

Сергей Леонидович
НИКОЛАЕВ

ЛЕКЦИИ
по практическому применению
мануальной терапии для лечения
сомато-соматических
и сомато-висцеральных
дисфункций

УДК 616–085

ББК 53.54

Н 62

Н 62 Николаев С.Л.

Лекции по практическому применению мануальной терапии для лечения сомато-соматических и сомато-висцеральных дисфункций. — М.: Народное образование. — 2018. — 132 с.

Рекомендовано для практического применения врачам мануальной терапии, акушерам-гинекологам амбулаторного звена и врачам общей практики.

ISBN 978-5-521-76517-1

ББК 53.54

© Николаев С.Л., 2018

© Народное образование, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
ЛЕКЦИЯ № 1. Основные направления развития мануальной медицины на современном этапе. Анатомо-физиологическое обоснование метода. Место мануальной медицины в коррекции нарушений функций тазовых органов	7
ЛЕКЦИЯ № 2. Проблемы репродуктивного здоровья нации на современном этапе	18
ЛЕКЦИЯ № 3. Эндокринные, полиэтиологические бесплодия. Невозможность зачатия или невынашивание беременности. Классификация, этиология, клиника и методы коррекции на современном этапе.	21
ЛЕКЦИЯ № 4. Роль мануальной медицины в коррекции эндокринных бесплодий	29
ЛЕКЦИЯ № 5. Проблема невынашивания беременности с точки зрения мануальной медицины.	34
ЛЕКЦИЯ № 6. Основные причины эндокринного бесплодия и методы его коррекции с точки зрения мануальной терапии за рубежом.	38
ЛЕКЦИЯ № 7. Авторский метод проведения мануальной терапии и его применение для коррекции функций тазовых органов. Физикальная диагностика	44
ЛЕКЦИЯ № 8. Описание манипуляций и последовательности их применения для коррекции остаточных явлений, не купированных микрохирургическими вмешательствами на структурах позвоночника	49
ЛЕКЦИЯ № 9. Описание манипуляций и последовательности их применения для коррекции соматической патологии без предшествующего микрохирургического вмешательства на структурах позвоночника	58
ЛЕКЦИЯ № 10. Структура бесплодных браков и мануально- терапевтическая возможность лечения ФЭБ	64
ЛЕКЦИЯ № 11. Вертебродиагностика нарушений функций органов и систем организма. Классификация причин невынашивания беременности (невозможности зачатия)	68

ЛЕКЦИЯ № 12. Клинические примеры коррекции некоторых форм эндокринологически обусловленного бесплодия (невозможности зачатия)	78
ЛЕКЦИЯ № 13. Функциональные эндокринные бесплодия (ФЭБ). Клинические примеры мануально-медицинской коррекции функциональной формы данной патологии	83
Лекция № 14. Перспективы развития данного метода. Психосоматический подход к проблеме функционального эндокринного бесплодия (в соавторстве с В.А. Варич, А.Ю. Мочаловым)	88
Лекция № 15. Клинические примеры коррекции соматической патологии данным методом	94
Лекция № 16. Взаимодействие гинекологической и мануально-медицинской служб на амбулаторном этапе	100
Лекция № 17. Этапы разработки, внедрения в клиническую практику метода проведения мануальной терапии. Критерии последовательности применения метода мануально-медицинской и гинекологической коррекции ФЭБ.	102
Лекция № 18. Врачебно-педагогические аспекты.	107
Лекция № 19. Социальные аспекты применения метода	109
Краткие статистические данные	112
Список пациенток с различными соматическими дисфункциями, успешно скорректированными методом мануальной терапии	113
Примечания	113
Послесловие автора	114
Список литературы	115

ПРЕДИСЛОВИЕ

Необходимость разработки новых методов мануально-терапевтической коррекции соматической патологии вышла на первый план в 70-е годы прошлого века. Особое внимание уделялось коррекции т.н. «инвалидизирующей» патологии. Это в первую очередь касалось послеоперационных остаточных явлений после удаления грыж межпозвонковых дисков. В частности, речь шла о нарушении выделительных функций тазовых органов (сомато-соматические дисфункции).

Благодаря несомненным успехам нейрохирургии (микрохирургические оперативные вмешательства) в сочетании с мануальной терапией удалось вплотную подойти к решению данной проблемы (А.Е. Саморуков, С.П. Будылин, 2003; С.Л. Николаев, 2003). Однако, помимо вышеупомянутой, тазовые органы имеют еще и репродуктивную функцию. Наиболее часто встречающееся в наше время нарушение этой функции – эндокринное бесплодие (сомато-висцеральные дисфункции).

Семидесятые годы прошлого века ознаменовались появлением нового поколения контрацептивных препаратов, т.н. «синтетиков». На первый взгляд, они не таили в себе никакой опасности и весь мир начал ими активно пользоваться. Так продолжалось не один десяток лет. Это было «новое слово» в развитии гинекологии. За прошедшие с момента открытия «синтетиков» 10–15 лет проявились их побочные эффекты. Увеличилось количество детей с врожденной патологией, недоношенных детей, да и просто со «слабым здоровьем», что, в свою очередь, негативно сказалось на здоровье последующих поколений (В.И. Кулаков, 2002; З.Р. Назруллаева, 2005). Плюс ко всему в этих «последующих поколениях» увеличилось число бесплодных браков (А.С. Гаспаров, Т.Я. Пшеничникова, 1990; О.С. Филиппов, 1999).

Мануальная терапия не могла «пройти мимо» данной проблемы (В.П. Веселовский, 1991; А.Б. Ситель, 1998). К середине 70-х годов XX века мануальная медицина (тогда – мануальная терапия) делала свои «первые шаги». Увидела свет монография Я.Ю. Попелянского, посвященная вертеброгенным заболеваниям нервной системы. В середине 80-х вышла книга Н.А. Касьяна.

Во врачебной среде возник интерес к новой медицинской специальности. К моменту написания данной работы уже разрабатывалось огромное количество направлений безмедикаментозной коррекции различных патологических состояний. Принцип профилактики «Любую болезнь легче предупредить, чем затем бороться с ней и ее последствиями», доминировавший в советской медицине, снова стал актуальным.

На основании всестороннего анализа современного состояния организационно-методической работы по реабилитации пациентов с функциональной патологией органов малого таза, анатомо-физиологического обоснования единства иннервации и кровоснабжения этих органов, клинической апробации доказана действенность манипуляционного метода проведения мануальной терапии для коррекции дисфункции органов и/или систем органов малого таза, при различных видах функциональной патологии данных органов и/или систем, что в значительной степени улучшает качество жизни максимально большему числу пациентов в послеоперационном периоде после микрохирургических оперативных вмешательств на структурах позвоночника и способствует преодолению «демографического провала» («смертность превышает рождаемость»).

Изначально разрабатывались методики мануально-терапевтического лечения остаточных явлений, не купированных микрохирургическим вмешательством на структурах позвоночника, т.е. сомато-соматические дисфункции (С.Г. Масловская, Ф.Е. Горбунов, А.Е. Саморуков, 1998; С.Л. Николаев, 2003; М.Ю. Михеев, 2005), в конце концов увенчавшиеся успехом.

В то же время начали появляться отдельные исследования, направленные на коррекцию эндокринной патологии репродуктивной сферы у женщин детородного возраста, т.е. сомато-висцеральные дисфункции (И.В. Елисеева, 1998; Г.И. Борецкая, Т.А. Шитиков, 2002; и др.). Не подлежит сомнению, что выделительная (на своем конечном этапе) и репродуктивная функции являются прерогативой тазовых органов. Никем не отрицается и общность в иннервации и кровоснабжении всех тазовых органов, независимо от их функций. Соответственно, метод проведения мануальной терапии, позволяющий лечить нарушения работы тазовых органов, какую бы функцию – выделительную или репродуктивную – они ни несли, может и должен быть единым.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. АНАТОМО–ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА. МЕСТО МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

В настоящее время приоритетными становятся физикальные методы коррекции соматической патологии. Вектор современной медицины постепенно смещается от аллотерапевтического лечения к немедикаментозному.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 80% населения планеты страдает от клинических проявлений остеохондроза (дорсопатии) (приказ МЗ РФ №365 от 10.12.1997 г.; J. Dvorak, V. Dvorak, 1983). Клинические проявления этого инволюционного процесса чаще всего поражают лиц наиболее трудоспособного возраста (Ф.Ф. Огиенко, 1970; J. Dvorak, V. Dvorak, 1983).

Проявления пояснично-крестцовой локализации остеохондроза (дорсопатии) составляет 82% всей патологии нервной системы, а на долю больных с неврологическими проявлениями поясничных болей приходится до 86,9% болевших и до 86,4% дней временной нетрудоспособности лиц работоспособного возраста (В.С. Лобзин, Н.М. Жулев, 1998; М.К. Магомедов, 2000). Из общего числа пояснично-крестцовых дорсопатий примерно 1/5%, по наблюдениям автора, приходится на нарушения функций тазовых органов (здесь речь идет только о выделительных функциях). Нетрудно подсчитать, что на их долю приходится около 17,4% больных с клиническими проявлениями, приводящими к тяжелой инвалидизации и не только физической! Помощь этим людям — цель более чем достойная!

Из существующих на данный момент 11 основных теорий развития дорсопатий, как то: инволюционная, гормональная, сосудистая, инфекционная, инфекционно-аллергическая, «биоэлектрическая», биомеханическая, аномалийная, функциональная, наследственная и полифакторная (В.П. Веселовский, 1991), наиболее распространенной в наше время считается биомеханическая.

ТЕОРИЯ	ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ДОРСОПАТИИ	
	локальные перегрузки ПДС	явления декомпенсации в трофических системах
Инволюционная		+
Гормональная		+
Сосудистая		+
Инфекционная		+
Инфекционно-аллергическая		+
Биоэлектрическая		+
Биомеханическая	+	
Аномалийная	+	
Функциональная	+	
Наследственная	+	+
Полифакторная	+	+

Деление факторов на врожденные и приобретенные не может полностью соответствовать тем механизмам, которые вызывают дорсопатию (В.П. Веселовский, 1991).

Важным этиологическим фактором возникновения корешковых и компрессионно-сосудистых синдромов при заболеваниях позвоночника является изменение соотношения межпозвонковых отверстий вследствие функциональных блокад интерverteбральных суставов, рефлексорных мышечно-тонических нарушений, а также наличие трещин, протрузий и т.д. (Wolff H-O, 1983; А.Б. Ситель, 1989; E. Lederman, 1997). Чаще всего встречаются грыжи межпозвонковых дисков LIII–LIV; LIV–LV; LV–SI. При этом процент грыж межпозвонковых дисков на уровне LV–SI составляет 54–56% (Щ.А. Шевченко, 1999; W. Chudzak, 1999). Но далеко не все, даже клинически значимые, грыжи межпозвонковых дисков подлежат оперативному лечению.

Вернемся к последовательному изложению.

Анатомо-физиологическое обоснование возможности коррекции репродуктивной функции методом мануальной терапии. Физиологическое обоснование метода

В основу метода коррекции соматических нарушений в целом и эндокринных бесплодий в частности нами был положен принцип восстановления равномерности распределения нагрузки, при котором отношение модуля суммарной нагрузки на каждый ПДС к модулю его компенсаторной

реакции равен 1, причем вектор компенсаторной реакции всегда направлен в сторону, противоположную вектору суммарной нагрузки.

В комплексе исследований данного метода были установлены **следующие разрешающие возможности:**

- немедикаментозная коррекция остаточных явлений после микрохирургических оперативных вмешательств на позвоночнике (С.Л. Николаев, 2001; 2003);
- немедикаментозная коррекция бронхиальной астмы (С.Л. Николаев, 2001, Патент РФ №2204370);
- немедикаментозная коррекция функций органов малого таза и в первую очередь эндокринной патологии, приводящей к бесплодию у женщин детородного возраста (С.Л. Николаев, 2005, Патент РФ №2290158; С.Л. Николаев, 2006).

Согласно теории д-ра мед. наук, проф. Г.А. Иваничева, при длительном нарушении статодинамических характеристик ориентации тела в пространстве, из-за избыточных нагрузок на определенные ПДС, являющихся «ключевыми зонами», выявляется их нарастающая дистрофия, т.е. патогенетический процесс, представленный дегенеративными изменениями ПДС. Основные изменения приходятся на межпозвонковые диски и имеют два варианта развития:

1. *Осложненный* — деструкция диска с образованием грыж и формированием компрессионных и рефлекторных синдромов;

2. *Неосложненный*, проявляющийся в виде оссификации и фиброзных изменений диска без особых клинических проявлений, но сопровождающийся рефлекторной и неврологической симптоматикой. В свете предложенной темы (ФЭБ, т.е. функциональные эндокринные бесплодия) нас более интересует 2-й вариант. Итак, рефлекторный компонент в данном случае проявляется в виде мышечно-тонического синдрома. При наличии функциональных блокад в зоне рефлекторной компенсации мышцы находятся в состоянии постоянно искаженной афферентации. Истощение компенсаторных ресурсов по восстановлению исходного состояния двигательной единицы означает включение механизмов, действие которых является патологическим. Прежде всего это ослабляет процессы торможения, снижает лабильность нервно-мышечного аппарата.

В результате сложных нейродинамических процессов в сегментарном аппарате рефлекторно повышается тонус мышц. **Далее следует дезорганизация коррекционного типа движений по Н.А. Бернштейну.** Суммарная афферентация из пораженных сегментов позвоночника и внутренних органов, иннервируемых данными сегментами, способствует межсегментарному взаимодействию с рефлекторным повышением мышечного тонуса и с изменением координационных взаимоотношений

мышц-антагонистов, что способствует разворачиванию патологического мышечного стереотипа.

Афферентные системы включают в себя восходящие проводники спинного и головного мозга, несущие импульсы от рецепторов всех органов и тканей, а также от органов чувств. Эти проводники, начинаясь от сегментарного аппарата, связывают его с рецепторными образованиями мозгового ствола, в том числе с ретикулярной формацией, передающей восходящие импульсы на головной мозг, с корой головного мозга и т.д.

В свою очередь, это приводит к усугублению искажений в эфферентной системе, в том числе вегетативной нервной системы, начинающейся от коры больших полушарий, гипоталамической области, мозгового ствола.

При нарушениях в этих системах и возникают многообразные вегетативные, висцеральные, эндокринные, обменные расстройства (А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец, 2004; А.В. Триумфов, 2004).

Обоснование метода с точки зрения нормальной анатомии

По данным Р.Д. Синельникова (1968), большая часть иннервации полости таза принадлежит вегетативной нервной системе, в частности ее симпатической составляющей, а именно Plexus vesicalis (пузырное сплетение), иннервирующее за счет составляющих его ветвей *pl. hypogastricus inf.*, части *pl. hypogastricus superior* и внутренностных ветвей 5-го поясничного и 3–4-х крестцовых узлов симпатического ствола и внутренностных нервов 3–4-х крестцовых нервов, мочевого пузыря у места впадения в него мочеточников; при этом одна группа стволиков направляется к верхним отделам пузыря, другая — к нижним. В области впадения мочеточника ветви *pl. vesicalis* образуют вокруг мочеточниковую петлю, от которой поднимаются стволики по мочеточнику. *Pl. vesicalis* связано большим числом соединительных ветвей с *pl. rectalis*, семявыносящими протоками, семенными пузырьками, простатическим сплетением у мужчины и матки и влагалища у женщины.

Далее пойдем «от периферии к центру». Это сплетение *pl. vesicalis* вторичное и является составной частью нижнего подчревного сплетения (*plexus hypogastricus inferior*) иннервирующего, в том числе и *m. levator ani*. Оно, в свою очередь, является «коленом» верхнего подчревного сплетения (*pl. hypogastricus superior*), являющегося, в свою очередь, вторичным по отношению к чревному сплетению (*pl. celiacus*), образованному ветвями брюшной части симпатического ствола (*pars abdominalis truncus sympathici*), лежащего на поверхности L1 — LV и включающего от 3-х до 5-ти (чаще 4) поясничных узлов симпатического ствола (*gg. lumbalis truncus sympathici*), из которых самый крупный нижний узел своим нижним полюсом расположен в пределах полости малого таза.