

## ФАСЦИАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ И УРАВНОВЕШИВАНИЕ ГОЛЕНИ

### Фасциальное тестирование и уравнивание межкостной мембраны голени в положении пациента лёжа на спине (левой голени)

**Положение пациента:** лёжа на спине. Левая нижняя конечность согнута под тупыми углами в тазобедренном и коленном суставах и голенью опирается на кисти врача.

**Положение врача:** сидя у левого края стола, на уровне голени, лицом к нижним конечностям пациента. Локти врача упираются в стол, формируют дополнительные фулькрумы. Ладони обеих кистей поддерживают левую голень снизу. Подушечки дистальных фаланг 1-х пальцев контактируют с задними поверхностями головки и латеральной лодыжки малоберцовой кости.

#### Выполнение техники:

— создаем пальпаторный аккорд и вводим ткани в напряжение. Выполняем тестирование следующих параметров подвижности тканей на уровне малоберцовой кости и межкостной мембраны из нейтральной точки: левой кистью определяем амплитуду и качество вентрального смещения латеральной лодыжки, правой кистью тестируем амплитуду и качество вентрального смещения головки малоберцовой кости. Обеими кистями определяем амплитуду и качество цефалического/каудального смещений малоберцовой кости. Оцениваем разницу амплитуд и качества подвижности в каждой паре разнонаправленных движений. *Тест сравнительный, выполняется с обеих сторон;*

— набираем не прямые параметры до фасциального барьера и отступаем немного назад для того, чтобы могли проявиться аутокорректирующие силы фасций;

— присутствуем при движениях освобождения фасций до *still point*. Дожидаемся и сопровождаем латеральную экспансию. Часто в конце техники возникает ощущение свободных, гармоничных движений малоберцовой кости вдоль её продольной оси. Позволяем тканям вернуться в нейтральную точку и мягко выходим из глубины тканей;

— ретест (рис. 11).



Рис. 11. Фасциальное тестирование и уравнивание межкостной мембраны голени в положении пациента лёжа на спине.

### Фасциальное тестирование и уравнивание межкостной мембраны голени в положении пациента лёжа на боку (левой голени)

**Положение пациента:** лёжа на правом боку. Для создания нейтрального положения шейного отдела позвоночника подкладываем валик под голову. Обращаем внимание на уравнированность тела пациента во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Обе нижние конечности согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Угол сгибания левой нижней конечности в коленном суставе несколько меньше чем правой, что позволяет создать опору левой пяточной области на поверхность стола.

**Положение врача:** стоя у края стола, перед или позади пациента, на уровне голени, лицом к нижним конечностям пациента. Оба бедра врача упираются в край стола, формируют дополнительные фулькрумы (*вариант положения врача:* сидя на краю стола или стоя с опорой коленом и голенью согнутой нижней конечности на поверхность стола). Щипком 1, 2-х пальцев захватываем латеральную лодыжку и головку левой малоберцовой кости.

#### Выполнение техники:

— создаем пальпаторный аккорд и вводим ткани в напряжение. Выполняем тестирование следующих параметров под-

вижности тканей на уровне малоберцовой кости и межкостной мембраны из нейтральной точки: латерального (к потолку) смещения, вентрального смещения латеральной лодыжки с одновременным дорсальным движением головки малоберцовой кости, дорсального смещения латеральной лодыжки с одновременным вентральным движением головки малоберцовой кости, цефалического/каудального смещений, компрессии и декомпрессии. Оцениваем разницу амплитуд и качества подвижности в каждой паре разнонаправленных движений. *Тест сравнительный, выполняется с обеих сторон;*

— набираем не прямые параметры до фасциального барьера и отступаем полшага назад для того, чтобы могли проявиться аутокорректирующие силы фасций;

— присутствуем при движениях освобождения фасций до *still point*. Дожидаемся и сопровождаем латеральную экспансию. Часто в конце техники возникает ощущение свободных, гармоничных движений малоберцовой кости вдоль её продольной оси. Позволяем тканям вернуться в нейтральную точку и мягко выходим из глубины тканей;

— ретест (рис. 12).



Рис. 12. Фасциальное тестирование и уравнивание межкостной мембраны голени в положении пациента лёжа на боку.

*Из данного положения пациента может быть выполнен рикойл на межкостной мембране голени (рис. 13).*



Рис. 13. Рикойл на межкостной мембране голени в положении пациента лёжа на боку.

## ФАССИАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ И УРАВНОВЕШИВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

### Фасциальное тестирование и уравнивание надколенника (правого надколенника)

**Положение пациента:** лёжа на спине.

**Положение врача:** стоя у правого края стола, на уровне коленного сустава, лицом к пациенту. Оба бедра врача упираются в край стола, формируют дополнительные фулькры. 1, 2-е пальцы обеих кистей «рамкой» охватывают верхнебоковые поверхности надколенника.

**Выполнение техники:**

— создаем пальпаторный аккорд и вводим ткани передней области коленного сустава в напряжение. Выполняем последовательное тестирование качества и амплитуды следующих движений надколенника из нейтральной точки: цефалического/каудального смещения, латерального/медиального смещения, правой/левой латерофлексии, компрессии/декомпрессии. Оцениваем разницу амплитуд и качества подвижности в каждой паре разнонаправленных движений. *Тест сравнительный, выполняется с обеих сторон;*

— набираем непрямые параметры до фасциального барьера и отступаем немного назад для того, чтобы могли проявиться аутокорректирующие силы фасций;

— присутствуем при движениях освобождения фасций до *still point*. Ждем и сопровождаем латеральную экспансию. Часто в конце техники возникает ощущение свободных, гармоничных продольных движений надколенника и связанных с ним сухожилий. Позволяем тканям вернуться в нейтральную точку и мягко выходим из глубины тканей;

— ретест (рис. 14).



Рис. 14. Фасциальное тестирование и уравнивание надколенника.

### Фасциальное тестирование и уравнивание коленного сустава (левого коленного сустава)

**Положение пациента:** лёжа на спине.

**Положение врача:** стоя у левого края стола, на уровне коленного сустава, лицом к пациенту. Одно или оба бедра врача упираются в край стола, формируют дополнительные фулькры. Первые межпальцевые промежутки обеих кистей охватывают передние области дистальной трети бедра и проксимальной трети голени по сторонам от надколенника. Ладонные поверхности кистей плоско контактируют с окружающими тканями.

**Выполнение техники:**

— создаем пальпаторный аккорд и вводим ткани области коленного сустава в напряжение. Выполняем последовательное тестирование качества и амплитуды следующих движений тканей из нейтральной точки: флексии/экстензии, правой/левой ротации, отведения/приведения голени, компрессии/декомпрессии. Оцениваем разницу амплитуд и качества подвижности в каждой паре разнонаправленных движений. *Тест сравнительный, выполняется с обеих сторон;*

— набираем непрямые параметры до фасциального барьера и отступаем полшага назад для того, чтобы могли проявиться аутокорректирующие силы фасций;

- присутствуем при движениях освобождения фасций до *still point*. Дожидаемся и сопровождаем латеральную экспансию. Позволяем тканям вернуться в нейтральную точку и мягко выходим из глубины тканей;
- ретест (рис. 15).



Рис. 15. Фасциальное тестирование и уравнивание коленного сустава.

## ФАСЦИАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ И УРАВНОВЕШИВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

### Фасциальное тестирование тазобедренных суставов

**Положение пациента:** лёжа на спине.

**Положение врача:** стоя у правого края стола, на уровне таза, лицом к пациенту. Правое бедро врача упирается в край стола, формирует дополнительный фулькрум.

**Выполнение теста:**

Тестирование выполняется в несколько этапов:

а) ладонные поверхности дистальных фаланг 2–5-х пальцев обеих кистей устанавливаются кзади от больших вертелов бедренных костей. Создаем пальпаторный аккорд, вводим ткани в напряжение. Из нейтральных точек смещаем большие вертела в вентральном направлении, оценивая при этом качество и амплитуду внутренней ротации в тазобедренном суставе (рис. 16);

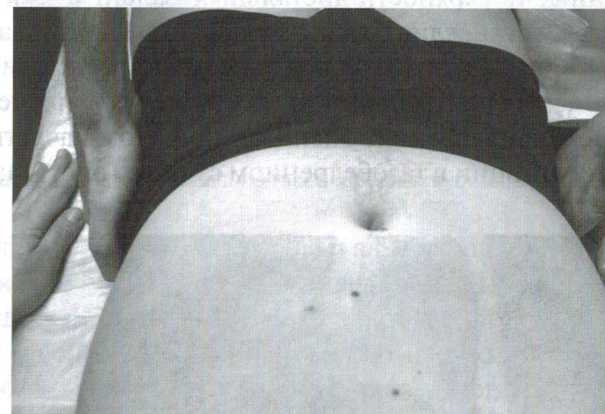


Рис. 16. Фасциальное тестирование тазобедренных суставов (положение рук «а»).

б) основания ладоней обеих кистей устанавливаем на передние поверхности больших вертелов бедренных костей. Выполняем пальпаторный аккорд и вводим ткани в напряжение. Создавая давление через корпус, из нейтральных точек смещаем большие вертела в дорзальном направлении. Оцениваем каче-

ство и амплитуду наружной ротации в тазобедренном суставе (рис. 17);

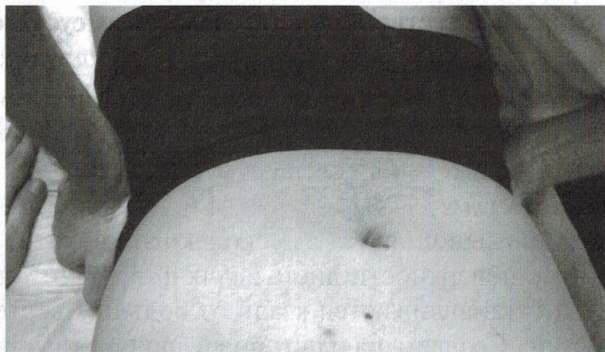


Рис. 17. Фасциальное тестирование тазобедренных суставов (положение рук «б»).

в) ладонные поверхности дистальных фаланг 2–5-х пальцев обеих кистей устанавливаются над большими вертелами бедренных костей. Создаем пальпаторный аккорд, вводим ткани в напряжение. Из нейтральных точек смещаем большие вертела в каудальном направлении, оценивая при этом качество и амплитуду декоаптации в тазобедренном суставе (рис. 18);



Рис. 18. Фасциальное тестирование тазобедренных суставов (положение рук «в»).

г) основания ладоней обеих кистей устанавливаем на наружные поверхности больших вертелов бедренных костей. Выполняем пальпаторный аккорд и вводим ткани в напряжение. Следуя из нейтральных точек, создаем давление через корпус по направлению осей шеек бедренных костей, вектор воздействия направлен медиально, цефалически и несколько вентрально. Оцениваем качество и амплитуду движения тканей в направлении компрессии (рис. 19).

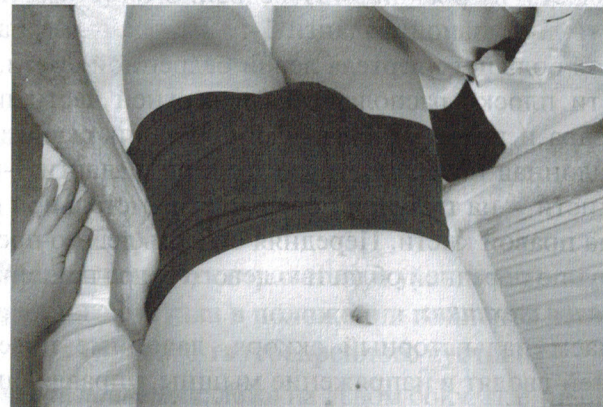


Рис. 19. Фасциальное тестирование тазобедренных суставов (положение рук «г»).

Оцениваем разницу амплитуд и качества подвижности в каждой паре разнонаправленных движений. При преобладании амплитуды наружной и ограничении амплитуды внутренней ротации диагностируем дисфункцию наружной ротации тазобедренного сустава. В случае, если определено доминирование амплитуды внутренней ротации над наружной, определяем дисфункцию внутренней ротации. В ситуации, при которой ткани сустава активно движутся в сторону компрессии выявляем дисфункцию компрессии, в сторону декоаптации — дисфункцию декомпрессии тазобедренного сустава.