

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы	4
Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	6
Глава 1. Модель фасциальных дисторсий. Общие вопросы и понятия	8
1.1. Краткое представление об анатомии и физиологии соединительной ткани (фасциальных структурах)	8
1.2. История формирования Модели фасциальных дисторсий	10
1.3. Классификация фасциальных структур по С. Типальдосу	11
1.4. Показания и противопоказания к FDM терапии	13
1.5. FDM-диагностика	14
1.6. FDM-диагноз	15
1.7. Мануальная терапия по С. Типальдосу	15
1.8. Триггерный тяж	18
1.9. Континуум дисторсия	20
1.10. Цилиндрическая дисторсия	22
1.11. Фолдинг дисторсии	24
1.12. Грыжа триггерной точки	26
1.13. Тектоническая фиксация	29
Глава 2. Физикальное обследование	30
2.1. Общий осмотр	30
2.2. Голова	30
2.3. Шейный отдел позвоночника	31
2.4. Плечо	32
2.5. Предплечье и кисть	35
2.6. Грудной и поясничные отделы позвоночника	36
2.7. Пояс нижних конечностей	38
2.8. Общие правила выполнения тестирования	42
Глава 3. Техники коррекции, используемые в мануальной терапии по С. Типальдосу	43
3.1. Техники коррекции в области головы и лица	43
3.2. Техники коррекции в области шеи и пояса верхних конечностей	49
3.3. Техники коррекции дисторсий туловища и крестцово-подвздошного сочленения	76
3.4. Техники коррекции дисторсий пояса нижней конечности	88
3.5. Причины терапевтических неудач	109
Клинический случай	110
Тестовое задание	112
Эталоны ответов на тестовое задание	121
Рекомендуемая литература	122

ВВЕДЕНИЕ

Миофасциальные болевые синдромы являются актуальной проблемой современной медицины, прежде всего по причине их широкого распространения. Частота встречаемости миофасциальных болевых синдромов среди различных возрастных групп достаточно высока и достигает, по оценке различных исследований, 65–75%, что вполне объясняет высокий интерес научных работников и практических докторов к этой проблеме. Данный вопрос привлекает внимание исследователей на протяжении длительного периода времени. Анализируя работы, посвященные этой проблематике, можно заметить, что данные вопросы пересматриваются в них с завидной частотой, что, естественно, не может не отражаться на общих принципах лечения и реабилитации этого контингента больных. Так, Froig в 1834 г. болезненные мышечные уплотнения называл мышечной мозолью. Вирхов пользовался термином «мышечный ревматизм», а Lewellyn и Jones в 1915 г. те же явления описывали как «фиброзит». В литературе можно встретить понятия зоны миогеллеза Шаде, миалгические точки Гатштейна, узелки Корнелиуса, узлы Мюллера, отраженные мышечные боли Келлгрена. Наиболее фундаментальным исследованием по миофасциальному синдрому стал труд J. Travell и D. Simons, опубликованный в 1984 г.

Несмотря на то, что миофасциальной боли в прошлом уделялось существенное внимание, данная проблематика не утратила своей актуальности и по сей день. Жалобы на болевой синдром различной локализации являются чуть ли не самыми частыми, которые предъявляют пациенты на приеме у врача-невролога, мануального терапевта и остеопата, нередко с данной патологией сталкиваются и врачи других специальностей (травматологи-ортопеды, терапевты и др.). С каждым годом число таких больных становится все больше, что обусловлено малоподвижным образом жизни, работой за компьютером, стрессами. Социальная значимость проблемы определяется также и тем, что заболевание чаще поражает людей наиболее трудоспособного возраста. Для миофасциального болевого синдрома характерны снижение качества жизни и длительная утрата работоспособности. И даже в том случае, если пациент не находится на больничном листе, болевой синдром мешает выполнению возложенных на него социальных задач.

Следует отметить также, что миофасциальный болевой синдром играет весьма существенную роль в патогенезе целого ряда заболеваний: цервикогенные головные боли, кохлеовестибулярные расстройства и др. Необходимо учитывать часто встречающуюся резистентность миофасциального болевого синдрома к общепринятой терапии и достаточно высокую вероятность осложнений от проводимого медикаментозного лечения. Все вышеперечисленное заставляет искать другие, немедикаментозные способы борьбы с данными заболеваниями.

В литературе по остеопатии и мануальной терапии предложен целый ряд техник в самых разнообразных интерпретациях по лечению миофасциальной боли. Опубликовано множество работ и монографий, посвященных данной проблематике, например: «Миофасциальный релиз» К. Монхэйма и Д. Лавэ, 2002 г.; «Миоэнергетические техники» Ф.Л. Митчелла, 1995 г.; «Стрейн-контрстрейн» Л.Х. Джонса и др. Каждое из этих направлений имеет своих приверженцев и последователей.

Несмотря на большое количество имеющихся работ, посвященных данной проблеме, многие вопросы, касающиеся диагностики и лечения миофасциального болевого синдрома, до сих пор остаются открытыми. Кроме того, до настоящего времени отсутствовали изданные на русском языке руководства, описывающие диагностические и лечебные подходы, используемые в таком оригинальном и высокоэффективном направлении мануальной медицины, как мануальная терапия по Стивену Типальдосу (Модель фасциальных дисторсий). Не так много к сегодняшнему дню их опубликовано и на иностранных языках. Эти факты и послужили мотивом к написанию данного пособия.

Настоящее учебное пособие подготовлено известными специалистами в области немедикаментозных методов лечения и реабилитации, имеющими большой опыт преподавания этих дисциплин, и предназначено для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования — программам специалитета — по специальности «Лечебное дело» дисциплинам «Физическая и реабилитационная медицина» и «Неврология». Кроме того, пособие будет интересно врачам мануальным терапевтам и остеопатам, а также специалистам, использующим в своей практической деятельности мануальные методы коррекции.

Глава 3

ТЕХНИКИ КОРРЕКЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО С. ТИПАЛЬДОСУ

В этой главе подробно описываются техники, используемые в FDM-терапии для коррекции дисторсий в разных регионах тела. Также мы включили в нее сведения о наиболее характерных локальных симптомах, по которым FDM-терапевт может поставить точный диагноз.

3.1. ТЕХНИКИ КОРРЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ЛИЦА

Триггерные тяжи

ТВ в области головы чаще всего имеют следующую локализацию (рис. 3.1).

- *Затылочные* представляют собой короткие линии тянущей боли, переходящие с шеи на затылочные бугры (или в обратном направлении) параллельно оси тела.

Клинически проявляются головной болью в области затылка и ограничением поворотов головы.



Рис. 3.1. Типичные триггерные тяжи в области головы

- ▶ *Надбровные* они следуют от начальной точки, расположенной в области височно-нижнечелюстного сустава по направлению к брови, проходят над бровью к слезной кости или в обратном направлении.

Проявляются головной болью в лобной и/или височной области.

- ▶ *ТВ проекции жевательной мышцы* — проходит от места прикрепления жевательной мышцы в области угла нижней челюсти к височно-нижнечелюстному суставу и далее вокруг уха к сосцевидному отростку. Или в обратном направлении.

Проявляется болью при жевании, и/или за ухом.

Перед началом коррекции ТВ следует проинформировать пациента о том, что процедура болезненная. Приступая к терапии ТВ важно помнить о нижеследующем.

- ▶ ТВ представляет собой узкую линию, болезненную на всем своем протяжении, и отступ от нее даже на несколько миллиметров негативно скажется на его коррекции (боли при протягивании линии вне ТВ пациент не ощущает).
- ▶ Исправление ТВ допустимо только мануально (как описано на стр. 19), без привлечения дополнительных инструментов (из соображений безопасности прежде всего) и без использования косметических средств, улучшающих скольжение.
- ▶ Во время коррекции ТВ мягкие ткани региона воздействия должны быть натянуты.
- ▶ ТВ протягивается с непрерывным давлением от начальной точки до конечной. В противном случае возможно возвращение симптомов.
- ▶ Глубину продавливания можно предположительно определить по жестам пациента (насколько глубоко он продавливает линию ТВ во время демонстрации).
- ▶ Хронический ТВ — повреждение продольной фасции с наличием спаечного процесса. Требуется многократного повторения коррекции (на первом сеансе ТВ переводится в острую форму — разрываются спайки, повторные сеансы необходимы, чтобы не позволить им снова образоваться и полностью купировать ТВ).
- ▶ Экхимозы по пути проведенной коррекции ТВ чаще возникают после коррекции хронического ТВ.
- ▶ Причиной возвращения симптоматики после коррекции ТВ может быть новая травма, возникшая в следствие повторяющихся движений. В этом случае ключевое значение имеет выявление и исключения травмирующего движения.
- ▶ Исправленный ТВ при провокации не вызывает клинических симптомов.
- ▶ Массаж льдом снизит дискомфорт от проведенной манипуляции и предотвратит образование экхимоза в месте воздействия.
- ▶ Исправление ТВ проводится до коррекции FD, CyD и TF.

- ▶ После проведения техники коррекции ТВ прогревание места воздействия не рекомендуется в течении 24 ч.

Континуум дисторсии

Данный вид дисторсии в области головы чаще всего встречается в подзатылочной зоне и зоне височно-нижнечелюстного сустава (рис. 3.2). При пальпации CD ощущается пациентом как остро болезненная точка в области энтезиса или надкостницы. Типичные места локализации CD обозначены на рис. 3.2.

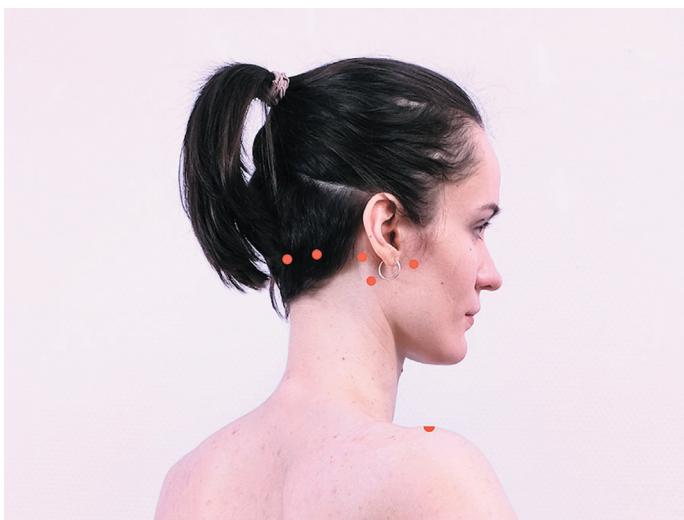


Рис. 3.2. Типичное расположение континуум дисторсий в области головы и плечевого сустава

Перед началом коррекции континуум дисторсии следует проинформировать пациента о том, что процедура болезненная. Приступая к коррекции CD, важно понимать, помнить о том, что:

- ▶ коррекция континуум дисторсии проводится в максимально болезненном направлении;
- ▶ коррекция континуум дисторсии допустима только мануально, использование дополнительных средств может причинить пациенту вред;
- ▶ в случае коррекции континуум дисторсии работает принцип «все или ничего», дисторсия или исправлена или нет, т.е. промежуточный результат невозможен;
- ▶ причиной возвращения симптоматики после коррекции CD может быть травма от повторяющихся движений. В этом случае следует повторить лечение, выявить и исключить травмирующие движения;
- ▶ результат коррекции зависит от силы, направления, места воздействия;
- ▶ в одном месте может быть несколько континуум дисторсий;
- ▶ континуум-техники выполняются до фолдинг, цилиндрических и тектонических техник;

- ▶ после исправления континуум дисторсий 24 ч строго противопоказаны тракции (в том числе выполнение фолдинг и тектонических техник) в области заинтересованного сустава. Исключение составляют коррекции CD в области межпозвоночных суставов после исправления которых следует выполнить нейтральный траст;
- ▶ массаж льдом снизит дискомфорт от проведенной манипуляции и предотвратит образование экхимоза в месте воздействия;
- ▶ после проведения континуум-техники прогревание места воздействия не рекомендуется.

Грыжа триггерной точки

Характерной локализацией НТР в области головы является зона, расположенная в области слезной кости. Пальпаторно она представляет собой очень болезненное образование величиной с маковое зерно, находящееся по передневерхнему краю слезной кости, по-видимому, имеющее отношение к устью глубокого слезного канала.

Клинически она может проявляться ретроорбитальной (заглазной) головной болью.

Техника коррекции НТР области слезной кости представляет собой активное воздействие на дисторсию кончиком большого пальца руки врача в наиболее болезненном направлении до наступления релиза с последующим его выкачиванием (см. стр. 27). Перед началом коррекции грыжи триггерной точки следует проинформировать пациента о том, что процедура болезненная.

Фолдинг дисторсии

Типичной локализацией FD в области головы является височно-нижнечелюстной сустав. При данной дисторсии к характерным жалобам относятся боли в глубине сустава. Пациенты с uFD жалуются на ощущение неполного смыкания челюсти (лечение в данном случае проводится с помощью вытягивающих трастовых манипуляций), а пациенты с rFD жалуются на затруднение и ограничение открывания рта (лечение проводится с помощью трастовых компрессионных техник).

Приступая к коррекции FD, важно понимать и помнить о том, что:

- ▶ коррекция FD должна быть *всегда безболезненной*! Техника ее коррекции осуществляется в направлении, противоположном болезненному;
- ▶ коррекция FD проводится *в том же направлении*, в котором произошло травмирующее воздействие;
- ▶ FD всегда исправляется после проведения техник ТВ, CD и НТР;
- ▶ некоторые FD требуют многократного и продолжительного повторения техник коррекции;
- ▶ при проведении фолдинг-техники одновременно с тракцией или компрессией всегда должен присутствовать ротационный компонент;
- ▶ в случае успешно проведенной техники лечения часто слышен щелчок.

Техника коррекции rFD височно-нижнечелюстного сустава (рис. 3.3).

1. Пациент в положении лежа на спине.
2. Врач располагается у головного конца кушетки. Он переплетает свои пальцы и обхватывает ими подбородок пациента таким образом, чтобы ладони терапевта закрывали уши пациента.
3. Пациент приоткрывает рот и смещает нижнюю челюсть назад.
4. Терапевт проводит серию манипуляций в направлении, противоположном болезненному, каждый раз осуществляя небольшую ротацию нижней челюсти. В процессе коррекции могут быть слышны щелчки.



Рис. 3.3. Техника коррекции рефолдинг дисторсии височно-нижнечелюстного сустава

Цилиндрические дисторсии

Приступая к коррекции СуД, важно понимать, помнить о том, что:

- ▶ цилиндрическая дисторсия связана с проблемой в самой поверхностной фасции, поэтому в большинстве случаев она должна проводиться в завершение сеанса терапии;
- ▶ однако, если боль в регионе настолько выражена, что пациент не способен перенести никакую другую коррекцию, сеанс следует начинать с лечения СуД;
- ▶ во время коррекции цилиндрической дисторсии пациент должен произвольно напрягать мышцы в регионе воздействия;
- ▶ любой положительный результат при коррекции СуД является победой, не следует сразу стремиться к достижению идеального результата;

- ▶ если техника на вытяжение не принесла пациенту облегчения симптомов, следует провести технику в компрессии или другую известную технику;
- ▶ массаж льдом сам по себе может принести стойкое облегчение симптомов;
- ▶ после проведения коррекции СуД прогревание места воздействия противопоказано.

Техники коррекции цилиндрических дисторсий волосистой части головы

В зависимости от площади дискомфорта проводится:

- ▶ *техника «скребок»* (сдвигается кожная складка одной рукой в одну сторону или двумя руками навстречу);
- ▶ *модифицированная техника «щипок»*. Терапевт захватывает волосы пациента у корней двумя руками так, чтобы кожа головы натянулась. Затем совершается серия уверенных интенсивных разнонаправленных движений (руки идут в противоход);
- ▶ *техника «двух больших пальцев»* (выполняется на небольшом ареале). Кончики больших пальцев устанавливаются в указанном пациентом участке. Вектор прикладываемых сил направлен вниз и в противоположные стороны или навстречу. Движение должно производиться перпендикулярно ходу волокон поврежденной фасции.

Тектоническая фиксация

Приступая к терапии тектонической фиксации, важно помнить о том, что:

- ▶ перед тем как приступить к ее коррекции, необходимо устранить все ТВ, CD, НТР в заинтересованном регионе;
- ▶ тектонические техники требуют множественного повторения и значительных усилий со стороны терапевта;
- ▶ ТФ является *единственной* дисторсией, при которой воздействие теплом оказывает положительный эффект (однако применение тепла недопустимо в течение как минимум 24 ч после завершения процедуры, если на сеансе в области коррекции проводилась терапия каких-либо других дисторсий).

Тектонические техники для височно-нижнечелюстного сустава

1. Техника «медленный тектонический насос»:

- 1) пациент лежит на спине;
- 2) врач встает/садится в изголовье, переплетает пальцы и обхватывает ими подбородок пациента так, чтобы ладони закрывали уши пациента;
- 3) пациент приоткрывает рот;
- 4) терапевт осуществляет многократное медленное чередование вытяжения (смещая челюсть вперед) и компрессии (смещая челюсть назад) в височно-нижнечелюстном суставе.

2. *Трастовые техники* на височно-нижнечелюстном суставе осуществляются из *нейтрального положения* нижней челюсти (нейтральный траст), выполняются без ротационного компонента.
 3. *Упражнения на растяжку* (суставная гимнастика).
- Коррекция тектонической фиксации требует множественного повторения.

3.2. ТЕХНИКИ КОРРЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ШЕИ И ПОЯСА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Триггерные тяжи

ТВ в области шеи и верхней конечности имеют следующие типичные локализации.

Star triggerband. Начальная точка этого тяжа обычно находится на средней линии между внутренним краем лопатки и позвоночником в районе VI грудного позвонка. От нее тяж идет вверх, к ипсилатеральному сосцевидному отростку, или, наоборот, сверху вниз (рис. 3.4).

Star ТВ проявляется ограничением разгибания шейного отдела позвоночника.

ТВ по верхней трапецевидной мышце обычно начинается от акромиально-ключичного сочленения и проходит по заднебоковой поверхности шеи до сосцевидного отростка (рис. 3.5).

Пациенты предъявляют жалобы на болевые ощущения при повороте и/или наклоне головы в обе стороны. Движение головы в этих направлениях может быть ограничено.

ТВ передней поверхности плеча (рис. 3.6). Начальная точка этого тяжа находится на передней поверхности предплечья. Его путь проходит по двуглавой мышце, через передний пучок дельтовидной мышцы до ключицы, проходит под ней и следует по переднелатеральной поверхности шеи до сосцевидного отростка. Или в обратном направлении.

Клинически он проявляется болезненностью и ограничением объема движения при отведении, внешней или внутренней ротации плеча.

Так как коррекция ТВ должна быть непрерывной, большим пальцем одной руки терапевт заводит его под ключицу, а большим пальцем другой — перехватывает ТВ с другой стороны от нее.

ТВ задней поверхности плеча (рис. 3.7). Начальная точка этого тяжа находится на задней поверхности предплечья. Его путь проходит по задней поверхности плеча к месту прикрепления трицепса, далее он пересекает лопатку и позвоночник на уровне I–IV грудного позвонка и по паравerteбральной линии следует к гетеролатеральному сосцевидному отростку. Или в обратном направлении.

Проявляется болезненностью и ограничением объема движения при отведении, а также внешней и внутренней ротации плеча.