

# Содержание

Предисловие .....	8
Благодарности .....	12
<b>I. Принципы клинического обследования в остеопатии .....</b>	<b>13</b>
<b>ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА.....</b>	<b>14</b>
От анамнеза к клиническому рассуждению.....	14
Функциональные, физические и общие признаки.....	15
Изучение разных этапов сбора анамнеза.....	16
Общий опрос .....	17
Системный опрос .....	22
Направление к врачу .....	30
Постурологические концепции: наблюдение за пациентом .....	31
Клиническое обследование в остеопатии: исследование гомеостаза .....	33
<b>ГЛАВА 2. АНАЛИЗ БОЛИ В ОСТЕОПАТИИ .....</b>	<b>36</b>
Введение .....	36
Проецируемая боль.....	40
Отраженная боль .....	42
Боль, происходящая от глубокой соматической структуры.....	45
Инструменты для анализа боли в рамках проведения остеопатического клинического обследования .....	49
<b>ГЛАВА 3. ОСТЕОПАТИЯ И ПРОФИЛАКТИКА.....</b>	<b>66</b>
Роль терапевтического обучения в остеопатии .....	66
Пример применения терапевтического обучения в остеопатии .....	68

## II. Региональный анатомический подход

к жалобе пациента и медицинские тесты .....	73
<b>ГЛАВА 4. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	74
Остеопатические связи .....	76
От симптомов к патологии: роль остеопата .....	77
<b>ГЛАВА 5. МЕДИЦИНСКИЕ ТЕСТЫ ДЛЯ ОСТЕОПАТА</b> .....	78
Интерес медицинских тестов .....	78
Взаимодополняемость медицинских и остеопатических тестов .....	79
Чувствительность и специфичность тестов .....	80
Изучение медицинских тестов: навык выполнения жестов .....	82
Тесты подвижности и биомеханические тесты .....	82
<b>ГЛАВА 6. ОБЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕСТЫ</b> .....	84
Жизненно важные константы .....	84
Пальпация лимфатических узлов .....	88
<b>ГЛАВА 7. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ</b> .....	92
Введение .....	92
Описание тестов .....	93
Выводы .....	117
<b>ГЛАВА 8. РЕГИОН ГОЛОВЫ И ШЕИ</b> .....	118
1. Головная боль .....	118
Описание .....	118
«Красные флажки» при головной боли .....	119
Механизм головной боли .....	119
Типы головных болей и остеопатическая диагностика .....	122
Медицинские тесты .....	137
Головные боли с остеопатической точки зрения .....	137
Заключение .....	140

2. Боль в шее, цервикобрахиальная невралгия и синдром грудной апертуры .....	140
Введение .....	140
Цервикалгия .....	140
Шейно-плечевая невралгия .....	153
Синдром грудной апертуры .....	154
Заключение .....	159
3. Шейно-цефалический отдел — медицинские тесты .....	159
Пальпация .....	159
Признак Лермитта .....	160
Тест реберно-ключичного зажима, или тест «стойки смиренно» или «военной безопасной позы» .....	160
Маневр Вальсальвы .....	161
Тест Сперлинга, или тест компрессии шейного отдела позвоночника .....	162
Тест опоры на надключичную ямку, или тест Морли .....	164
Тест Тинеля .....	165
Тест Адсона .....	167
Маневр Рооса .....	168
Тест растяжения верхней конечности, или видоизмененный тест Элви .....	169
Тест Райта .....	170
Тест декомпрессии по оси (тест растяжения шеи или тест осевой мануальной тракции) .....	171
Тест флексии-ротации шейного отдела позвоночника .....	172
Видоизмененный тест позвоночной артерии .....	173
ГЛАВА 9. РЕГИОН ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ .....	175
1. Плечо .....	176
Описание .....	176
Основные синдромы и боль .....	177

Клиническое обследование плеча .....	180
Основные синдромы плеча .....	182
Другие причины боли в плече .....	188
Медицинские тесты .....	191
Заключение.....	191
2. Локоть и запястье .....	192
Локтевой сустав.....	192
Запястье.....	201
Плечо, локоть, запястье: общее клиническое обследование .....	205
3. Регион верхней конечности — медицинские тесты .....	206
Плечевой сустав .....	206
Локоть и запястье.....	221
Запястье.....	226
ГЛАВА 10. ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ, БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ И ТАЗ.....	230
1. Люмбалгия .....	230
Введение.....	230
Основные синдромы, связанные с болью в пояснице.....	234
Другие синдромы и их происхождение.....	236
Приоритет глобального подхода при хронической боли в пояснице .....	247
2. Регион поясницы, брюшной полости и таза. Медицинские тесты.....	249
Тесты Брудзински и Кернига .....	249
Тест Ласега, или односторонний тест подъема вытянутой ноги .....	251
Slump-test.....	252
Пружинный тест (Spring test) .....	254
Тест растяжения бедренного нерва .....	255
Признак Тренделенбурга .....	257
Специфические тесты для крестцово-подвздошного сочленения .....	258
Специфические тесты для синдрома грушевидной мышцы .....	264

Еще один тест, который можно выполнить при боли в пояснице.....	267
ГЛАВА 11. РЕГИОН НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ .....	269
Введение.....	269
1. Тазобедренный сустав.....	270
Введение.....	270
Патология тазобедренного сустава .....	271
Боль в тазобедренном суставе.....	271
Медицинские тесты для тазобедренного сустава.....	275
2. Коленный сустав .....	276
Введение.....	276
Обследование колена .....	276
Патология и боли коленного сустава .....	281
3. Голеностопный сустав и стопа .....	288
Введение.....	288
Перелом лодыжки или стопы.....	289
Заключение.....	296
4. Регион нижней конечности — медицинские тесты .....	297
Тесты для тазобедренного сустава .....	297
Тесты для коленного сустава .....	301
Тесты для голеностопного сустава и стопы.....	309
Библиография.....	313

## БОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ОТ ГЛУБОКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

Боль может иметь соматическое происхождение и исходить от глубоких сухожильных, связочных и надкостных структур. Эти структуры проявляют региональную болевую реакцию в соответствии с территориями, имеющими относительное сходство с дерматомами или миотомами.

Эксперименты, проведенные в XIX веке, показали, что территория распространения боли, связанной с повреждением глубокой структуры, соответствует не конкретной неврологической территории, а нескольким территориям, главным образом миотомам. Существуют критерии воспроизводимости этих областей боли: первичное местоположение связано с региональной территорией распространения боли (см. рис. 2.7). Эти результаты также показывают, что страдание глубокой структуры может вызывать локально и регионарно [126] гиперчувствительность кожи (гипералгезия) или мышечные сокращения (кожно-мышечная гипералгезия).

На основании этих наблюдений были составлены карты регионов отраженных болей, происходящих от глубоких структур (рис. 2.5). Важно отметить, что эти карты не имеют ничего

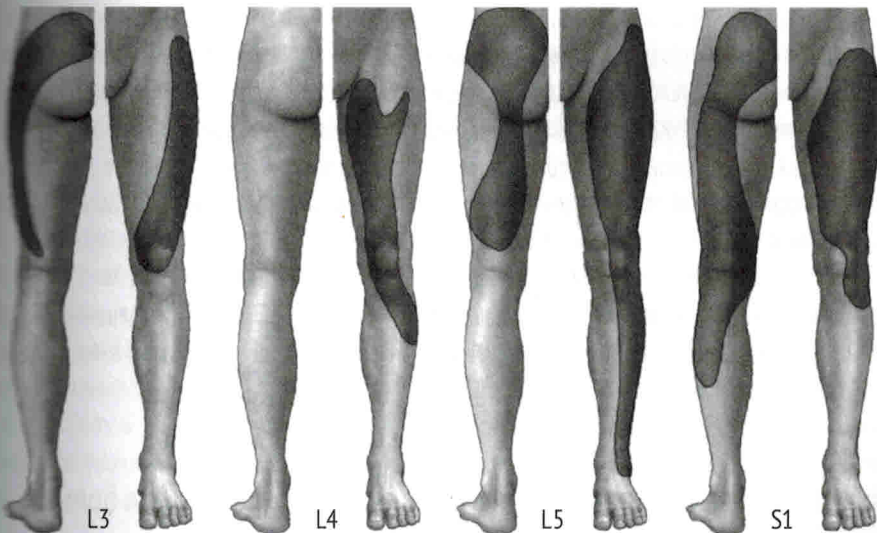


Рисунок 2.5. Соматическая отраженная боль (согласно Келлгрену (Kellgren)), возникающая в результате ноцицептивной стимуляции инежестивных связок на указанных сегментарных уровнях (инъекция гипертонического раствора).  
Источник: Богдук (Bogduk) [31]

общего с изображениями территорий иннервации. Они были составлены в соответствии с функциональными регионами, выявленными посредством ноцицептивной стимуляции межостистых связок позвонков (инъекция гипертонического раствора в эти связки), а не путем воздействия на спинномозговые корешки.

Кроме того, некоторые результаты экспериментов, проведенных в 40-е и 60-е годы XX века, показывают, что боль варьируется по местоположению и интенсивности в зависимости от глубины структур. Все эти работы, посвященные боли, происходящей от глубоких структур, и ее физиологическим последствиям для тканей, легли в основу трудов Тревелла (Travell) и Саймонса (Simons) о триггерных точках в 80-х годах XX века [252, 273].

### **Отраженная висцеральная боль**

Существует ряд гипотез о патогенных механизмах висцеральной боли [88, 250]. Пищеварительная система обладает относительно автономным функционированием и способностью преобразовывать питательные вещества в энергию, синтезировать витамины и уравнивать иммунную систему. Существуют также пути обмена информацией с мозгом (например, передача ощущения голода). Пищеварительная система посредством своего химического и неврологического диалога с мозгом оказывает влияние на процессы регулирования функций организма. Сложные взаимосвязи между мозгом и пищеварительной системой затрудняют изучение висцеральной боли. Этот механизм, который явился темой большого количества недавних исследований, также был включен в объяснительную гипотезу остеопатической дисфункции, в частности, Корром [136].

Существуют две фазы развития висцеральной боли, описанные Джамберардино (Giambardino) и соавт. [88], о которых интересно упомянуть в рамках остеопатического клинического обследования.

### **Первичная фаза висцеральной боли: истинная висцеральная боль**

Возникновение висцеральной боли, прежде всего, происходит медиально (вдоль центральной осевой линии между нижней частью грудины и надлобковой областью; см. рис. 2.8).

В большинстве случаев оно сопровождается нейровегетативными признаками (тошнота, рвота, потливость и т. д.). Боли в пищеводе при воспалении слизистой оболочки являются примером истинной висцеральной боли. Прохождение пищевого комка оказывается болезненным, и боль ощущается за грудиной. В случае аппендицита типичными признаками, которые предшествуют самому приступу, являются тошнота, рвота и диффузные боли в животе в области пупка.

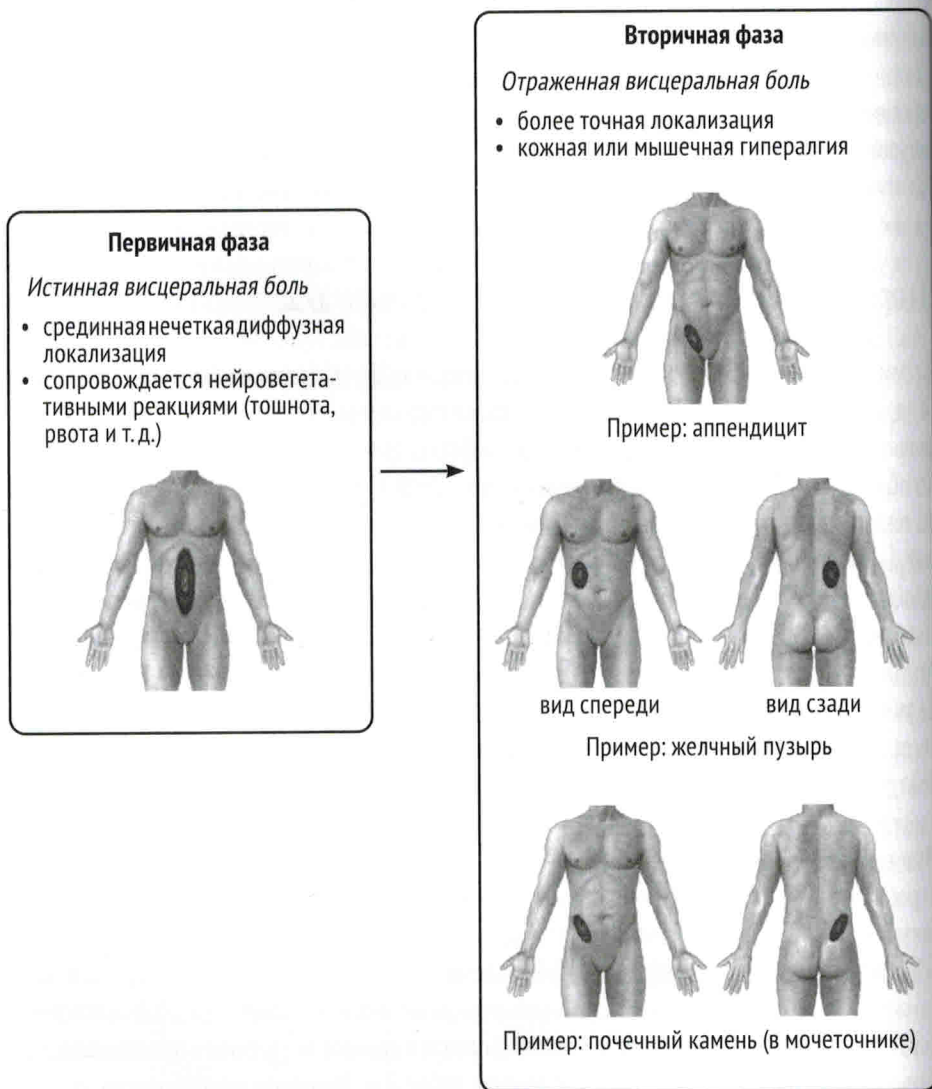
### Вторичная фаза висцеральной боли: отраженная висцеральная боль

Вторичная фаза висцеральной боли описывается как фаза миграции боли к той половине тела, где расположен пораженный орган; также она сопровождается дополнительно кожно-мышечной гипералгезией (висцеро-кожный рефлекс) (рис. 2.6). Посредством пальпации можно обнаружить только кожно-мышечную гипералгезию [88]. Например, в случае аппендицита на первичной фазе боль, как правило, эпигастральная и сопровождается тошнотой и/или рвотой (истинная висцеральная боль). На второй фазе боль мигрирует к точке Мак-Бурнея (McBurney), а затем становится отраженной висцеральной болью. Она подтверждается признаком Мак-Бурнея: боль при внезапном ослаблении давления на правую подвздошную ямку. Когда воспаление распространяется на соседние органы, вплоть до брюшины, можно наблюдать сокращение мышц брюшного пресса: влияние повышенной возбудимости патологического органа выражается в виде гиперактивности мышечных структур, имеющих медуллярное соответствие, что называется абдоминальной контрактурой или «деревянным животом».

В то же время Корр описывает «признак звонка» — боль, вызванная давлением на остистый отросток, соответствующий позвоночному сегменту поврежденного внутреннего органа [136]. Такую же реакцию можно вызвать посредством давления на соседние остистые отростки<sup>3</sup>. «Признак звонка» был обнаружен И. М. Корром на основе трудов Дж. Маккензи (J. Mackenzie) конца XIX века. Последний писал, что давление на остистый отросток определенных позвонков, связанных с иннервационным сегментом поврежденного внутреннего органа, вызывает сильную боль в данном позвонке. Результаты работ Дж. Маккензи, описывающих соответствие позвоночных уровней и внутренних органов, лежат в основе концепции зон Гэда, описанной ниже.

<sup>3</sup> Различают «признак звонка», описанный И. М. Корром, и «тест звонка», или *spring test* (давление на околопозвоночные мышцы, см. главу 10).





**Рисунок 2.6.**

Первичная фаза и вторичная фаза висцеральной боли. (Источник: Ф.Гаде, Giamberardino [88])

## ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ АНАЛИЗА БОЛИ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Анализ боли, выполняемый остеопатом во время клинического обследования, имеет важнейшее значение. Врач должен установить различия между:

- локализуемой болью;
- болью, происходящей от глубокой структуры, на территории, не связанной с территорией иннервации;
- отраженной болью, происходящей от отдаленного органа (висцеральная боль).

Благодаря проведенному обследованию, врач может определить, что боль, описываемая пациентом в зависимости от места, а затем ее иррадиации, не обязательно имеет неврологическое происхождение. Кроме того, описание более или менее большой области не обязательно указывает на раздражение или сдавление периферического нерва или нервного корешка: могут быть вовлечены как внутренние органы, так и более глубокие структуры. Например, боль желудочно-подвздошного происхождения в большинстве случаев описывается как боль в пояснице с иррадиацией по задней поверхности бедра (см. главу 10, параграф «Боль в пояснице»).

В литературе содержится множество описаний территорий отраженной боли. Некоторые из них взяты из исследований Келлгрена (Kellgren)<sup>4</sup>, а другие — из трудов Тревелла (Travell) и Саймонса (Simons), посвященных триггерным точкам.

Некоторые из инструментов, используемых для анализа боли, описаны ниже.

### Зоны Геда: инструмент для исследования висцеральной боли

Основная публикация, посвященная концепции зон отраженной висцеральной боли, или зон Геда, основана на клинических наблюдениях Х. Геда (H. Head) и Дж. Маккензи (J. Mackenzie), касающихся «признака звонка» (см. выше). Схематическое представление этих областей, показанное на рис. 2.7, является инструментом, который может оказаться полезным

<sup>4</sup> Некоторые из этих описаний можно найти в поисковых системах в Интернете, используя ключевые слова «склеротом», «боль» или «схема».

## Глава 6

### Общие медицинские тесты

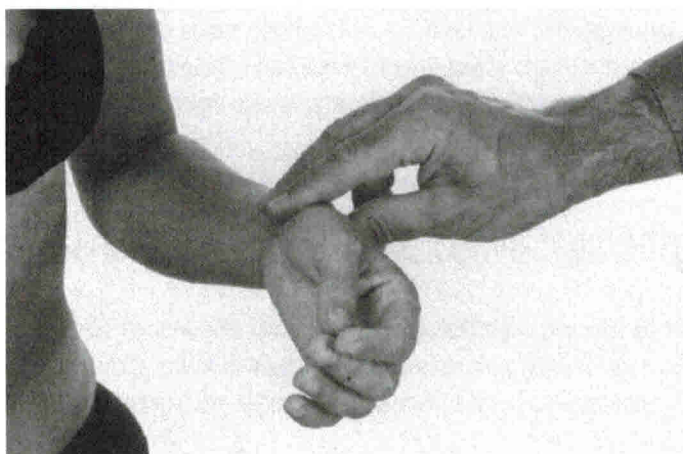
#### ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ КОНСТАНТЫ

##### Измерение пульса

Какой бы ни была причина обращения пациента (боль или плановый сеанс), необходимо измерить пульс в рамках глобального подхода. «Закон артерии» Э. Т. Стилла является догмой, которая должна мотивировать каждого остеопата работать в этом направлении.

Остеопат может выполнить простой анализ, который позволит выявить наличие одного или нескольких пульсов, количество пульсаций в минуту, ритм, регулярность, силу и симметрию пульса в конечностях. Это первые критерии для анализа перед второй фазой, которая заключается в измерении артериального давления (см. ниже).

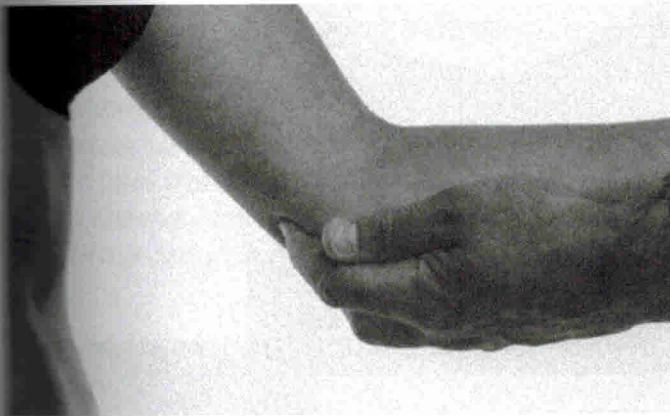
Локализация и методология измерения пульсов показаны на рис. 6.1–6.8.



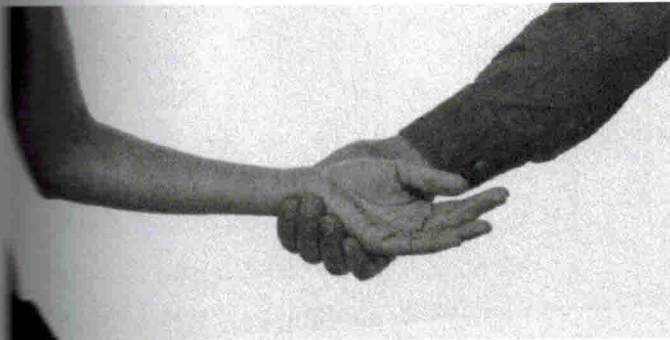
**Рисунок 6.1.**  
Лучевой пульс.  
Сожмите лучевую артерию указательным и средним пальцами. Измеряйте пульс на протяжении 1 минуты



**Рисунок 6.2.**  
Пульс сонной артерии



**Рисунок 6.3.**  
Плечевой пульс



**Рисунок 6.4.**  
Локтевой пульс



**Рисунок 6.5.**  
Паховый пульс



**Рисунок 6.6.**  
Подколенный пульс



**Рисунок 6.7.**  
Пульс стопы



**Рисунок 6.8.**  
Пульс на медиальной  
стороне стопы

## Измерение артериального давления

Вместе с измерением пульса измерение артериального давления дает врачу дополнительную информацию о состоянии пациента во время каждого сеанса. Описанный ниже метод представляет собой упрощенную версию стандартного медицинского метода измерения артериального давления. Его преподают в рамках курса остеопатического обучения квалифицированные специалисты (рис. 6.9).



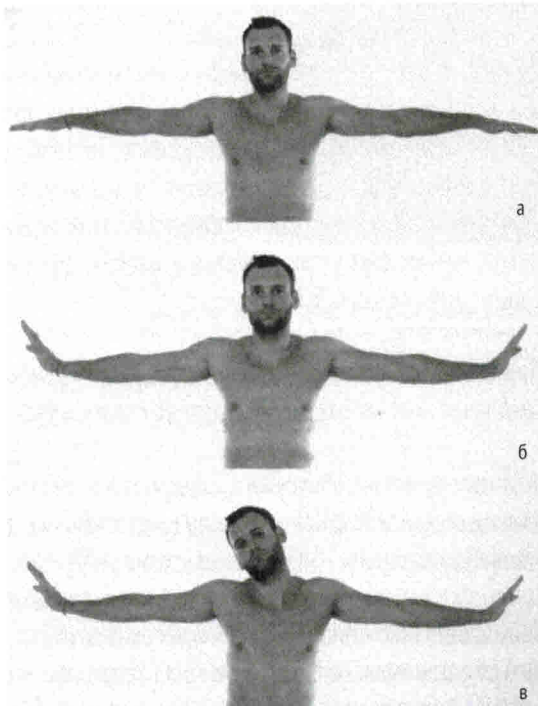
**Рисунок 6.9.**  
Измерение артериального  
давления

## Тест растяжения верхней конечности, или видоизмененный тест Элви

Представленный Элви (Elvey) в 1979 году и опубликованный в 1983 году в своей окончательной версии, тест растяжения верхней конечности обладает очень высокой степенью надежности при диагностике компрессии неврологического происхождения на уровне плечевого сплетения [232, 239]. Изначально он был описан для пациента, находящегося в положении лежа на спине, а в данной главе будет представлен видоизмененный вариант Сандерса (Sanders) [239] (рис. 8.16). Этот автор описывает позу, которую пациент активно принимает симметричным образом. Этот вариант дает возможность тестирования обеих конечностей одновременно и таким образом, позволяет сравнить здоровую конечность с поврежденной.

Клеланд (Cleland) и соавт. [49] утверждают, что этот тест является отрицательным в комбинации четырех тестов для шейно-плечевой невралгии (см. таблицу 8.3).

В исследовании 1997 года [38] при выполнении теста Элви в группе медиков, работающих на компьютере, были обнаружены неврологические компрессии, в то время как у большинства симптомы отсутствовали. Данное исследование выявило проблему нарушений опорно-двигательного аппарата и профессиональных заболеваний, связанных с длительной работой за компьютером.



**Рисунок 8.16.**

Видоизмененный тест Элви.

Каждый маневр постепенно растягивает плечевое сплетение. Пациент помещает руки в абдукцию на 90°, локоть в экстензии (а), выполняет экстензию запястий (б) и наклоняет голову в противоположную сторону от той, которую нужно обследовать, чтобы натянуть нервные волокна плечевого сплетения (в)

Клиническая цель:

- оценка возможной компрессии сосудисто-нервного пучка в верхней конечности от дистальной до проксимальной части без истинной дифференциации определенной точки компрессии

Остеопатические интересы:

- оценка до и после остеопатического лечения;
- тест помогает определить затронутые мышечные и фасциальные структуры верхней конечности, ключично-грудной фасции, фасций плеча и предплечья.

### Тест Райта

Тест Райта (Wright) иногда называют тестом «подсвечника», хотя между ними имеется различие [89]. При тесте «подсвечника» пациент сразу приводит руку в состояние гиперабдукции (отведение на  $180^\circ$  и легкая ретропульсия). Тест Райта приводит к тому же конечному положению, но предполагает оценку лучевого пульса под разными углами ( $30^\circ$ ,  $60^\circ$ ,  $90^\circ$  и  $180^\circ$ ). Этот тест приводится в соответствии с первоначальным описанием Райта, но с выполнением движений только двух углов наклона: отведение руки на  $90^\circ$ , а затем на  $180^\circ$  (гиперабдукция и ретропульсия) (рис. 8.17).

При описании этого теста Райт утверждает, что гиперабдукция руки и, следовательно, ослабление лестничных мышц подавляют возможную компрессию плечевого сплетения.

Этот тест позволяет обнаружить следующие возможные участки компрессии:

- позади от малой грудной мышцы за клювовидным отростком;
- между ключицей и 1-м ребром на уровне реберно-ключичного зажима.

Райт объединяет симптомы, о которых сообщают его пациенты, тем, что их рука может находиться в длительном положении гиперабдукции либо в связи с профессиональной деятельностью, либо при использовании кисти или руки в качестве подушки в ночное время. Таким образом, в конечном итоге причиной симптомов является гиперабдукция руки в течение длительного времени из-за сжатия подклюничной артерии и плечевого сплетения. При вскрытии трупов во многих случаях Райт обнаруживал наличие связки сухожильной или хрящевой полосы, определяемой как «шейное ребро» и действующей подобно кисти.



которое могло бы представлять собой до-  
полнительное ребро. Эта анатомическая ано-  
малия в определенных конфигурациях может  
представлять собой ложные функциональные  
суставы «синдрома передней лестничной

Целевая цель:

предотвращение возможной компрессии сосудистого  
пучка на уровне реберно-ключичного зажима.  
При выполнении этого маневра можно заме-  
тить полное расслабление пучков лестничной

Клинические интересы:

использование до и после остеопатического лечения;  
тест помогает определить затронутые мышеч-  
но-фасциальные структуры.

### Тест декомпрессии по оси (тест растяжения шеи, или тест рулевой мануальной тракции)

Исследования Такасаки, выполненные в 2009 году с помощью МРТ [264], показывают, что тракция позвоночника с силой, равной 12 кг, раскрывает на 20% отверстия на уровне C4-C5. При этом указывается, что никаких изменений в шейных позвонках ниже C6 не наблюдается. Похоже, что распрямление шейного лордоза, вызванное тракцией позвоночника, в большей степени приводит к раскрытию отверстий, чем тракция самого позвоночника.

Полноценное тестирование теста вытяжения шеи кажется неточным [158] (рис. 8.18). Однако его описание у большинства авторов совпадает. Виикари-Юнтура (Viikari-Juntura) сообщает об особой специфичности этого теста для радикулопатии. Этот тест позволяет объективно выявить дис-  
кинетичность шейного отдела [283].

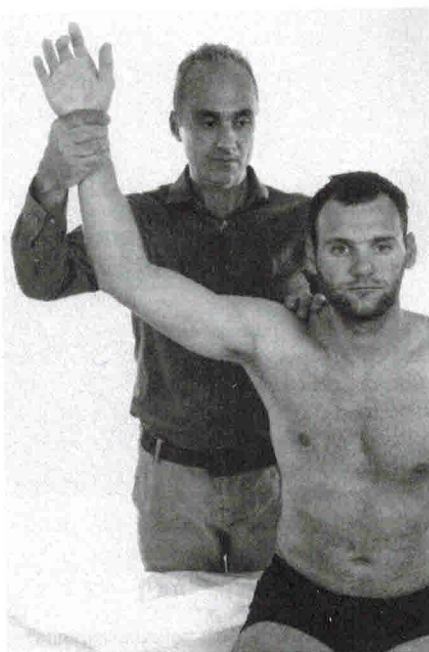
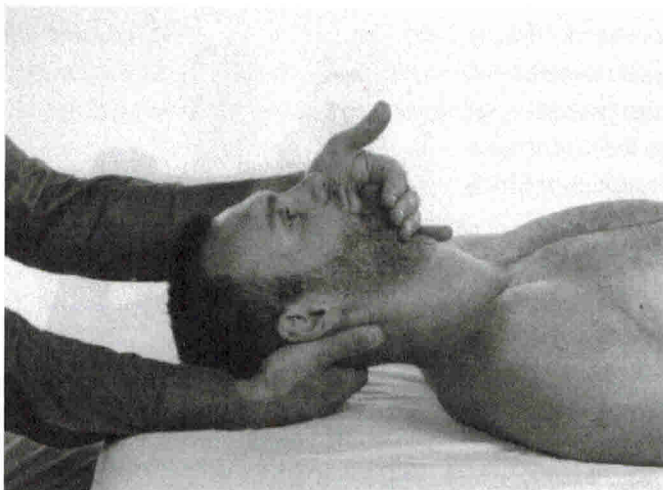


Рисунок 8.17

Тест Райта.

Врач измеряет лучевой пульс на поврежденной верхней конечности. Пациент поднимает верхнюю конечность, приводя ее в гиперабдукцию, при этом врач удерживает пульс и отмечает его прекращение или уменьшение



**Рисунок 8.18.**

Тест декомпрессии по осси (тест растяжения шеи, или тест осевой мануальной тракции). Пациент лежит на спине. Врач помещает одну руку под подбородок пациента, другой обхватывает затылок. Постепенно выполняется тракция за голову пациента. Положительный результат теста: если боль уменьшается или даже исчезает или если симптомы радикулопатии исчезают при тракции головы. Это указывает на то, что таким образом достигается ослабление давления на один или несколько нервных корешков

Клиническая цель:

- оценка возможной компрессии корешков на уровне межпозвонковых отверстий и признаков шейной радикулопатии.

Остеопатический интерес:

- тест может проводиться при обследовании до и после остеопатического лечения шейного отдела позвоночника.

### **Тест флексии-ротации шейного отдела позвоночника**

Тест флексии-ротации шейного отдела подходит для выявления цефалгии цервикогенного типа (рис. 8.19). Он обладает высокой специфичностью и чувствительностью. Следовательно, это идеально адаптированный диагностический инструмент [103, 189, 234].

Клиническая цель:

- поиск сопротивления в шейном отделе позвоночника при его ротации в одну или другую сторону.

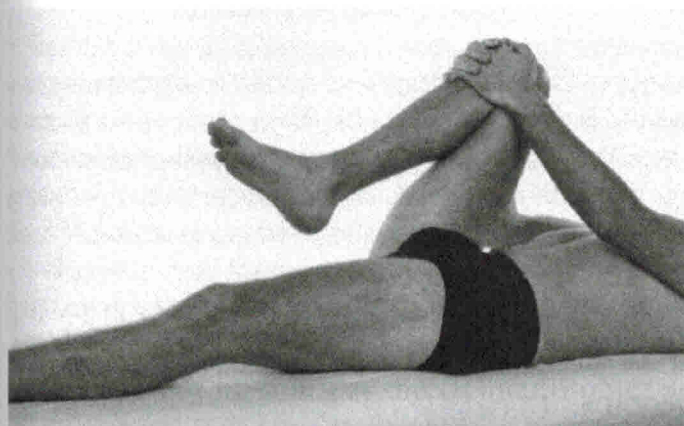
## 4. РЕГИОН НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ — МЕДИЦИНСКИЕ ТЕСТЫ

### Тесты для тазобедренного сустава

#### Тест Томаса и его вариант

##### Тест Томаса

Этот тест позволяет оценить напряжение поясничной мышцы в рамках остеопатического обследования (рис. 11.8).



**Рисунок 11.8.**

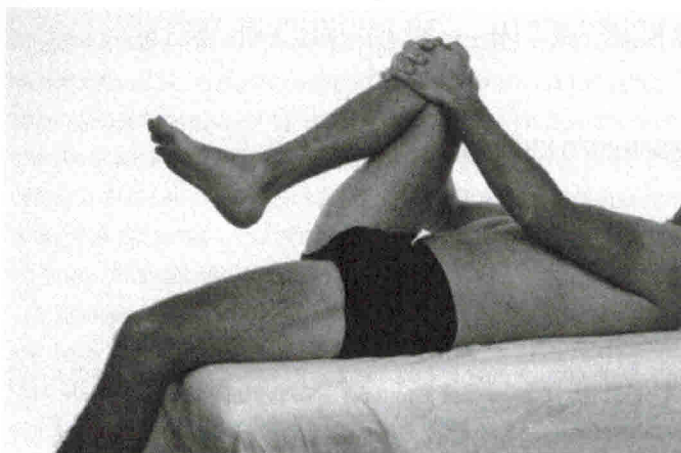
Тест Томаса.

Пациент лежит на спине, вытянув ноги на столе. Он сгибает бедро и колено с противоположной стороны от тестируемого тазобедренного сустава. Он обхватывает свое колено обеими руками и максимально притягивает его к груди. Таз находится в нейтральном положении. Положительный тест: наблюдается контрактура сгибателей бедра, что затем вызывает флексию тазобедренного сустава (и колена), создавая пространство между задней частью колена и столом

#### Тест Томаса или измененный тест Томаса?

Тест Х. О. Томаса (H. O. Thomas), впервые описанный в 1878 году, был разработан для оценки контрактуры сгибателей тазобедренного сустава, вызывающей «дефицит экстензии»<sup>4</sup> [268]. В этой оригинальной версии теста пациент лежит на спине, вытянув ноги на столе. В измененном варианте ноги пациента свисают со стола (рис. 11.9). Эта версия позволяет

<sup>4</sup> Иногда тест Томаса называют «тестом поясничной мышцы».



**Рисунок 11.9.** Измененный тест Томаса. Пациент лежит на спине, колено согнуто и приближено к груди, ягодичная складка к краю стола. Врач стоит сбоку; он помещает пальтирующую руку на поясничные позвонки (поясничный лордоз), а другую — на гребень подвздошной кости (наклон таза). Врач оценивает амплитуду флексии колена по сравнению с экстензией тазобедренного сустава

оценить не только контрактуру сгибателей тазобедренного сустава, но и дефицит экстензии, который может повлиять на результаты у спортсменов. В этом случае оценка наклона таза влияет на результат теста. Например, дефицит флексии тазобедренного сустава может вызвать наклон таза кзади в качестве компенсации. Эту дисфункцию следует учитывать в результате теста.

Конен (Konin) и соавт. сообщают об особенно интересных оценочных показателях результатов теста в остеопатической практике и при поиске ограничения мышц [134]. Эти оценочные показатели должны сравниваться между правой и левой нижними конечностями, а также с опубликованными значениями амплитуд нижних конечностей.

Следующие данные позволяют проанализировать результаты измененного теста Томаса, согласно Конену и соавт. [134]:

- совокупный дефект экстензии тазобедренного сустава и флексии коленного сустава связан с контрактурой подвздошно-поясничной мышцы и прямой мышцы бедра;
- латеральная ротация тазобедренного сустава, которая происходит при возврате в экстензию, связана с натяжением подвздошно-большеберцового пучка.

Клинические цели:

- тест Томаса: оценка контрактуры сгибателей тазобедренного сустава;

- измененный тест Томаса:
  - > оценка контрактуры сгибателей тазобедренного сустава;
  - > оценка дефицита экстензии тазобедренного сустава при обнаружении потенциального наклона таза.

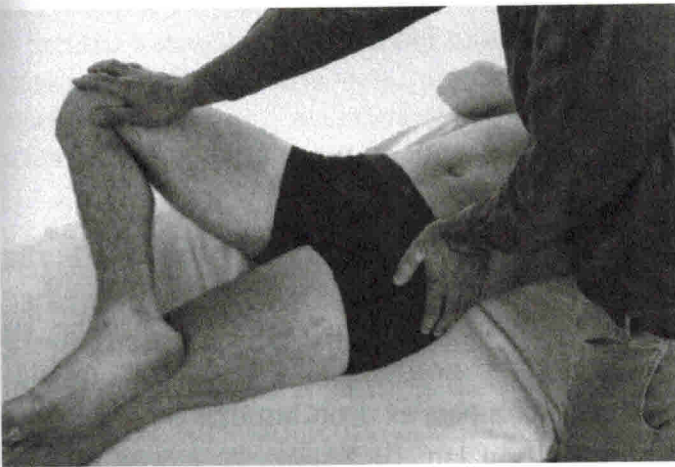
#### Остеопатические интересы:

- при выборе между двумя тестами следует учитывать последующее выполнение остеопатической техники и, таким образом, минимально изменять положение пациента;
  - > тест Томаса следует проводить для пациентов с болью в пояснице (ноги вытянуты на столе);
  - > измененный тест Томаса: это сравнительный тест, проводимый до и после сеанса остеопатического лечения спортсмена и позволяющий оценить увеличение амплитуды экстензии тазобедренного сустава;
- этот тест оценивает эффективность остеопатической техники коррекции дисфункции подвздошной кости.

#### Тест Патрика, или FABER-тест

Тест Патрика также известен под английской аббревиатурой FABER (рис. 11.10):

- F (flexion): бедро во флексии;



**Рисунок 11.10.**

Тест Патрика (или FABER-тест). Пациент лежит на спине. Положение обследуемой ноги: бедро отведено (абдукция) и в латеральной ротации, колено согнуто, лодыжка лежит на верхней части противоположного колена. Врач стоит с противоположной стороны от тестируемой ноги. Он усиливает абдукцию, мягко надавливая на медиальную часть колена тестируемой конечности (постепенно приближая колено к столу). Положительный тест: возникновение боли, когда врач пытается увеличить абдукцию, или ограничение движения

## Регион нижней конечности

- AB (abduction): бедро в абдукции;
- ER (external rotation): нижняя конечность в латеральной ротации.

Этот тест легко выполняется, и поэтому его можно очень быстро освоить при обследовании подвижности тазобедренного сустава и таза. Однако мягкость и постепенность остаются преобладающими критериями для этого теста, который может быть болезненным для пациента. Макфадден (McFadden) и Зайденберг (Seidenberg) указывают в своем протоколе обследования тазобедренного сустава [164], что любое ограничение в одной из плоскостей движения тазобедренного сустава может вызвать положительный ответ на тест. В таком случае авторы говорят о ложноположительном ответе. Однако в контексте остеопатического обследования этот ответ позволяет выполнить объективный анализ ограничений движения и, таким образом, выстроить лечение.

Клиническая цель:

- объективизировать нарушение тазобедренного сустава, крестцово-подвздошного сустава или спазм подвздошно-поясничной мышцы.

Остеопатический интерес:

- оценка амплитуды подвижности тазобедренного сустава.

### **Признак Тренделенбурга**

См. главу 10.

### **Тест грушевидной мышцы**

См. главу 10.

### **Тест Обера**

Этот тест позволяет выявить синдром подвздошно-большеберцового тракта (синдром «чистителя»). Он будет описан ниже в разделе «Тесты для коленного сустава».