

Содержание

Предисловие.....	5
Введение	5
Глава 1	
Причины и механизмы тканевых повреждений	7
1.1. Воспаление	13
1.2. Фиброз (разрастание волокнистой соединительной ткани)	15
1.3. Склероз (фиброзное уплотнение)	15
Глава 2	
Анатомия и эмбриология соединительной ткани	
и основных фасциальных структур	17
2.1. Кожа	19
2.1.1. Дерма	20
2.1.2. Гиподерма.....	21
2.2. Функции кожи	21
2.3. Миофасциальная система.....	22
2.4. Поверхностные фасции	25
2.5. Система фасций поверхностного апоневроза	25
2.6. Фасции на уровне головы и шеи.....	26
2.6.1. Передняя часть апоневроза	26
2.6.2. Задняя часть апоневроза.....	28
2.7. Фасции на уровне туловища	30
2.7.1. Вентролатеральная часть фасций туловища	30
2.8. Фасции на уровне живота	31
2.8.1. Дорсальная часть фасций туловища	32
2.9. Фасции на уровне верхних конечностей	33
2.9.1. Поясничный апоневроз	34
2.10. Фасции на уровне нижних конечностей	36
Глава 3	
Краткий обзор лимфатической системы	39

Глава 4	
Механизмы формирования типичных эстетических дисфункций тела ..	45
4.1. Гравитация и модель тела.....	45
4.2. Проприорецепторы	48
4.3. Организация мышечной активности на уровне спинного мозга.....	50
4.4. Механизмы развития типичных дисфункций различных регионов.....	52
Глава 5	
Техники диагностики и лечения.....	64
5.1. Техники диагностики	64
5.1.1. Пальпация.....	65
5.1.2. Перкуссия	66
5.1.3. Специальные техники диагностики тканевых повреждений	66
5.1.4. Единичные и глобальные тканевые повреждения	69
5.2. Техники коррекции	71
5.2.1. Техника развертывания тканей.....	71
5.2.2. Техника сепарации (растяжения) тканей.....	73
5.2.3. Энергетическая аппликационная техника (V-spread)	73
Глава 6	
Эстетическое мануальное моделирование лица и шеи.....	75
6.1. Активные лимфодренажные техники	76
6.2. Коррекция миофасциальных структур вентральной шеи и дна полости рта	79
6.3. Коррекция глобальных лицевых паттернов	86
6.4. Эстетическое мануальное моделирование мимической мускулатуры ..	89
Глава 7	
Эстетическое мануальное моделирование регионов тела (эстетическая интеграция тела).....	104
7.1. Активный лимфодренаж тела.....	106
7.2. Коррекция стоп и голеней	109
7.3. Коррекция таза, ягодиц и бедер	115
7.4. Коррекция рук	121
7.5. Коррекция молочной железы	128

Глава 6

Эстетическое мануальное моделирование лица и шеи

В этой главе просто, доступно и лаконично описаны способы эстетической мануальной коррекции шеи и лица. Освоить эти методы лучше всего на специально проводимых авторских семинарах, информация о которых есть в конце книги.

Своим появлением эстетические проблемы лица и шеи обязаны трем основным факторам – миофасциальным дисфункциям (нарушение тонуса как в сторону повышения, так и снижения); нарушению лимфооттока; изменению позиции костей лицевого черепа. Появление глубоких морщин из-за деформации соединительнотканых волокон кожи является следствием этих факторов.

Регулярно встречаются следующие типичные зоны гипертонуса миофасциальных тканей в челюстно-лицевой области:

1. Передний височный, жевательный и передний шейный апоневрозы;
2. Мышцы глотки и мягкого неба;
3. Крыловидные мышцы;
4. Жевательные мышцы;
5. Круговые мышцы глаз;
6. Круговая мышца рта, а также мышцы, поднимающие и опускающие губы рта и губы;
7. Мышцы дна полости рта;
8. Система мышц подъязычной кости.

Нарушение лимфооттока может происходить вследствие миофасциальной дисфункции, но может формироваться и самостоятельно, как следствие нарушения сократительных элементов лимфангионов и лимфузлов.

В качестве примера такой сочетанной эстетической дисфункции можно привести типичные лимфостазы в области скул и углов нижней челюсти (щеки из-за спинки видны), которые формируются при гипертонусе переднего височного и жевательного апоневрозов. Формирование «второго» подбородка происходит вследствие лимфостаза поднижнечелюстной области, причина которого гипертонус мышц дна рта – челюстно-подъязычной, подбородочно-подъязычной, подбородочно-язычной, переднего брюшка двубрюшной мышцы, а также подъязычно-язычной мышцы. Кро-

ме этого, в развитии эстетических дисфункций поднижнечелюстной и передней шейной зоны я придаю ключевое значение миофасциальным структурам, входящим в систему подъязычной кости. Формирование морщин в районе круговых мышц глаз и рта являются следствием хронической миофасциальной дисфункции в этих регионах.

Алгоритмы эстетической мануальной коррекции шеи и лица, разработанные автором книги за последние несколько лет, представлены несколькими блоками лечебных техник. Эта схема показала свою высокую эффективность на практике. Именно в таком порядке рекомендуется проводить эстетическое мануальное моделирование лица и шеи. Лечебные блоки весьма самодостаточны и могут использоваться изолированно либо в комплексе с другими косметическими и массажными процедурами. Перечень или порядок мануального эстетического моделирования лица и шеи следующий:

1. Активные лимфодренажные техники шеи и головы;
2. Коррекция миофасциальных структур вентральной шеи и дна полости рта (интраоральные техники – принципиальная новизна в косметологии и эстетическом моделировании лица!);
3. Коррекция глобальных лицевых паттернов;
4. Эстетическое мануальное моделирование мимической мускулатуры.

Механизмы эстетических эффектов при использовании предлагаемых лечебных техник представляются мне таким образом:

1. Освобождение блокированных в лице и теле эмоциональных блоков;
2. Гармонизация глубинных зон мозга, межполушарная синхронизация;
3. Стимуляция кровообращения и микроциркуляции;
4. Улучшение венозного или лимфооттока;
5. Достижение функционального баланса миофасциальных структур.

6.1. Активные лимфодренажные техники

Наше тело на 70% состоит из жидкости. Большинство эстетических дисфункций обусловлено неадекватным перераспределением жидкостей в органах и тканях. Мы об этом факте почему-то забываем. Первая фаза тканевого повреждения как раз и есть отек ткани и задержка жидкости. Подробно суть этих процессов описана в главе, посвященной тканевому повреждению.

Учитывая анатомо-физиологические особенности лимфоциркуляции региона головы и шеи, я предлагаю начинать коррекцию этих регионов с активных лимфодренажных техник, которые включают в себя ликвидацию тканевых повреждений, локализованных в соединительнотканых зонах под- и надключичной области, (передний шейный и верхняя часть грудного апоневроза) и *m. Platista*, а также непосредственно в гладкомышечных сократительных элементах лимфангиона и лимфоузлах указанной зоны.

NB! Предлагаемый подход уникален тем, что предполагает лечебное воздействие на рестрикции, локализованные в отеках лимфатических сосудов (лимфангион в целом) и сократительных гладкомышечных элементах лимфатических узлов.

Путем пальпации и перкуссии определяем приоритетные места тканевых повреждений в указанных регионах. Чаще всего имеется тенденция к одностороннему расположению зон поражения. При более запущенном процессе – лимфостаз и ригидность ткани двусторонние.

Техники коррекции – развертывание либо сепарация ткани. Порядок прохождения зон указан цифрами и стрелками на рис. 44.

Начинать продвижение я рекомендую с рукояти грудины (1), далее под ключицей (2) до ключично-акромиального сустава (3), переход над ключицую (4, 5), к яремной вырезке (6), далее по средней линии поднимаемся до тела подъязычной кости (7), переходим на передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы (8) и по нему спускаемся в район первого ребра (9) (надключичная ямка). Обычно начинают процедуру с менее болезненной стороны и делают ее с двух сторон. Можно дополнить алгоритм локальной коррекцией зон лимфостаза и ригидности в регионе переднего шейного апоневроза и т. *Platisma*.

Владеющие краиносакральными техниками обычно дополняют этот алгоритм коррекцией диафрагм торакально-головных выдающих *hyoideum/C3*.

Предлагаемые коррекционные шаги нормализуют тонус и кровообращение в т. *Platisma*, что является очень важным терапевтическим ре-

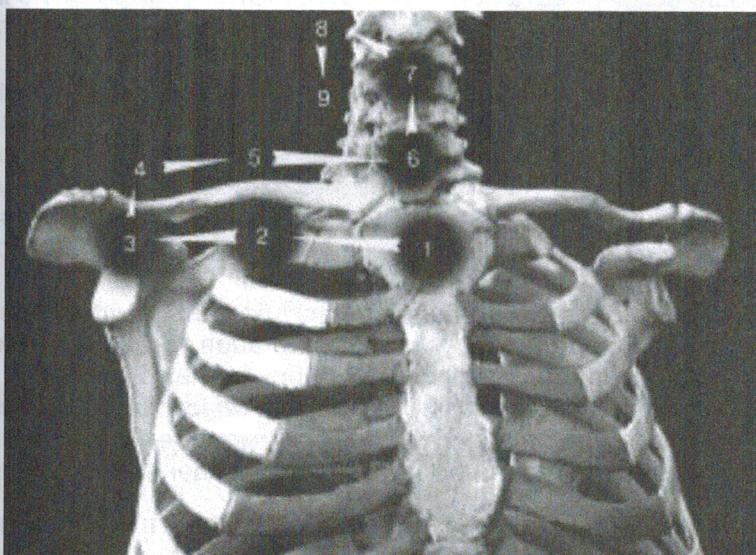


Рис. 44 — Схема лимфодренажной коррекции соединительной ткани в зонах над- и подключичной области, переднего шейного апоневроза, подкожной мышцы шеи и системы подъязычной кости

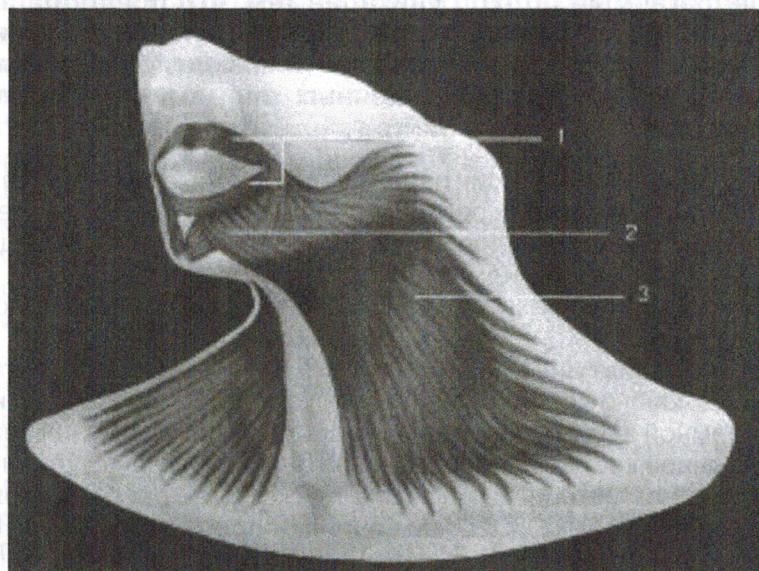


Рис. 45 — Схема вставления *m. Platisma* в мимическую мускулатуру нижнего отдела лица.

1 – круговая мышца рта; 2 – треугольная мышца нижней губы; 3 – *m. Platisma*.

результатом эстетического моделирования шеи и нижнего региона лица. На рис. 45 хорошо видны места вставления *m. Platisma* в круговую мышцу рта, треугольную мышцу нижней губы и мышцу, оттягивающую угол рта (мышцу «смеха»).

Следующий этап активных лимфодренажных техник – лимфодренаж основания черепа, околоушной и поднижнечелюстной областей. Важность этой процедуры сложно недооценить. Мы можем положительным образом воздействовать на отечные и пастозные ткани лица, убирая лишние объемы (как раз тот случай, когда «щеки сзади видны» или +2-й и 3-й подбородки) и менять цвет кожных покровов с бледно-синюшного или зеленоватого на приятный розово-телесный.

Лечебная техника осуществляется через два пальца, установленные на смежных зонах. Очередность установки пальцев показана на рис. 47.

Некоторые специалисты предпочитают обрабатывать правую и левую стороны поочередно. Но лучше всего это делать одновременно с двух сторон, так как однородность движения тканей в симметричных зонах является важным показателем терапевтически успешно проведенной процедуры.

Механизм амортизации ходьбы осуществляется следующим образом:

1. Стопа в легкой супинации, колено в экстенсии, удар пятки о поверхность.

2. Амортизация удара путем флексии коленного сустава первые 15% за счет подколенной мышцы, сопровождающейся внутренней ротацией большеберцовой кости и разворотом стопы в пронацию.

3. Удар пятки – включение задней большеберцовой мышцы — плавное торможение пронации стопы.

NB! Если в момент удара пяткой стопа избыточно пронирована, то амортизационного сгибания колена не происходит! Таким образом, при осмотре всегда обращаем внимание на гиперпронацию стопы. Это неблагоприятный признак для биомеханики всегорегиона.

Диагностику и коррекцию дисфункций стопы я рекомендую проводить отдельно для каждого ее региона (в руководстве представлен вариант коррекции медиального региона стопы). Принято выделять следующие регионы стопы:

- Задний (таранная и пятчная кости)
- Средний (кости предплюсны)
- Передний (плюсневые кости и фаланги)
- Латеральный (кубовидная кость + 4-5 плюсневые и фаланги)
- Медиальный (ладья + клиновидные кости + 1-3 плюсневые и фаланги)

Предложенный алгоритм коррекции нарушений стопы и голени позволяет нормализовать пространственное взаимоотношение костей и суставов стопы и лодыжки, а также нормализовать работу мышц голени. Регулярно воспроизводимые эффекты такой коррекции выражаются в:

- быстрой ликвидации болей и жжения;
- значительном уменьшении отека тканей;
- изменении внешней формы стопы и голени, уменьшении плоскостопия;
- появлении ощущения легкости в ногах.

Саму процедуру лучше всего начинать со стимуляции проприорецепторов суставов стопы, так как это улучшит баланс миофасциальных antagonистических пар, расположенных на голени и значительно облегчит их последующую коррекцию. Используемые техники – развертывание (трехмерная настройка ткани, представляющая собой целенаправленную стимуляцию механизмов аутокоррекции тканей), а также настройки соматического ритма. Мною была разработана и апробирована на большом количестве пациентов различного пола и возраста наименее трудоемкая и наиболее эффективная последовательность коррекционных шагов:

Шаг №1 – коррекция голеностопного сустава (рис. 91). Пациент располагается на животе (здесь и далее), одной рукой терапевт охватывает лодыжки, а пальцами другой руки – таранную кость пациента.



Рис. 91 — Коррекция голеностопного сустава

Шаг №2 – коррекция пяточно-таранного сочленения (рис. 92). Расположение пальцев рук терапевта – пятчная и таранная кости.

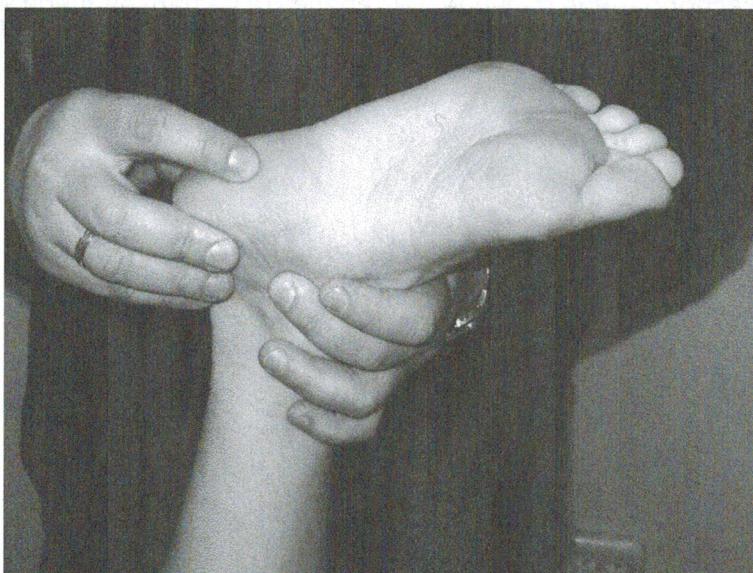


Рис. 92 — Коррекция пяточно-таранного сочленения

Шаг №3 – коррекция таранно-ладьевидного сочленения (рис. 93). Расположение пальцев рук терапевта на таранной и ладьевидной костях.

NB! Еще раз хочу напомнить о необходимости знаний анатомии.



Рис.93 – Коррекция таранно-ладьевидного сочленения

Шаг №4 – коррекция ладьевидно-клиновидного сочленения (рис. 94). Расположение пальцев рук терапевта на ладьевидной и медиальной клиновидной костях.



Рис. 94 — Коррекция ладьевидно-клиновидного сочленения

Шаг №5 – коррекция клиновидно-плюсневого сочленения. Расположение пальцев рук терапевта на медиальной клиновидной кости и основании 1-й плюсневой кости (рис. 95).



Рис. 95 — Коррекция клиновидно-плюсневого сочленения

Шаг №6 – коррекция плюснефалангового сочленения. Расположение пальцев рук терапевта на головке плюсневой кости и проксимальной фаланге большого пальца ноги (рис. 96). Эта же техника может успешно использоваться при коррекции *Halus Valgus*.



Рис. 96 — Коррекция плюснефалангового сочленения