

ГЛАВА 2

ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Физиологическое движение не ограничено (зона, в которой пациент может контролировать свое движение). Врач воздействует на пассивное движение. За его пределами расположена область, на которую мы воздействуем, когда работаем с суставами.

Существует 3 типа движений:

- активное для пациента;
- пассивное для врача;
- травматическое, когда движение становится форсированным.

Ограниченное движение

Зона

Оценка движения пациента всегда выполняется через активное движение. Необходимо знать амплитуду естественного движения пациента (его границы). Это естественное движение не наносит повреждения пациенту.

Пример: простое повреждение — дисторсия запястья в пронации. При последующем следовании движение больше в пронации и меньше в супинации. Границы амплитуды в целом будут уменьшены.

Коррекция: ориентировать запястье в направлении максимальной амплитуды движения; удерживать его в этом положении; подождать ощущения расслабления структуры.

Для детей младшего возраста риск заключается в направлении ограничения. Следует всегда ориентировать движение в более свободном направлении.

Расслабление и коррекция фасций

Производится посредством техники мышечной энергии в наиболее свободном направлении, добавляя силу, производимую пациентом.

Пример: движение направлено до барьера сопротивления. Также можно перейти барьер при помощи техники мышечной энергии, которая используется в этих двух случаях.

Техника высокой скорости – низкой амплитуды

Действие: техника разрушает барьер ограничения. На ранних этапах формирования остеопатии эта техника широко применялась.

Таким образом, используют:

- прямую или непрямую технику;
- технику высокой скорости – низкой амплитуды;
- технику мышечной энергии (включает обе ранее перечисленные).

Техники расслабления фасций черепа почти одни и те же, их принципы применяются почти во всех случаях.

Техники Хувера: используются как функциональные техники, могут помочь при выполнении трастов. Он проводит параллель между функциональными техниками и трастами.

Доктор Кимберли: «Трасты и связанные с ними техники подходят для здоровых атлетов среднего возраста. Они не подходят для тяжелоатлетов, молодых и пожилых людей».

Техники Сатерленда: основной протокол для лечения тела в целом.

ТЕХНИКИ ХУВЕРА

В 1956–1957 гг. доктор Хувер проводил обучение неновым функциональным техникам на основе работ Сатерленда, ученика Стилла, который часто выполнял их в дополнение к краниальным техникам.

В лекциях под названием «Техники релаксации фасций», которые он проводил в Помоне, изложены принципы — оценка или тест амплитуды движений, чтобы определить наиболее свободное направление:

- Движение в наиболее свободном направлении.
- Удерживать во время раскрутки.
- Следовать за раскруткой до наступления покоя.
- Повторно тестировать.

Это применяется ко всем частям тела. Следует всегда просить пациента выполнять движение самому, прежде чем приступить к оценке.

Пример

Попросить пациента повернуть палец в двух направлениях — по часовой стрелке и против. Определить наиболее свободное направление. Привести палец в этом направлении и удерживать, сохраняя его легкую тракцию. Попросить пациента запомнить все, что он ощущает (это более точно, чем то, что вы видите), повторно тестировать в двух направлениях.

Техника подходит при травмировании окончания пальца пулей или мячом, но при этом важно помнить, что шоковая волна может иррадиировать в запястье, локоть, плечо и в соответствующую зону позвоночника в зависимости от силы. В этом случае необходимо выполнить обследование в положении пациента лежа на спине. То же самое верно для вывиха щиколотки — следует проверить колено, тазобедренный сустав и таз.

Аппендицит — обследование проводится в положении пациента лежа на боку

Техника:

- пальпировать XII ребро слева, проверить, есть ли боль в его окончании;
- искать рефлекторную точку Чепмена, чтобы обнаружить аппендикс;
- сравнить с болью с правой стороны.

Симптомия (непрерывный кашель, усталость)

Последствия переломов ребер

Цель состоит в том, чтобы расслабить межреберные фасции.

При обследовании — различное напряжение в разных точках грудной клетки при вдохе и выдохе.

Техника:

- врач сидит сбоку от пациента;
- левая рука на 4 первых ребрах на уровне головки и шейки;
- правая рука на передней части грудной клетки;
- попросить пациента вдохнуть и выдохнуть;
- искать наиболее свободное направление;
- попросить задержать дыхание в этом направлении как можно дольше;
- попросить медленно начать дышать;
- повторить тест, двигаться в наиболее свободном направлении.

Хорошо локализовать 2-е межреберное пространство (2-е вдавление на передней части грудной клетки). Попросить пациента сделать вдох-выдох. Тестировать два ребра, врач сидит в расслабленном состоянии.

РЕБРА. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФАСЦИЙ

ТЕХНИКИ ДОКТОРА У. САТЕРЛЕНДА

Связь фасции с суставом

Доктор Сатерленд разработал ряд техник лечения повреждений ребер. Прежде чем изучить его *техники*, скажем несколько слов о неопisanном им методе лечения первых трех ребер.

- Пациент сидит на табурете, врач — напротив него.
- Пациента просят поднять сначала одну руку, затем — другую.
- Врач наблюдает, имеется ли ограничение движения.
- Угол Луиса (angle de Louis): этот сустав должен следовать за движением плечевого сустава. Если есть ограничение — оно означает наличие повреждения верхних ребер.

Лечение:

- положить ладонь или пальцы на сустав между рукояткой и телом грудины;
- пальцы другой руки межпальцевыми пространствами на уровне заднего соединения головки и шейки ребра;
- обнаружить точку расслабления фасции и удерживать;
- расслабить угол Луиса.

Первое ребро

Одна из главных проблем вызвана не высоким или низким положением ребра, а, напротив, его латеральным растяжением. Именно поэтому головка I ребра соединяется только с Th1. Другие ребра сочленяются с двумя позвонками; однако первое ребро связано с С7 и его функционирование подобно функционированию других ребер. Если мы рассмотрим три верхних ребра, то основной проблемой является разделение между ребрами и позвонками.

Лечение:

- начинать мягко, легко и медленно;
- поместить большой палец на трапецию, указательный — на соединительную с грудиной;
- другая рука выполняет мягкую ротацию тела позвонка, отдаляя его от ребра;
- удерживать ткани, чтобы получить расслабление связок и мышц;
- голова пациента в экстензии, легкой ротации, рука врача на лбу, врач ждет; пациент совершает медленный вдох и выдох; врач «думает» с помощью пальцев, которые чувствуют и «видят»;
- в момент, когда ребро достигло сустава, мы расслабляем руки;
- прежде чем лечить, следует выполнить ротацию головы в сторону, противоположную от повреждения;
- в конце выполнить ротацию головы к повреждению;
- искать точку баланса, голова наклонена к повреждению, мы воздействуем на ребро медиально для его коррекции.

Техника применяется к I и II ребрам.

От III до VI ребра

Врач сидит сбоку от пациента:

- Большой палец — на окончании грудины.
- Ладонь обхватывает ребро на уровне подмышечной линии.
- Средний палец другой руки доходит до заднего угла ребра на уровне лопатки.

- Пациент наклоняется над врачом, что дает более прочный контакт и лучшую поддержку ребра.
- Пациента просят повернуть голову в противоположную от повреждения сторону и выполняют ротацию противоположного плеча кзади.
- Искать точку расслабления фасции.
- Попросить пациента глубоко вдохнуть, затем выдохнуть и следовать за ребром в наиболее свободном направлении.

Пример:

- вдох — выдох — задержка дыхания;
- на вдохе привести голову в нейтральное положение.

При необходимости технику повторить.

Ребро обретает свое нормальное положение после отодвигания его от тела пациента и направления кнаружи.

Другие методы: пациент лежит на спине. Искать ограничение ребра на вдохе и выдохе, при этом рука врача лежит на грудной клетке пациента. Если пациент глубоко вдохнет и выдохнет, то будет проще найти ограничение.

После этого обследования мы уже не ищем степень ограничения; при помощи такого метода лечат проблемы, связанные с углом Луиса.

В некоторых случаях можно обнаружить, что ребра от IV до VII могут иметь ограничение движения на вдохе с одной стороны и на выдохе — с другой. Но и обе половины грудной клетки могут быть ограничены либо на вдохе, либо на выдохе; в любом случае, каким бы ни было повреждение, мы следуем за фасцией.

Пример: пациент лежит на спине, врач у его головы.

Тест: свободное движение на вдохе, ограниченное — на выдохе.

ГЛАВА 7

ОЦЕНКА МИОФАСЦИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Быстрая оценка миофасциального состояния пациента выполняется при помощи обследования и пальпации:

- a. обследование тела в движении или в динамической позе. Каждый специалист должен уметь визуализировать направление, в котором миофасциальные ткани будут направляться для уравнивания ненормальной функциональной позы;
- b. обследовать статичную позу тела: стоя, сидя и лежа. Как тело выровнено. Обследуя пациента, можно оценить, как он «сложен». Необходимо визуализировать общее миофасциальное напряжение и локальные зоны напряжения;
- c. пальпация: при помощи натренированных рук и перцепции можно улучшить впечатление об общем миофасциальном состоянии и о стрессе пациента, стоящего перед вами.

Техника:

- Проскользнуть руками (одна спереди, другая сзади), спускаясь вдоль позвоночника от затылка к крестцу или наоборот. Таким образом можно определить зоны повышенного напряжения, изменение температуры и текстуры.
- При помощи более глубокой пальпации этих зон мы определяем и визуализируем глубокие напряжения.

- В таком же положении можно выполнить похожее обследование нижних и верхних конечностей.
- При необходимости выполнить то же самое на пациенте в положении сидя или лежа на животе или на спине.

Отметить зоны стресса (надчревная область) и зоны компенсации, рассмотреть проблему, помогая себе знанием анамнеза.

Кроме предварительного обследования необходимо постоянное обследование в ходе лечения. Обследование и лечение проводятся одновременно, следует повторять, чтобы проверять реакции и изменения.

Будут проявляться чувствительные точки (когда их стимулируют, они создают схему, воспроизводимую без явной связи нервного распределения по сегментам с точками начала приведения в действие). Тогда важно вспомнить о «рефлекторных точках Чепмена». Эти зоны локализованы в виде желтков в дерме и расположены спереди — на краю межреберных хрящей, а сзади — на уровне поперечных отростков позвонков.

СВЯЗИ МЕЖДУ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ И КОРРЕКЦИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ СУСТАВНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ, ИЛИ МАНИПУЛЯЦИИ «ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ» СТИЛЛА

В зависимости от состояния миофасциальных тканей, восстановления и поддержки уравновешенного ритмического обмена на уровне тканей — энергия, мы выберем из техник коррекции наиболее мягкие и наименее травмирующие.

Прямую коррекцию (манипуляцию) на суставе следует выполнять только после подготовительной работы с мягкими тканями: фасциальные техники — надавливание, удлинение, стимуляция, ингибция, сегментарная мобилизация, техники Митчелла, Зинка, Джонса, рефлекторные точки Чепмена, краниальное лечение и т. д. Каждый должен сам выбирать технику в зависимости от состояния миофасциальных тканей отдельного пациента.

Ф. Пейралад

МИОФАСЦИАЛЬНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ, ИЛИ МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СТРЕЙЧИНГ

Такая релаксация позволяет врачу получить «обратную связь» от пациента не вербально, а благодаря тканевой реакции той части тела, которую он лечит. Врач определяет напряжение и направление линий расслабления и напряжений в соответствии с ощущаемыми реакциями. Данное лечение может выполняться несколькими ассистентами в зависимости от случая и данных, полученных врачом.

1. Используя эти техники, врач не может объяснить точный механизм, который действует в ходе лечения.
2. Благодаря использованию «обратной связи», полученной от тела пациента, врач может лечить зоны в ограничении очень комфортно для пациента.
3. Эти техники не являются опасными даже тогда, когда врачу сложно согласовать свое действие с сопротивлением отдела тела, который он лечит.

Нужно работать с пациентом в ходе этих очень тонких тканевых изменений, ни к чему его не принуждая. Между врачом и пациентом необходимо сотрудничество и гармония.

Тканевый ритм близок к краниосакральному ритму. Нужно следовать за ним в наиболее свободном направлении; удерживать его при необходимости, а затем позволить ему раскрутиться до тех пор, пока он не успокоится. Проверить амплитуду.

Такое лечение исправляет нарушенное центрирование и неправильную форму тела. Оно помогает отрегулировать и освободить энергию и функцию всех составных частей тела.

При обследовании пациента мы должны быть внимательными ко всем нарушениям центрирования, так как именно они способствуют деформации. Следует лечить в соответствии с состоянием мягких тканей; то есть начинать с пальпации, чтобы хорошо определить состояние тканей и зону ограничения.

В зависимости от состояния пациента и от степени повреждений мы будем использовать техники мышечной энергии и мобилизации, которые подготавливают почву для коррекций прямыми техниками, если это будет необходимо.

Заключиваете вы миофасциальным стрейчингом и контролируете ваше лечение при помощи оценки краниосакрального ритма.

Ф. Пейралад

ТЕХНИКИ ФАСЦИАЛЬНОГО РАССЛАБЛЕНИЯ

Эти техники могут использоваться:

- для устранения мышечного напряжения;
- чтобы получить подвижность органа, фасции или сустава;
- чтобы произвести коррекцию внутримышечного аппарата.

Принцип очень простой, и его можно использовать везде. Следует оценить амплитуду движения в зоне, которая вас интересует. Тестировать в четырех направлениях разные физиологические амплитуды движения.

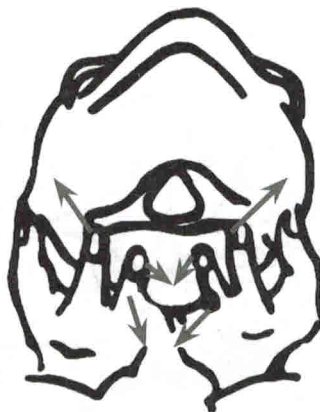
Например:

- флексия — экстензия;
- правая и левая латерофлексия;
- правая и левая ротация.

При каждом тесте следует оценивать направление наиболее свободного движения. Привести его в этом направлении, удерживать его в нем, позволить естественным силам тела выполнять свою работу.

Когда мы лечим мягкие ткани (а не специфические суставы), следует оценивать цефалическое и каудальное движение, затем вернуться к центральной точке четырех направлений и оценить латеральное правое и левое направление. Если движение более свободно в цефалическом направлении,

**ЛЕЧЕНИЕ НАПРЯЖЕНИЯ В ЭКСТЕНЗИИ (РАЗДВИНУТЬ СРЕДНИЙ
И УКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПАЛЬЦЫ, БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ
УРАВНОВЕШИВАЮТ ВИСОЧНЫЕ КОСТИ)**

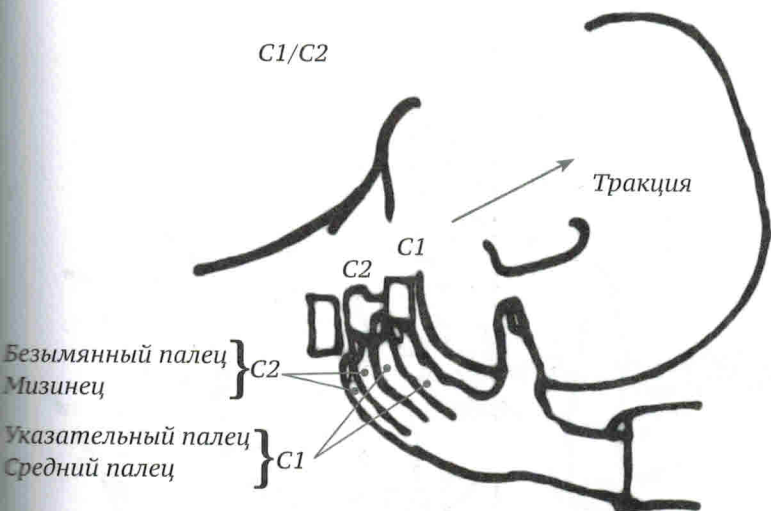


Если повреждение во флексии, то выполняется обратная техника + лечение
стрейна во флексии

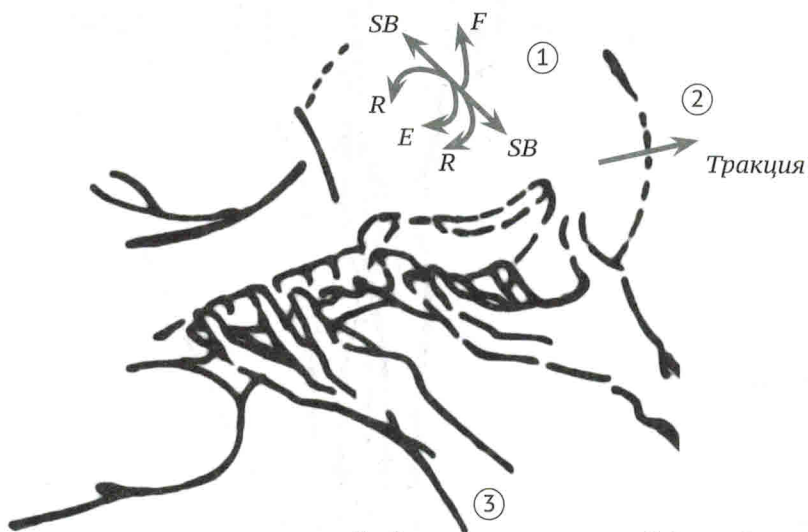
У ПАЦИЕНТА ГОЛОВА ВО ФЛЕКСИИ



ЛЕЧЕНИЕ: ПРИВЕДЕНИЕ C1 И C2 В ПОЛОЖЕНИЕ НАИБОЛЕЕ СВОБОДНОГО ДВИЖЕНИЯ



ЛЕЧЕНИЕ ЗАТЫЛОЧНОЙ СВЯЗКИ



Следовать за раскруткой фасций