 44. Терапия поджелудочной железы через переднюю стенку живота.

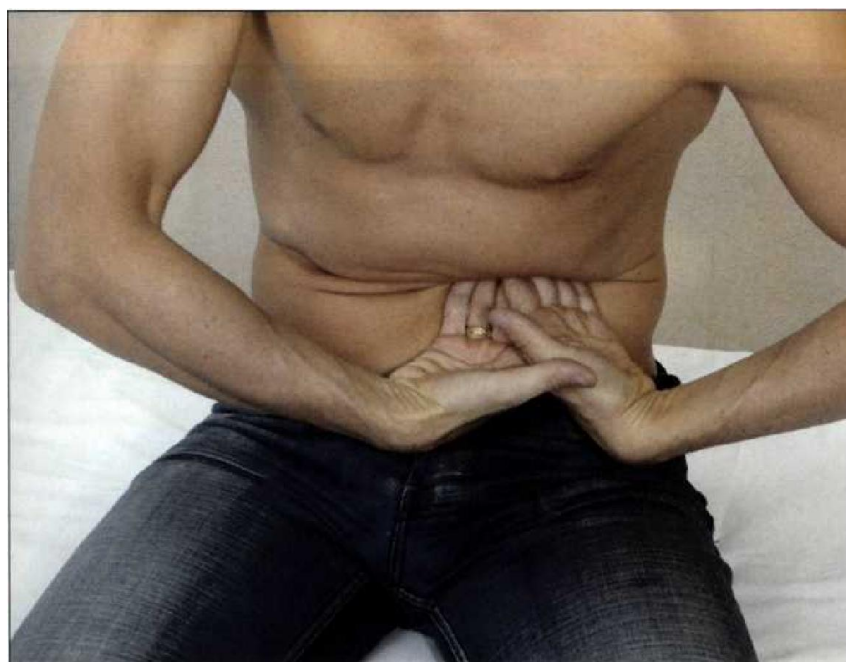


Фото. 45. Самопомощь при нарушении функции селезенки.



Фото. 46. Терапия почек.



Фото. 47. Терапия почек при положении пациента лежащего на боку.



Фото. 48. Самопомощь при нарушении функции почек с использованием подручных предметов через переднюю стенку живота.



Фото. 49. Самопомощь при нарушении функции почек с использованием подручных средств, в частности стула.



Фото. 50. Терапия мочеточников продавливанием.



Фото. 51. Терапия сердца через грудную стенку спереди обдавливанием основанием ладони.

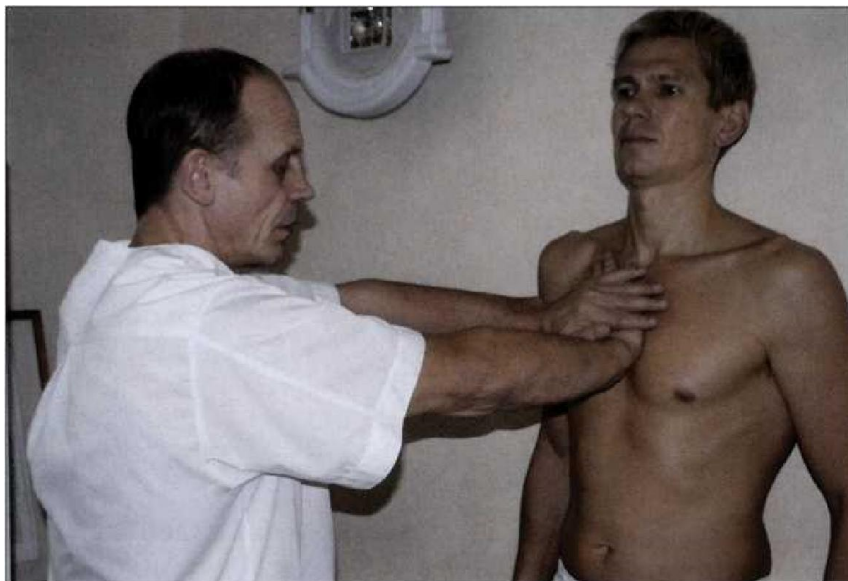


Фото. 52. Терапия сердца в положении стоя спиной у стены.

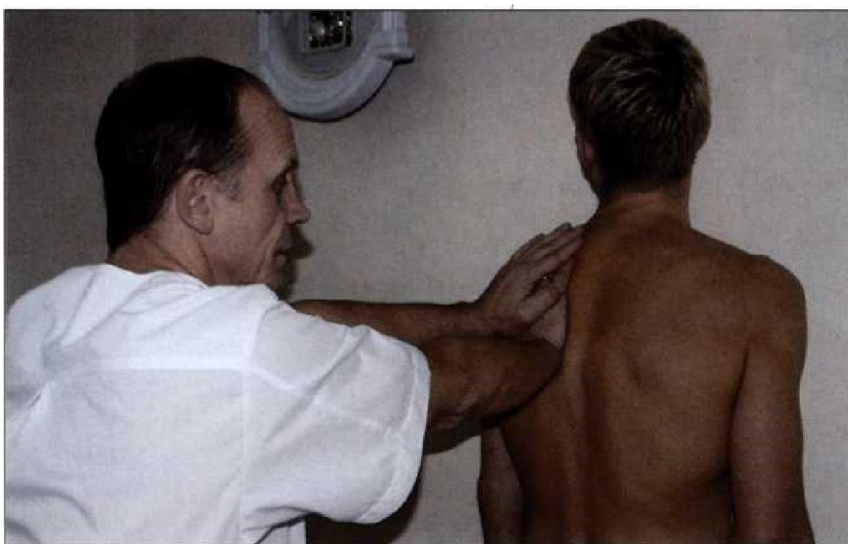


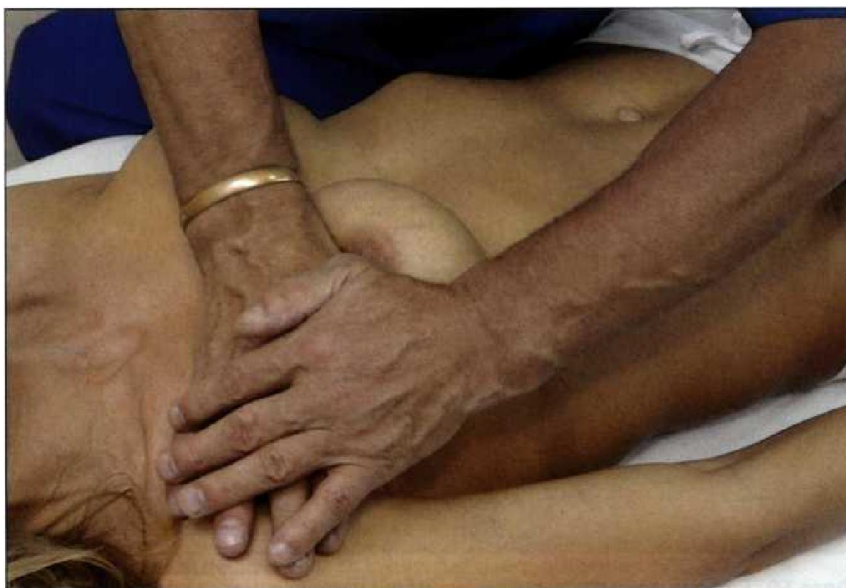
Фото. 53. Терапия сердца в положении стоя лицом к стене.



Фото. 54. Самопомощь при нарушении функции сердца.



Фото. 55. Терапия легких при «залипших лопатках».



56 а)



56 б)

Фото. 56. Терапия молочной железы у женщин (а, б).



Фото. 57. Терапия придатков, яичников, матки у женщин через переднюю стенку живота.



Фото. 58. Терапия мочевого пузыря, предстательной железы через переднюю стенку живота.



Фото. 59. Тканевый мешочек для создания глубокого разрежения.



Фото. 60. Постановка горшка на живот.



Фото. 61. Постановка горка с целью устранения загиба и опущения матки у женщины.



Фото. 62. Постановка парафиновой трубки в ушную раковину с целью удаления серной пробки, звона и шума в ушах.



Фото. 63. Устранение остаточных проявлений травмы черепа с помощью обжатия головы.

ЛИТЕРАТУРА

Вельховер Е., Никифоров В., Радыш Б. Локаторы здоровья. 2-е изд. - М.: Мол. гв., 1991.-207 с.

Витебский Я. Питайтесь рационально. - Курган: Кооп. «Диагноз», 1992. - 111с.

Домашний врачевник. Рецепты исцеления / Сост. *Девайкин Н.* - Тюмень: объединение «Человек», фирма «Вектор». 1991. - 416 с.

Зайцев В., Гуревич З., Почепцов В. Желчнокаменная болезнь. - Харьков, Издательство при Харьковском государственном университете издательского объединения «Вища школа», 1979.-168 с.

Кривенко В., Потебня Г., Лисовенко Г., Сядро Т. Нетрадиционные методы диагностики и терапии. АН УССР. Ин-т проблем онкологии им. Р. Е. Кавецкого. - Киев: Наук, думка, 1990.-344 с.

Липченко В., Самусев Р. Атлас нормальной анатомии человека: Учебное пособие. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1988. - 320 с, илл.

Понов Г. Русская народно-бытовая медицина. По материалам этнографического бюро князя В. Н. Тенишева. - С.-Петербург, 1903 г. - 402 с.

Савинов В. Гирудотерапия в урологической клинике. - М.: 1993, илл.

Бильц Ф. Новое естественное лечение. Учебная и справочная книга о естественном способе лечения и предохранении от болезней. Издание Е. Брунса в Риге, Ф. У. Бильца в Лейпциге. Тип. Исидора Гольдберга, Спб., Екатерин, кан. 94. 1902 г.

Чженьцзю В., Вогралик В., Вогралик М. Пунктурная рефлексотерапия. - Горький, Волго-Вятское книжное издательство, 1988, - 335 с: илл.

Намикоси Токуиро. Шиаци - японская терапия надавливанием пальцами. 3-е изд. стер. - Киев: Вища школа, 1988. - 72 с.

The Healing Benefits of Acupressure. Acupuncture without needles. *F.M. Houston*, D.S.. Keats Publishing, Inc. New Canaan, Connecticut. 1972. - Canada.

СОДЕРЖАНИЕ

От автора.....	5
Предисловие	6
I. МЕТОДЫ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЙ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ	9
Проекционные зоны на теле человека	9
Первый этап диагностического исследования. Опрос больного.....	11
Лицевая диагностика	11
Диагностика по языку	15
Диагностика по рукам пациента	17
Диагностическое исследование второго этапа	21
II. ВЗАИМОСВЯЗИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	23
Пляшущие человечки	23
Первый круг взаимодействий органов (а)	24
Органы круга взаимодействий и свойственные им проявления.....	24
Физиологическая роль желчного пузыря в организме человека	25
Причины, вызывающие нарушение в работе желчного пузыря	27
Печень – второй орган первого круга взаимодействий	27
Поджелудочная железа.....	28
Восходящая ветвь толстого кишечника.....	29
Нисходящая ветвь толстого кишечника	30
Тонкий кишечник	31
Половые органы.....	31
Желудок	32
Суставы.....	32
Селезенка.....	33
Второй круг взаимодействий органов.....	34
III. ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ХИРОПРАКТИКА)	37
Висцеральная терапия методом болевой коррекции	37
Анатомические особенности желчного пузыря	38
Терапия желчного пузыря	38
Самостоятельная работ с желчным пузырем с целью улучшения его функции.....	43
Анатомические особенности печени	43
Висцеральная терапия печени	45
Анатомические особенности поджелудочной железы	47
Терапия поджелудочной железы	47
Анатомические особенности желудка	48
Опущение желудка	51
Терапевтические действия, направленные на поднятие желудка.....	52
Анатомические особенности тонкого и толстого кишечника	54
Висцеральная терапия кишечника	58
Анатомические особенности селезенки	60
Висцеральная терапия селезенки.....	61
Самостимуляция при нарушениях в селезенке.....	61

IV. ТЕРАПИЯ ОРГАНОВ ВТОРОГО КРУГА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ.....	62
Анатомические особенности почек.....	62
Висцеральная терапия почек	63
Самопомощь при нарушениях функции почек.....	65
Болезни спины, связанные с нарушением функции почек	66
Терапия живота при опущении почек.....	67
Анатомические особенности мочевого пузыря и мочеточников	68
Висцеральная терапия мочевого пузыря и мочеточников.....	69
Анатомические особенности сердца	70
Терапия сердца	71
Анатомические особенности легких	73
Терапия легких	75
Анатомические особенности молочной железы	77
Терапия мастопатий.....	77
Анатомические особенности женских половых органов	78
Терапия при женских половых расстройствах.....	80
Анатомические особенности предстательной железы	81
Терапия предстательной железы	82
V. ДРУГИЕ МЕТОДЫ ХИРОПРАКТИКИ	83
Вакуумная терапия.....	83
Вакуумная терапия при грыже пупа	83
Вакуумная терапия, используемая с целью похудения.....	86
Вакуумная терапия при загибе и опущении матки	86
Терапия при ослаблении функции желудка	87
Исторический экскурс по разделу вакуумной терапии	87
Улучшение слуха и удаление серных пробок из ушей	88
Терапия при травмах головы	89
Устранение костных напряжений головы с помощью решета	90
Устранение напряжений в костных тканях головы с помощью ведра, наполненного водой.....	91
Устранение костных напряжений, возникших в черепе после травмы головы, с помощью полотенца	91
Устранение напряжений, возникших в костных тканях черепа после травмы головы, обдавливанием	92
Литература	115

[illegible]

ОГУЛОВ Александр Тимофеевич

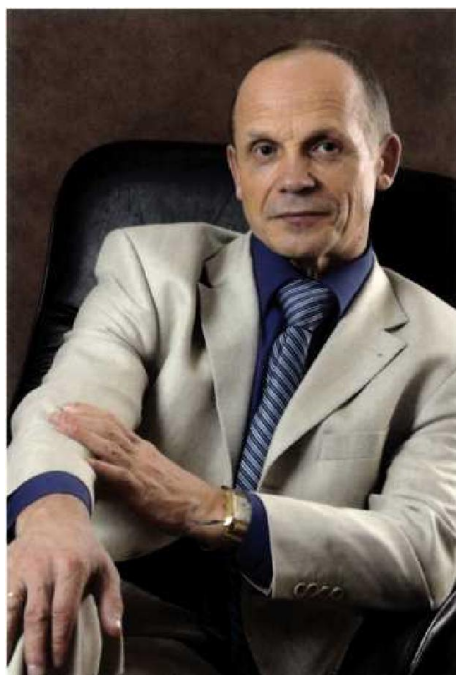
**АЗБУКА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
или
ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ХИРОПРАКТИКА
В СТАРОРУССКОЙ МЕДИЦИНЕ
или
Мануальная терапия внутренних органов**

Главный редактор *Хазова Ольга*
Редактор *Хазова Светлана*
Обложка художника *Дериглазова Екатерина*
Фото *Зверев Глеб*
Компьютерная верстка *Пономарева Татьяна*

Издательство «ПРЕДТЕЧА»
109469 Москва, Марьинский бульвар, д. 11
тел. +7(495)346-15-10.
+7(495)346-15-11
izdat@predtechy.ru
www.izdatpred.ru

Перепечатка книги или фрагментов из нее только с письменного разрешения автора.

Подписано в печать 09.04.2010 г. Формат издания 148x210.
Гарнитура Pragmatic. Печать офсетная.
Отпечатано в ООО «Типография КЕМ»
129626, г. Москва, Графский пер д. 9, к. 2
Заказ 529. Тираж 5000 экз.



Венозный и лимфатический застои, спазм, опущение внутренних органов относительно друг друга являются наиболее частой причиной возникновения патологических состояний организма. Методика внешнего воздействия на внутренние органы дает возможность эффективно устранять эти патологии.

В процессе лечения специалистом проводится дозированное надавливание на больной орган руками, под необходимым углом, по определенным законам.

В результате восстанавливаются и нормализуются функции органов, а это, в свою очередь, отражается на состоянии здоровья в целом, продолжительности жизни, работоспособности, красоте тела за счет нормализации веса, психоэмоциональном состоянии.

С незапамятных времен массаж внутренних органов использовался в народной медицине как средство, помогающее выжить в экстремальных условиях и ситуациях: при заболеваниях, тяжелом физическом труде, бытовых травмах, а также во время войн.