

И.Г. Соловей

ОСТЕОПАТИЯ

**Миофасциальные,
краниосакральные,
мышечно-энергетические
техники**



Игорь Соловей

Остеопатия

**Миофасциальные, краниосакральные,
мышечно-энергетические и другие техники**

Минск
ХАРВЕСТ

УДК 615.85

ББК 53.59

С 60

Автор и издатели не несут ответственности за вред, причиненный самостоятельным применением описанных техник. Книга является справочным пособием, а не руководством для самостоятельного использования лицами, не имеющими медицинской подготовки.

Соловей, И.Г.

С 60 **Остеопатия. Миофасциальные, краниосакральные, мышечно-энергетические и другие техники. / И.Г. Соловей. — Минск : «Харвест», 2010. - 464 с.: ил.**

ISBN 978-985-16-8398-3

Эта книга уникальна тем, что впервые на русском языке выпущено полное описание техник остеопатии. Остеопатией называется мягкий безопасный метод мануальной терапии. Несмотря на его мягкость, метод является более эффективным, чем жесткие техники мануальной терапии. В книге подробно и тщательно описаны все основные техники остеопатии. Для лучшего и полного понимания каждая техника иллюстрирована фотографиями.

Книга предназначена врачам — мануальным терапевтам, остеопатам, косметологам, хирургам и травматологам, военным и спортивным врачам, массажистам, психологам, занимающимся телесно ориентированной терапией.

УДК 615.85
ББК 53.59

ВВЕДЕНИЕ

Исторический обзор

Остеопатическая терапия рассматривает и лечит человека, как одновременно живущего в четырех измерениях:

- Физическое или телесное измерение.
- Психическое или душевное измерение.
- Социальное измерение, или окружающий мир, контекст.
- Духовное измерение.

Именно поэтому остеопатическая терапия и называется терапией, а не психотерапией. Это связано с тем, что терапия может быть ориентирована не только на психологическое измерение, а еще и на физическое или телесное. Это связано с тем, что часто основные жалобы пациентов при первом обращении на физические недомогания и боли.

Такие попытки уже были в истории. Основателем того, что можно было бы назвать ориентированной на тело психотерапией, является Вильгельм Райх. В своей терапевтической работе он постоянно подчеркивал важность обращения внимания на физические аспекты характера индивидуума, в особенности на хронические мускульные зажимы, которые он называл телесным панцирем. Он также говорил о роли социума в создании запретов, касающихся инстинктивной, в особенности сексуальной жизни индивидуума. Он подчеркивал важность освобождения, расслабления мышечного панциря в дополнение к аналитической работе с психологическим материалом.

Более поздняя работа Райха о' жизненной, или оргонной, энергии в значительной степени основана на фрейдовской концепции либидо. Поздние теоретики психоанализа преуменьшали значение этого понятия; для Фрейда же, в особенности в его

ранний период, либидо — это реальная, потенциально измеримая психическая энергия. Фрейд писал в 1904 году: «Либидо обладает всеми характеристиками количества (хотя мы и не имеем средств для его измерения), способностью возрастания, уменьшения, перемещения, разрядки; она распространяется по каналам идей памяти как электрический заряд распространяется по поверхности тела».

Райх расширил фрейдовскую теорию либидо, включив в нее все основные биологические и психологические процессы. Райх рассматривал удовольствие как свободное движение энергии из сердцевины организма к периферии и во внешний мир; тревожность представляет собой отвлечение энергии от контакта с внешним миром, возвращение ее внутрь. Райх в конце концов пришел к представлению о терапии как о восстановлении свободного протекания энергии через тело посредством систематического освобождения блоков мускульного панциря.

«Форма поведения, его «как» формы общения гораздо более существенны, чем то, что пациент говорит. Слова могут лгать. Способ выражения никогда не лжет».

(В. Райх, «Функция оргазма»)

По Райху характер состоит из привычных положений и отношений пациента, постоянного комплекса его реакций на различные ситуации. Он включает сознательное отношение и ценности, стиль поведения (застенчивость, агрессивность и т. п.), физические позы, привычки держаться и двигаться и пр.

«Конфликт, который действовал в определенный период жизни, всегда оставляет свои следы в характере, в форме ригидности».

(В. Райх, «Функция оргазма»)

Райх полагал, что характер создает защиты против беспокойства, которое вызывается в ребенке интенсивными сексуальными чувствами в сопровождении страха наказания. Первая защита против этого страха — подавление, которое временно обуздывает сексуальные импульсы. По мере того как эго-защиты становятся постоянными и автоматически действующими, они развивают-

ся в характерные черты или характерный панцирь. Райховское представление о характерном панцире включает все подавляющие защитные силы, организованные в более или менее связный комплекс в эго. Райх пишет: «Установление характерной черты... указывает на разрешение проблемы репрессии: что либо делает процесс подавления ненужным, либо превращает однажды установленное подавление в относительно ригидную, принятую в эго формацию».

Характерные черты не являются невротическими симптомами. Различие, по Райху, состоит в том, что невротические симптомы (такие, как иррациональные страхи или фобии) переживаются как чуждые индивидууму, как чужие элементы в его душе, в то время как невротические характерные черты (вроде преувеличенной любви к порядку или тревожной стеснительности) переживаются как составные части личности. Можно жаловаться на застенчивость, но эта застенчивость не кажется бессмысленной или патологической, как невротические симптомы. Характерные защиты частично эффективны и так трудно поддаются удалению потому, что они хорошо рационализированы индивидуумом и переживаются как часть эго представления о себе.

Райх постоянно старался дать возможность пациентам сознавать их характерные черты. Он часто имитировал их характерные жесты или позы или просил самих пациентов повторять или преувеличивать привычный штамп поведения, например нервную улыбку. Когда пациенты перестают принимать свой характерный способ поведения как само собой разумеющийся, их мотивация к изменению возрастает.

«Ригидность мускулатуры — соматическая сторона процесса подавления и основа эго продолжающегося существования».

(В. Райх, «Функция оргазма»)

Райх полагал, что каждое характерное отношение имеет соответствующую ему физическую позу и что характер индивидуума выражается в его теле в виде мышечной ригидности или ^МУскульного панциря. Он проводил прямую работу с расслабления мускульного панциря в соединении с психоаналитической работой. Он обнаружил, что расслабление мышечного панциря

освобождает значительную энергию и помогает процессу психоанализа. Психоаналитическая работа Райха все более перемещалась в освобождение эмоций (удовольствие, гнев, волнение) посредством работы с телом. Он находил, что это ведет к гораздо более интенсивному переживанию инфантильного материала, раскрываемого в анализе.

«Панцирь может быть поверхностным или лежащим глубоко, мягким, как губка, или твердым, как железо. В любом случае его функция — защита от неудовольствия. Однако организм платит за эту защиту потерей значительной части своей способности к удовольствию».

(В. Райх, «Функция оргазма»)

В своей работе над мышечным панцирем Райх обнаружил, что мышечные зажимы блокируют три основных биологических возбуждения: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. Он пришел к выводу, что физический (мышечный) и психологический панцирь — одно и то же.

«Панцирь характера оказывается функционально тождественным с перенапряжением мышц, мышечным панцирем. Эта функциональная тождественность означает не что иное, как тот факт, что мышечные паттерны и характерные черты служат одной и той же функции в психическом аппарате; они могут влиять друг на друга и менять друг друга. По существу они не могут быть разделены, по функции они тождественны».

(В. Райх, «Функция оргазма»)

Интерес к физическому функционированию пациентов привел Райха к лабораторным экспериментам по физиологии и биологии и в конце концов — к физическим исследованиям. Он пришел к убеждению, что биоэнергия в индивидуальных организмах — лишь один из аспектов универсальной энергии, присутствующей во всех вещах. В термине «оргон», «оргоническая энергия» он соединил корни «организма» и «оргазма». «Космическая оргоническая энергия функционирует в живых организмах как специфическая биологическая энергия. В этом своем качестве она управляет всем организмом и выражается

в эмоциях, также как и в чисто биофизических движениях органов».

Райх утверждал, что мышечный панцирь организуется в семь основных защитных сегментов, состоящих из мышц и органов соответствующих функций выражения. Эти сегменты образуют ряд из семи приблизительно горизонтальных колец под прямым углом к туловищу и позвоночнику. Основные сегменты панциря располагаются в областях глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза.

Райхианская терапия состоит прежде всего в распускании панциря в каждом сегменте, начиная с глаз и кончая тазом. Каждый сегмент более или менее независим, с ним можно действовать отдельно.

«То, что живо — само по себе разумно. Оно становится карикатурой, если ему не дают жить».

(В. Райх, «Функция оргазма»)

Райх рассматривал ум и тело как нерасторжимое единство.

«Только чувствование естественных процессов внутри нас и вокруг нас содержит ключи к загадкам природы... Чувствование — это то сито, через которое воспринимаются внутренние и внешние стимулы: чувствование — связующее звено между эго и внешним миром».

(В. Райх, «Анализ характера»)

Райх полагал, что хронические напряжения блокируют энергетические потоки, лежащие в основе сильных эмоций. Защитный панцирь не дает индивидууму переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувства. Эмоции, которые блокируются таким образом, никогда не устраняются, потому что они не могут быть полностью выражены. По Райху, индивидуум может освободиться от заблокированной эмоции, только полностью пережив ее.

«Интеллектуальная деятельность часто имеет такую структуру и осуществляется в таком направлении, что кажется чрезвычайно умным аппаратом избегания фактов, деятельностью отвлечения от реальности. Интеллект, таким образом, может работать в обоих

основных направлениях психического аппарата: к миру и от него; он может работать в том же направлении, как живой аффект, и может противостоять ему».

(В. Райх, «Анализ характера»)

Райх не соглашался с любым разделением интеллекта, души и тела. Он указывал, что интеллект в действительности — биологическая функция и что он может накопить аффективный заряд, столь же сильный, как любая из эмоций. Райх также полагал, что интеллект часто работает как механизм защиты.

«Словесный язык часто функционирует, как защита; слова скрывают язык выражений биологической природы. Во многих случаях это доходит до того, что слова уже ничего не выражают и говорение превращается просто в деятельность соответствующих мускулов».

(В. Райх, «Анализ характера»)

Райх явился пионером в области психологии тела и ориентированной на тело психотерапии. Лишь небольшая часть психологов серьезно занимались психологией тела; однако понимание важности физических привычек и мышечных зажимов как ключей к диагностике и терапии возрастает. На многих терапевтов повлияла работа Фрица Перлза, которого Райх анализировал и на которого оказал большое влияние своими теориями.

Биоэнергетику можно также назвать неорайхианской терапией. Она была создана одним из учеников Райха — Александром Лоуеном, и центрирована на роли тела в анализе характера и в терапии. Лоуен употребляет более приемлемые термины, нежели Райх — «биоэнергия» вместо «оргона». Его работа встречает у многих меньшее сопротивление.

Биоэнергетика включает райховскую технику дыхания, многие из райховских техник эмоционального раскрепощения (пациентам предлагается кричать, плакать, бить кушетку и пр.). Лоуен использует также напряженные позы для энергетизации частей тела, которые были заблокированы. В этих позах увеличивается напряжение в постоянно зажатых частях тела, пока не становится таким большим, что человек вынужден в конце кон-

цов расслабить мышцы, то есть защитный панцирь. Эти позы включают наклоны до прикосновения к полу, сгибание назад с кулаками на поясице, наклоны назад через мягкий стул.

Биоэнергетика подчеркивает необходимость «заземления» или укоренения физических, эмоциональных и интеллектуальных процессов человека. Биоэнергетическая работа часто концентрируется на ногах и тазе, чтобы установить лучшую, более укорененную связь с землей. «Мы начинаем с ног и ступней, потому что они — основание и опора эго-структуры. У них есть и другая функция. Посредством ног и ступней мы сохраняем контакт с единственной неизменной реальностью в наших жизнях — с землей или почвой».

Биоэнергетика Лоуена — прекрасная система, сохраняющая многие достоинства ортодоксального райховского анализа — раскрытие заблокированных чувств, насыщение энергией частей тела, которые игнорировались, и др.

Я начал заниматься работой с телом в виде мануальной терапии и вскоре заметил, что после получения мануального воздействия пациенты нуждаются в психотерапии. У них возникает много чувств. Если психотерапия не проводится после мануального лечения, то вскоре симптомы болезни возвращаются либо трансформируются в другие симптомы, часто более сложные и опасные. Любой вдумчивый мануальный терапевт это подтвердит. Лучшее, что делают мануальные терапевты — направляют своего пациента к психотерапевту.

Я уже был психотерапевтом, поэтому начал совмещать оба вида терапии. Эффективность работы значительно возросла. Тогда у меня еще не было возможности ознакомиться с работами Райха, Лоуена и др. Когда возникла такая возможность, то оказалось, что я в лучшем положении, чем классики телесной терапии, т.к. воздействие на тело в виде различных техник мануальной терапии с тех пор далеко ушло вперед. Я провожу телесную терапию индивидуально и в группах. Результаты неизменно положительные, поэтому передо мной возник вопрос: как можно подготовить специалистов по работе с телом? Как передать свои знания?

Очевидно, что подготовка специалиста, работающего с телом, состоит из двух частей: обучение психотерапии и обучение

работе с телом. В зависимости от того, какой психотерапевтической парадигмы придерживается терапевт, будет называться вся терапия. Например: психоаналитическая, гештальттерапия, экзистенциальная и др. Если терапевт не придерживается никакой психотерапевтической парадигмы, то он называется мануальным терапевтом, остеопатом, инструктором лечебной физкультуры или массажистом.

Мне, практическому врачу, всегда была интересна работа с телом. Я учился классическому массажу, мануальной терапии, остеопатии, японской системе сей-тай, китайским системам тайцзицюань, цигун, иглотерапии и др. В результате я пришел к выводу, что наиболее структурирована, эффективна и безопасна остеопатия. Эта система не может вызвать никаких осложнений, при некоторых способностях ее легко изучить даже непрофессионалам.

Остеопатия (мягкий, безопасный вид мануальной терапии) применяется для лечения как соматических, так и психосоматических дисфункций. Это очень важно, т.к. к терапевту могут обращаться пациенты не только с психологическими проблемами, но также с соматическими и психосоматическими. Такие пациенты редко попадают к нам на прием. Остеопатические (мануальные) техники и психотерапия теперь используются терапевтом в комплексе.

Цель программы обучения остеопатии — глубокая, последовательная, систематическая специализация в освоении анатомии, физиологии, нейрорефлекторных механизмов, поведенческих реакций опорно-двигательной системы, а также — принципов и техник мягкой мануальной терапии в работе с телом. Все остеопатические техники условно можно разделить на четыре части.

1. **Миофасциальные техники.** Патология мышц и фасций имеет огромное значение в общей патологии, с которой ежедневно встречаются психотерапевты, терапевты. Почти 700 мышц человека составляют 40% его массы, являются самым крупным органом тела. Изучение миофасциальных техник начинается с обзора миофасциальной системы, классификации, функции, свойства фасций, мышц, соединительной ткани. Исследуются реакции фасции на перегрузку, травму. Изучаются техники мио-

фасциальной диагностики и расслабления, составляющие миофасциального болевого синдрома, локальные и общие реакции на миофасциальное расслабление. Курсанты осваивают 20 основных миофасциальных техник. Миофасциальные техники высоко эффективны при лечении острой и застарелой травмы, это самая новая и популярная мануальная техника в мире на сегодняшний день.

2. **Мышечно-энергетические техники.** Для того чтобы понять принципы мышечно-энергетических техник, изучается нейрофизиология мышечных сокращений, биомеханика позвонков, костей таза, суставов конечностей, элементов грудной клетки. Осваиваются способы нахождения проекции психологических проблем на позвоночник, грудную клетку, на конечности. Изучается 90 основных мышечно-энергетических техник.
3. **Краниосакральные техники.** Для изучения этой техники важен поиск швов черепа, выслушивание краниосакрального ритма, его обоснование. Осваиваются способы индивидуализации характеристик краниосакрального ритма, биомеханики костей основания и свода черепа, биомеханики костей лицевого скелета черепа. Важно также научиться декомпрессии швов. Всего изучается 40 основных краниосакральных техник.
4. **Висцеральные техники.** Техники мягкого воздействия на «крепежные структуры» внутренних органов, а также на их строму и паренхиму. В настоящее время всего разработано 20 основных висцеральных техник.

Остеопатия в ряду других целительных практик

Остеопатия стоит в одном ряду с такими методиками лечения, как костоправство, хиропрактика и мануальная терапия. Каждый из этих методов может принести облегчение от боли в спине и суставах за один раз или потребовать длительного курса — 7—15 сеансов.

Костоправство — самый старый и примитивный метод лечения позвоночника и суставов. Костоправы служили еще при египетских фараонах и лечили римских полководцев. Этот довольно жесткий и болезненный способ вправления проблемных суставов и позвонков послужил основой для всех последующих методик.

Хиροпрактика зародилась на приисках Клондайка. Почти всех золотоискателей мучила боль в спине, а из лекарств у местного доктора ничего, кроме кулака, не было. Вот он и поколачивал пациентов, вбивая позвонки на место. Хиροпрактики воздействуют не только на сам позвонок, но и на его остистые отростки, используя их как короткий рычаг.

Мануальная терапия — довольно молодой метод лечения опорно-двигательного аппарата. Эта техника помогает при остеохондрозе, радикулите, сколиозе, артрозе. Результат лечения зависит в основном от профессионализма врача.

Остеопатия — ответвление мануальной терапии, включающее некоторые массажные техники. Это более мягкий и щадящий метод воздействия на организм и, в частности, на позвоночник.

Концепция остеопатии

Остеопатическая медицина рассматривает человека в контексте трехмерного единства мышечно-скелетной, нервной и психической систем, которое постоянно приспосабливается к изменяющимся условиям внешней среды. Любое нарушение в одном из этих трех измерений человеческого тела будет приводить к изменениям в других измерениях, вызывая появление остеопатического поражения.

Остеопатическое поражение — термин, обозначающий наличие у больного суммы различных дисфункций — мышечно-скелетных, нейровегетативных, органных, сосудистых, психических.

Болезнь рассматривается в остеопатии не как поражение одного органа или системы, а как поражение всего организма. Симптом болезни — одно из выражений потери микроподвижности на уровне какой-либо структуры.

Три ключевых принципа остеопатии: единство тела анатомическое, физиологическое, механическое; структура управляет

функцией, а функция управляет структурой; жизнь — это движение. Обязательным условием нормального функционирования клеток, тканей, органов и всего организма в целом является свободное движение крови, лимфы, цереброспинальной и межтканевой жидкости в человеческом теле.

Реализация этих принципов обеспечивает способность организма к самоизлечению.

Диагностика и лечение

Во время первого визита терапевт внимательно осмотрит пациента, проведет остеопатическую диагностику и выявит функциональные нарушения мышечной ткани и костно-связочной системы. В остеопатии используются традиционные и специфические остеопатические методы пальпаторной диагностики.

Некоторые проблемы могут решиться уже в процессе обследования: напряженные мышцы расслабятся, улучшится кровоток, а органы получат больше питания. И боль исчезнет. Чувствительные руки терапевта не только исправят погрешности в организме, но и дадут ощущение покоя и внутреннего равновесия.

При необходимости терапевт мягко, без боли скорректирует проблемы в суставах и позвоночнике. Нелишне взять с собой на первый прием и результаты обследований (рентгенологические или МРТ), что поможет правильно поставить диагноз. Если картина состояния пациента останется не совсем ясной, терапевт назначит дополнительное обследование.

В организме все взаимосвязано: болезням суставов и позвоночника почти всегда сопутствуют заболевания сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем, желудочно-кишечного тракта и другие. Для достижения лучшего результата высокопрофессиональные остеопаты используют комплексный подход к лечению.

Помимо «работы руками» пациенту всегда назначают индивидуальную диету, индивидуальную спортивно-оздоровительную программу, иногда проводят курс точечно-вибрационного массажа. Примечательно, что все эти назначения может осуществить один специалист — остеопат.

В результате тренировочного процесса налаживается обмен веществ, активизируются иммунобиологические свойства, что способствует устойчивости организма к заболеваниям. Стабилизируется состояние психоэмоциональной сферы, улучшается настроение. Укрепляются мышечно-связочный корсет и сердечно-сосудистая система. Повышаются двигательная активность и физическая работоспособность.

Точечно-вибрационно-массажная техника устраняет неравномерную нагрузку на суставы, регулирует статические (связанные с нагрузкой) и динамические (обусловленные неправильными движениями) изменения в позвоночнике, снимает усталость, улучшает кровообращение и устраняет мышечную боль.

Лечение осуществляется при помощи остеопатических техник, выполняемый руками терапевта в пределах физиологических границ движения тканей, и направлено на устранение причины нарушения. Цель остеопатического воздействия — уменьшить действие на организм факторов, вызывающих в нем реакции стресса. Это приводит к нормализации процессов обмена и мобилизации внутренних возможностей организма к самоизлечению.

Длится сеанс лечения от 20 до 50 минут, причем пациент чувствует расслабление и релаксацию всего организма и необыкновенную гармонию.

Применение остеопатии

Остеопатия эффективна в любом возрасте и на любой стадии жизни — от момента зачатия и появления человека на свет до старости.

Показания для детей

Последствия родовых травм и операций, энцефалопатия, минимальные мозговые дисфункции, неврозы, нарушения внимания и поведения, задержка психомоторного, речевого и интеллектуального развития, неврологические проблемы, головные боли, гипертензионно-гидроцефальный синдром, некоторые ЛОР-заболевания, нарушения осанки, сколиозы, кривошеи, дисфунк-

ции опорно-двигательного аппарата, нарушение осанки, плоскостопие, частые простудные и желудочно-кишечные заболевания.

Показания для взрослых

Последствия травм и операций, заболевания опорно-двигательного аппарата, радикулиты, межреберные невралгии, боли в суставах и позвоночнике, остеохондроз, гинекологические заболевания (хронические воспалительные процессы придатков, спаечный процесс в малом тазу, болезненные менструации, нарушения цикла, некоторые формы бесплодия), головные боли, внутричерепная гипертензия, некоторые ЛОР-заболевания, бронхиты, астма, заболевания внутренних органов, импотенция и многие другие заболевания.

Противопоказания

Некоторые органические и психические заболевания, тяжелые инфекции, опухоли, тромбозы.

Разумеется, остеопат — не волшебник и не всякое тяжелое заболевание ему по плечу. Лечение каждого пациента очень индивидуально. Не стоит считать это направление в медицине панацеей от всех болезней, но и списывать его со счетов тоже нет никаких оснований.

Во многих странах, где этот метод существует давно, остеопат — своего рода семейный доктор, который снимет напряжение, избавит от головной боли, вовремя заметит нарушения осанки у ребенка и отрегулирует работу позвоночника.

Почти все заболевания подвластны лечению руками. Ведь зачастую нашему организму достаточно подсказать, направить и помочь.

Что такое — остеопатия? Определение остеопатии

Остеопатия является мягким методом лечения, проводимым при помощи рук и без использования каких-либо аппаратов или медикаментов. Остеопатия — это лечение на основе мягких прикосновений рук и очень легких, часто едва заметных смещений тканей.

Остеопатия и другие виды терапии дополняют, а не заменяют друг друга.

Терапевт, применяющий остеопатию, называется *osteopat*. Остеопат «видит» своими руками. Он чувствует наличие заблокированных участков в теле и ликвидирует их, приводит ткани тела в состояние равновесия и дает выход жизненной энергии. Своими чуткими руками он активизирует собственные целительные силы пациента и налаживает поток энергии и телесных жидкостей. Устранение боли и недугов осуществляется естественно и целенаправленно.

Благодаря развитой сверхчувствительности рук остеопат, прикасаясь к тканям тела пациента, ощущает малейшие движения мышц, внутренних органов, сосудов, нервов, движение энергии. Можно сказать, что остеопат достигает резонанса с тканями пациента. Пациенты рассказывают, что иногда теряют ощущение руки остеопата в момент, когда он пальпирует ткани тела. В этот момент врач становится «частью пациента» и точно чувствует поврежденное место. Остеопат исследует механику различных тканей (подвижность суставов, мышц, сосудов, нервов, внутренних органов).

Остеопат «сопереживает» вместе с тканью и таким образом восстанавливает ее равновесие. Тем самым он может оказать положительное воздействие на нарушение функций, боль и болезни.

Используемые остеопатами лечебные техники продолжают постоянно совершенствоваться и дополняться новыми методиками. Остеопатия является не статичной терапией, основанной на твердых правилах, а динамичным процессом, подверженным постоянным изменениям и адаптации. В этом процессе объединены научный и технический прогресс, новые достижения в области исследований и терапевтические основы. В своем лечении остеопат принимает во внимание не только личность пациента и условия его жизни в четырех измерениях, но и воздействующие на него факторы окружающего мира. Поэтому остеопатия является комплексным лечением. Опытные и хорошо обученные остеопаты могут использовать накопленную в теле эмоциональную информацию. Пациент принимает ак-

тивное участие в процессе собственного выздоровления. Пока остеопат активизирует труднодоступные для пациента потенциалы самоисцеления, сам он по рекомендации остеопата проявляет активность в определенных жизненных сферах. Это может касаться движения, тренировок, питания, отдыха, расслабления и прочих сфер.

Мне часто задают вопрос: «Какими качествами должен обладать остеопат? Ведь не каждый способен стать им». Раньше я говорил, что это под силу любому желающему. Достаточно лишь упорно тренироваться. Но сейчас, оглядываясь на свой опыт, могу ответить на этот вопрос так. Терапевтов, использующих остеопатические лечебные методики, сейчас достаточно много, но остеопатов — единицы. Я смог бы назвать лишь несколько имен. В чем тут дело? Я думаю, что помимо профессионализма в работе, включающего высокоразвитую чувствительность рук и знание фундаментальных медицинских наук, остеопат должен обладать и некоторыми психологическими качествами:

- уметь сопереживать пациенту;
- всегда руководствоваться его интересами; быть наблюдательным, уметь слушать;
- никогда не начинать лечение в плохом настроении;
- всегда искать исходную точку патологического состояния.

Эти и другие человеческие качества напрямую связаны с уровнем духовного развития человека, а поскольку с духовностью у нас не все в порядке, то и настоящих остеопатов пока мало.

Основа жизни

Под этим следует понимать ненарушенное движение и беспрепятственный поток энергии и тканевых жидкостей (крови, лимфы, межклеточной жидкости). Только посредством этого могут быть осуществлены жизненно важное обеспечение каждой отдельной клетки питательными веществами и кислородом, а также не менее важное выведение шлаков. В ограничении жизненного потока энергии в области движения тканей, заторах в сосудах (артерии, вены, капилляры, лимфатические русла), сдавлении и недостаточном питании нервов мы видим основу

различных заболеваний. Если расстройство функции тканей вовремя остановить, то процесс возрастающего нарушения становится полностью обратимым.

Философия остеопатии

Практикующие терапевты-osteопаты включают в ее понятие философию, науку и искусство.

Oстеопатическое учение является не только терапевтическим принципом лечения определенных болевых синдромов. Благодаря целостному взгляду на тело, это учение рассматривается остеопатами как всеобъемлющая терапевтическая концепция для тела, духа, социума и души. Остеопатия использует научно проверенную медицину, химию, физику и биологию, а также методы, эффективность которых проверена опытным путем, но на сегодняшний день не подтверждена научными доказательствами. Можно сказать, что руки врача-osteопата являются залогом как успешного лечения, так и его неудачи. Развитие чуткости рук как первостепенного органа осязания представляет собой целое искусство. Интуитивное восприятие взаимосвязей между телом, духом, социальной сферой и душой является основой философского рассмотрения вопроса. Отличное взаимодействие всех тканей делает возможным их беспрепятственное функционирование.

Oстеопатическая философия основывается на четырех основных принципах.

Четыре принципа остеопатии

Моя цель состоит в том, чтобы превратить терапевта, занимающегося телесной терапией (osteопата), в философа и научить его здравому смыслу.

Тело является целостным единством, состоящим из тела, духа, социума и души.

Тело обладает потенциалом самолечения, механизмами саморегуляции и системами поддержания состояния здоровья.

Тело состоит из тканевых структур, форма и функции которых неразрывно связаны друг с другом.

Остеопатическая терапия представляет собой синтез четырех главенствующих принципов: тело—дух—душа—социум, активизацию собственных целительных сил и неразрывную связь между тканевой структурой и функцией.

Целостность остеопатии. «Целостность» («холизм») стало модным словом, несмотря на то что лишь некоторые методы терапии могут использовать его по праву, так как при этом забывается, что терапия на чисто социальном, духовном или душевном уровне является целостной в той же степени, что и чисто телесная терапия.

«Целостный» означает, что не следует раскладывать тело человека на его отдельные органы. Если, например, нужно освободить от боли определенный орган или сустав, следует рассматривать не только затронутую часть тела, но и использовать в процессе диагностики и терапии все тело со всеми его соединениями от черепа до пяток.

Остеопатические терапевтические принципы подразумевают под телом единство тела, социума, духа и души и в соответствии с этим осуществляют диагностику и лечение.

И все же понятие «целостный» имеет гораздо более широкое значение. Наряду с телом существуют социум, душа и дух — понятия, которые с величайшим трудом поддаются объединению в один ряд с материальной телесной терапией и все же оказывают решающее влияние на каждого отдельного человека. Тело и психика неразрывно связаны друг с другом. Ментальность, духовность, мышление, ощущения, понимание, надежда, основы вероисповедания, этика и мораль являются неотделимыми друг от друга элементами целостности человека. Падение кроме повреждения ткани может означать и возникновение эмоциональной проблемы. Конфликтная ситуация может наряду с эмоциональной нагрузкой также привести к повреждению ткани.

Остеопат рассматривает тело в его совокупности, это своеобразное поле пациента с его возможными взаимосвязями, его психический, эмоциональный аспект, физическое состояние, питание, движение, расслабление, активность и пассивность. Соответствующие аспекты будут включены в терапию.

С фундаментально целостной точки зрения остеопат использует методы традиционной терапии, а также техники эмпирической терапии, которые сегодня не всегда подкреплены доказательствами.

Активизация собственных целительных сил. Существенной составляющей частью остеопатической философии является способность активизировать собственные целительные силы.

Собственные целительные силы организма занимают в рамках остеопатической концепции особое место. Остеопатия исходит из того, что всякое тело оснащено естественными коррекционными силами, которые стремятся обеспечивать организм максимально хорошим уровнем здоровья.

Сегодня известно, что организм действительно способен производить огромное количество аутогенных лечебных веществ, эффективность которых зависит как от состояния тканей, так и от психических, ментальных и социальных факторов.

Собственные целительные силы имеют неограниченный диапазон действия в том случае, если тело хорошо сбалансировано и может устранить расстройства в организме самостоятельно. Если эта компенсирующая способность исчерпала себя по причине неравновесия тканей, заторов в жидкостных протоках, недостаточного питания тканей, давления на нервы, неправильного положения костей, ограниченной подвижности органов и т. д., целительные силы окажутся неэффективными.

Эмоциональные проблемы, стресс, социальное напряжение или конфликты могут также привести к тому, что расстройства в организме нельзя будет устранить собственными силами, они будут парализованы. Остеопат может при помощи своих техник ликвидировать напряжение в тканях и возобновить течение жидкостных потоков, так что самоисцеление, саморегуляция и самоорганизация снова смогут беспрепятственно функционировать. Коррекция тканей, благодаря существующим обратным связям между телом, социумом, духом и душой, может оказать позитивное влияние на факторы психики.

Форма соответствует функции. Каждая отдельная структура тела сформирована в соответствии с ее функцией. Этот прин-

цип нам известен из современного дизайна. Форма какого-либо предмета полностью ориентирована на его соответствующую функцию. Ничто лишнее не омрачает картины.

Человеческое тело полностью приведено в соответствие с его функциями. Человеческое тело выверено точно в соответствии с этим принципом. Каждой отдельной клетке отведена совершенно определенная функция. Внешний вид и конструкция клеток или клеточных соединений до мельчайших деталей соответствуют этой определенной функции. Природа создает творения с совершенными мыслями и целями. Но это не мертвая материя, как самолет, а живое существо, требующее особой точности, чтобы все составляющие человеческого тела могли оптимально и неограниченно взаимодействовать.

Вы сами должны регулярно ухаживать за собственным телом для того, чтобы оно могло оптимально функционировать, восстанавливаться и обновляться. Если возникает какая-либо неразрешимая проблема, необходимо привлечь специалиста в лице терапевта. В отличие от самолета, тело оснащено собственными целительными силами, заставить функционировать которые должен уметь каждый человек.

Еще об остеопатических принципах

Наряду с четырьмя основными принципами существуют, разумеется, и другие умозрения, которые помогут понять остеопатию и ее ощущение тела.

Чувственная сила рук. Рука представляет собой один из наиболее развитых органов человека. Она стала основой прогрессивного человеческого развития.

Подушечки пальцев — превосходный орган осязания. В области подушечек пальцев на площади в 1 кв. см расположено около 100 тактильных рецепторов, которые реагируют на соответствующее раздражение. В мозге активизируется несколько десятков тысяч нервных клеток, которые соответствующим образом обрабатывают это раздражение. Только ладонь и рот имеют такое количество тактильных рецепторов. У нас есть рецепторы для разного вида ощущений: касание, нажатие.

напряжение, шекотка, вибрация. Подушечки пальцев могут воспринимать тактильный контакт глубиной в 1/100 мм и две одновременно нажатые точки на отрезке, меньшем 5 мм, регистрировать как две действительно разные точки. Для сравнения: кожа на спине (на ней значительно меньше рецепторов) регистрирует две точки, удаленные друг от друга на расстояние меньше 4 мм, как одну точку. Лишь при расстоянии, превышающем 4 мм, кожа спины начнет воспринимать две точки.

Руки остеопата — источник его успеха или неудачи. Обычно требуется несколько лет, чтобы развить сверхчувствительность рук. Лично я знаю некоторых опытных остеопатов, которые на протяжении всей своей жизни оттачивают мастерство пальпаторной диагностики. Воистину, нет предела совершенству.

Жизнь — это движение. Движение очень важно для тела. Это высказывание находит отражение практически в каждом справочнике. Собственно говоря, ничего нового. Но нечто принципиально важное для остеопатии. Вы где-то слышали, что движение важно для вашего здоровья. Но знаете ли вы, что это значит? Следует прокомментировать остеопатическое положение, звучащее следующим образом: жизнь — это движение.

Человеческая жизнь представляет собой превосходную степень. Мы состоим из почти 100 биллионов клеток, ежедневно происходит распад 500 миллиардов клеток и строительство новых, для чего необходимы транспортировка «строительных материалов» и вывоз отходов.

Каждую секунду происходит обновление нескольких миллионов клеток. Это обстоятельство является настолько важным, что его следует особо подчеркнуть: каждую секунду происходит распад и создание нескольких миллионов клеток. Каждую секунду в каждой отдельной клетке протекают десятки тысяч химических и физических реакций. Бесконечно большие числа, которые едва ли возможно себе представить.

Есть и другие примеры.

Смена слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта происходит приблизительно один раз в пять дней. Каждые четыре недели обновляются клетки кожи. Этот перечень можно

продолжать до бесконечности. Сохраняются и не заменяются лишь клетки сердца, головного мозга и периферийной нервной системы.

Наше тело выполняет особого рода движения, тонкое взаимодействие которых и составляет основу нашего здоровья.

Ритмы жизни. Чувствительные способности глаз, носа, рта и языка представлены в области головного мозга в сравнении с другими телесными структурами в соответствии со своей значимостью. Аналогичными свойствами характеризуются ступни и особенно ладони.

Наше тело находится в постоянном движении. Оно, за некоторым исключением, полностью обновляется в ритме секунд, минут, дней, недель, а также месяцев и лет. Нам необходимо чередование активности и отдыха. И здесь наступает очередь ритмов, выполняющих для организма роль датчиков.

Вот они:

- работа нервов, контролируемая при помощи электромиограммы;
- работа сердца, контролируемая при помощи электрокардиограммы;
- ритмы головного мозга, контролируемые при помощи электроэнцефалограммы;
- дыхание и пульс;
- ритмы сна — бодрствования;
- овуляционный цикл у женщин;
- гормональные ритмы;
- перистальтика (движение для прохождения пищи) в желудочно-кишечном тракте;
- прием пищи и выделения;
- клеточные колебания, вплоть до мельчайших движений молекул.

Кроме того, остеопаты различают два ритма: краниосакральный ритм, описывающий колебания жидкости головного и спинного мозга, и ритм внутренних органов, которые не висят неподвижно, а вращаются вокруг определенных осей. Об этом мы поговорим позже.

Эти ритмы служат средством передачи и сбора информации. Они центрируют тело и создают упорядоченность в организме. Все клетки тела соединены между собой посредством различных датчиков. Ни одна клетка не оказывается изолированной. Здоровое тело способно управлять всеми этими ритмами.

Единство всех составных частей тела

Фасции образуют коммуникационные пути в теле. Чтобы проиллюстрировать единство составных частей тела, остеопат использует различные модели. Тканевые структуры связываются друг с другом посредством соединительных тканей. Определенные органы имеют более тесные отношения, чем другие, благодаря таким анатомическим структурам, как фасции, сосудисто-нервные соединения, мышцы, сухожилия, связки и др. Они могут образовывать так называемые цепи, которые отвечают за распространение телесных нарушений. Знание их имеет большое значение для остеопата.

Все структуры тела подчиняются различным, закономерно протекающим ритмам, составляющим основу нашего существования.

Независимо от этих путей распространения повреждений патологические напряжения и неравновесия могут перейти непосредственно в соседнюю ткань. Этот переход может осуществляться с поверхности вглубь, из глубины на поверхность, сверху вниз, снизу вверх или по диагонали. Короче говоря, нарушения тканей могут через соединительную ткань распространяться во всех трех измерениях.

Для примера работы остеопата в разных измерениях выберем разрез тела в вертикальной проекции. Представим себе тело, разделенное на множество слоев. Остеопат исследует каждый слой на наличие в нем напряжений и неравновесий. Повышенное напряжение в одном из слоев можно почувствовать также и в соседних тканях.

Остеопат уже по одному только изменению кожного контакта на поверхности кожи может узнать, что происходит в более глубоких слоях. Если, например, при болях в спине исследуют-

ся только задние слои, неохваченной окажется содержащаяся в более глубоких слоях ценная информация, которая могла бы дать представление о происхождении недуга.

Как работает остеопатия

Устранение «барьеров». Камни в русле реки можно сравнить с барьерами в области телесных жидкостей: они означают наличие препятствий в потоке телесных соков. Если барьеры в теле уничтожить, беспрепятственное течение жидкостей восстановится.

Остеопат не является волшебником, который в течение нескольких секунд может решить все связанные с телом проблемы. Чтобы правильно понять остеопата и его работу, нам необходимо заняться рассмотрением «барьеров». Жизнь — это движение, все течет. Давайте представим себе течение реки. Если в ее русле появляются барьеры, например в виде камней, то возникают водовороты, забирающие определенную часть энергии. В человеческом теле не должно быть барьеров, только это может гарантировать ее беспрепятственное течение, а также беспрепятственное колебание различных ритмов.

Остеопат способен почувствовать барьеры, устранить их и восстановить нормальную подвижность тканей.

Разумеется, в теле существует множество барьеров, называемых остеопатом: барьер 1-го порядка, 2-го порядка, 3-го порядка и т. д. Под барьером 1-го порядка подразумевают первичные проблемы, то есть нарушения, наступившие с временной точки зрения в первую очередь. В связи с первичной проблемой может возникнуть другое нарушение: барьер 2-го порядка. Это в свою очередь приводит к развитию нового нарушения.

Например, заболевание почки может стать причиной возникновения нарушения 1-го порядка, то есть первичного нарушения. За этим последует напряжение сгибательной мышцы бедра (нарушение 2-го порядка), которое станет причиной появления патологии в области таза (нарушение 3-го порядка), что в конце концов приведет к патологическому напряжению в тазовой мускулатуре (нарушение 4-го порядка). И только боли

в области спины в качестве барьера 4-го порядка будут ощущаться самим пациентом. Остеопат же должен обратить свое внимание на решающие барьеры 1-го порядка: после их устранения тело приобретет новое равновесие.

Как правило, наиболее важным барьером является нарушение 1-го порядка. В зависимости от конкретного случая необходимо лечение всех или лишь нескольких барьеров. В некоторых случаях для того, чтобы дать толчок развитию собственных целительных сил, достаточно терапии ключевого барьера.

Добившаяся определенных успехов футбольная команда состоит из отдельных игроков, объединенных в оптимальной комбинации. Так же и тело сможет оптимально работать в том случае, если все органы будут находиться в гармонии друг с другом.

Остеопат осуществит коррекцию ключевых позиций тела и удалит значимые барьеры. Это даст телу возможность произвести самостоятельную переустановку, восстановить равновесие и задействовать собственные целительные силы.

Правильно составленная цепь из костяшек домино может привести в действие цепную реакцию. Большое значение для этого процесса имеет поступление энергии в нужном месте. Система костяшек домино заработает без каких-либо дополнительных усилий.

Что это означает для нашего тела? Устранение барьеров в нужном месте и подключение энергии в ключевых положениях дадут телу возможность запустить автоматическую саморегуляцию и самостоятельную балансировку.

Восстановление функции. Мы еще раз убедились: остеопат имеет точные знания в области анатомии, психологии и биохимии — короче говоря, он знаком с научными основами функционирования тела. При помощи своих натренированных рук, опытного взгляда и интуиции он может быстро очертить круг существующих проблем. В отличие от прочих терапевтов, он не будет непосредственно вмешиваться в функционирование тела. Представим себе тело в виде гигантского шестереночного механизма. В нем есть зубчатые колеса любого размера. Они цепляются друг за друга и таким образом взаимодействуют

друге другом. Значение имеет даже самое маленькое колесико. Если движение одного из зубчатых колес ограничивается, это в большей или меньшей степени повлияет на весь шестереночный механизм. Движение других зубчатых колес также изменится.

Каждый орган тела подобен зубчатому колесу. Если в шестереночном механизме тела не функционирует хотя бы одно колесико, это может отрицательно сказаться на работе других, более отдаленных, зубчатых колес.

Остеопат находит ограниченное в своем функционировании зубчатое колесо, возвращает ему подвижность, очищая его (в переносном смысле) от ржавчины и пыли и смазывая маслом.

Остеопат осуществляет техническое обслуживание, подобно технику. Но он не заменяет поврежденные детали, а исправляет их работу или восстанавливает ее.

Следует признать, что может показаться несколько странным, если в ответ на жалобы на боли в спине остеопат начнет обследование, а позднее и лечение в области головы. Но именно здесь находят выражение упомянутые вначале принципы, говорящие о том, что симптом (а следовательно, и боль) не обязательно исходит из данного участка тела. Искусство остеопата заключается в умении находить связи в теле, основываясь на точных знаниях анатомии, психологии и биомеханики. Для остеопата на первом плане находится не симптом, то есть боль, а лежащее в его основе, локализованное где-то в теле нарушение, которое и подвергается остеопатической коррекции. Боль, снимаемая уколом или лекарственными средствами, которые не устраняют первопричину боли, обычно возвращается.

С каким лечением может комбинироваться остеопатия? Концепция остеопатии допускает комбинацию с такими методами, как гомеопатия, акупунктура, психотерапия, кинезиология и т.д.

Остеопатия — это такой вид терапии, который обходится без помощи медикаментов и аппаратуры.

Как часто следует лечиться? Во время первого сеанса многие пациенты удивляются минимальному объему работы, ко-

тору проделал остеопат. После его воздействия организму на какое-то время должен быть обеспечен покой, чтобы не повредить силам саморегуляции (особенно в ближайшие 2 часа после процедуры). Исходя из этого, остеопат прерывает сеансы на довольно большой срок. Интервалы в лечении в зависимости от обстоятельств в каждом конкретном случае могут составлять от одной до трех недель. Доктор Стилл замечал по этому поводу: «...найди поражение (иными словами — болезненное повреждение организма), вылечи поражение, приведи его в состояние покоя». Этот принцип имеет неоспоримую силу и по сей день. Неверно диагностированное воздействие (слишком сильно, слишком много, слишком долго) может повредить саморегуляции или даже приостановить ее.

Продолжительность лечения в каждом отдельном случае различна. Здесь нельзя устанавливать какие-то определенные правила. Острая проблема с незначительным повреждением структуры организма может быть устранена после одного сеанса, а лечение хронического многолетнего заболевания с болезненными повреждениями многих структур может потребовать нескольких месяцев.

Осложнение или нормальная реакция организма? У каждого пациента своя, особая реакция организма на первый остеопатический сеанс.

Некоторые считают, что остеопат лишь просто кладет свои руки на тело пациента, легкие, целенаправленные движения почти не заметны. Тем более иные бывают удивлены, когда в результате стимуляции сил организма спустя один или несколько дней новое сбалансированное состояние тела сопровождается незначительным ухудшением состояния. Этот возможный первичный эффект ухудшения известен также из практики гомеопатии. Мы, остеопаты, предпочитаем в таких случаях употреблять термин «адаптация».

Адаптация обычно занимает примерно 72 часа после проведенной процедуры. В процессе дальнейшей саморегуляции вскоре наступают спокойствие и улучшение. Однако в организме может также возникнуть приятная тяжесть или усталость. Вы можете почувствовать себя легче и спокойнее. Конечно,

встречаются также случаи без особенных реакций организма. В своей личной практике я довольно редко наблюдаю болезненные реакции после лечебного сеанса.

Какие болезни лечит остеопатия? Ранее мы выяснили важный принцип остеопатии, который состоит в том, что остеопат лечит пациента, а не болезнь.

Исходя из этого, весьма непросто и далеко не бесп проблемно составить историю болезни. До тех пор пока в организме действует механизм саморегуляции и не поражена ни одна структура, остеопатическое лечение может принести полное исцеление.

В других случаях можно достичь по меньшей мере ослабления боли или облегчения общего состояния.

ТЕХНИКИ ОСТЕОПАТИИ

Миофасциальные техники

Миофасциальные техники расслабления — это диагностический и терапевтический метод, основанный на вязко-эластических свойствах тканей, соматических и висцеральных рефлекторных механизмах мышц, фасций и других соединительнотканых структур наряду с биомеханикой суставов. Эта методика рекомендуется при острых и хронических миофасциальных болевых синдромах и дисфункциях, особенно после травм.

Механические факторы в биологических системах

Внешние факторы: гравитация, давление, толчки, растяжение, скручивание, травмы, температура.

Внутренние факторы: сердцебиение, дыхание, действия мышц, врожденные движения тканей.

Классификация фасций

1. Поверхностные фасции (подкожные).
2. Глубокие фасции покрывают все органы и части тела целиком — мышцы, сосуды, нервы и др.
3. Субсерозные (под слизистой оболочкой) фасции покрывают внутренние органы, включая брюшину, перикард и т.д.

Функции фасций

1. Опора для сосудов и нервов.
2. Скольжение между различными тканевыми структурами и органами.
3. Устойчивость и придание формы.
4. Основное вещество ткани функционирует как структура, обеспечивающая скольжение и среду для питания.

5. Рефлекторное действие через рецепторы соматической и висцеральной нервной системы.
6. Проприоцепция через механорецепторы в фасциях, сухожилиях, связках и т.п.
7. Ноцицепция через ноцицепторы.
8. Функция фасций как части иммунной системы.

Свойства фасций

1. Упругость — эластичность.
2. Реакции на действие сил:
 - А. Эластичная деформация, когда исходные свойства тканей восстанавливаются.
 - Б. Пластическая деформация, когда ткани изменяются необратимо (органика).

Структура соединительной ткани

Фибробласты. Коллагеновое волокно. Аморфное основное вещество. Рыхлая соединительная ткань. Фасции. Связки. Сухожилия. Механорецепторы. Ноцирецепторы. Кровеносные сосуды. Лимфатические сосуды.

Кривая напряжения — растяжения

1. Нормальное сухожилие.
2. Поврежденное сухожилие. Поврежденное сухожилие снижает силу напряжения, снижает активность проприоцептивной импульсации. Нарушается пространственная чувствительность в нейрорефлекторной системе.

Реакция фасции на перегрузку и травму

1. Перегрузка приводит к пролонгированной «слабости».
2. Разрывы волокон приводят к капиллярному кровотечению, травматическому воспалению, рубцеванию, контрактуре, «уплотнению».
3. Болевые реакции, острые или хронические.
4. Нарушение проприоцепции и мышечного тонуса.

Отдаленные реакции после острой или хронической перегрузки и травмы фасций

1. Первичное выздоровление в течение трех месяцев без последующих симптомов.
2. Первичное выздоровление со скрытым повреждением, которое позже проявляется симптомами даже после незначительной травмы.
3. Хроническая реакция — если симптомы сохраняются более 2—3 месяцев после ожидаемого выздоровления.
4. Тенденция к усилению и миграции симптомов.
5. Необычная симптоматика.

Техника миофасциальной диагностики

Исследуются: симметричность — асимметричность, баланс — дисбаланс, «рыхлость» — «плотность», гипертонус — гипотонус. Температура кожи, болевая реакция.

Исследование основано на: осмотре, пальпации, активных и пассивных движениях.

Причины ассиметрий

1. Врожденные:
 - А) Костные: гипоплазия, гиперплазия, аплазия, деформация.
 - Б) Мышечные: гипоплазия, нейромышечная дисфункция.
 - В) Различия в органах: локализация, вес (например, вес печени 1,5 кг, селезенки 0,15 кг).
2. Приобретенные:
 - А) Костные: переломы, остеомиелит.
 - Б) Мышечные: травмы (разрывы), гипертонус, атрофия как результат иммобилизации, нейрогенная атрофия, контрактура.
 - В) Сухожилия, связочные: разрыв, перерастяжение, контрактура, тендинит.
 - Г) Сосудистые: дилатация сосудов, спазм сосудов, рефлекторная дистрофия.
 - Д) Артрогенные: контрактуры, нестабильность деформации.
 - Е) Боль.

Миофасциальный болевой синдром

1. Локальная боль (различная локализация боли).
2. Отраженная боль.
3. Провоцируемая боль.
4. Ограничение подвижности.
5. Триггерные точки.
6. Появление симптомов при лечении массажем, ЛФК и др.
7. Гипертонус мышц.
8. Нарушение сна.
9. Повышенная утомляемость.

Двигательные барьеры

1. Нормальные анатомические и физиологические барьеры. Нормальные пределы активного и пассивного движения.
2. Патологические барьеры. Миофасциальные контрактуры и/или гипертонус приводят к изменению расположения нейтральной средней линии между границами, пределами движения. Появляется новая патологическая средняя линия.

Принцип миофасциального расслабления (правило трех Ту)

1. Точка входа.
2. **Тензия** (давление на ткани).
3. **Тракция** (растяжение тканей).
4. **Торсия** (скручивание, действующая сила становится скручивающей).

Расслабление наступает через 10—60 секунд.

Реакция на миофасциальное расслабление

А. Локальные реакции

1. Покраснение. Покраснение кожи имеет часто нечеткую границу.
2. Фасцикуляция мышц (пульсация).
3. Расслабление ткани.
4. Повышение температуры кожи.
5. Уменьшение или исчезновение боли.
6. Улучшение подвижности.

Б. Общие реакции

1. Расслабление.
2. Чувство тепла.
3. Усталость.
4. Озноб.
5. Повышенное мочевыделение.
6. Тошнота.
7. Головокружение.
8. Легкая дурнота.
9. Головная боль.

Феномен покраснения

Покраснение кожи часто имеет нечеткую «географическую» границу точно над местом воздействия, однако может встречаться и в других регионах, сегментарно связанных с областью воздействия.

Темно-красный цвет — тяжелая дисфункция. Светло-красный цвет — легкие нарушения. Может возникнуть легкая потливость.

Механизмы покраснения

1. Механическое давление приводит к снижению уровня циркуляции, что вызывает вазодилатацию (расширение и расслабление сосудов).
2. Вазодилатация от механического воздействия на ткань.
3. Активация нейрорефлекторных механизмов (гамма-системы, симпатической нервной системы).

Причины дисфункции илиосакральной области

1. Травма илиосакрального сустава.
2. Изменения в комплексе.
3. Укороченная нога.
4. Повреждение лодыжек, колена и бедра.
5. Контрактура илиотибиального тракта (синдром Обера).
6. Синдром грушевидной мышцы.
7. Контрактура подвздошно-поясничной мышцы.
8. Повреждение диафрагмы таза.

9. Гиперлордоз.
10. Плоскостопие.
11. Профессиональные вынужденные позы.

Гипертонус мышц

1. Структурный гипертонус:
 - А) Спастичность.
 - Б) Ригидность.
2. Функциональный гипертонус:
 - А) Дисфункция лимбической системы.
 - Б) Дисфункция сегментарного аппарата спинного мозга (спинальная память) с дисбалансом между агонистами и антагонистами. Гипертоническая мышца подавляет своего антагониста.
 - В) Дискоординированное сокращение. Сокращаются только некоторые порции мышц.
 - Г) Ноцицептивные причины гипертонуса.
 - Д) Гипертонус вследствие хронического перенапряжения, изменяющего эластические свойства мышц. Гипертонус, вызванный симпатическим влиянием на мышечное веретено.

Техники, облегчающие расслабление

1. Поворот головы в сторону «уплотнения».
2. Поднимание рук над головой с растопыриванием пальцев.
3. Тыльное сгибание стопы на выпрямленных коленях.
4. Глубокое дыхание.
5. Поворот глаз в сторону «уплотнения».
6. Сочетание глубокого вдоха с взглядом вверх и выдоха с поворотом глаз книзу.

Стратегия исследования и лечения

1. Детальный сбор анамнеза, особенно выяснение травм, а также провоцирующих факторов риска. Дополнительно уточнять анамнез во время врачебного осмотра.
2. Повторное исследование после сеанса лечения. Находки могут изменяться!

3. Лечение:
 - А) *В острых случаях.* Воздействие оказывается на область симптомов. Частота: первые 3 дня ежедневно, затем 2—3 раза в неделю. Контроль: через 1—2 месяца после завершения лечения.
 - Б) *В хронических случаях.* Лечение начинается чаще с триггерной зоны, удаленной от мест симптомов (входные ворота). Частота: Один раз в неделю, около 4 недель. Затем перерыв на 2—4 недели. Контроль: 3—6 месяцев после окончания лечения.
4. Упражнения следует впервые начинать после явного уменьшения боли и дисфункции тканей.
5. При хороших результатах усиление двигательной активности поначалу может быть причиной возврата симптомов — это обычное явление при лечении.
6. Улучшение состояния при хронической боли может быть проблематичным.
7. Следует разъяснить суть синдрома и метода воздействия. Эти разъяснения необходимы для пациента, его родственников, друзей и т.п.

Техники

Лечение люмбосакральной области



Пациент лежит на животе. Врач находится слева от пациента.

1. Правая рука врача лежит на крестце. Кончик среднего пальца направлен в каудальном направлении и располагается над бугристостью крестца.
2. Левая рука на поясничной области, пальцы расположены в каудальном направлении, кончик среднего пальца примерно на уровне первого поясничного позвонка.
3. Правая рука надавливает каудально, в то время как левая рука оттягивает краниально и ощущает реакцию тканей.

Прямое расслабление крестца двумя руками



Пациент лежит на животе. Врач находится слева от пациента.

1. Основание правой ладони располагается на основании крестца, а средний палец над нижним хиатусом (вырезкой) крестца.
2. Основание правой ладони размещают на тыле левой кисти, а пальцами охватывает левое запястье.
3. Локти полностью выпрямлены, но ладони оказывают давление в вентрокаудальном направлении.

Расслабление сакротуберальной связки

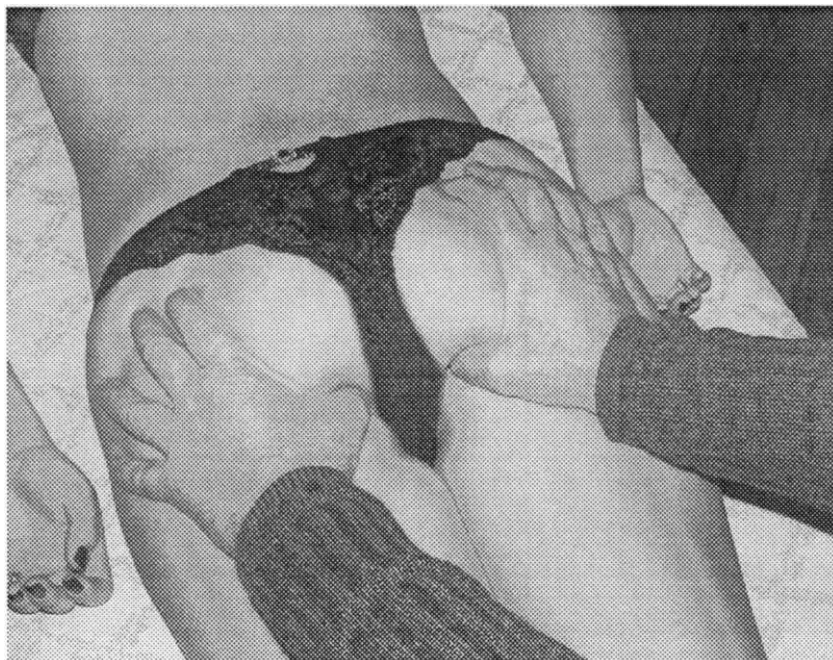


Пациент лежит на животе. Врач находится с противоположной стороны от связки, на которую направляется лечебное воздействие.

1. Оба больших пальца совершают глубокое надавливание в ишиоректальной щели и далее осуществляют давление латерально в сторону сакротуберальной связки.
2. Большие пальцы раздвигаются медленно в стороны с ощущением барьера до наступления релаксации.

Расслабление сакроилеального комплекса суставов

Техника рулевого колеса



Пациент лежит на животе. Врач находится слева от пациента.

1. Левым большим пальцем надавить на левую ишиоректальную ямку, а правым большим пальцем сделать это справа. Оба пальца оказывают давление латерально в сторону сакротуберальных связок.
2. Ладони и 3–5-й пальцы расположить над левой и правой ягодицами соответственно. Указательные пальцы фиксировать на верхней задней подвздошной ости.
3. Правым большим пальцем и ладонью надавливать краниально и кнаружи. Левый большой палец и кисть двигают в противоположном направлении — подобно повороту рулевого колеса.
4. После движения расслабления при первом направлении «поворота колеса».

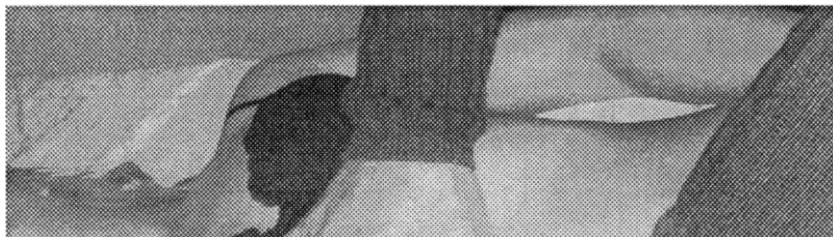
Лечение тораколумбального перехода



Пациент лежит на животе. Врач находится слева от пациента.

1. Кисти располагаем над тораколумбальной областью соответственно справа и слева. Большие пальцы фиксируются параллельно позвоночнику над ребернопозвоночным суставом, остальные 4 пальца располагаются вдоль ребер.
2. Локти полностью выпрямлены и одновременно осуществляется надавливание.
3. Обе руки осуществляют давление и тянут по радиальной ротации (по часовой стрелке и против) в латеральном и краниальном направлении.
4. Кожа между большими пальцами должна побледнеть.

Расслабление диафрагмы



Пациент лежит на спине. Врач стоит с противоположной стороны от места воздействия на диафрагму.

1. Оба больших пальца располагают под реберную дугу на уровне пальпируемого уплотнения мышцы диафрагмы.
2. Большими пальцами надавливать вглубь и под реберную дугу, легко растягивать в стороны до достижения барьера.
3. Ждать расслабления.

Расслабление шейно-реберно-грудного перехода
Техника «ожерелья»



Пациент сидит. Врач стоит сзади от пациента.

1. Левый и правый большие пальцы располагаются над соответствующими реберно-поперечными суставами первого ребра.
2. 3—5-й (ульнарные) пальцы располагаются в вентральном направлении и кончиками опираются на ключицу.
3. Кисти совершают в противоположных направлениях скручивающее движение в вентральном и дорсальном направлении подобно технике «рулевого колеса».

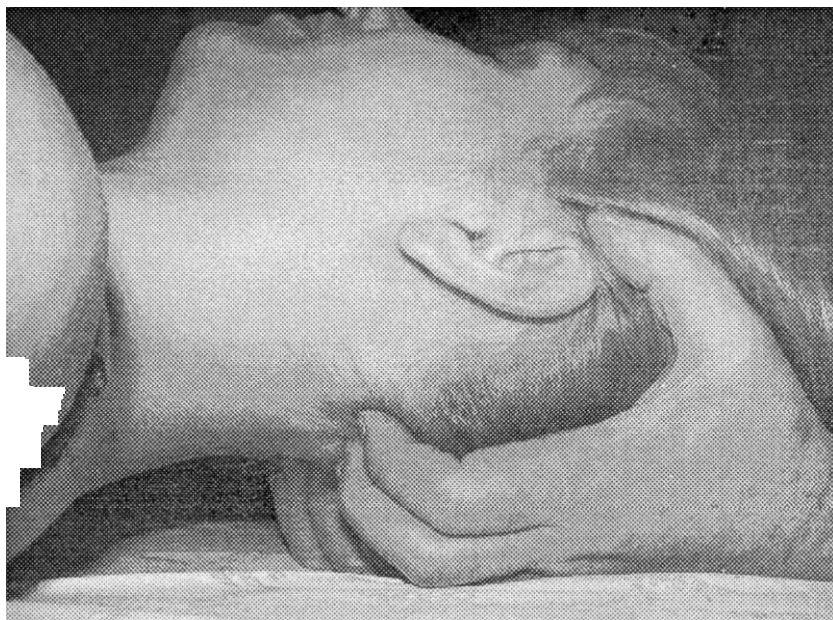
Расслабление шеи



Пациент лежит на спине. Врач сидит у изголовья на стуле.

1. Указательные пальцы размещаются с обеих сторон над фасетными сочленениями дисфункционального сегмента.
2. Пальцы разводятся в стороны до ощущения барьера.
3. Когда почувствуется расслабление, одним указательным пальцем следует продолжить расслабление в каудальную и краниальную сторону.
4. Остальные пальцы совершают движение в противоположном направлении. Добившись расслабления, медленно возвращаются в исходное положение.

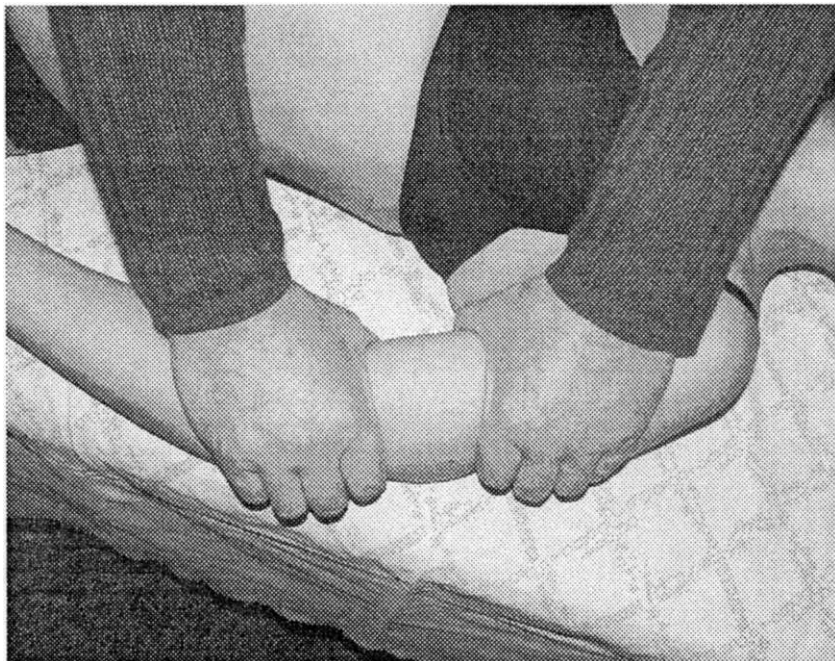
Расслабление субокипитальной области



Пациент лежит на спине. Врач сидит у изголовья на стуле.

1. Кончики 2—5-го пальцев рук располагаются точно каудально по выйной линии. Голова удерживается ладонями.
2. Давление осуществляется на точки прикрепления мышц к костям.
3. Затем легкая тракция и боковое движение в направлении барьера.
4. Расслабление наступает обычно через 60 секунд.

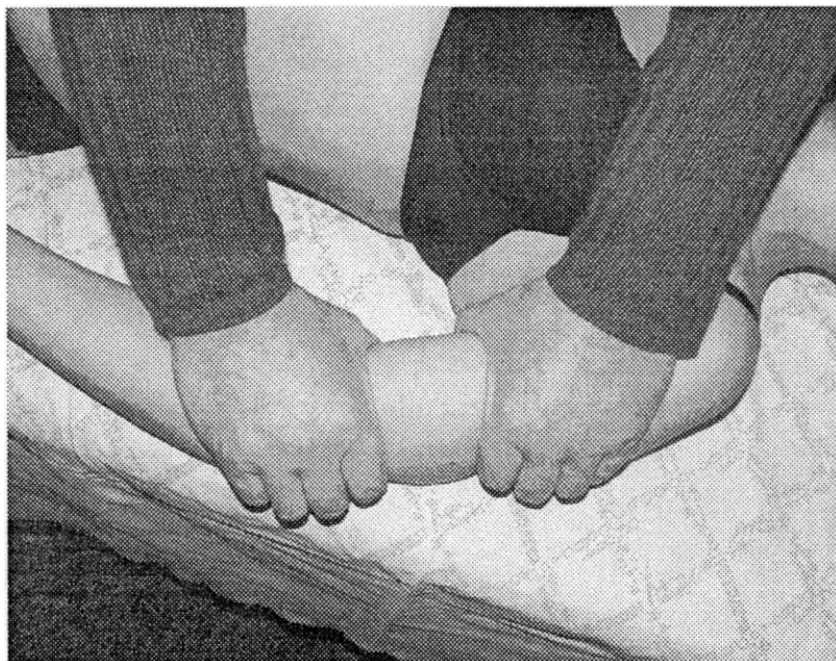
Расслабление скручиванием на конечностях



Пациент в любой позе.

1. Врач прочно захватывает кистями область лечения на конечности.
7. Производится легкая тракция и скручивание до ощущения барьера.
3. Ожидается расслабление.

Расслабление скручиванием на конечностях



Пациент в любой позе.

1. Врач прочно захватывает кистями область лечения на конечности.
7. Производится легкая тракция и скручивание до ощущения барьера.
3. Ожидается расслабление.

Расслабление тibiофибулярного сочленения



Пациент лежит на спине. Врач стоит у манипулируемой ноги.

1. При манипуляции на правой ноге: левая рука располагается над коленом и левый большой палец надавливает на головку малоберцовой кости. Правая рука на тыле стопы правой ноги, 2—4-й пальцы надавливают на наружную лодыжку.
2. Это воздействие можно смягчить подошвенным сгибанием стопы.

Расслабление голеностопного сустава

Можно использовать технику скручивания.

Краниосакральные техники

Введение

Принципы краниосакральной техники (врожденная сила)

В 40-х годах краниосакральная техника явилась существенным дополнением в медицинском оснащении мануальной терапии благодаря работам Вильяма Сатерленда, доктора остеопатии. Принципы были развиты в течение последующих лет при изучении анатомии черепа, твердых мозговых оболочек, мозга, позвоночника и крестца как в клинических экспериментах на себе, так и на пациентах. Хотя эти процедуры похожи на многие другие в мануальной медицине, они были нелегко приняты практикующими терапевтами. Краниосакральная техника становится все более популярной благодаря работам Сатерленда и содействию многих поколений его учеников.

Краниосакральная техника была разработана Сатерлендом на основе принципов сочленения костей черепа, описанной Эндрю Тайлором Стиллом. Сатерленд считал, что швы, формирующие суставы между костями черепа, имеют слишком сложную форму для простого сдерживания подвижности. Швы присутствуют в течение всей жизни, имея соединения через острые края, которые соответственно раздвигаются, когда череп «взрывается» (для этого наполняют череп водой под большим давлением через большое затылочное отверстие). Кости черепа при этом не ломаются — швы расходятся.

Сатерленд выдвинул гипотезу, что кости черепа имеют нормальную подвижность в течение всей здоровой жизни, и рассматривал ограничения как следствие травмы или системной болезни. Его клинические исследования проводились в соответствии с этой гипотезой.

Использование краниосакральной техники требует практической работы в интенсивном изучении костей черепа, швов и

твердых мозговых оболочек; тонкой настройки и пальпаторной чувствительности в улавливании врожденной подвижности кра-ниосакрального механизма. Необходимо применять ручные воздействия точно, глубоко (осмысленно) и ловко.

АНАТОМИЯ

Кости черепа можно разделить на три группы:

- А) свод, включающий порции лобной, двух теменных костей, затылочной и височной чешуи, которые развиваются из мембран;
- Б) основание, включающее тело основной кости, каменистую и сосцевидную части височной, основание и надмышелки затылочной кости, которые развиваются из хряща;
- В) лицевые кости.

Кости черепа могут быть также разделены на парные и непарные. Непарные срединные кости: основная, затылочная, решетчатая и сошник. Движение этих срединных костей является основой флексии и экстензии вокруг поперечной оси (Х-оси). Флексионно-экстензионное движение имеется в сфенобазиллярном суставе (синхондроз). Во время этого движения основная и затылочная кости вращаются в противоположном направлении. Во время сфенобазиллярной флексии основная кость вращается вперед, при этом основание основной кости поднимается, каменистые отростки двигаются вниз и затылочная кость вращается назад, причем основание затылочной кости приподнимается, а чешуя и мышелки опускаются (каудально). Во время сфенобазиллярной флексии решетчатая кость вращается (ротуруется) в противоположном направлении по отношению к основной кости, в том же направлении, что и затылочная кость. Во время сфенобазиллярной флексии сошник двигается каудально, как передняя часть сфеноидальной кости, которая двигается в этом же направлении. Во время сфенобазиллярной экстензии все движения возвращаются.

К парным костям относятся теменные, височные, лобные, скуловые, верхнечелюстные, небные и носовые. Их движение

описывается как парная внутренняя и наружная ротация, и в норме является синхронным при сфенобазиллярной флексии и экстензии. Во время сфенобазиллярной флексии имеется наружная ротация парных костей. При флексии поперечный диаметр черепа увеличивается, переднезадний уменьшается и темя уплощается. При сфенобазиллярной экстензии поперечный диаметр уменьшается, переднезадний диаметр увеличивается и темя становится более выступающим.

Внешне может показаться, что сфеноидальная и лицевые кости подвешены к лобной кости. Сфеноидальная кость определяет характеристики движения парных лицевых костей. Твердая мозговая оболочка (ТМО) плотно прикрепляется к большому затылочному отверстию (БЗО), 2—3-му шейному позвонку, а далее располагается свободно до места прикрепления к крестцу (приблизительно ко 2-му крестцовому сегменту).

Считается, что сакральный компонент краниосакрального механизма контролируется через эти точки прикрепления. Наряду с ее многими движениями крестец вовлечен в нутационное и контрнутационное движение, которое синхронно с флексией и экстензией в сфенобазиллярном сочленении. Во время сфенобазиллярной флексии поднимается БЗО и напряжение ТМО вызывает движение основания крестца назад, а вершины — вперед. Это описывается как сфенобазиллярная флексия. Во время сфенобазиллярной экстензии БЗО опускается, уменьшается напряжение в ТМО, основание крестца двигается вперед, а вершина — назад. Это называется сфенобазиллярной экстензией.

Примечательно, что использование здесь терминов «флексия» и «экстензия» обратное общепринятому в постурально-структурной модели сакрального механизма. Несмотря на конфуз в терминологии, концепция должна пониматься как взаимоотношение движения затылочной кости и крестца, нормальное с позиции синхронности.

Швы, соединяющие кости черепа, являются суставами. Швы имеют много вариаций и могут иметь запутанные формы и направления, а также возможности совершать определенные типы движения между противоположными костями черепа. Внутри швы представлены ТМО и других соединительных тканей,

в основном из волокон Шарпея. Изучая швы, мы увидим, что волокна направлены не горизонтально или радиально, а скорее специфично на каждом структурном уровне. Внутри швов имеются кровеносные сосуды, сопровождаемые нервами для вазомоторного контроля.

Другие невральные элементы находятся внутри швов, включая свободные нервные безмиелиновые окончания, допускаются возможность болевой перцепции (восприятия, осознания) и трансмиссии (передачи). Детальное описание швов черепа вне сферы этого текста.

Следующие пальпаторные упражнения используются для идентификации прощупываемых швов у живых субъектов:

Слегка пальпируя выступающее темя черепа более чем на полпути кзади прощупывать через скальп (апоневроз) сагиттальный шов. Используя подушечки пальцев, следует двигаться от края к краю, ощущая зубчатый контур шва.

Следовать за сагиттальным швом в переднем направлении до тех пор, пока не достигнете маленького вдавления, которое определяется, как что-то трехгранное. Это **брегма** (bregma) — соединение сагиттального и коронарного швов.

Начиная с брегма, пальпировать билатерально (в стороны) вдоль коронарного шва, ощущая артикуляцию (движения) лобной кости относительно теменной на каждой стороне.

На нижнем конце коронарного шва пальпирующий палец двигается над костным выступом, двигаясь до некоторой степени вглубь, и определяет концы у шва для сфеноидальной кости.

Пальпирующие пальцы располагаются над **птерионом** (ptetion), который является суставом основной (сфеноидальной), лобной (фронтальной), теменной (париетальной) костей и височной чешуи. Самая нижняя к этому сочленению пальпируется верхушка большого крыла сфеноидальной кости, которая является важной как для диагностики, так и для лечения.

От pterion кзади следует шов, соединяющий теменную и височную кости. Этот шов имеет вид круга вокруг верхушки уха, опускается сзади в углубление, называемое **астерионом** (asterion), и является соединением височной, теменной и затылочной костей.

Прямо кпереди от астриона пальпируется короткий отрезок шва между теменной костью и сосцевидной частью височной.

От астриона медиально и вверх вдоль лямбдовидного шва к средней линии, которая является местом соединения с сагиттальным швом в лямбде (λ).

От астриона пальпировать в каудальном направлении кзади от сосцевидного отростка и следуя по затылочнососцевидному шву до тех пор, пока он теряется под мягкими тканями, прикрепляющимися шею к голове.

Начиная с верхнего края орбиты, следовать по орбите латерально и книзу до ощущения вами лобно-скуловидного шва.

Продолжать исследовать латеральный край орбиты, пока вы не почувствуете скуловерхнечелюстного шва.

Исследовать медиально вдоль нижнего края орбиты, подниматься по медиальной стенке, пальпируя шов на верхнечелюстноназальном соединении и верхнечелюстно-лобном соединении.

Эти упражнения необходимо выполнять до тех пор, пока не появится уверенность в возможности пальпировать и контролировать кости черепа.

Мозговые оболочки делятся на 3 уровня: мягкая, паутинная (арахноидальная) и твердая. Внутри черепа наружный листок твердой мозговой оболочки продолжается в периост, а внутренний листок имеет несколько дубликатур, которые разделяют сегменты мозга и окружают венозные синусы. Три листка твердой мозговой оболочки связаны прободающими волокнами.

Серп (*falx*) мозга прикрепляется спереди к петушину гребню на решетчатой кости, лобной кости, обоим теменным костям и затылочной чешуе, образуя таким образом между собой и этими костями верхний сагиттальный синус. Серп мозга разделяет 2 церебральные гемисферы, и его свободный край формирует нижний сагиттальный синус. Покрышка (*tentorium*) мозжечка разделяет мозг и мозжечок и прикрепляется к затылочной, теменной и височным костям. Она прикрепляется к переднему и заднему клиновидным отросткам основной (сфеноидальной) кости, где она прикрепляется к серпу мозга и покрывает прямой синус.

Имеется две другие дуральные дубликатуры, формирующие серп мозжечка, который отделяет две гемисферы мозжечка и диафрагму турецкого седла, которая покрывает турецкое седло сфеноидальной кости.

Серп мозга и тенториум мозжечка встречаются в реципрокно натянутой мембране или Sutherland fulcrum. Эти твердые мембраны находятся под постоянным и динамичным напряжением, так что напряжение одной требует релаксацию другой и наоборот.

В течение сфенобазиллярной флексии происходит уплощение тента и укорочение фалькса. Во время сфенобазиллярной экстензии происходит обратное. Краниосакральное движение определяется комбинацией суставной подвижности и изменением напряжения внутри мембран. Через точки прикрепления этих мембран обеспечиваются синхронные движения крестца и черепа.

Твердые мозговые оболочки плотно прикрепляются к большому отверстию затылочной кости, к верхним 2—3 шейным позвонкам и затем следует свободно до места прикрепления к крестцу (приблизительно S2). Протяженность и положение этих мест прикрепления ТМО позволяют крестцу влиять на череп и наоборот. Сфенобазиллярная флексия и экстензия также взаимосвязаны и находятся под влиянием респираторной активности. Вдох увеличивает сфенобазиллярную флексию, а выдох — сфенобазиллярную экстензию.

Тенториум мозжечка может рассматриваться как диафрагма краниосакрального механизма. Она опускается и уплощается при вдохе, как грудобрюшная (тораколюмбальная) диафрагма.

Тазовая диафрагма также подстраивается, опускаясь во время выдоха. Тазовая диафрагма тесно связана с крестцом внутри таза. Можно, следовательно, рассматривать тело с точки зрения функционирования трех диафрагм: тенториума мозжечка, торакоабдоминальной и тазовой диафрагм. У здорового тела эти три диафрагмы функционируют синхронным образом. Если дисфункция вредит одной из трех, этого достаточно, чтобы предположить, что другие две будут повреждены также. Это подтверждается клиническим опытом.

Последовательность лечения

Последовательность выполнения процедур значительно варьирует от врача к врачу и от пациента к пациенту, от одной процедуры к другой. Однако существуют несколько общих принципов, которые необходимо использовать индивидуально в зависимости от случая. Первый и основной — краниосакральный механизм должен рассматриваться в контексте общей опорно-двигательной системы. Дисфункции краниосакрального механизма могут быть первичными, вторичными или иметь небольшую значимость. Краниальные дисфункции могут быть результатом изменения где-либо еще, и если неизвестна причина их, краниосакральное лечение может быть неудовлетворительным. И наоборот, слишком пристальное внимание к дисфункциям опорно-двигательного аппарата где-либо еще без учета краниосакральных дисфункций может дать более чем неудовлетворительный результат.

Когда принято решение использовать краниосакральный механизм, полезны некоторые следующие замечания. Техники венозного синуса, мышечковой декомпрессии и СУ-4 могут быть использованы для достижения некоторой подвижности, если флексионноэкстензионная возможность сфенобазиллярного соединения заметно снижена и ригидна и если голова ощущается тяжелой. После того как станет ясной причина ригидности, сфенобазиллярное сочленение должно быть избавлено от таких нефизиологичных и травматичных дисфункций, как сфенобазиллярная компрессия, вертикальная установка или боковая установка.

Затем должны устраняться физиологические сфенобазиллярные дисфункции бокового наклона, ротации, торсии, флексии и экстензии. Затем уделяется внимание височным костям и выполняется двухсторонний синхронный височный поворот (вращение).

Лечение специфических шовных ограничений всех уровней височных костей тоже может быть необходимо, и тогда выполняются несинхронные повороты височных костей. После того как височные синхронные движения восстановлены, нужно ис-

правлять ограничения лицевых костей и индивидуальные ограничения других костей свода.

В заключение лечения необходимо применить механизм против гипермобильности, для скорости, ритма и амплитуды краниального ритмического импульса.

Эти техники, как и любые другие в мануальной медицине, необходимо применять в количествах, подходящих для каждого пациента. Хотя эти процедуры не должны выполняться очень активно и сильно, они все-таки сильные, и если применяются в неподходящих дозах, могут быть вредными для пациента. Предупреждение «не вреди» применимо при использовании краниосакральной техники, как и в других областях медицины.

Краниосакральная техника — это диагностический и терапевтический метод, который основан на суставной подвижности костей черепа, врожденных движениях тканей ЦНС и механизме саморегуляции, циркуляции церебральной жидкости.

Механизмы возникновения краниосакрального ритма

1. За счет движения глиальной ткани. Это движение в виде помпы или насоса видно под микроскопом.
2. Давление ликвора на рецепторы швов костей черепа регулирует краниосакральный ритм. Доказано, что в швах есть нервные окончания, которые могут реагировать на изменение давления ликвора. К примеру: при повышении давления ликвора рецепторы реагируют таким образом, что уменьшают его продукцию, в результате чего снижается давление ликвора; при избыточном его снижении продукция ликвора повышается.
3. Баллонная теория или теория контроля давления ликвора. При повышении давления в синусе уменьшается давление в пахионовых грануляциях, в результате чего повышается ликворное давление, а следовательно, грануляции в синусе расширяются и замедляют ток крови в синусе. А когда давление ликвора уменьшается, тогда ток крови усиливается.

В настоящее время эти три теории конкурируют между собой.

Важно иметь в основе концепцию, т.к. она влияет на последовательность наших выводов, заключений. Т.е. мы думаем не только о каких-то наших действиях (мобилизация, манипуляция, артикуляция и т.д.), но и учитываем множественные саморегуляторные, рефлекторные механизмы тела. Если будет понимание этих механизмов, то можно будет использовать не только меньше физической силы, но и избежать многих осложнений, побочных реакций. Так, в мышечно-энергетической технике мы используем реципрокное торможение, а в миофасциальной технике — собственные врожденные движения ткани.

Проникая глубоко, мы видим связь не только с соматической, но и с нервной висцеральной системой.

Для реализации этой концепции нам необходимо:

- использовать врожденную способность тканей и мембран ЦНС к движению;
- изучать механизмы регуляции, циркуляции ликвора;
- изучать механизмы движения костей черепа;
- изучать механизм связи костей черепа с крестцом, а также влияние их на все тело.

Характеристики краниосакрального ритма:

- частота (10—14 движений в минуту, т.е. ритм, близкий к ритму дыхания);
- амплитуда;
- качество;
- симметрия.

Первичный дыхательный механизм

Если положить руки на боковые поверхности черепа и ожидать достаточно длинный период времени, пальпаторное ощущение расширения и сужения черепа приходит. Это ощущение в норме возникает от 10 до 14 раз в минуту и имеет относительно низкую амплитуду. Это ощущение, названное краниальным ритмическим импульсом, интерпретируется как результат функции временного компонента первичного респираторного механизма.

Врожденная подвижность головного и спинного мозга

Головной мозг — живая ткань, которая имеет врожденную подвижность, описанную при процедурах краниотомии. Движения подобны скручиванию и раскручиванию мозговых гемисфер. При процессе раскручивания мозговых гемисфер они колеблются вверх, и парные и непарные кости черепа отмечают их нормальной флексионной подвижностью.

При скручивающем процессе мозговые гемисферы опускаются, и кости черепа движутся в экстензионном направлении. Эта врожденная подвижность головного мозга — один из экологических ритмов, которые, по общему мнению, не могут быть восстановлены искусственно в случае их утраты.

Движения цереброспинальной жидкости

Церебральная спинальная жидкость — ликвор — обнаруживается в боковых желудочках, третьем, четвертом желудочках мозга, цистернах черепа и эпидуральном спинальном пространстве. Закупорка тока ликвора в любом месте ведет к патологическому состоянию, называемому гидроцефалией. Ликвор формируется в хориоидных сплетениях боковых желудочков. Система выхода ликвора известна гораздо хуже, но, возможно, ликвор следует вдоль прикрепления твердой мозговой оболочки к спинальным нервам к самим спинальным нервам. Скручивающий механизм головного мозга, возможно, увеличивает объем мозговых желудочков, в то время как раскручивающий механизм сдавливает их. Возможно, эти механизмы вызывают циркуляцию ликвора.

Подвижность внутримозговых и внутриспинальных мембран

Как было замечено выше, фалькс мозжечка и тенториум мозжечка являются дубликатами (двойными складками) внутримозговой твердой мозговой оболочки, и мембраны в этих струк-

турах имеют интимный (близкий) и сложный рисунок (характер). Интракраниальные мембраны постоянно находятся под изменяющимся давлением, так что изменения в одной обуславливают изменения в другой. При флексионных движениях костей черепа тент опускается и уплощается и фалькс мозга укорачивается сзади. При экстензии движения прямо противоположны.

Интракраниальные мембраны связаны с интраспинальными мембранами: через протяжение от первого места прикрепления в большом затылочном отверстии опускаются в спинальный канал к двум или трем шейным позвонкам и тогда они пересекают его и свободно опускаются в спинальный канал до места прикрепления к крестцу приблизительно в области С2. При движениях в большом затылочном отверстии наблюдаются изменения в напряжении передней и задней частей спинальной ТМО, и это движение влияет на движение и позицию крестца между двумя подвздошными костями.

Подвижность в соединениях костей черепа

Швы являются способом соединения и совершают определенные типы движения между костями черепа. Краниальные кости и швы тесно связаны с твердыми мозговыми оболочками и содержат элементы сосудистой и нервной систем. Волокна внутри швов представлены в определенном направлении, которое позволяет им пружинить при определенных движениях.

Непроизвольные движения крестца между подвздошными костями

Крестец поддерживается между двумя подвздошными костями связками сакроилиакального сочленения. Задние связки обе толстые и сильные с множественным направлением волокон аналогично толстым канатам детских качелей. Передние сакроилиакальные связки — не только спереди, но также и снизу поддерживают крестец, как сиденье детских качелей. Крестец прощупывается руками и в положении пациента лежа на спине и на животе, и можно ощущать приближающиеся и удаляющиеся

осцилляторные движения основания и вершины крестца, синхронные с теми, что пальпируются в черепе.

Первичный респираторный механизм и его взаимоотношения с краниальным ритмическим импульсом подвержены травме, болезненным патологическим процессам, психологическим стрессам, упражнениям, дыханию и умелому использованию процедур краниосакральной мануальной терапии.

Скорость краниального ритмического импульса зависит от частоты дыхания. Наши пациенты могут произвольно контролировать движения диафрагмы, но не могут прямо влиять на первичный респираторный механизм. Произвольные движения вдоха и выдоха могут изменять краниоритмический импульс и врожденную подвижность костей и мембран мозга.

Первичные респираторные механизмы

1. Врожденное движение головного и спинного мозга.
2. Флюктуация цереброспинального ликвора.
3. Движения внутричерепных и внутриспинальных мембран.
4. Непроизвольные движения крестца между подвздошными костями.
5. Движения в суставах между костями черепа.
6. Воздействие всех этих феноменов на движения всего тела.

Врожденные движения головного и спинного мозга

1. Пульсации, синхронные с ритмом сердцебиения.
2. Пульсации в ритме вдоха и выдоха.
3. Пульсации в собственном ритме независимо от сердцебиения и дыхания.
4. Волнообразные движения неизвестной природы.

Флюктуация цереброспинального ликвора.

1. Продольная, от черепа к крестцу.
2. Поперечная, в черепе от одной стороны до другой

Движение внутричерепных и внутриспинальных мембран

1. Серп мозга. Вместе с верхним и нижним сагиттальными синусами.
2. Намет мозжечка с поперечным, верхним каменистым и прямым синусами (точка равновесия Сатерленда).
3. Серп мозжечка с затылочным синусом.
4. Твердая мозговая оболочка.

Движения в суставах между костями черепа

1. Флексия — экстензия (сфенобазиллярная).
2. Ротация наружная/внутренняя.
3. Сфенобазиллярное натяжение верхнее/нижнее и латеральное правое/левое.

Движение крестца между подвздошными костями

Флексионные и экстензионные движения, содружественные сфенобазиллярным движениям.

Синдромы сфенобазиллярной дисфункции

1. Ограничение флексии: нестабильность таза и люмбосакральной области, головные боли, дисфункции опорно-двигательного аппарата, эндокринные дисфункции, синуситы, аллергический синдром, фобии.
2. Ограничение экстензии: головные боли, мигрени, тенденции к агрессии.
3. Ограничение боковых наклонов/поворотов и торсионные дисфункции: рецидивирующие нервно-мышечные расстройства, головные боли, эндокринные дисфункции: нарушение зрения, синуситы. Аллергические заболевания дыхательного тракта, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, неправильный прикус, депрессии.
4. Нарушение латерального натяжения: посттравматические синдромы, нарушения функций 3, 4, 5 и 6 пар черепномозговых нервов, затрудненное чтение, тяжелые

головные боли, пограничные психические расстройства. У детей: детский церебральный паралич, трудности при обучении.

5. Нарушение вертикального натяжения: посттравматические синдромы, как при латеральных дисфункциях.
6. Переднезадняя компрессия: посттравматические синдромы, родовая травма, пограничные психические расстройства, депрессия.

Краниосакральный диагноз

Как и в других методиках мануальной терапии, диагностический процесс начинается с последовательного осмотра, наблюдения и пальпации. Врач оценивает череп с позиции симметрии спереди, сзади, сверху и с двух боковых сторон. Затем осматриваются передние выступающие части с точки зрения асимметрии: орбиты, нос, скулы, верхние и нижние челюсти, уровень ушей, верхний контур черепа.

Вторая стадия осмотра — пальпация контуров всех образований (специальная пальпация швов описана ранее). Оценивается ширина, глубина, напряженность и наличие других изменений, упругость-эластичность швов и их твердость или эластичность. Выполняется латеральная пальпация теменно-затылочной области для определения ритма, скорости и амплитуды краниального ритма и импульса.

Исследуется также подвижность крестца между подвздошными костями и в положении лежа на спине и на животе. Двигается ли крестец в переднезаднем направлении и синхронны ли эти движения с краниоритмическим импульсом? Или эти движения широкие, угнетенные, иррегулярные? Объем переднезадних движений.

Если возникает достаточно оснований заподозрить нарушения краниосакрального механизма, проводится дополнительный осмотр сегментарных дисфункций.

Сфенобазиллярный механизм исследуется расположением ладоней на боковых поверхностях черепа с указательными пальцами на больших крыльях крыловидной кости прямо позади средней

части орбиты, со средними и безымянными пальцами спереди и позади ушей и с маленькими пальцами — на затылке прямо кзади от затылочно-сосцевидного шва. Два указательных и два маленьких пальца дают контакт в четырех точках крыловидной кости и затылка для оценки сфенобазиллярного механизма.

При сфенобазиллярной флексии указательный и маленький пальцы отдаляются, как бы двигаясь в каудальном направлении (вниз), при экстензии пальцы на каждой стороне становятся ближе и руки двигаются цефально (вверх). При сфенобазиллярном наклоне и ротации направо череп на правой стороне становится более выпуклым, и соединение пальцев правой руки разделяется в каудальном направлении, тогда как кончики пальцев на левой стороне углубляются и двигаются в цефальном направлении. Сфенобазиллярная ротация и боковой наклон влево вызывает прямо противоположные движения.

Определение торсионных движений в сфенобазиллярном суставе производится установлением 4-пальцевого контакта и альтернативного направления одной рукой вперед, в то время как другая поворачивается назад. Рука, которая движется вперед, выполняет сфеноидальную каудацию на той стороне и подъем затылка на этой же стороне. Рука, поворачивающаяся назад, выполняет сфеноидальный подъем на той же стороне и опускание затылка на этой же стороне. Эти торсионные движения должны быть симметричны и билатеральны, но при угнетении дисфункция называется для стороны со сфеноидальным захватом в цефальной (верхней) позиции.

Эти точки тестируются для определения объема сфенобазиллярного сустава и его флексии-экстензии, боковых наклонов и торсионные движения физиологичны. Другие нарушения сфенобазиллярного сустава являются результатом травматических эпизодов, латерального, вертикального натяжения, сфенобазиллярной компрессии.

Повреждение черепа сзади может легко приводить к сфенобазиллярной компрессии, которая, если имела место, угнетает сфенобазиллярные движения по средней линии. Череп обычно компенсирует это угнетение увеличением внутренней и наружной ротации теменных боковых костей.

Латеральное растяжение встречается, когда травмы приходят сбоку и изменяют сфеноокципитальные взаимоотношения в горизонтальном плане. Травма сверху изменяет соотношения по сагиттальной оси. Оба эти вида растяжения изменяют центральную ось, проходящую через сфенобазиллярное соединение. Травматические растяжения также значительно изменяют и оставшиеся механизмы.

Травматическая природа сфенобазиллярного механизма легко определяется фронтоокципитальным захватом, при котором одна рука держит затылок кзади от затылочно-мастоидального сочленения, а другая рука держит целиком лобную кость с большим пальцем на одном большом крыле крыловидной кости и длинным средним пальцем — на противоположной сфеноидальной кости. Двумя руками можно теперь вызвать боковые трансляторные движения головы из стороны в сторону, цефальные и каудальные трансляторные движения, сжатие и растяжение. Боковое растяжение в сфенобазиллярном соединении определяется изменением трансляторных движений из стороны в сторону, вертикальное растяжение — трансляторными движениями цефально и каудально, сфенобазиллярная компрессия — разделением пальцев на обеих руках

Когда оценка сфенобазиллярного механизма проделана, специальные тесты каждого шва каждой кости при выполнении этого механизма должны быть оценены. Специфические тесты движений в швах оцениваются дальностью размаха этого объема и описаны в стандартных тестах в этой области. Затем следует анализ сфенобазиллярного механизма и парных латеральных костей свода, а также оценка фасциального механизма.

Принципы краниосакрального лечения

Цель краниосакральной техники — увеличить объем движения в суставах с ограниченной подвижностью, уменьшить напряжение мембран, улучшить циркуляцию (особенно венозной системы), уменьшить возможность невралгического ущемления при выходе из черепа, увеличить жизненность краниального ритмического импульса.

Лечение может привести к улучшению общего самочувствия и/или иметь местные эффекты в области шеи, грудного отдела, поясницы или отдаленные эффекты через все туловище. При повреждении (или заинтересованности) костей черепа ни у кого не встречается нормального взаимоотношения между натяжением фалькс мозга и мозжечка: т.к. венозная система имеет тесную связь с мозговыми мембранами, то она неизменно нарушается при повреждении костей черепа.

Мембраны тесно связаны с периостом внутренней поверхности черепа, и каждая прикрепляется к большому затылочному отверстию. Даже местные напряжения могут вызвать невральные ущемления и нарушение невральной проводимости. Следовательно, восстановление нормальной подвижности костей черепа позволяет гомеостатическому механизму восстановить баланс в напряжении мембран, улучшить венозное кровообращение, устранить невральное ущемление, нормализовать краниоритмический импульс — его частоту, ритм и амплитуду.

Наиболее эффективная последовательность — восстановить сфенобазиллярный механизм, затем парные кости свода черепа и в конце — кости лицевого черепа. Лечение крестца может следовать, предшествовать или проводиться параллельно с костями черепа. По большей части — это индивидуальное решение, но все, кто успешно практикует краниосакральную методику, стараются восстановить баланс между краниальным и сакральным механизмом.

Методы краниосакральной техники

Как и при других техниках мануальной медицины, методы могут быть прямые, не прямые и расширенные. Кроме того, существуют методы необязательные и формирующие.

При прямых методах усилие прикладывается прямо против барьера движению. Расширенные методы двигают частично в направлении, противоположном рестрикции (ограничению движений) и против физиологического барьера в противоположном направлении.

Непрямые методы применяются для того, чтобы найти нейтральную точку между областью нормального движения в пря-

мом направления и ограничением движения в противоположном и удерживать такую позицию, в то время как активирующая сила действует и исправляет положение.

При необязательных методах активирующая сила применяется для разделения швов. Они особенно используются на точке (оси) вращения швов.

Формирующие техники применяются для изменения упругости и эластичности, а также контура костей, применяя наружное воздействие и ожидая активации внутренних сил для изменения контура и упругости кости.

Активирующие силы

Первая активирующая сила при краниосакральной технике — врожденная сила первичного респираторного механизма. Флюктуация ликвора может быть сильной, врожденной и внутренней активирующей силой, легко управляемой с наружной стороны черепа.

Флюктуирующая сила ликвора может быть направлена пальцевым контактом точно против области ограничения движений на костях черепа. Это используется при объемной технике. Если найдено ограничение в области шва (например, левого затылочно-сосцевидного), указательный палец левой руки накладывался на заднюю поверхность сосцевидного отростка и средний палец располагается на затылочной кости кзади от затылочно-сосцевидного шва. Левый указательный и безымянный пальцы оказываются разъединенными, и указательный палец правой руки располагается над правой лобной костью против левой затылочно-сосцевидной области.

Часто возникает ощущение подобных прибою волн ударов до тех пор, пока не наступает расслабление. Эта активирующая сила ликвора также используется при некоторых формирующих техниках.

Вторая активирующая сила — дыхательная помощь. Произвольный вдох увеличивает флексионный двигательный механизм, и произвольный выдох увеличивает экстензионный двигательный механизм. Усиление вдоха и выдоха и задерживание на

максимальном вдохе и выдохе может быть наиболее полезным как активирующая сила, чтобы увеличить движения в любом направлении.

Третья активирующая сила — увеличение напряжения твердых мозговых оболочек путем приложения усилий к крестцу и со стороны стоп. Флексионные и экстензионные движения могут быть активированы прямым наложением рук врача в любом направлении на сакральном уровне. Было отмечено, что дорзифлексия стоп врачом — активная или пассивная — увеличивает внутреннюю активирующую силу. Этот механизм работает по направлению длинной диагонали: при работе на левой стороне черепа необходимо вызвать дорзифлексию на правой стороне и наоборот.

Четвертая активирующая сила — манипуляция на четвертом желудочке. Она выполняется приложением силы тенаров обеих кистей против затылка для сопротивления флексии и удержанием этого сопротивления. Этим вызывается феномен, называемый «неподвижная точка», в течение которого на протяжении определенного периода времени никаких движений не ощущается.

Таким образом, руки удерживаются приблизительно пять дыхательных циклов, и ожидается, пока флюктуация не вернется и не вытолкнет руки. Эта манипуляция расценивается, как увеличивающая движение ликвора, изменяющая ритм диафрагм, увеличивающая температуру в затылочном регионе. «Неподвижная точка» может быть устроена компрессией на другие области, не только на затылок.

Хотя все вышеупомянутые техники активируют силы краиниосакрального механизма, главной активирующей силой продолжает быть врожденная подвижность черепа, мозговых оболочек и ликвора. Она может быть названа **техникой врожденной или внутренней силы**.

Увеличение движения спинального ликвора респираторными требованиями (настойчивостью), использованием крестца или нижних конечностей или манипуляцией зависит в конце концов от внутренней врожденной силы восстановления нормальной подвижности.

Краниосакральные техники

Техника венозного синуса



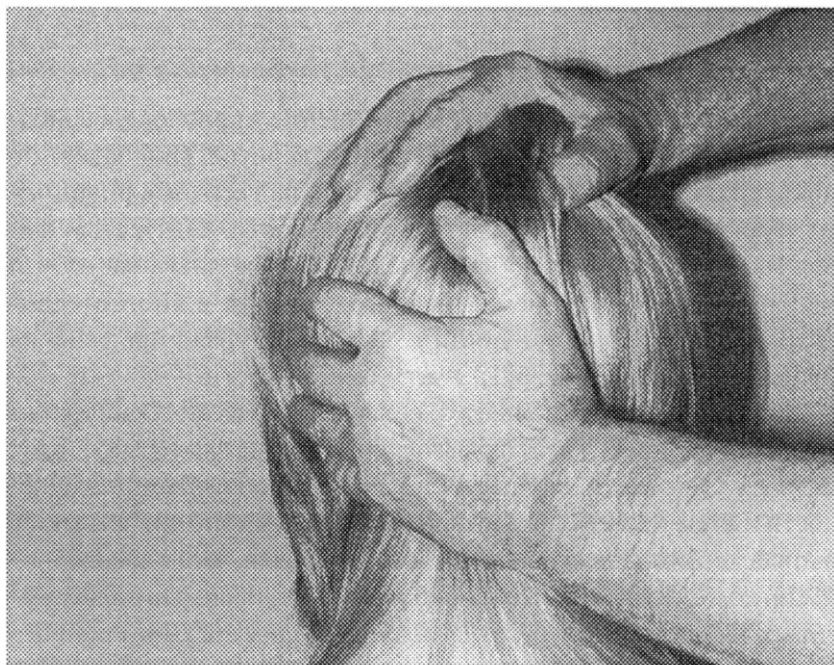
Эта техника направлена на увеличение кровотока в венозных синусах из черепа через яремное отверстие. Она особенно показана при выявлении во время осмотра твердого, ригидного черепа с утратой упругости-эластичности. Считается, что эта твердость и ригидность вызываются венозным застоем и устраняется увеличением венозного возврата в систему центральной венозной циркуляции. Эта процедура направлена на наружные затылочные бугры затылочной кости.

Кончики средних пальцев обеих рук располагаются над затылочными буграми, и вес головы переносится на эти пальцы. Врач ожидает смягчения ощущения и начала освобождения подвижности. Затем пальцы двигаются вдоль средней линии затылка в направлении большого затылочного отверстия, ожидая подобного мягкого ощущения. Когда оно наступает, необходимо вернуться к затылочному бугру, и подушечки всех четырех пальцев

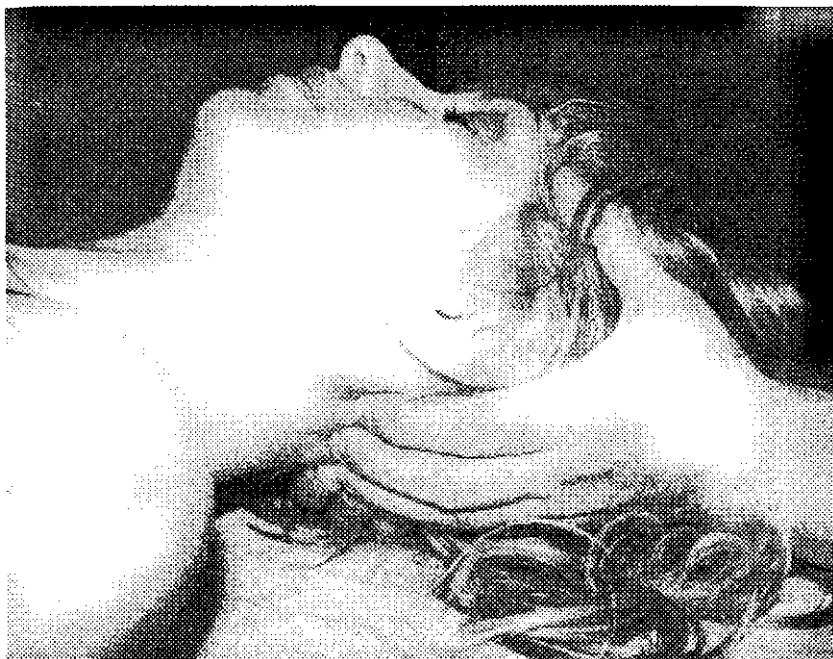
накладываются на затылок вдоль верхней выйной линии, давление прикладывается до тех пор, пока мягкость не почувствуется.

Это уменьшает застой в поперечном синусе. Затем необходимо вернуться к затылочному бугру и адресоваться к верхнему сагиттальному синусу сзади. Большие пальцы располагаются с двух сторон сагиттального шва ладонными поверхностями рук против головы, и отдельная сила прикладывается каждым большим пальцем до наступления ощущения смягчения.

Работают кпереди с задней стороны сагиттального шва до подхода к месту соединения стреловидного и венечного швов. Последняя фаза — приложение четырех пальцев по обе стороны средней линии лобной кости от места соединения стреловидного и венечного швов к носу. Сдавление и латеральная дистракция (боковое разведение) фронтальной кости выполняется одновременно двумя руками до наступления ощущения смягчения и расслабления. Часто эта техника используется перед наступлением (до наступления) специфических ограничений в соединениях костей.



Мышечковая декомпрессия



Во время этой процедуры пациент лежит на столе на спине, череп пациента — на руках врача. Подушечки средних пальцев располагаются вдоль задней стороны затылка и скользят вперед насколько возможно и возможно ближе к средней линии. Некоторые достигают заднего края большого затылочного отверстия. Давление прикладывается на затылок флексией дистальных межфаланговых суставов средних пальцев, осуществляющих заднюю и цефалическую (по направлению вверх) тракцию затылка. Локти врача сводятся вместе до наступления в конце концов супинации обеих рук и отделения средних пальцев. Направление результирующей силы вверх и заднелатерально на обеих сторонах затылка до заднего края большого затылочного отверстия. Так поддерживается до наступления расслабления, особенно ровного смягчения на каждой стороне затылочной кости.

СУ-4

(Сдавление шаровидного вздутия продолговатого мозга)



Эта техника описана выше под активирующей силой. Она может использоваться независимо или в сочетании с другими краниосакральными техниками.

Крылобазиллярное (сфенобазиллярное) сочленение



Дисфункции сфенобазиллярного соединения либо физиологические, либо травматические относятся к затылочно-лобному захвату (влиянию).

Рука держит заднюю сторону черепа (затылок) в ладони с большими и средними пальцами, контролирующими затылок в затылочно-сосцевидной области. Другая рука охватывает лоб с лобной костью в ладони с большими и средними пальцами, удерживающими большое крыло крыловидной кости на каждой стороне. Одна рука контролирует затылок, другая — крыловидную кость. Сфенобазиллярная дисфункция может относиться как к прямым методам, так и к непрямым и к расширенным методам. Респираторная помощь часто используется одновременно.

Височное скручивание



При этой технике пациент лежит на спине, врач во главе стола, затылок удерживается обеими ладонями врача. Большие пальцы располагаются позади каждого уха впереди сосцевидного отростка. В таком положении большие пальцы могут контролировать височные кости на каждой стороне. Давление дистальными фалангами больших пальцев с задней стороны сосцевидного отростка вызывает наружную ротацию. Давление основанием кисти на основание сосцевидного отростка может увеличивать внутреннюю ротацию. Следовательно, движением больших пальцев височные кости могут быть скручены в положение внутренней или наружной ротации синхронно (обе во внутреннюю или в наружную ротацию). Либо они могут быть скручены несинхронно (одна поворачивается во внутреннюю, другая — в наружную сторону). Несинхронные повороты в течение нескольких циклов изменяют движение жидкости спереди назад и из стороны в сторону.

После восстановления симметричности из стороны в сторону синхронный поворот выполняется для восстановления нормальной переднезадней флюктуации жидкости.

Синхронные движения височных костей являются наиболее важными для осуществления функции височночелюстного сустава. Многие больные с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава имеют асимметричные взаимоотношения и движения височных костей.

V-объем



Эта методика применяется для устранения ограничения и плотного смыкания (удерживания) швов, где бы оно ни находилось. Она часто используется при дисфункции затылочно-сосцевидного шва и выполняется расположением указательных пальцев и безымянных пальцев на противоположных сторонах шва и прикладыванием отдельного стресса (воздействия). Движение жидкости используется как активирующая сила прикладыванием давления противоположной руки на точку, наиболее отдаленную и противоположную шву, в этом примере — над противоположной лобной костью.

Поднимающие техники



Их большое количество и они зависят от того, с какой костью надо работать и какую нужно поднять. Лобный подъем требует приложения силы одной или двумя руками на боковые стороны каждой фронтальной кости в положении больного на спине. Поднимающая сила по направлению к крыше прикладывается и удерживается до наступления расслабления. Эта процедура может быть использована для прикладывания продольного напряжения на фалькс мозга и при поднятии лба от крыловидной кости. При теменном (париетальном) поднятии выполняется цефалическая тракция кистями каждой париетальной кости прямо над сквампариетальным швом и ниже прикрепления височной мышцы. Принципы всех поднимающих техник — отъединить одну кость от другой.

Захват свода



Доктор сидит со стороны головного конца манипуляционного стола. Подушечки пальцев мягко располагаются на следующих точках по обе стороны головы:

1. Указательные пальцы над большими крыльям клиновидной кости.
2. Средний палец располагается над птерионом и кончик пальца — на скуловом отростке височной кости.
3. Четвертый палец немного кпереди от астриона в сосцевидной области височной кости.
4. Мизинец позади астриона на латеральном углу затылочной кости.
5. Большие пальцы находятся напротив друг друга на своде черепа. Основная кость двигается с:

1. Парными костями:

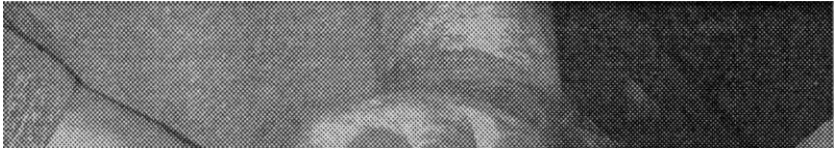
- А) теменными,
- Б) височными,
- В) небными,
- Г) скуловыми.

2. Непарными костями:

- А) лобной,
- Б) этмоидальной,
- В) сошником,
- Г) затылочной.

Физиологические движения: флексия — экстензия вокруг поперечной оси, проходящей через тело основной кости. Торсия вокруг сагиттальной кости. Боковой наклон — поворот вокруг вертикальной кости.

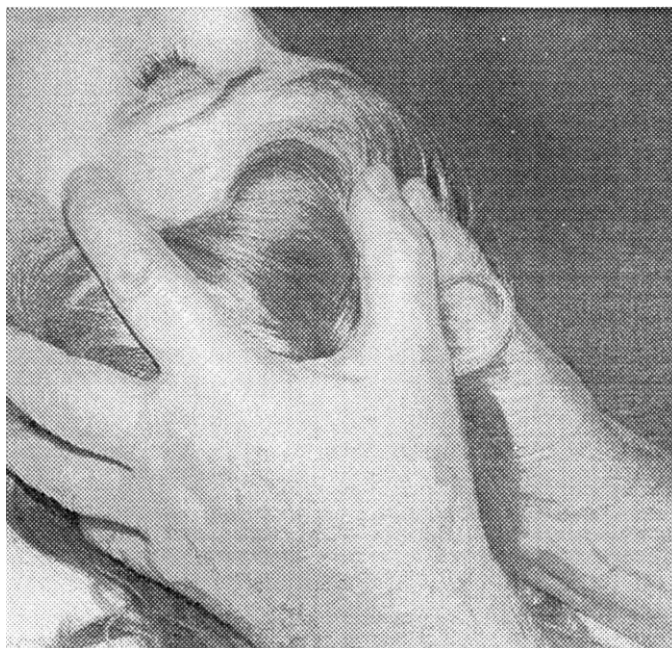
Фронтальноокципитальный захват



Доктор сидит со стороны головного конца манипуляционного стола.

1. А) Нижележащая рука обхватывает область чешуи затылочной кости.
1. Б) Кончики большого и указательного пальцев располагаются (или 2—4-й пальцы и основание ладони) над латеральными углами затылочной кости.
2. Верхняя рука располагается над лобной костью, не касаясь ее ладонью. Кончики указательного и среднего пальцев — на большом крыле с одной стороны и подушечка большого пальца — над большим крылом со стороны врача.

Флексионные движения черепа



Указательный палец расположен на боковой поверхности клиновидной кости. Большое крыло движется каудально, дорсально и латерально.

Мизинец находится позади астериона и перемещается каудально и нейтрально.

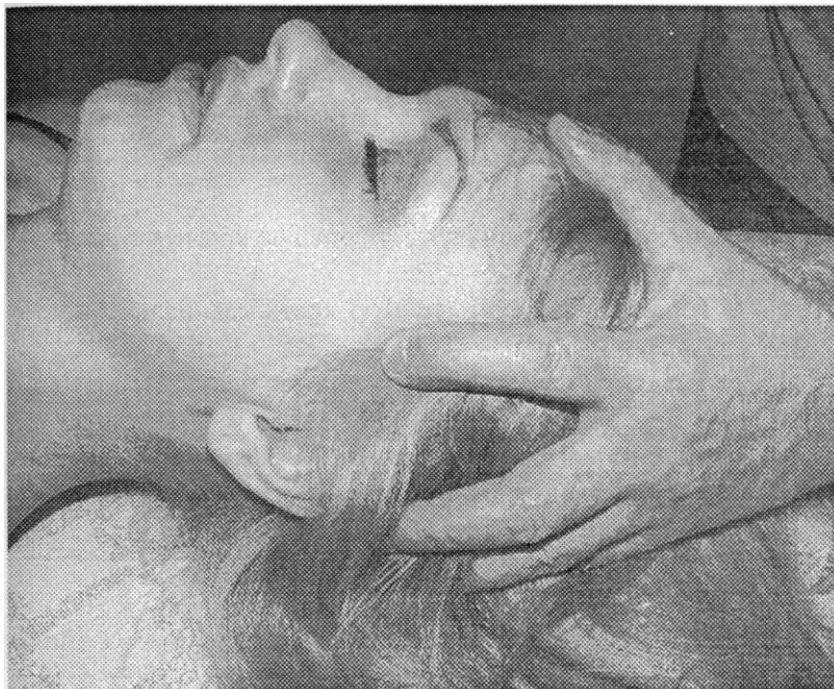
Основания среднего и четвертого пальцев движутся латерально. Экстензионные движения черепа осуществляются движениями пальцев в противоположных направлениях.

*Торсионные движения сфенобазиллярного сочленения
(торсия направо — правое большое крыло краниально)*



1. Правый указательный палец двигает правое большое крыло краниально.
2. Левый мизинец или четвертый палец двигает латеральный угол затылочной кости краниально.

**Боковые наклоны сфенобазиллярного сочленения
(выпуклость справа)**



1. Работает только левая рука. Пальцы находятся в положении захвата свода и, двигаясь, приближаются друг к другу, вызывая боковой наклон.
2. Правая рука фиксирует движения на правой стороне головы, осуществляя латеральное напряжение сфенобазиллярного сочленения (правое латеральное напряжение).
3. Правый указательный палец двигает большое крыло основной кости вентрально.
4. Правый мизинец и четвертый палец двигают затылочную кость в том же самом направлении.
5. Левый указательный палец двигает большое крыло дорсально.
6. Левый мизинец и четвертый палец двигают затылочную кость в том же направлении.

7. Вызываются ротационные движения вокруг вертикальной оси, проходящей через тело клиновидной кости и большое затылочное отверстие.

Вертикальное напряжение сфенобазиллярного сочленения

Верхнее напряжение

1. Указательный палец двигает большое крыло каудально и дорсально.
2. Мизинец двигает затылочную кость краниально и дорсально.
3. Вызываются ротационные движения вокруг поперечной оси, проходящей через клиновидную и затылочную кости. При этом клиновидная кость следует во флексионном направлении, в то время как затылочная кость — в направлении экстензии.

Нижнее напряжение

Вызываются движения в противоположных направлениях. Синхронная ротация височных костей.

1. Пальцы сцеплены в замок наподобие чаши вокруг чешуи затылочной кости.
2. Большие пальцы располагаются вдоль передних границ сосцевидных отростков.
3. Тенары располагаются в области сосцевидного отростка височных костей.
4. Большие пальцы оказывают слабое давление на вершину сосцевидного отростка в медиальном и дорсальном направлениях. Это вызывает наружную ротацию височных костей.
5. Внутренняя ротация вызывается давлением тенарами в медиальном и вентральном направлениях на сосцевидную часть височных костей.

***Односторонний наружный поворот височной кости
(справа)***



1. Левая рука приводит голову в небольшую ротацию на-
лево и в экстензию (это вызывает флексию затылочной
кости).
2. Правая рука:
 - А) Большой и указательный пальцы обхватывают скуло-
вой отросток височной кости и давят каудально и лате-
рально.
 - Б) Средний палец располагается в наружном слуховом
проходе — центре ротационного движения.
 - В) Четвертый палец и мизинец обхватывает сосцевидный
отросток и двигает сосцевидный отросток дорсально и
медиально.

***Односторонний внутренний поворот височной кости
(справа)***

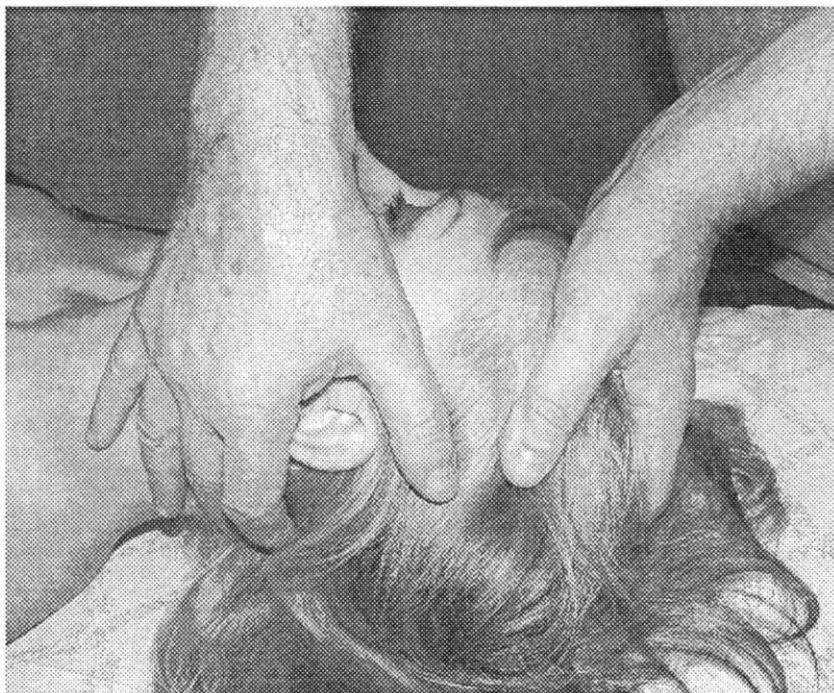
1. Левой рукой производится небольшая флексия головы (что приводит затылочную кость в положение экстензии) и очень небольшой поворот направо.
2. Правая рука:
 - А) Большой и указательный пальцы обхватывают скуловой отросток и давят краниально и медиально.
 - Б) Четвертый палец располагается впереди сосцевидного отростка, а мизинец позади. Они тянут сосцевидный отросток каудально и латерально.
 - В) Тенар правой руки давит дорсально и медиально на чешую височной кости.

*Сосцевидный шов
(дисфункция с правой стороны)*



1. Большой палец правой руки располагается над сосцевидным отростком, а тенар — вблизи теменно-сосцевидного шва. Большой палец умеренно давит на сосцевидный отросток и поворачивает его латерально и дорсально параллельно его продольной оси.
2. Большой палец левой руки располагается над задненижним углом теменной кости. Большой палец поворачивает медиально вокруг продольной оси и двигает вентрально и краниально.
3. Осуществляется слабая тракция между тенаром правой руки и большим пальцем левой.

*Височно-теменной шов
(дисфункция справа)*



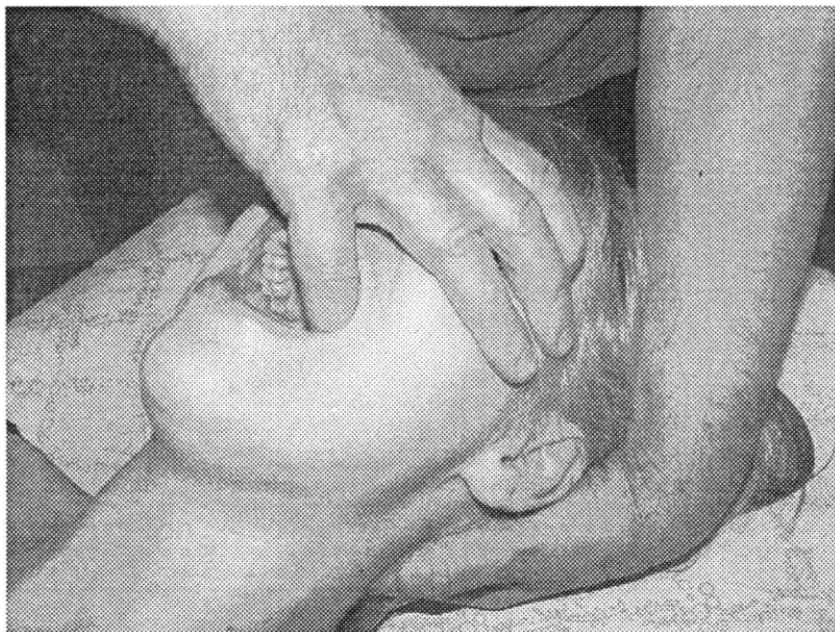
1. Большой палец левой руки на теменной кости вблизи шва. Правый большой палец на чешуе вблизи шва. Указательный и средний пальцы правой руки располагаются над сосцевидным отростком.
2. Во время экстензионной фазы большой палец левой руки оказывает давление медиально.
3. Во время флексионной фазы указательный и средний пальцы правой руки давят на сосцевидный отросток медиально и дорсально, вызывая наружный поворот височной кости.
4. Большие пальцы растягивают височно-теменной шов в стороны. Латеральная компрессия каменистой части височной кости.

*Декомпрессия
каменистой части височной кости*



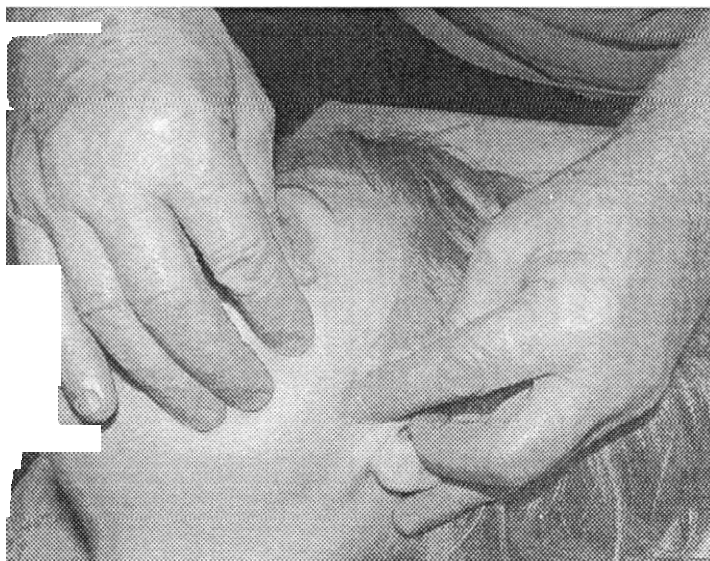
1. Ушная раковина обхватывается большим и указательным пальцами.
2. Вызывается слабое латеральное натяжение вдоль оси каменистой части.
3. Техника может применяться с одной стороны или с двух сторон одновременно.

***Репозиция клиновиднокаменистого сочленения
(дисфункция справа)***



1. Доктор сидит в головном конце манипуляционного стола на противоположной от дисфункции стороне.
2. Правая рука поддерживает затылок и подзатылочную область. Большой палец и тенар располагается над сосцевидным отростком и давят на него медиально и дорсально, вызывая наружную ротацию височной кости.
3. Левая рука:
 - А) Большой палец на левом большом крыле.
 - Б) Указательный и средний палец на правом большом крыле.
 - В) Мизинец, касаясь внутренней поверхности щеки, пальпирует наружную поверхность крыловидного отростка.Левая рука выполняет репозицию вокруг поперечной, переднезадней и вертикальной осей клиновидной кости.
4. Точка сбалансированного напряжения удерживается до наступления расслабления.

Височно-скуловой шов (дисфункция справа)



Доктор сидит со стороны головного конца манипуляционного стола с противоположной дисфункции стороны.

Правая рука:

- А) Большой и указательный пальцы определяют положение скуловидного отростка височной кости.;
- Б) Средний палец располагается в правом наружном слуховом проходе.
- В) Четвертый палец спереди и мизинец — позади сосцевидного отростка.

Левая рука:

- А) Большой палец на латеральной поверхности скуловой кости.
- Б) Указательный палец удерживает нижний край скуловой кости через слизистую щеки.

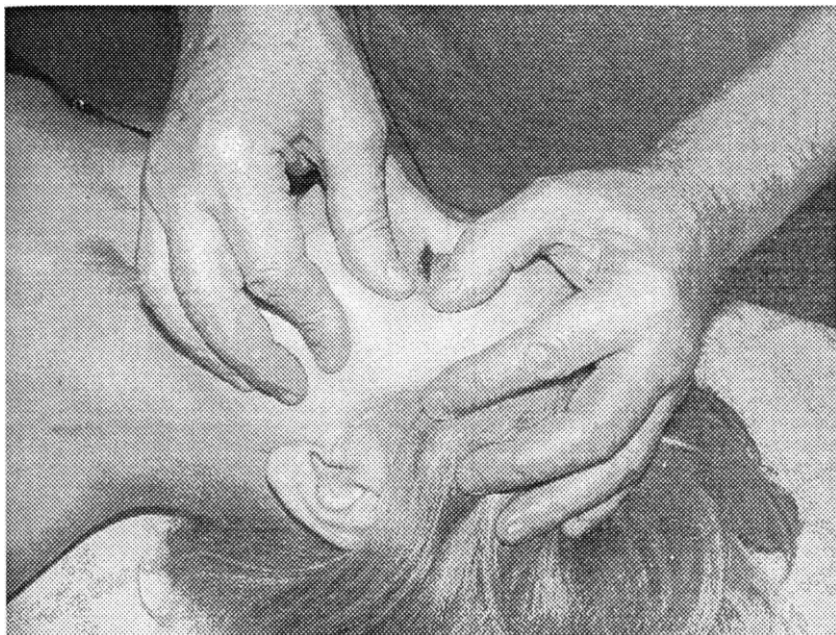
Обеими руками выполняется скручивание вдоль продольной оси височно-скуловой арки. В момент наступления расслабления восстанавливаются движения вокруг переднезадней и поперечной оси.

Лобный разворот



1. Большие пальцы пересекают или располагаются параллельно лобному шву.
2. Указательные пальцы располагаются позади края наружного отростка орбиты.
3. Во время флекссионной фазы большие пальцы давят в кра-ниодорсальном направлении, одновременно указательные пальцы двигают наружный отросток орбиты вентрально.

Лобно-скуловой шов (дисфункция слева)



1. Левая рука: указательный и средний пальцы располагаются с наружной стороны скуловой кости. Вызывается небольшое давление в вентральном и каудальном направлении для фиксации скуловой кости в положении наружной ротации.
2. Правая рука:
 - А) Ладонь — на лобной кости кпереди от венечного шва.
 - Б) Большой палец позади левого скулового отростка лобной кости, указательный или средний палец — справа.
3. Правая рука перемещает лобную кость во флексию во время флекссионной фазы. Вызывается небольшое движение наружного отростка орбиты в переднем и краниальном направлениях.

Смещение теменной кости вверх



1. Обе руки располагаются на своде черепа:
 - А) Указательные пальцы на передненижних углах.
 - Б) Средние пальцы на теменной кости над основанием височно-скуловых отростков.
 - В) Четвертые пальцы над теменно-сосцевидными углами.
 - Г) Большие пальцы располагаются перекрестно над сагиттальным швом, касаясь теменного шва с противоположной стороны.
2.
 - А) Во время экстензионной фазы пальцы давят медиально.
 - Б) Во время флексионной фазы теменные кости тянут в положение наружной ротации.
 - В) Теменные кости поднимают краниально. Это положение удерживается до наступления расслабления.

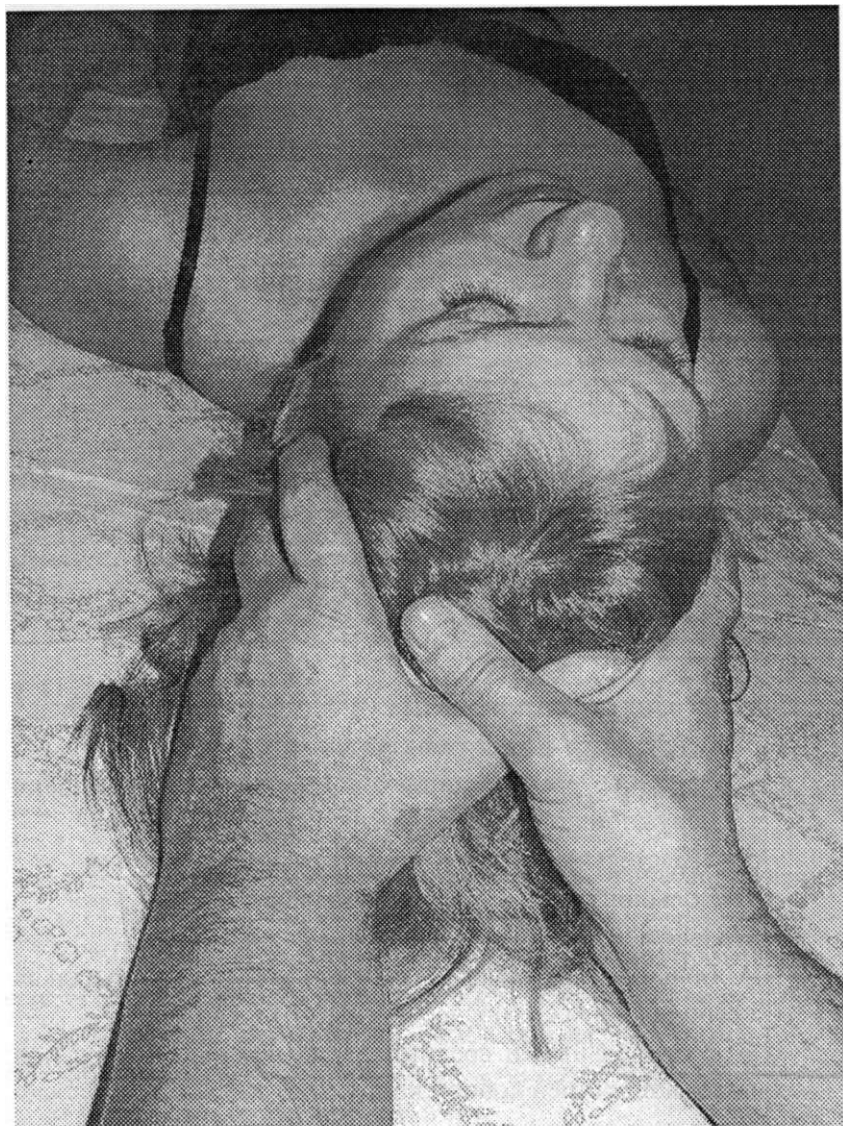
*Лобно-клиновидный шов
(расслабление большого крыла)*



Доктор сидит слева от пациента.

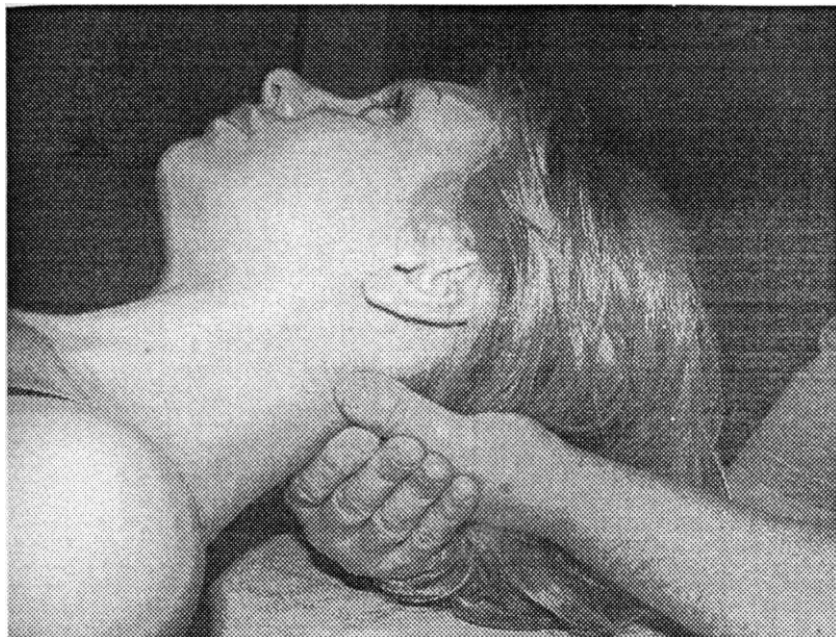
1. Левая рука стабилизирует клиновидную кость.
 - А) Мизинец располагается с внутренней стороны щеки на наружной поверхности крыловидного отростка.
 - Б) Указательный палец — на правом большом крыле.
 - В) Большой палец — на левом большом крыле.
2. Правая рука:
 - А) Большой палец располагается против большого пальца левой руки для его поддержки во время движения.
 - Б) Указательный и средний пальцы располагаются под височной линией лобной кости.
3. Движение правой руки:
 - А) Поднятие вперед вокруг поперечной оси.
 - Б) Поднятие налево вокруг вентральной и дорсальной оси.
 - В) Правой рукой можно совершать осцилляторные движения.

Раскрытие межтеменного шва



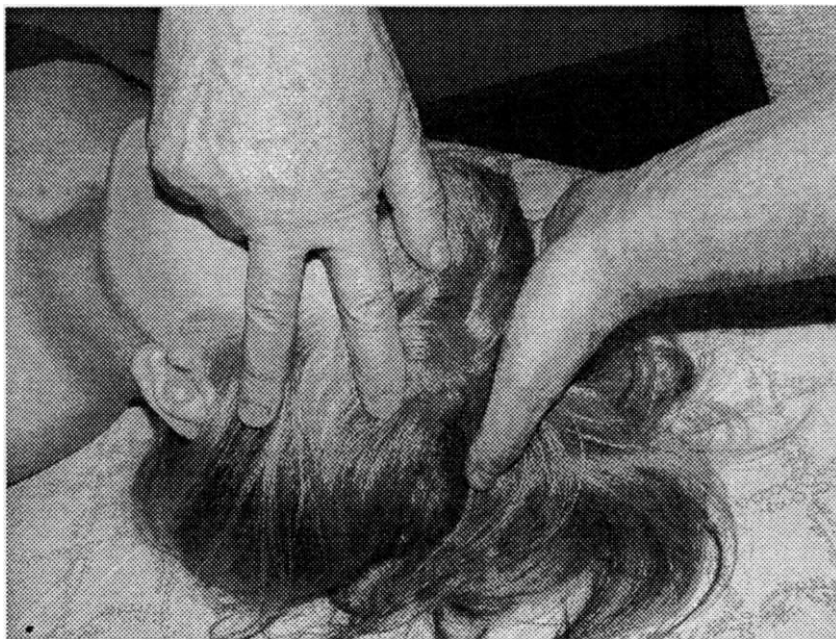
1. Пальцы располагаются в том же положении.
2. Сагиттальный шов открывают, разводя большие пальцы.

Компрессия четвертого желудочка (СУ-4 техника)



1. Кисти скрещены, образуя вместилище для чешуи затылочной кости. Тенары обеих кистей располагаются медиально от латеральных углов затылочной чешуи.
2. Тенары давят медиально и немного краниально:
 - А) Компрессия может сочетаться с дыхательным ритмом. При выдохе компрессия усиливается, при вдохе — прекращается.
 - Б) Компрессия может постепенно увеличиваться до наступления расслабления.

Расширение швов (Vтехника)



1. Указательный и средний пальцы располагают на области, где имеется ограничение подвижности шва, и мягко разводят в стороны.
2. Указательный палец другой руки располагают в точке, противоположной области ограничения шва, образуя длинную диагональ между двумя пальцами и одним. Небольшое давление прикладывается до наступления расслабления.

*Расширение большого затылочного отверстия
(мышцелковая декомпрессия)*



1. Указательные и средние пальцы обеих рук располагаются как можно ближе к дорсальному и латеральному краю большого затылочного отверстия.
2. Во время флексионной фазы пальцы обеих рук разделяются и двигаются дорсально, латерально и каудально.

Дисфункции лицевого скелета

Решетчатая кость

Анатомия

Решетчатая кость состоит из:

- горизонтальной пластинки;
- перпендикулярной пластинки;
- двух латеральных масс.

Соединения. Решетчатая кость соединяется со следующими костями:

- лобной;
- основной;
- небной;
- носовой;
- сошником;
- нижней носовой раковиной;
- верхней челюстью;
- слезной;
- хрящевой частью носовой перегородки.

Биомеханика

Решетчатая кость двигается вокруг поперечной оси, расположенной приблизительно в средней части кости. Движения определяются основной костью. Во флексионную фазу решетчатая кость передней частью следует краниально, а задняя — каудально; в экстензионную фазу передняя часть следует каудально, а задняя — краниально. Две латеральные массы совершают движения, подобные крыльям вокруг их вертикальной оси, расположенной в передней части латеральных масс. Во время флексионной фазы латеральные массы смещаются латерально, во время экстензионной фазы — медиально.

Пальпация

Возможна только непрямая пальпация смежных костей (сошник).

Лечебные техники

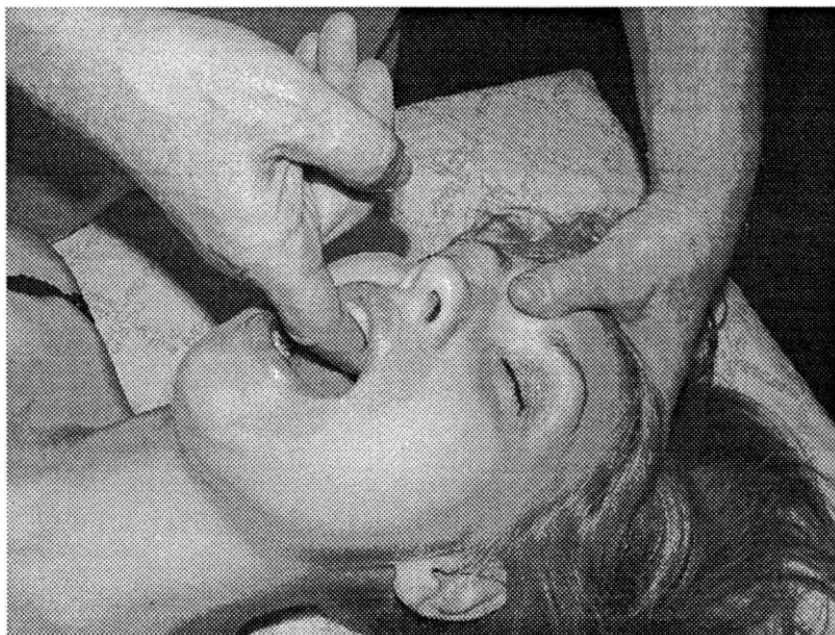
Расширение лобной кости



Техника вызывает расширение вырезки для решетчатой кости на лобной кости, что приводит к расширению решетчатого синуса и улучшению его дренажа. РЛ К показано для лечения синусита.

1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Указательные пальцы располагаются позади височной линии скулового отростка лобной кости на каждой стороне.
3. Большие пальцы располагаются на лобном (мезотопическом) шве.
4. Большие пальцы создают слабое давление на лобный шов в дорсальном направлении.
5. Указательные пальцы давят в вентральном направлении на височную линию скулового отростка лобной кости.
6. Воздействие продолжается до наступления расслабления.

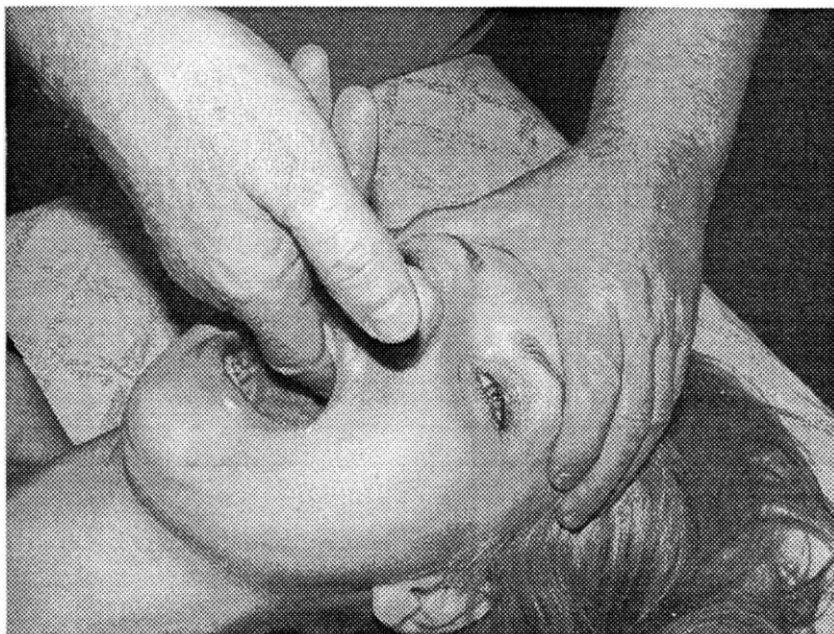
Увеличение флексионноэкстензионных движений перпендикулярной пластинки



Эта техника создает присасывающие движения в решетчатом синусе.

1. Врач сидит у головного конца стола, больной лежит на спине.
2. Большой палец руки, расположенной краниально, помещается над надпереносьем.
3. Кончик указательного пальца руки, расположенной каудально, помещается во рту над крестообразным швом.
4. Во время флексионной фазы большой палец давит на надпереносье в дорсальном и краниальном направлении для того, чтобы увеличить флексионное движение. Это вызывает давление на сошник, который своей дорсальной частью давит снизу на арочный шов.
5. В экстензионную фазу кончик указательного пальца давит на арочный шов снизу, в это же время большой палец давит на надпереносье вентрально и краниально.

Сошниковоосновная техника



Посредством крыловидных движений сошника увеличиваются флексионные и экстензионные, тем самым дренируются носовые синусы.

1. Врач сидит со стороны головного конца стола.
2. Рука, расположенная краниально, обхватывает лобную кость так, чтобы большой палец располагался на поверхности основной кости, обращенной к врачу. Указательный палец располагается с противоположной стороны.
3. Указательный палец руки, расположенной каудально, помещается в рот над небным швом (межверхнечелюстным).
4. Во время флексионной фазы кончик указательного пальца давит на вентральную часть небного шва около рассеченного отверстия, увеличивая этим флексион-

ную фазу, т.к. во время этой фазы вентральная часть сошника смещается краниально, а задняя часть — каудально.

5. Во время экстензии верхушка указательного пальца давит на арочный шов, тем самым сошник выдавливается краниально, что является для него физиологическим экстензионным движением.
6. Давление в противоположных направлениях увеличивает физиологические крылоподобные движения сошника во время флексионной и экстензионной фаз.

Скуловая кость

Анатомия

Скуловая кость имеет три поверхности:

- латеральную выпуклую верхнечелюстную;
- медиальную вогнутую орбитальную, образует латеральную и каудальную стенки орбиты;
- дорсальную височную.

Скуловая кость имеет четыре отростка:

- лобный;
- височный;
- верхнечелюстной;
- основной.

Три первых отростка могут быть пропальпированы, последний располагается глубоко в орбите и соединяется с основной костью.

Соединения. Скуловая кость соединяется посредством швов со следующими костями:

- лобной (лобно-скуловой шов);
- височной (височно-скуловой);

- верхней челюстью (верхнечелюстно-скуловой);
- основной (скуловоосновной);

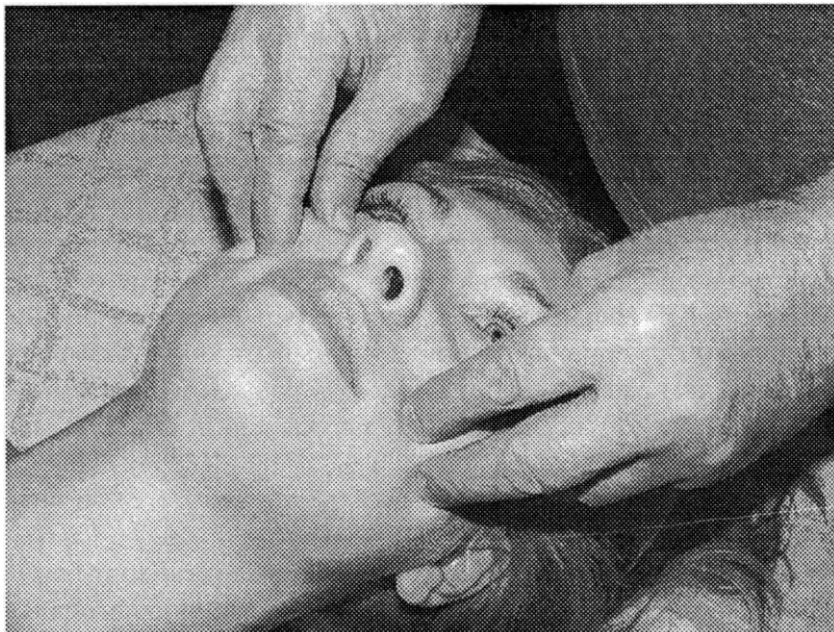
Физиологические движения. Движения скуловой кости передаются с орбитальной части основной кости. Они состоят из наружной и внутренней ротации вокруг оси, проходящей от переносицы до угла нижней челюсти.

Во флексионную фазу скуловая кость поворачивается в наружную ротацию, что вызывает движение орбитальной поверхности скуловой кости вперед и делает глазное яблоко более выступающим вперед. Орбитальный край поворачивается латерально, расширяя отверстие орбиты и удлиняя диагональный верхнемедиальный — нижнелатеральный диаметр. Лобно-скуловой угол становится шире: лобный отросток скуловой кости следует в переднелатеральном направлении, а височный отросток — в нижнелатеральном направлении. В результате глазное яблоко кажется большим и выступает из орбиты.

В экстензионную фазу скуловая кость смещается во внутреннюю ротацию, а глазные поверхности поворачиваются дорсально; орбитальный край смещается медиально, что приводит к сужению отверстия орбиты и укорочению диагонального верхнемедиального — нижнелатерального диаметра; лобно-скуловой угол становится меньше; лобный отросток скуловой кости движется в заднемедиальном направлении, а височный — в переднемедиальном. В результате глазное яблоко кажется меньшим и западает в орбиту.

Обследование и лечение скуловой кости

Наружная и внутренняя ротация



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Большие пальцы обеих рук располагаются над брегмой.
3. Указательный и средний пальцы располагаются над скуловой костью: указательный — над верхнечелюстным отростком, средний — на лобном.
4. Вызывается наружная и внутренняя ротация давлением на скуловую кость в соответствующем направлении.

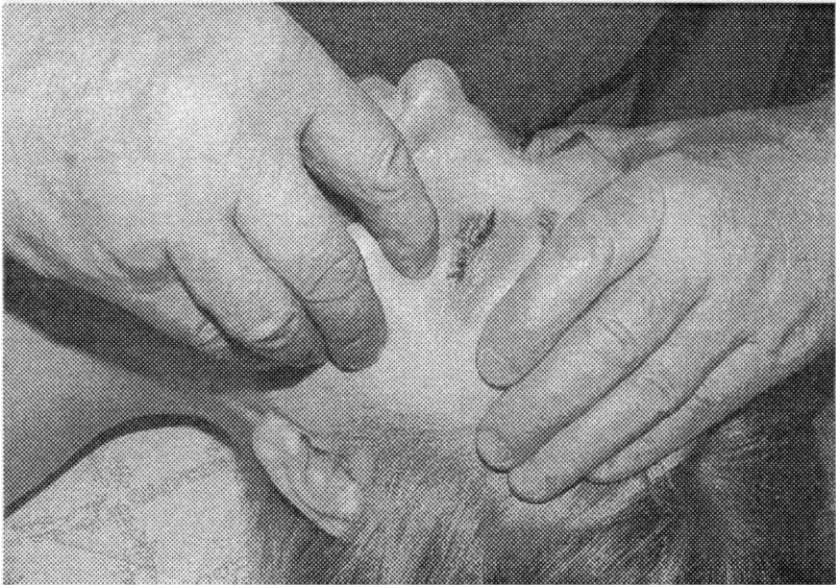
Внутрищечная техника



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Указательный палец каудальной руки помещается с внутренней стороны щеки высоко в верхней язычной бороздке и скользит дорсально до височной поверхности и височного отростка скуловой кости.
3. Большой палец этой же руки располагается на наружной поверхности височного отростка, что позволяет обхватить скуловую дугу и менять ее положение.
4. Краниальная рука обхватывает лобную кость. Большой палец располагается на скуловом отростке лобной или височной кости для того, чтобы наблюдать движение между скуловой костью и/или упомянутыми (лобной и височной) костями.

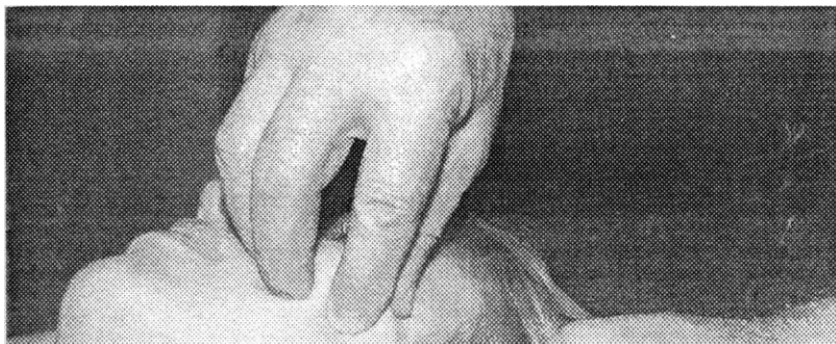
Лечебные техники

Расслабление лобно-скулового шва (на примере левой стороны)



1. Врач сидит у головного конца стола слева.
2. Указательный и/или средний пальцы левой руки располагаются на боковой поверхности скуловой кости.
3. Правая рука обхватывает лобную кость: большой и указательный (средний) пальцы помещаются с двух сторон позади терминальной линии, ладонь — на чешуе лобной кости.
4. Лечение начинают во флексионной фазе. Большой и указательный (средний) пальцы правой руки смещают скуловую отросток лобной кости в вентральном направлении, одновременно ладонь надавливает на чешую лобной кости в дорсальном направлении, продолжая таким образом увеличивать движение во флексию. Указательный (средний) палец левой руки давит на латеральную поверхность скуловой кости, увеличивая флексию и наружную ротацию.
5. Обеими руками доводим лобно-скуловой шов до барьера и удерживаем до наступления расслабления.

Расслабление височно-скулового шва (справа)



1. Врач сидит у головного конца стола справа.
2. Левая рука обхватывает лобную кость: указательный и средний пальцы слева, большой палец — на скуловом отростке правой височной кости.
3. Правая рука: указательный палец располагается внутрищечно под височным отростком скуловой кости, большой — на этом же отростке снаружи.
4. Лечение начинается во флексионную фазу. Большой и указательный пальцы правой руки двигают скуловую кость в наружную ротацию и одновременно тянут в вентральном направлении. Большой палец левой руки давит на скуловый отросток височной кости каудально, смещая височную кость в наружную ротацию.
5. Это положение удерживается до наступления расслабления (непрямая техника).

Расслабление челюстно-скулового шва (слева)



1. Врач сидит у головного конца стола со стороны, противоположной дисфункции.
2. Левая рука располагается на левой стороне черепа: указательный палец — вдоль орбитального края скуловой кости, средний — под нижним краем скуловой кости.
3. Указательный палец правой руки с вентральной стороны скулового отростка верхней челюсти, средний палец — у каузального ее края (слева).
4. Прямая техника — растягивание краев шва в стороны: пальцы левой руки тянут краниально и дорсально, одновременно пальцы правой руки — каудально и вентрально; по достижении барьера ждут расслабления.

Непрямая техника: пальцы левой руки смещают скуловую кость в наружную и внутреннюю ротацию, пальцы правой стабилизируют верхнюю челюсть; точка наименьшего напряжения удерживается до расслабления.

Билатеральное восстановление наружной и внутренней ротации



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Руки располагаются по обеим сторонам головы: указательные пальцы — вдоль орбитальных краев скуловой кости, средние — вдоль нижних краев.
3. Лечение начинается во флексионную фазу: указательные пальцы слегка давят каудально, средние — каудально и медиально. В экстензионную фазу указательные пальцы давят краниально и медиально, средние — краниально.
4. Определяется точка наименьшего напряжения и удерживается до расслабления (непрямая техника) или достигается барьер и удерживается до расслабления (прямая техника).

Верхняя челюсть

Анатомия

Верхняя челюсть состоит из тела, подобного пирамиде, с основанием, обращенным в полость носа, и вершиной, соответствующей скуловому отростку. Имеет четыре отростка:

- лобный;
- скуловой;
- небный;
- альвеолярный.

Соединения. К верхней челюсти прилежат кости:

- лобная — соединяется с лобным отростком верхней челюсти;
- носовая — соединяется с лобным отростком (передний край) верхней челюсти;
- слезная — соединяется с лобным отростком (нижний край) и глазничной поверхностью (медиальная поверхность) верхней челюсти;
- боковая масса решетчатой кости — соединяется с лобным отростком (медиальная поверхность) и орбитальной поверхностью (медиальный край) верхней челюсти;
- небная кость — соединяется с носовой поверхностью (дорсальная часть), орбитальной поверхностью (медиальный край) и небным отростком (задний край) верхней челюсти;
- нижняя носовая раковина — соединяется с носовой поверхностью верхней челюсти;
- сошник — соединяется с носовым гребнем небного отростка верхней челюсти;
- скуловая кость — соединяется со скуловым отростком верхней челюсти;
- обе верхние челюсти — соединяются небными отростками по средней линии.

Физиологические движения. Верхняя челюсть совершает ротационные движения наружу и внутрь синхронно с флексионными и экстензионными движениями сфенобазиллярного синхондро-

за. Ось ротационных движений соответствует линии, проходящей вдоль лобного отростка верхней челюсти и вырезки зубов. Во время флекссионной фазы происходит наружная ротация, во время экстензионной — внутренняя.

Наружная ротация: бугристость верхней челюсти смещается латерально, что увеличивает расстояние между дорсальными частями альвеолярных отростков; небо становится шире и уплощается; жевательная поверхность моляров слабо наклоняется латерально: дорсальный край лобного отростка поворачивается латерально, скуловой отросток смещается вперед и латерально, делая лицо шире.

Внутренняя ротация: бугристость верхней челюсти смещается медиально, что уменьшает расстояние между дорсальными частями альвеолярных отростков. Небо становится уже и выше; жевательная поверхность моляров смещается медиально: дорсальная часть лобного отростка поворачивается медиально, скуловой отросток двигается назад и в медиальном направлении, что делает лицо уже.

Положение и движения верхней челюсти могут быть асимметричными. Асимметрия может быть вызвана травмой, экстракцией зубов, врожденными аномалиями развития зубов и пр.

Обследование верхней челюсти

Осмотр. В случае асимметрии носогубная складка глубже на стороне наружной ротации. В случае асимметрии с наружной ротацией смещенная половина неба более плоская и расположена более каудально; при асимметрии с внутренней ротацией смещенная половина неба углублена и расположена более краниально. Асимметрию неба можно выявить как при осмотре, так и пальпаторно.

Определение объема движений

Определение наружной и внутренней ротации.

1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Указательные и средние пальцы располагаются на боковых поверхностях верхней челюсти и определяют объем ротационных движений.

Внутриротовое определение наружной и внутренней ротации.

1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Указательные пальцы располагаются на жевательной поверхности каждого ряда коренных зубов верхней челюсти.
3. Пальпаторно определяется объем наружной и внутренней ротации. На объем ротации можно оказать воздействие с одной или с обеих сторон указательными пальцами, которыми проводится пальпация.

Примечание. Определение торсии, поперечного смещения и компрессии сфеноверхнечелюстного сочленения см. «Лечебные техники».

Лечебные техники

Восстановление наружной и внутренней ротации (на примере левой стороны)



1. Врач сидит справа, т.е. со стороны, противоположной дисфункции.
2. Левая рука обхватывает лобную кость, указательный и средний пальцы располагаются над левым большим крылом основной кости.
3. Большой палец правой руки располагается над правым большим крылом основной кости, указательный палец располагается за щекой и оказывает давление вдоль наружной стороны левого альвеолярного отростка к его дорсальной части под скуловым отростком верхней челюсти.
4. Движение руки. Левая рука фиксирует движения и одновременно следует флексионным и экстензионным

движениям основной кости. Мобилизующие движения осуществляются указательным пальцем правой руки. Наружная ротация вызывается поворотом пальца в положение супинации вокруг его продольной оси и одновременным слабым давлением в латеральном направлении на скуловой отросток верхней челюсти. Внутренняя ротация достигается поворотом указательного пальца в положение ротации вокруг его продольной оси и одновременным слабым давлением на альвеолярный отросток в медиальном направлении.

Расслабление верхнечелюстно-лобного шва



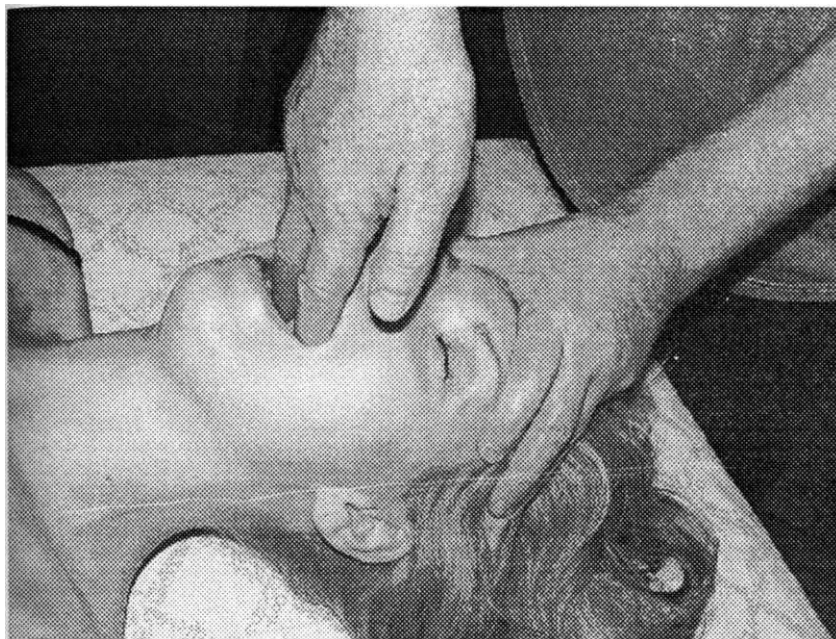
1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Краниальная рука обхватывает лобную кость так, как это описано выше.
3. Большой и указательный пальцы руки, расположенной снизу, фиксируют оба лобных отростка верхней челюсти и оказывают давление в каудальном направлении до барьера, удерживая до появления расслабления. Эта техника оказывает влияние и на положение основной кости.

Расслабление шва между верхнечелюстными костями



1. Врач сидит со стороны головного конца стола.
2. Указательные пальцы располагаются внутри полости рта с медиальной стороны альвеолярных отростков с обеих сторон.
3. Пальцы двигаем по направлению барьера, и удерживаем до наступления расслабления.

Восстановление торсии сфеноверхнечелюстного комплекса



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Краниальная рука обхватывает лобную кость так, как это описано выше.
3. Указательный и средний пальцы нижней руки располагаются на жевательной поверхности верхних коренных зубов с двух сторон и оказывают на них попеременное давление, чтобы определить объем торсии справа и слева.
4. Ограниченные движения (торсия) обычно восстанавливаются вначале не прямой, а затем (если необходимо) прямой техниками.

Расслабление поперечного смещения сфеноверхнечелюстного комплекса

Врач сидит у головного конца стола.

Краниальная рука располагается так, как это описано выше.

Указательный и средний пальцы нижней руки помещаются на жевательную поверхность коренных зубов с обеих сторон и одновременно смещают верхнечелюстной комплекс в латеральном направлении направо и налево (попеременно) для определения объема поперечного смещения.

При обнаружении ограничения обычно проводится не-прямая техника путем определения точки наибольшего расслабления и удержания ее до наступления расслабления. Затем, если нужно, выполняется прямая техника путем достижения барьера и удержания его до наступления расслабления.

Расслабление компрессии сфеноверхнечелюстного комплекса



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Краниальная рука располагается так, как это описано выше.
3. Пальцы нижней руки располагаются во рту: указательный — на небе сразу позади резцов, большой — впереди резцов на альвеолярном отростке; указательный палец слабо тянет в вентральном направлении, чтобы определить напряжение. Может наблюдаться ограничение подвижности одной или обеих верхнечелюстных костей, а также их соединения, что определяется сошником.
4. Для устранения ограничения используется прямая техника: указательный палец тянет комплекс к барьеру и удерживает до наступления расслабления.

Небная кость

Анатомия

Небная кость состоит из горизонтальной части, образующей дорсальную часть, и перпендикулярной, которая соединяется с медиальной поверхностью верхней челюсти и формирует латеральную стенку полости носа. Перпендикулярная часть имеет два образования, направленных краниально — орбитальный и сфеноидальный отростки. Орбитальный отросток образует малую часть медиальной стенки орбиты. Сфеноидальный отросток соединяется с нижней поверхностью тела основной кости и крылом сошника. Дорсальной своей частью небная кость соединяется с крыловидным отростком и образует с ней крылонебную бороздку.

Соединения. Небные кости соединяется с:

- основной костью;
- верхней челюстью;
- решетчатой костью;
- сошником;
- нижней носовой раковиной;
- друг с другом по средней линии своими горизонтальными частями.

Физиологические движения. Перпендикулярная часть небной кости образует соединение между телом и крыловидным отростком основной кости и верхней челюстью. Поэтому движения небной кости преимущественно определяются движениями основной кости, но зависят также и от верхней челюсти. Движения эти — наружная и внутренняя ротация, соответствующие флексии и экстензии основной кости.

Наружная ротация: небная кость смещается латерально вместе с крыловидным отростком основной кости, который смещается латерально, дорсально и каудально; обе горизонтальные части с межнебным швом двигаются вместе с сошником и верхней челюстью.

Внутренняя ротация: движения костей совершаются в обратных направлениях.

Обследование и лечение дисфункций небной кости



Обследование небной кости проводится после того, как лечение дисфункций основной кости и верхней челюсти закончено, так как это лечение часто приводит к устранению дисфункций небной кости.

1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Верхняя рука обхватывает лобную кость, указательный и средний пальцы располагаются над большим крылом основной кости.
3. Указательный палец нижней руки надавливает краниально вдоль медиальной поверхности верхних коренных зубов сразу позади последнего зуба непосредственно на твердое небо (медиальнее альвеолярного отростка верхней челюсти) до наступления расслабления.
4. После наступления расслабления указательный палец надавливает латерально и удерживает давление до тех пор,

пока небная кость не сместится в положение наружной ротации. При ограничении наружной ротации палец удерживается у барьера до наступления расслабления.

Сошник

Анатомия

Сошник — плоская кость параллелограммоподобной формы, формирующая носовую перегородку. Краниодорсальный край имеет вырезку между двумя крыльями для соединения с гребнем основной кости.

Соединения. Сошник соединяется с:

- основной костью;
- небной костью;
- верхней челюстью;
- решетчатой костью;
- хрящевой перегородкой.

Физиологические движения. Сошник совершает флекссионные и экстензионные движения вокруг поперечной оси, которые зависят от движений основной кости.

Во флекссионную фазу дорсальная часть нижнего края сошника давит каудально на горизонтальную часть небной кости и дорсальную часть небного отростка верхней челюсти, в то время как вентральная часть сошника смещается краниально и слабо поднимает вентральную часть носового гребня.

В экстензионную фазу движения происходят в противоположных направлениях — каудальный край сошника смещается каудально своей вентральной частью и краниально дорсальной частью.

Техники исследования и лечения

Исследование объема торсии сошника

1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Верхняя рука обхватывает лобную кость, указательный и средний пальцы располагаются над большим крылом основной кости.
3. Подушечка указательного пальца нижней руки располагается на дорсальной части шва между двумя верхнечелюстными костями, одновременно проксимальная часть пальца следует за швом на внутренней стороне альвеолярного отростка.
4. Далее палец поворачивается вокруг вертикальной оси вправо и влево. Если обнаруживается разница в объеме движений в двух этих направлениях — определяется торсия сошника.

Восстановление торсии сошника

1. Положение рук — как при обследовании.
2. Ограничение торсии устраняется указательными пальцами, расположенными на шве между двумя верхнечелюстными костями. Шов разворачивается до точки наибольшей свободы в направлении свободного движения, и пальцы удерживаются до наступления расслабления (непрямая техника), после чего пальцы поворачивают по направлению к барьеру и удерживают это положение до наступления расслабления (прямая техника).

Лечение поперечного смещения

1. Положение рук — как при обследовании, верхняя рука фиксирует основную кость.
2. Указательный палец нижней руки давит вначале в направлении наибольшей свободы и удерживает до наступления

пления расслабления (непрямая техника), после этого палец давит в направлении ограничения движения до барьера и удерживает до наступления расслабления (прямая техника).

Слезная кость

Соединения. Слезная кость соединяется с:

- верхней челюстью;
- лобной костью;
- решетчатой костью;
- нижней носовой раковиной.

Носовая кость

Соединения. Носовая кость соединяется с:

- верхней челюстью;
- хрящевой частью носа;
- лобной костью.

Обследование



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Рука, расположенная выше (краниально), фиксирует лобную кость большим пальцем, расположенным позади скулового отростка лобной кости, ближайшего к врачу, а средний палец расположен соответственно с противоположной стороны.
3. Большой и указательный пальцы нижней руки помещаются на носовую кость для определения объема движений: наружной ротации — во время флекссионной фазы и внутренней — во время экстензионной, затем определяется объем скольжения обеих носовых костей вдоль продольной оси носа.

Лечебная техника

1. Врач сидит у головного конца стола.

2. Рука, расположенная краниально, фиксирует лобную кость.
3. Большой и указательный пальцы каудальной руки тянут носовую кость в каудальном направлении до барьера и удерживают до наступления расслабления.

Нижняя челюсть

Анатомия

Нижняя челюсть — непарная кость с горизонтально расположенным подковообразным телом и двумя вертикально поднимающимися ветвями. В передней части тела расположен подбородочный симфиз. Ветви имеют четырехстороннюю форму. На верхнем крае ветвей возвышаются два образования: вентрально-венечный отросток, к которому прикрепляются жевательные мышцы, и дорсально-суставной, соединяющийся с нижнечелюстной ямкой височной кости.

Физиологические движения. Во время флексионной фазы суставной отросток смещается немного дорзомедиально, что определяется наружной ротацией височной кости. Одновременно углы нижней челюсти двигаются слабо латерально, расширяя поперечный размер нижней челюсти. В экстензионную фазу движения происходят в противоположных направлениях.

Обследование височно-нижнечелюстного сустава

1. Сустав необходимо исследовать в положении покоя и во время движения. При наружной ротации височной кости с одной стороны подбородочный симфиз будет смещаться в эту же сторону.
2. Необходимо исследовать следующие движения: открытие и закрывание рта — измеряется расстояние между зубами (резцами) и пальпируются движения суставного отростка; движения нижней челюсти вперед и назад (скользящие движения); движения из стороны в сторону.

Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава



1. Врач сидит у головного конца стола.
2. Ладони выпрямлены и располагаются по обеим сторонам головы, указательные пальцы лежат на углах нижней челюсти.
3. Пальцы медленно тянут в краниальном направлении для того, чтобы вызвать сдавление височно-нижнечелюстного сустава, что в свою очередь вызывает наружную ротацию височной кости, движение мембран, их расслабление и т.д.
4. Затем пальцы медленно двигаются в каудальном направлении, что создает тракцию височно-нижнечелюстного сустава и приводит к повороту височной кости во внутреннюю ротацию, снова возникает мембранная активность и расслабление.
5. Движения рук должны быть очень медленными.

Крестец

Анатомия

Крестец имеет клиновидную форму, три суставные поверхности — две боковые для соединения с подвздошной костью и одну верхнюю, служащую основой для позвоночника.

Физиологические движения. Движения крестца вызываются движениями затылочной кости, которые передаются на крестец через твердую мозговую оболочку спинального канала, прикрепляющуюся к краю большого затылочного отверстия, I, II и III шейным позвонкам, а внизу — к вентральной стенке крестцового канала на уровне второго крестцового сегмента. Во время флексии фазы в сфенобазиллярном синхондрозе основание крестца поднимается в дорсальной части, что соответствует экстензии крестца.

В экстензионную фазу сфенобазиллярного синхондроза основание крестца смещается нейтрально, что соответствует флексии крестца. Кроме того, совершаются торсионные и боковые движения.

Обследование крестца

1. Обследование должно производиться в положении больного на спине, на животе и на боку.
2. Пальпирующая рука подушечками 2, 3 и 4-го пальцев располагается над основанием крестца, вершина крестца помещается в ладонь.
3. Во флекссионную фазу сфенобазиллярного синхондроза основание крестца смещается дорсально, в экстензионную — вентрально.

Лечебная техника

1. Положение рук такое же, как при обследовании.
2. Флексионное движение, т.е. движение основания крестца в дорсальном направлении может быть вызвано надавливанием ладони на вершину крестца.
3. Экстензионное движение, т.е. движение основания крестца вентрально может быть вызвано давлением кончиков 2, 3 и 4-го пальцев на основание крестца.

Мышечно-энергетические техники

Мышечно-энергетические техники — это диагностический и терапевтический метод для лечения соматических дисфункций.

Метод базируется на суставной биомеханике и нервно-мышечных рефлекторных механизмах.

Цели:

1. Мобилизация тугоподвижных сочленений.
2. Стретчинг (stretching — растягивание) гипертоничных и сокращенных мышц.
3. Усиление слабых мышц.
4. Улучшение локальной циркуляции, уменьшение отека.

Биомеханические типы дисфункций:

- 1-й тип** — компенсаторный (нейтральный): вовлечено не менее трех позвонков. Нейтральная позиция по отношению к флексии — экстензии, постепенная кривизна. Наклон в сторону и ротация в противоположные стороны. Лечится в последнюю очередь.
- 2-й тип** — травматический (не нейтральный): вовлечен один позвонок. Позиция либо флексии, либо экстензии, резкое смещение позвонка. Наклон и ротация в одноименную сторону. Лечится в первую очередь.

Немедленные эффекты после проведения МЭ процедуры:

- уменьшение или исчезновение боли;
- потепление в области лечения;
- улучшение объема движений в суставе;
- релаксация;
- утомление;

- иногда мышечное утомление присутствует в течение дня после лечения.

Частота лечения:

- острые случаи: 1—2 раза в неделю;
- хронические случаи: 1 раз в неделю;
- упражнения, после 3—5 МЭ процедур.

Последовательность лечения

Лечение следует всегда проводить в следующей последовательности:

1. Поясничная не нейтральная ДФ.
2. ДФ симфиза (лобка).
3. ДФ крестца.
4. ДФ подвздошной кости.
5. Нейтральная поясничная дисфункция.
6. Не нейтральная грудная дисфункция.
7. Нейтральная грудная ДФ.
8. Реберная ДФ:
 - а) в первую очередь лечится структурная ДФ;
 - б) затем лечатся респираторные ДФ.
9. Шейная ДФ.

Переход к следующей ДФ только тогда, когда полностью устранена предыдущая ДФ. Нельзя нарушать последовательность лечения. Если в регионе присутствуют несколько ДФ, то лечение начинают с наиболее выраженной.

Шейный отдел позвоночника столба

C7-C2

Двигательный тест — нейтральная позиция



Врач пальпирует и стабилизирует верхний сегмент на дисфункциональном уровне так, чтобы его пальцы с двух сторон контактировали с суставными колоннами (pillars). Основания ладоней врача контролируют голову пациента так, чтобы любое движение верхнего сегмента при тестировании могло контролироваться. Врач производит трансляционное движение справа налево с тем, чтобы протестировать одновременно наклон и ротацию в одну и ту же сторону, трансляция справа налево C5 относительно C6 позволяет протестировать способность C5 наклоняться вправо и ротироваться вправо относительно C6, трансляция справа налево без ненормальных ограничений позволяет правому суставу закрыться, а левому — открыться. Если обнаруживается ограничение трансляции справа налево, то это говорит об ограничении наклона и ротации в сегменте C5—C6.

C7-C2

Двигательный тест — наклон назад



Пациент лежит в супинации (на спине) на кушетке, врач стоит или сидит у изголовья для тестирования позвоночного двигательного сегмента (например C5—C6), подушечки пальцев врача размещаются на суставных колоннах верхнего позвонка.

Врач приподнимает пальцы к потолку, осуществляя тем самым наклон назад на уровне C5—C6.

Голова транслируется вправо, а затем влево для определения ограничения движения; важно, чтобы голова и шея оставались в позиции наклона назад.

Глаза рекомендуется удерживать в горизонтальной плоскости для того, чтобы наклон в сторону производился трансляторным усилием; наклон в сторону производится не за счет приподнимания (cocking) головы в одну или другую сторону.

Если ограничение встречается при трансляции справа налево при наклоне назад, то устанавливается диагноз: ограничение разгибания, ротации и наклона вправо; позиция сегмента будет следующая: сгибание, ротация влево, наклон влево (СРНл).

Если ограничение определяется при трансляции слева направо при наклоне назад, то движение ограничено по направлениям разгибания, ротации влево, наклона влево; сегмент в состоянии сгибания, ротация вправо, наклон вправо (СРНпр).

Если сопротивление проявляется при трансляции справа налево, то правый сустав не закрывается; если сопротивление проявляется при трансляции слева направо, толевый сустав не закрывается.

C7-C2

Двигательный тест — наклон вперед

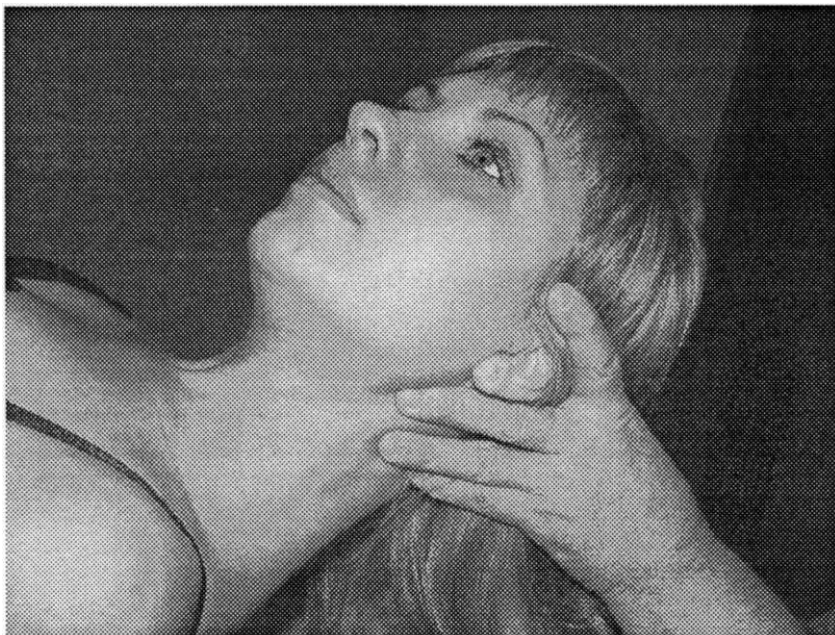


Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит или сидит у изголовья для тестирования позвоночного двигательного сегмента (например, С5—С6), подушечки пальцев врача размещаются на суставных колоннах верхнего позвонка, врач ротирует голову вперед и наклоняет вперед до тестируемого сегмента, проводит трансляцию справа налево; при наличии сопротивления ставится диагноз: ограничение сгибания, ротации вправо, наклона вправо; положение сегмента в разгибании, ротации влево, наклона влево (РРНл).

Если сопротивление определяется при трансляции слева направо, то ставится диагноз: ограничение разгибания, ротации влево, наклона влево; положение сегмента в разгибании, ротации вправо, наклона вправо (РРНпр).

Если сопротивление проявляется при трансляции справа налево, то левый сустав не открывается; если сопротивление проявляется при трансляции слева направо, то правый сустав не открывается.

C1-C2
Двигательный тест



Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит у головы.

Врач обхватывает голову пациента двумя руками и наклоняет голову за счет шеи на 45 градусов; удерживая голову в наклоне на 45 градусов вперед, врач проводит ротацию вправо, а затем влево, тестируя ограничение ротационного движения.

Ограничение ротации вправо диагностируется как ограничение атласа вправо; позиция атласа в левой ротации, ограничение ротации влево диагностируется как ограничение атласа влево; позиция атласа в правой ротации.

СО-СІ
Двигательный тест — наклон назад



Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит или сидит у изголовья.

Врач обхватывает голову пациента двумя руками за височно-теменные области.

Врач проводит наклон назад ротацией головы вокруг воображаемой оси, проходящей через наружный слуховой канал.

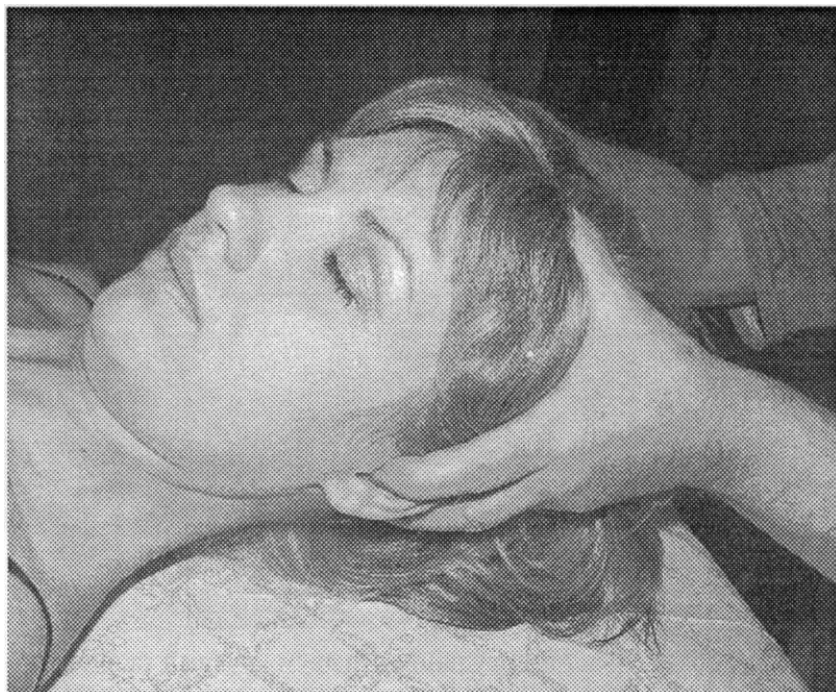
Разогнув голову (но не относительно стола), врач совершает трансляторное движение справа налево, удерживая глаза в горизонтальной плоскости; при наличии сопротивления ставится диагноз: ограничение затылочно-атлантного разгибания, наклона вправо и ротации влево.

Положение затылка в сгибании, наклона влево, ротации вправо (СРпрНл).

Удерживая голову в состоянии разгибания, врач совершает трансляторное движение слева направо; при наличии сопротивления ставится диагноз: ограничение затылочно-атлантного разгибания, наклона влево и ротации вправо; положение затылка в сгибании, наклона вправо, ротации влево (СРлНпр).

СО-СІ

Двигательный тест — наклон вперед

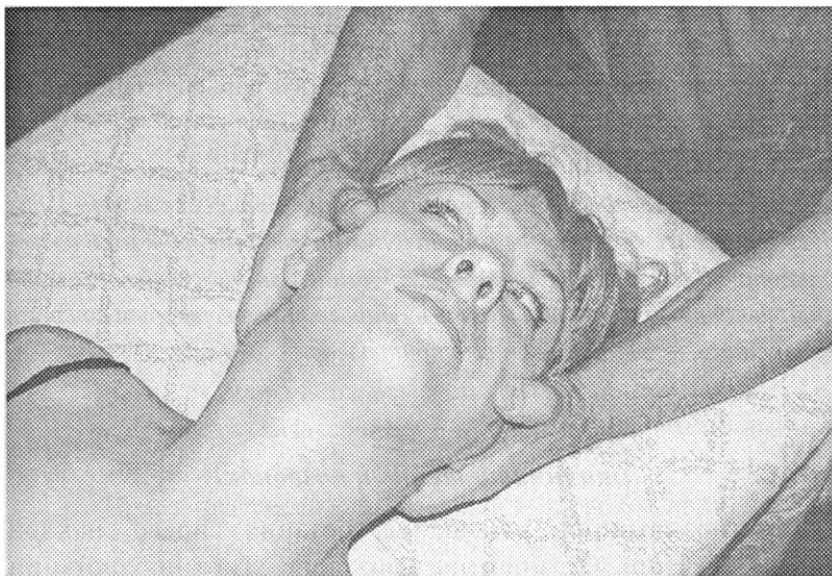


Врач сгибает (наклоняет вперед) голову вокруг воображаемой оси, проходящей через наружный слуховой канал.

В положении сгибания осуществляется трансляция слева направо; при наличии сопротивления ставится диагноз: ограничение затылочно-атлантного сгибания, наклона влево и ротации вправо; положение затылка в разгибании, наклона вправо, ротации влево (РРлНпр).

Удерживая голову все еще в состоянии сгибания, врач совершает трансляторное движение справа налево; при наличии сопротивления ставится диагноз: ограничение затылочно-атлантного сгибания, наклона вправо и ротации влево; положение затылка в разгибании, наклона влево, ротации вправо (РРпрНл).

**Лечение СРН дисфункции
С7-С2
(типичный шейный позвонок)**



Диагноз-позиция: сгибание, ротация вправо, наклон вправо (СРНпр). Ограничение движения: разгибания, ротации влево, наклона влево.

1. Пациент лежит в супинации на кушетке, врач сидит у изголовья.
2. Подушечки пальцев врача пальпируют отростки дугоотростчатых суставов нижнего позвонка дисфункционального позвоночного двигательного сегмента так, чтобы верхний мог относительно него двигаться.
3. Другая рука врача контролирует голову пациента, производя наклон в сторону и ротацию.
4. Подушечки пальцев врача, контактируя с суставами, приподнимаются по направлению к потолку, производя разгибание, другая рука в это время ротирует и наклоняет к ограничительному барьеру.

5. От пациента требуется осуществить малое изометрическое усилие против сопротивляющейся руки врача в направлении бокового наклона или ротации или приподнятии головы от стола (прообраза наклона вперед).
6. После 3—5-секундного мышечного усилия пациент расслабляется, а врач увеличивает разгибание, боковой наклон и ротацию против очередного барьера. Процедура повторяется 3—5 раз.
7. Повторный осмотр.

Примечание. Альтернативой активированной силе могут быть движения глаз. На примере ограничения разгибания, ротации влево, наклона влево активированной силой пациента может быть взгляд вправо против ограничения и новый барьер преодолевается во время релаксации, когда пациент смотрит влево.

C7-C2

(типичный шейный позвонок)

Диагноз-позиция: разгибание, ротация вправо, наклон вправо (РРНпр). Ограничение движения: сгибания, ротации влево, наклона влево.

1. Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит у изголовья.
2. Ладонь левой руки врача поддерживает затылок пациента, а большой и указательный пальцы контактируют с двумя дугоотросчатыми суставами дисфункционального уровня.
3. Левая рука осуществляет сгибание головы к барьеру, а правая — наклоняет и ротирует.

Примечание. Правостороннее трансляторное движение левой руки локализует этот маневр в дисфункциональном сегменте.

4. Пациента просят изометрически толкать голову назад к ладони врача или наклонять в правую сторону против ограничения.
5. После 3-5-секундного мышечного усилия пациент расслабляется, а врач преодолевает очередной новый барьер. Процедура повторяется 3—5 раз.

6. Повторный осмотр.

Примечание. Альтернативой активированной силе могут быть движения глаз. На примере ограничения сгибания, ротации влево, наклона влево активированной силой пациента может быть взгляд вправо против ограничения и новый барьер преодолевается во время релаксации, когда пациент смотрит влево.

СО-С1

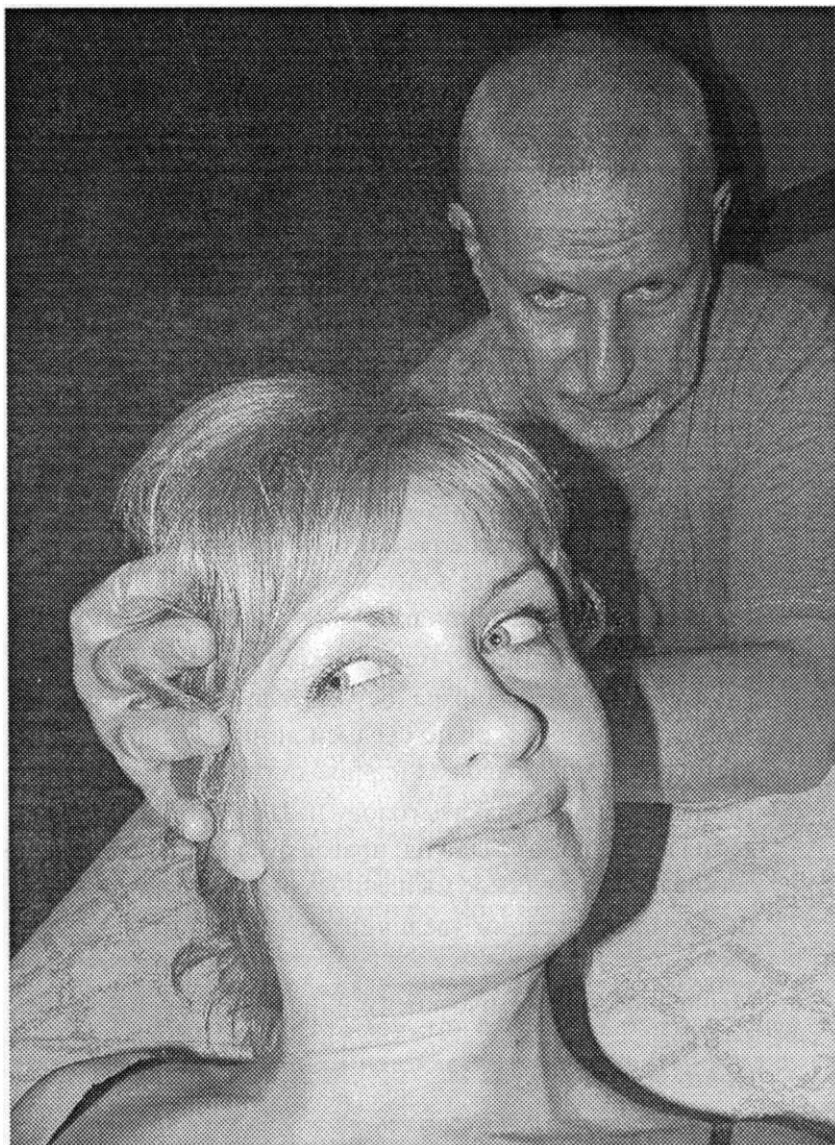
(затылочно-атлантное соединение)

Лечение РРН дисфункции. Диагноз-позиция: разгибание, ротация влево, наклон вправо (РРлНпр). Ограничение движения: сгибания, наклона влево, ротации вправо.

1. Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит или сидит у изголовья.
2. Левая рука врача охватывает затылок пациента перепонкой между указательным и большим пальцем по выйной линии.
3. Правая рука врача обхватывает подбородок пациента так, что правое предплечье контактирует с правой височно-теменной областью пациента.
4. Обе руки врача ротируют голову вперед к барьеру сгибания.
5. Правое предплечье врача осуществляет наклон влево, удерживая подбородок по средней линии. Это обеспечивает и ротацию вправо как парное движение.
6. Пациента просят толкать голову назад против сопротивления в течение 3—5 секунд; правая рука врача регулирует легкое изометрическое мышечное сокращение.
7. Во время релаксации увеличивается сгибание и наклон влево.
8. Мышечное энергетическое усилие пациент повторяет 3—5 раз.
9. Повторный тест.

Примечание. Можно использовать движения глаз. На задержке дыхания пациент смотрит на врача, а на выдохе — на стопы; врач преодолевает новый барьер.

C1-C2
(атлантоосевой сустав)
Лечение ротационной дисфункции



Диагноз-позиция: атлант ротирован вправо. Ограничение движения: атлант ограничен в левой ротации относительно аксиса.

1. Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит или сидит у изголовья.
2. Врач обхватывает голову ладонями и сгибает ее на 45 градусов.
3. Врач осуществляет ротацию головы влево к ограничительному барьеру.
4. Пациента просят, чтобы он разворачивал голову вправо против сопротивления легким изометрическим мышечным сокращением.
5. После 3—5 секунд сокращения следует релаксация, во время которой увеличивается ротация влево.
6. Пациент повторяет ротационное усилие против сопротивления приблизительно 3—5 раз.
7. Повторный тест.

Примечание. Можно использовать движения глаз; на задержке дыхания пациент смотрит вправо, а при релаксации — влево.

СО-СІ
(затылочно-атлантное соединение)
Лечение СРНдисфункции



Диагноз-позиция: сгибание, ротация влево, наклон вправо (СРлНп). Ограничение движения: разгибания, ротации вправо, наклона влево.

1. Пациент лежит в супинации на кушетке, врач стоит или сидит у изголовья.
2. Левая рука врача охватывает затылок пациента перепонкой между указательным и большим пальцем по выйной линии.
3. Правая рука врача охватывает подбородок пациента так, что правое предплечье контактирует с правой височно-теменной областью пациента.
4. Обе руки врача ротируют голову назад к барьеру разгибания.

5. Правое предплечье врача осуществляет наклон влево, удерживая подбородок по средней линии.

Примечание. Активную ротацию исключить.

6. Пациента просят толкать подбородок к груди против сопротивления в течение 3—5 секунд; правая рука врача регулирует легкое изометрическое мышечное сокращение.
7. Во время релаксации увеличивается разгибание и наклон влево.
8. Мышечное энергетическое усилие пациент повторяет 3—5 раз.
9. Повторный тест.

Примечание. Можно использовать движения глаз. На задержке дыхания пациент смотрит на стопы, а на выдохе — на врача, который преодолевает новый барьер

Грудной отдел позвоночного столба

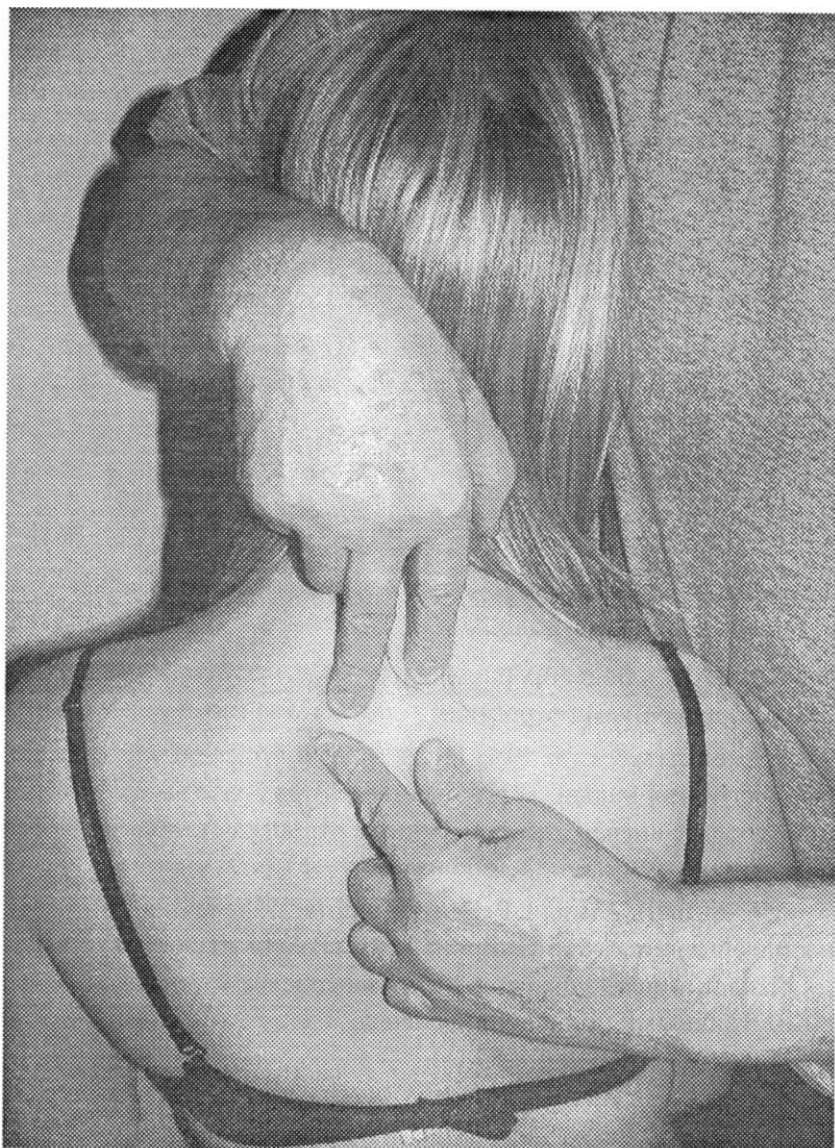
Осмотр верхнего и нижнего грудных отделов позвоночника

Подушечки больших пальцев устанавливаются над правым и левым поперечными отростками соответственно.

Может быть 2 типа РРН дисфункции: поперечный отросток на дисфункциональной стороне становится более выступающим при наклоне вперед, два поперечных отростка становятся более симметричными при наклоне назад.

Может быть 2 типа СРН дисфункции: поперечный отросток на дисфункциональной стороне не будет двигаться назад во время наклона назад, два поперечных отростка становятся более симметричными при наклоне вперед.

T1-T5
Лечение РРН дисфункции



Диагноз-позиция: разгибание, ротация влево, наклон влево (РРНл). Ограничение движения: сгибания, ротации вправо, наклона вправо.

1. Пациент сидит, врач стоит позади.
2. Левая рука пальпирует левый поперечный отросток дисфункционального сегмента и остистый отросток нижележащего сегмента.
3. Правая рука врача контролирует голову и шею пациента.
4. Сгибая голову и шею, обеспечиваем трансляцию назад верхней части туловища.
5. Необходимый наклон вправо и ротацию вправо врач определяет, проводя некоторую правую и левую трансляцию через плечевой пояс.
6. Пациента просят разгибать голову или наклонять влево (помните, что голова может быть охвачена правой рукой врача в форме «тюбана»).
7. После сокращения и последующей релаксации врач увеличивает сгибание, наклон вправо и ротацию вправо к очередному ограничительному барьеру.
8. 7-й шаг повторить 2—3 раза.
9. Повторный тест.

T1-T5

Лечение РРН дисфункции

Диагноз-позиция: сгибание, ротация влево, наклон влево (РРНл). Ограничение движения: разгибания, ротации вправо, наклона вправо.

1. Пациент сидит, правое плечо выше левого, врач стоит позади.
2. Правая рука пальпирует левый поперечный отросток дисфункционального сегмента и остистый отросток нижележащего сегмента.
3. Левая рука врача контролирует голову и шею пациента.

4. Проводится небольшая ротация вправо, а затем в сегменте производится разгибание.
5. Наклоном вправо и ротацией вправо подходим к барьеру, а далее пациент инструктируется наклонять голову влево или вперед.
6. После сокращения и релаксации врач увеличивает разгибание, наклон вправо и ротацию вправо к барьеру, а далее пациент повторяет наклон влево с усилием.
7. 6-й шаг повторяется 2 или 3 раза.
8. Повторный тест.

T1-T5

Лечение групповой дисфункции

Диагноз-позиция: нейтральная, наклон влево, ротация вправо (ННлРпр). Ограничение движения: наклона вправо, ротации влево.

1. Пациент сидит, выпрямившись, врач сзади.
2. Врач через мониторинг определяет верхушку группы.
3. Правая рука врача контролирует голову и шею.
4. Наклон вправо проводится через трансляцию плечами справа налево, а лицо ротируется влево к барьеру.
5. Пациента просят наклонять голову влево против сопротивления.
6. Увеличивается наклон вправо и ротация влево.
7. Пациент снова наклоняет голову влево.
8. Шаги 6 и 7 повторяются 2—3 раза.
9. Повторный тест.

T5-T12
Лечение РРН дисфункции



Диагноз-позиция: разгибание, ротация вправо, наклон вправо (РРНпр). Ограничение движения: сгибания, ротации влево, наклона влево.

1. Пациент сидит, врач сзади.
2. Правая рука охватывает правую часть шеи, а левая рука — правый локоть.
3. Врач размещает левую руку над левым плечом пациента, охватывая правое плечо пациента кистью.
4. Правая рука врача осуществляет мониторинг правого поперечного отростка дисфункционального сегмента и остистый отросток нижележащего сегмента.

5. Врач сгибает туловище вперед до дисфункционального сегмента, а далее тестирует переднюю и заднюю трансляцию.
6. Контролируя плечи пациента, врач проводит наклон влево и ротацию влево до дисфункционального сегмента, а далее туловищем пациента проводит трансляцию слева направо.
7. Пациента просят изометрически наклонять туловище вправо.
8. Увеличиваем сгибание, наклон влево и ротацию влево к следующему барьеру.
9. Пациент повторяет изометрически наклон вправо, или ротацию вправо, или выпрямление 2—3 и более раз.
10. Повторный тест.

Примечание. Эта техника может быть адаптирована для использования в поясничном отделе.

T5-T12

Лечение СРНдисфункции

Диагноз-позиция: сгибание, ротация вправо, наклон вправо (СРНпр). Ограничение движения: разгибания, ротации влево, наклона влево.

1. Пациент сидит, врач сзади.
2. Левая рука врача контролирует левое плечо пациента, а правая проводит мониторинг правого поперечного отростка дисфункционального сегмента и остистого отростка нижнего сегмента.
3. Для наклона вправо пациент опускает правое плечо, чтобы врач потом провел ротацию влево. (Обратите внимание на трансляцию справа налево в дисфункциональном сегменте).
4. Пациент делает с усилием наклон влево против сопротивления. Эта процедура включает нейтральные меха-

низмы с тем, чтобы обеспечить ротацию влево в дисфункциональном сегменте.

5. Для обеспечения наклона влево пациент поднимает правое плечо, а врач опускает левое плечо и поддерживает ротацию влево. Одновременно пациента просят выдвигать живот вперед для обеспечения экстензии.
6. Врач оказывает сопротивление попытке пациента осуществить наклон вправо или ротации вправо.
7. Увеличивается разгибание, наклон влево и ротация влево к новому барьеру.
8. Врач снова сопротивляется силе пациента, пытающейся провести наклон вправо или ротацию вправо.
9. После 3—5 повторений правая рука размещается на грудной клетке пациента и приводит плечевой пояс к нейтральной позиции для удержания разгибания.
10. Левая рука пациента блокирует сегмент, находящийся ниже дисфункционального сегмента, а правая рука сдерживает грудную клетку пациента, которую тот толкает вперед. Этот маневр полностью закрывает оба сустава дисфункционального сегмента.
11. Повторный тест.

Поясничный отдел позвоночника столба

Лечение РРНдисфункции в положении лежа на боку

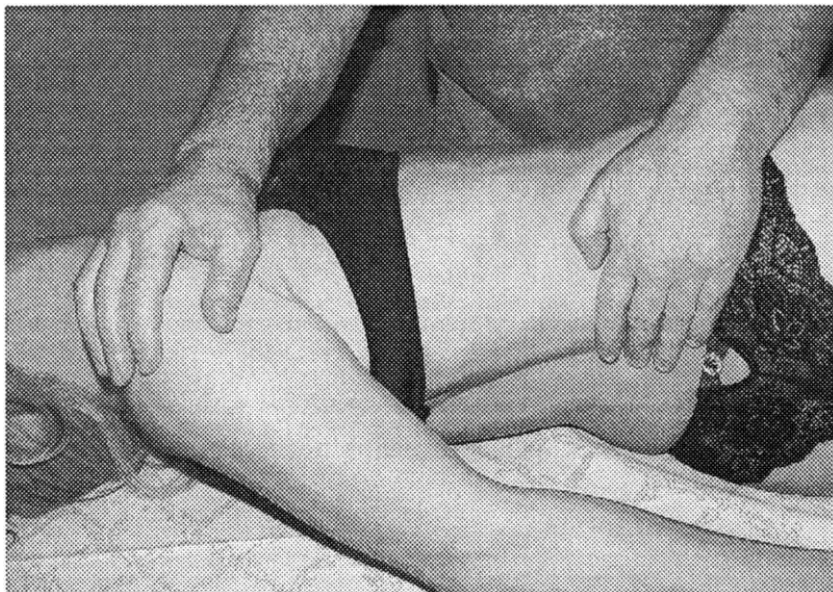


Диагноз-позиция: разгибание ротация вправо, наклон вправо (РРНпр). Ограничение движения сгибания, ротации влево, наклона влево.

1. Пациент лежит на столе на правом бедре, колени и стопы вместе, колени и бедра слегка согнуты. Левая рука свисает с края стола, а правая рука лежит на столе за спиной (правая боковая Sims позиция).
2. Врач стоит перед пациентом и контролирует сгибание коленей пациента передней частью своего правого бедра.
3. Правая рука врача пальпирует межостистый уровень дисфункционального сегмента, а колени и бедра сгибаются до тех пор, пока не появится ощущение движения в нижнем сегменте.

4. Для проведения ротации вправо просим тянуться левой рукой к полу, в это время врач усиливает давление вниз на левое плечо до ощущения движения верхнего сегмента.
5. После проведения локализации стопы пациента опускаются вниз с края стола, чем достигается наклон вправо в дисфункциональном сегменте.
6. Пациента просят поднимать стопы вверх к потолку против равного сопротивления, оказываемого правой рукой врача. Левая рука врача проводит мониторинг на дисфункциональном уровне.
7. Небольшая флексия вниз и наклон вправо позволяют овладеть очередным барьером.
8. Пациента просят снова поднять стопы к потолку.
9. 2—3 повтора 7-го и 8-го шагов полностью реставрируют функцию.
10. Повторный тест.

Лечение СРНдисфункции в положении лежа на боку



Диагноз-позиция: сгибание, ротация влево, наклон влево (СРНр). Ограничение движения: разгибания, ротации вправо, наклона вправо.

1. Пациент на левом боку, колени и стопы слегка согнуты, плечи перпендикулярны столу.
2. Врач стоит перед пациентом, а подушечки его больших пальцев устанавливаются на уровне дисфункционального сегмента. Врач толкает этот сегмент вперед, таким образом, трансляцией вперед локализуется разгибательное движение в дисфункциональном сегменте.
3. Для увеличения разгибания врач подталкивает нижнее плечо кзади.

Примечание. Не следует ротировать нижнее плечо пациента.

4. Разгибательное движение в нижнем сегменте дисфункционального уровня определяется восходящим снизу ощущением за счет разгибания нижней ноги.

Примечание. Не следует ротировать таз.

5. Ротационное движение в верхнем сегменте дисфункционального уровня определяется нисходящим сверху ощущением: пациент заводит верхнюю руку за спину и стабилизирует положение, удерживая кистью край стола.
6. Врач, удерживая правую лодыжку пациента, отводит и ротует нижнюю конечность, проводя снизу наклон право.
7. Пациент толкает правую лодыжку к левому колену против равного и противоположного сопротивления.
8. После увеличения разгибания и ротации вправо возможно увеличение наклона вправо за счет приподнимания правой ноги к потолку.
9. Усилие по приведению пациентом стопы к левому колену повторяется 2—3 раза.
10. Повторный тест.



Лечение групповой дисфункции в положении лежа на боку

Диагноз-позиция: нейтральная, наклон вправо, ротация влево (ННпрРл). Ограничение движения: нейтральная, наклона влево, ротации вправо.

1. Пациент лежит на правом боку, плечи и бедра перпендикулярны столу, стопы и колени слегка во флексии.
2. Врач стоит перед пациентом, а пальцами левой руки проводит мониторинг верхушки группового конвекса.
3. Правая рука врача, контролируя сгибание и разгибание бедер и коленей до ощущения максимальной свободы (не сгибательного или разгибательного ограничения), пальпирует место групповой дисфункции.
4. Врач проводит наклон вправо, поднимая стопы к потолку.
5. Пациент опускает стопы вниз к столу против равного сопротивления в течение 3—5 секунд.
6. Поднимая стопы вверх, врач увеличивает наклон влево.
7. Пациент снова опускает стопы к столу (наклон вправо).
8. Повторить 2—3 раза.
9. Повторный осмотр.

Газ

Тесты для крестцово-подвздошного сочленения

1. Тест наклона вперед из положения стоя:
 - А) врач пальпирует снизу скат каждой задней верхней подвздошной ости;
 - Б) пациента инструктируют наклоняться вперед, по возможности без сгибания коленей;
 - В) врач следует за экскурсией движения каждой задней верхней подвздошной ости;
 - Г) тест считается позитивным на стороне, где больше проявляется движение задней верхней подвздошной ости краниально и вентрально.

Тест наклона вперед из положения сидя:

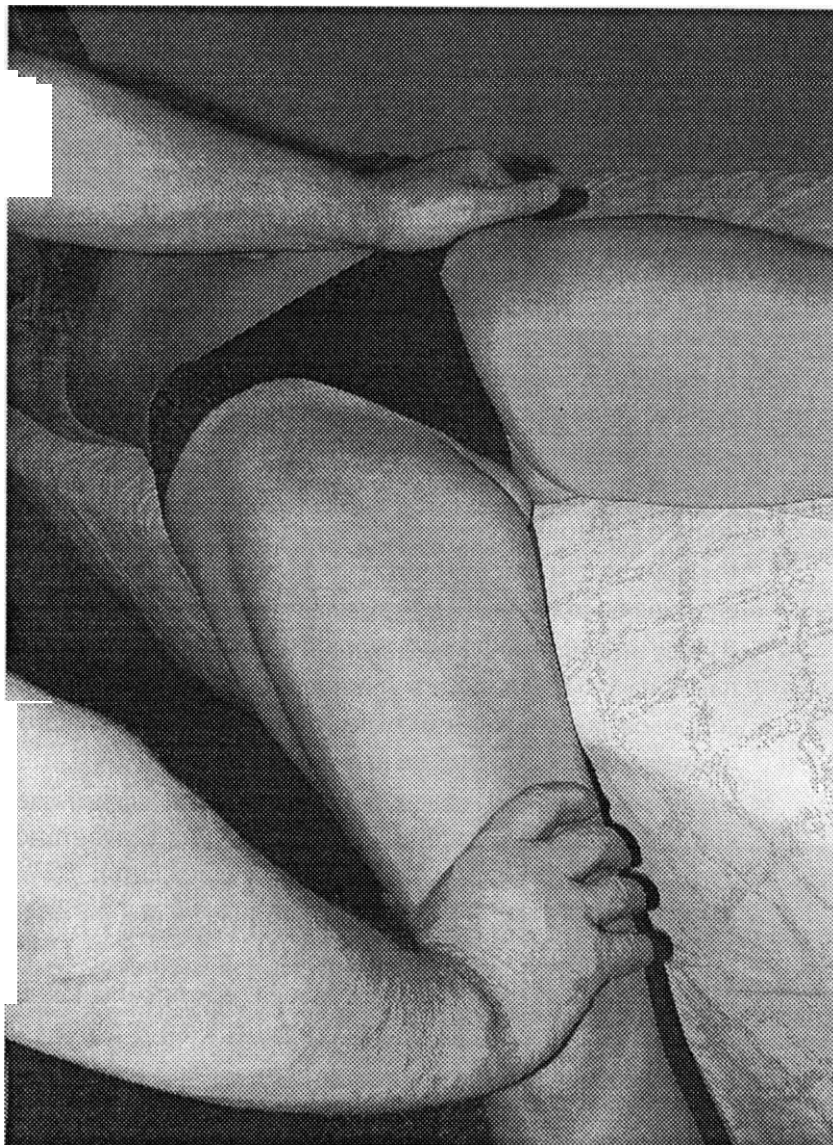
- А) пациент сидит на кушетке, стопы на полу, а колени разведены в стороны;
- Б) врач стоит за пациентом и пальпирует снизу скат каждой задней верхней подвздошной ости;
- В) пациента просят наклониться вперед; врач следит за движением каждой верхней подвздошной ости;
- Г) позитивным тест считается с той стороны, где движение задней верхней подвздошной ости более краниально и вентрально.

Тест для илиосакрального сочленения — тест Жиллета (тест одноногого аиста):

- А) врач стоит или сидит за стоящим пациентом;
 - Б) подушечка левого большого пальца врача располагается на остром отростке 2S, а правого — на правой задней верхней подвздошной ости (ЗВПО);
 - В) пациента просят, стоя на левой ноге, поднять правое колено к потолку;
 - Г) нормальным ответом считается движение большого пальца находящегося на ЗВПО каудально относительно 2S;
 - Д) тест интерпретируется как позитивный, когда большой палец на ЗВПО двигается краниально, время от времени, сопровождаясь наклоном таза в левую сторону, сравнение производится с противоположной стороной;
 - Е) левый большой палец, расположенный на нижнем конце крестцового гребня, и правый — на седалищной бугристости, тестируют нижний полюс движения;
 - Ж) кроме того, пациента просят поднимать правое колено к потолку;
- З) тест определяется как нормальный, если правый большой палец двигается латерально и вентрально;
- И) тест интерпретируется как ограничение нижнего полюса правого крестцово-подвздошного сустава, если правый большой палец двигается вверх, сопровождаясь наклоном таза влево.

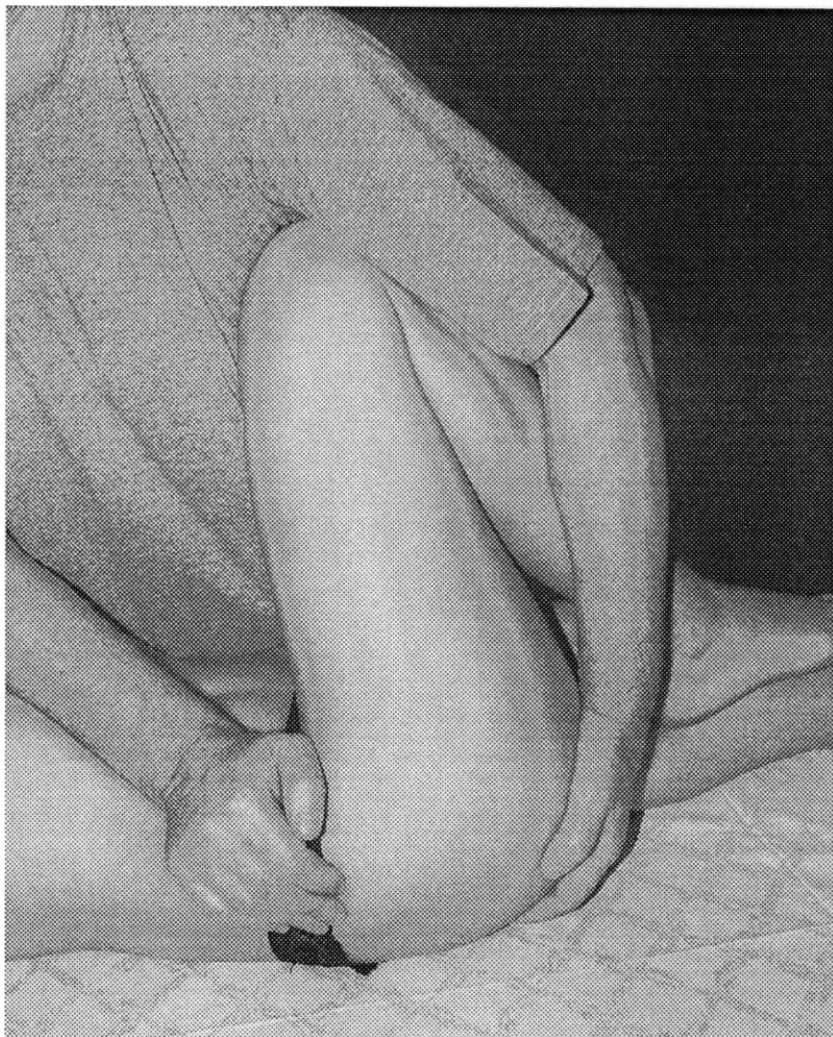
Лобковый симфизис

Лечение в позиции: лобковая ветвь вверх слева



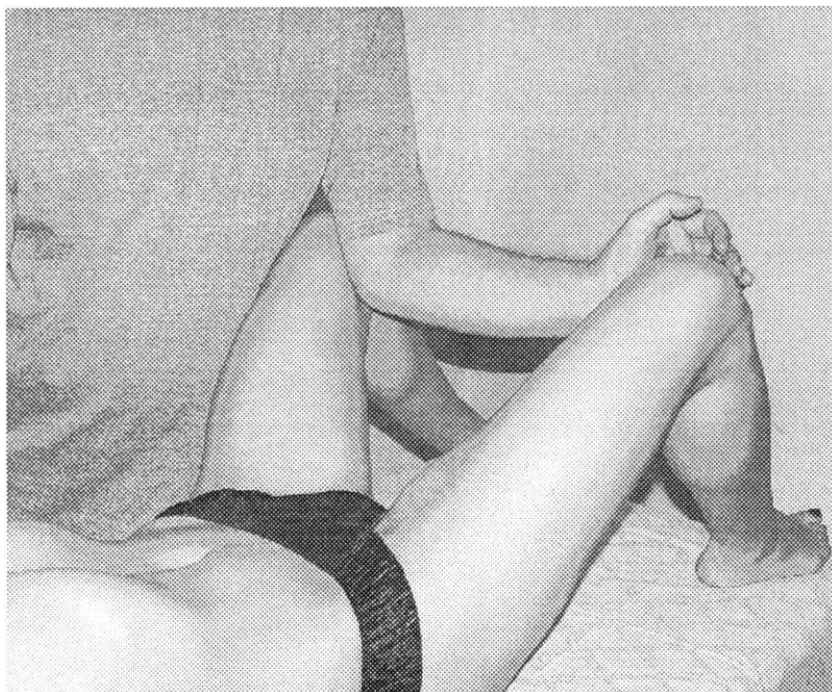
1. Пациент лежит в супинации на левой половине стола, правой рукой держась за правый край стола, левая нога свисает с края стола (левая подвздошная кость тем не менее на краю стола).
2. Врач стоит слева от стола и поддерживает разогнутую, свободно свисающую ногу.
3. Левая рука врача удерживает правую ПВПО (переднюю верхнюю подвздошную ость) пациента.
4. Правая рука врача давит вниз на коленный сустав до ограничительного барьера и удерживает.
5. Пациента просят поднимать левую стопу к барьеру, а врач оказывает сопротивление.
6. Когда пациент полностью расслабляется, врач слегка опускает колено.
7. Пациент повторяет 5-й шаг.
8. 5-й и 6-й шаги повторяются около трех раз.
9. Повторный осмотр.

Лечение в позиции: лобковая ветвь вниз справа



1. Пациент в супинации (на спине), правое колено и бедро согнуты, отведены и слегка ротированы внутрь.
2. Врач слева, согнутое колено пациента упирается в подмышку или боковую часть правого плеча.
3. Левая рука врача упирается в правый седалищный бугор; толкает краниально (к голове). Правая рука держит край стола или правую П В П О (переднюю верхнюю подвздошную ость) пациента.
4. Пациент пытается выпрямить ногу каудально против сопротивления врача. Пациент расслабляется.
5. Врач чуть-чуть усиливает 3-й шаг, а пациент повторяет 4-й.
6. 5-й шаг повторяется приблизительно 3 раза.
7. Повторный осмотр.

Техника «выстрел ружья»



1. Пациент в супинации на столе, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, стопы вместе.
2. Колени пациента разведены.
3. Врач устанавливает предплечье между коленями.
4. Пациент пытается свести колени, быстрое мышечное усилие приводит к дистракции симфиза лобка.
5. Повторный осмотр.

Крестцово-подвздошное сочленение

Дисфункции крестцово-подвздошного сочленения

Односторонний наклон крестца вперед

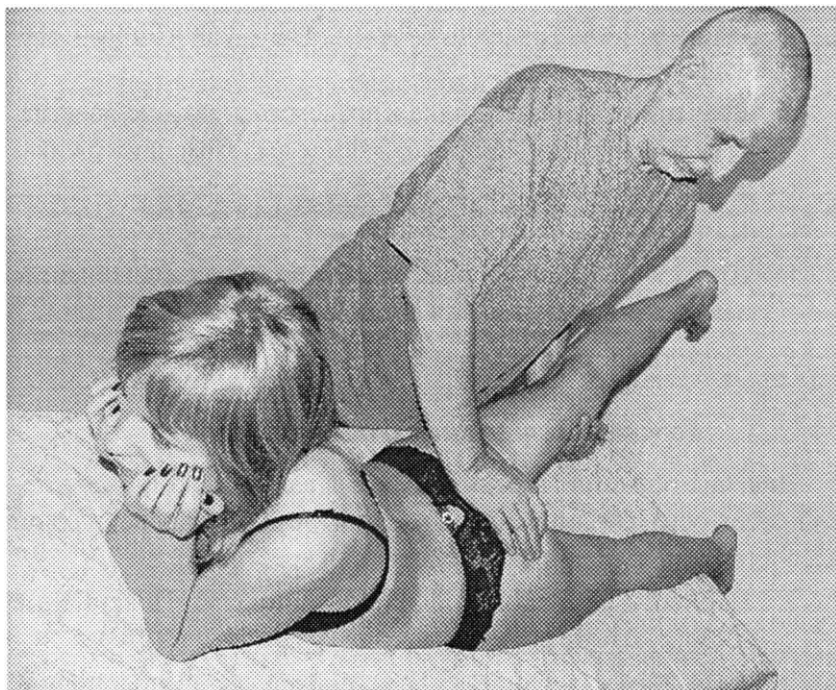


Диагноз-позиция: односторонний наклон крестца вперед слева. Ограничение движения: односторонняя нутация крестца назад слева.

1. Пациент в пронации.
2. Врач стоит слева от пациента.
3. Левая рука врача пальпирует левое основание крестца для того, чтобы провести мониторинг крестцово-подвздошного сочленения.
4. Левая нога пациента отводится (приблизительно) на 15 градусов и ротируется внутрь до максимальной «свободы» в крестцовой борозде. Пациент удерживает эту позицию.

5. Основание ладони правой выпрямленной руки врача оказывает давление на левый нижний боковой угол крестца (НБУК) в направлении максимума движения к основанию крестца.
6. Пациент делает максимально возможный вдох и максимально задерживает выдох, а врач удерживает давление на левый НБУК.
7. По мере того как пациент медленно выдыхает, врач удерживает давление.
8. Повтор проводится несколько раз.
9. Повторный осмотр.

Односторонний наклон крестца назад



Диагноз-позиция: односторонний наклон крестца назад справа. Ограничение движения: односторонняя нутация крестца вперед справа.

1. Пациент лежит в пронации на столе, упираясь локтями, а ладонями поддерживает подбородок (поза сфинкса).
2. Врач стоит справа от пациента и правой рукой осуществляет мониторинг краниальной части крестцово-подвздошного сочленения.
3. Левая рука врача отводит выпрямленную правую ногу до максимума пальпаторной свободы в S1 суставе (приблизительно 15 градусов). Привести правую стопу в наружную ротацию.
4. Основание правой кисти располагается на правом основании крестца, а противоположная рука, охватывая перед-

нюю верхнюю подвздошную ость, стабилизирует правую безымянную кость.

5. Пациент делает небольшой вдох, а затем форсированный выдох.
6. Врач прикладывает усилие к правому основанию крестца, следует движение, сопровождаемое выдохом, и удерживает в этой позиции.
7. Пациент повторяет 5-й пункт.
8. Шаги 5-й и 6-й повторяются несколько раз до ощущения релаксации и улучшения движения.
9. Повторный тест.

Торсия крестца вперед вокруг косой оси

Диагноз-позиция: торсия крестца вперед влево (вокруг левой косой оси). Ограничение движения: ротация вправо, наклон влево, нутация назад правого основания крестца.

1. Пациент в левой боковой Sims позиции (см. «Поясничные ДФ»), около края стола, левая рука позади и на столе.
2. Врач лицом к пациенту, пальпирует сустав пояснично-крестцовый.
3. Врач сгибает ноги пациента (колени и стопы вместе) до ощущения движения на крестцовой стороне пояснично-крестцового сустава.
4. Ноги пациента поддерживаются в этой позиции животом или бедром врача.
5. Правая рука врача двигает правое плечо пациента. На выдохе пациент опускает правую руку к полу. Врач поддерживает давление на правое плечо. Повторяется до ощущения ротации 5-го поясничного позвонка.
6. Левая рука врача двигает стопы пациента, которые размещаются на крае стола, и давит вниз.
7. Пациент толкает ноги к потолку, а врач, проводя мониторинг сочленения 5-го поясничного позвонка, удерживает давление на стопы пациента.

8. Когда пациент расслабляется, левая рука врача делает небольшое движение.
9. Повторить 7-й шаг 2—3 раза (для движения назад следует чувствовать правое основание крестца).
10. Повторный осмотр.

Торсия крестца назад вокруг косой оси

Диагноз-позиция: торсия крестца назад вправо (вокруг левой косой оси). Ограничение движения: ротация влево, наклон вправо, нутация вперед правого основания крестца.

1. Пациент на левом боку, врач лицом к пациенту, около стола.
2. Врач толкает левую руку, проводя ротацию вправо вниз к 5-му поясничному позвонку.
3. Нижняя нога пациента полностью разогнута, верхняя нога — напротив.
4. Правая рука пальпирует пояснично-крестцовое сочленение так, чтобы разгибать ногу до ощущения движения основания крестца.
5. Правая рука врача скручивает правое плечо пациента так, чтобы при выдохе пациента давить на его плечо к столу, пока не почувствуется ротация 5-го поясничного позвонка. Пациент захватывает край стола правой рукой.
6. Левая рука врача опускает правую ногу пациента перед столом и опускает правое колено к барьеру.
7. Пациент поднимает колено к потолку против сопротивления.
8. Повторить несколько раз (3—4).
9. Повторный тест.

Ротация вперед подвздошной кости



Диагноз-позиция: безымянная кость ротирована вперед (правая). Ограничение движения: безымянная кость ротирована назад (правая).

1. Пациент в пронации (на животе), правая нога свисает с края стола.
2. Врач справа, лицом к пациенту и поддерживает правую ногу пациента.
3. Левая рука врача проводит мониторинг правого крестцово-подвздошного сочленения.
4. Правая рука врача, контролируя правое колено пациента, отводит, ротирует наружу и сгибает безымянную кость в направлении ротации назад к барьеру.

5. Правая стопа пациента упирается в бедро врача, и пациент пытается выпрямить правую ногу против сопротивления врача.
6. Врач чуть-чуть увеличивает сгибание колена и бедра.
7. Пациент повторяет 5-й шаг 3—5 раз.
8. Повторный осмотр.

Примечание. Иногда успешной может быть фиксация задней части крестца левой рукой врача в тот момент, когда пациент выпрямляет ногу.

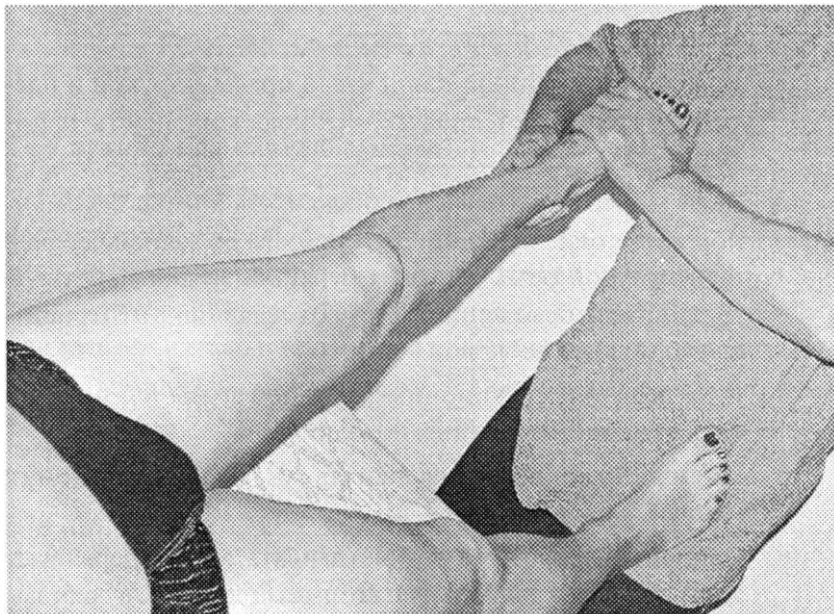
Ротация назад подвздошной кости



Диагноз-позиция: безымянная кость ротирована назад (левая). Ограничение движения: безымянная кость ротирована вперед (левая).

1. Пациент в пронации на столе, врач справа.
2. Левая рука врача, удерживая левое колено пациента, контролирует его ногу. Нога отводится, чтобы освободить движение левого крестцово-подвздошного сустава.
3. Правая рука врача располагается на левом подвздошном гребне кпереди на 2—2,5 от ЗВПО (задней верхней подвздошной ости).
4. Врач разгибает ногу пациента к барьеру и давит вдоль подвздошного гребня правой рукой.
5. Пациент толкает ногу к столу и расслабляется.
6. Врач немного увеличивает разгибание, затем пациент расслабляется.
7. 5-й шаг пациент повторяет 3 раза.
8. Повторный тест.

Смещение правой подвздошной кости (безымянной) вверх



1. Пациент в супинации на столе, стопы свисают с края стола.
2. Врач стоит у края стола и упирается своим бедром в левую стопу (для этого можно использовать ассистента).
3. Врач охватывает правую голень пациента выше лодыжки, затем ротирует кнаружи правую ногу, закрывая таким образом правый тазобедренный сустав.
4. Врач отводит выпрямленную правую ногу к точке максимальной свободы (свободно уложенная позиция) для правого крестцово-подвздошного сочленения.
5. Пациент делает 3—4 глубоких вдоха-выдоха, а врач удерживает правую ногу во внутренней ротации и отведении.
6. В конце выдоха пациент кашляет, а врач слегка дергает ногу в каудальном направлении.
7. Повторный тест.

Примечание. То же самое можно сделать в пронационной позиции.

Смещение правой подвздошной (безымянной) кости вниз

1. Пациент лежит на левом боку.
2. Врач стоит за спиной пациента, а правыми рукой и плечом поддерживает правую нижнюю конечность пациента.
3. Левая кисть обхватывает заднюю часть правой безымянной кости от седалищной бугристости до задней верхней подвздошной ости, а правая рука обхватывает переднюю часть правой безымянной кости от седалищной бугристости до нижней лобковой ветви.
4. Рука врача distractionным усилием пытается приподнять безымянную кость к потолку.
5. Затем две руки пытаются двигать кость в краниальном (к голове) направлении.
6. Пациенту необходимо глубоко дышать, а врач удерживает distraction и краниальную компрессию на правую безымянную кость.
7. Пальпируя, повторить респираторное усилие до релаксации.
8. Повторный тест.

Техники верхних конечностей

Грудино-ключичный сустав

Этот сустав между медиальным концом ключицы и рукоятью грудины. Внутри этого сустава имеется мениск. Медиальный край ключицы интимно соотносится с передней частью первого ребра. Сустав является полуаксиальным в следующих движениях: с первичными движениями по отведению, горизонтальной флексии и ротации. Ключица отводится (ротируется) как кнаружи (кзади), так и возвращается в нейтральное положение — ротируется внутрь (кпереди).

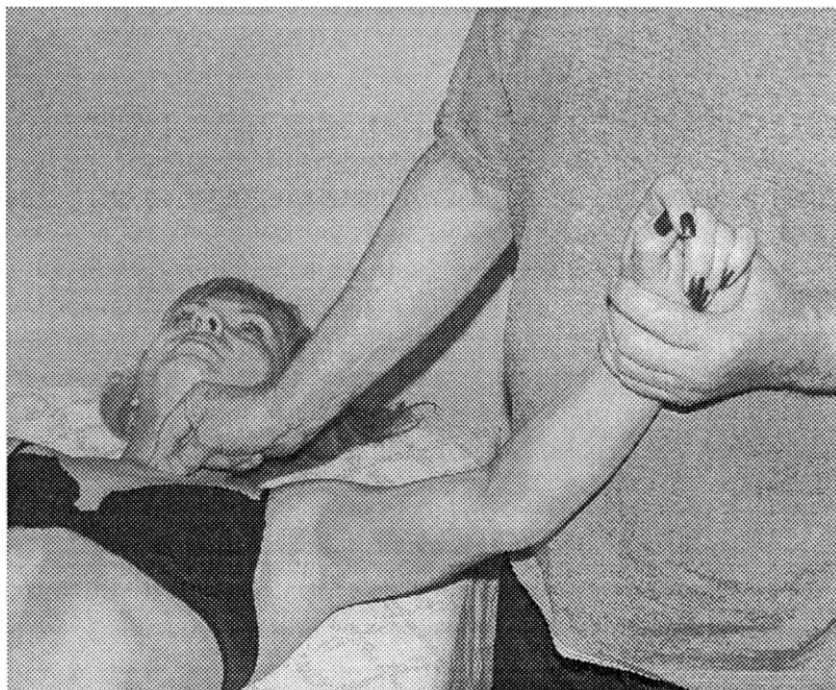
Кроме того, возможна ротация при парном движении в отведении.

Тесты для оценки ограничения отведения

1. Пациент лежит на спине на столе, предплечье покоится свободно на краю стола.
2. Врач сидит у края или головной части стола, пальцы устанавливаются билатерально над верхней частью медиального края ключицы.
3. Пациента просят активно пожимать плечами, пытаясь привести плечевые суставы билатерально.
4. Пальцы врача пальпируют следующее движение медиального края ключицы.
5. Нормальной находкой считается равное движение обоих медиальных краев ключиц в каудальном направлении.
6. Позитивной находкой считается большее ограничение движения одной ключицы в каудальном направлении по сравнению с другой. Обратите внимание на это ограничение, чтобы затем начать лечение с этой стартовой позиции.

Примечание. Этот тест может быть проведен в положении больного сидя.

Мышечно-энергетическая процедура (1)



1. Пациент лежит на столе лицом вверх, дисфункциональная верхняя конечность на краю стола.
2. Врач стоит на стороне дисфункции лицом к голове больного.
3. Врач кладет одну кисть на медиальный край дисфункциональной ключицы, при этом другой рукой обхватывает предплечье больного как раз в области запястья.
4. Врач проводит внутреннюю ротацию дисфункциональной верхней конечности и отводит ее от края стола к ограничительному барьеру, проводя противоположной рукой мониторинг в грудино-ключичной области.
5. Пациент инструктируется поднимать разогнутую руку к потолку в течение 3—5 секунд против сопротивления, прикладываемого врачом.

6. Следует расслабление. Врач увеличивает разгибание верхней конечности к новому барьеру, и пациент снова повторяет усилие по подниманию руки к потолку.
7. Повторение проделывается 3—5 раз.
8. Повторный тест.

Примечание. Эта процедура также увеличивает внутреннюю (переднюю) ротацию грудино-ключичного сустава.

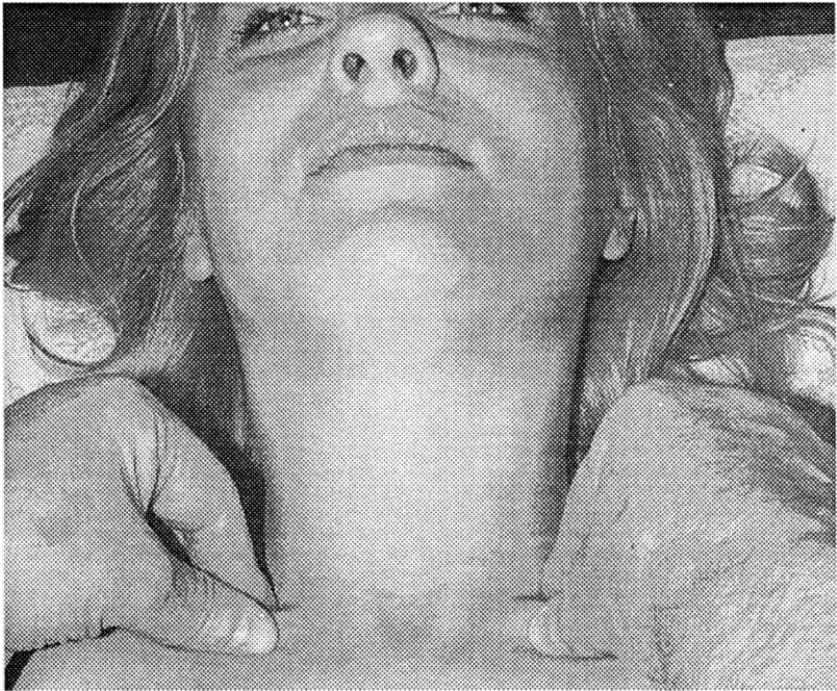
Мышечно-энергетическая процедура (2)



1. Пациент сидит на столе или стуле.
2. Врач стоит позади больного, тенар одной руки находится в контакте с верхней частью медиального края дисфункциональной ключицы, другая рука контролирует дисфункциональную верхнюю конечность в области локтя.
3. Локоть согнут под углом 90 градусов, верхняя конечность ротирована наружу и отведена приблизительно на 90 градусов с включением абдукции до ограничительного барьера.
4. Врач удерживает медиальный край ключицы, пациент пытается привести верхнюю конечность в течение 3–5 секунд против сопротивления, прикладываемого врачом к локтю.
5. «Уставшее» приведение выводится в отведение, далее пациента просят проводить мышечно-энергетическое усилие.
6. Необходимо повторить 3–5 раз.
7. Повторный тест.

Примечание. Эта процедура также увеличивает наружную (заднюю) ротацию в грудино-ключичном суставе.

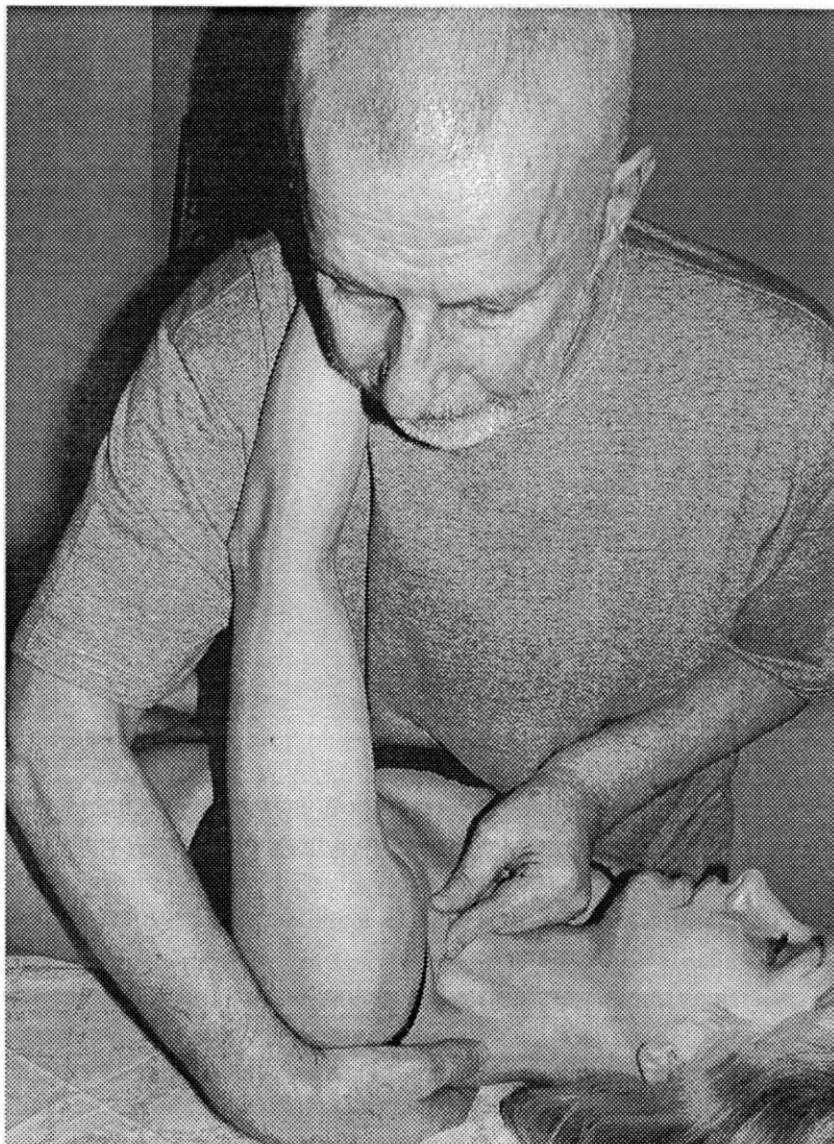
**Тест для определения ограничения
горизонтальной флексии**



1. Пациент лежит лицом вверх на столе.
2. Врач стоит у края или головной части стола с пальцами, приложенными симметрично к передней части медиального края каждой ключицы.
3. Пациента просят разгибать верхнюю конечность по направлению к потолку.
4. Врач оценивает движения медиального края каждой ключицы.
5. Нормальной находкой для каждой ключицы будет симметричное движение латеральных концов ключиц кпереди.
6. Позитивной находкой является неодинаковое движение по направлению кзади во время приложенного усилия.

Примечание. Этот тест может также проводиться в положении больного сидя.

Мышечно-энергетическая процедура



1. Пациент лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит у стола со стороны, противоположной дисфункциональному грудино-ключичному суставу.
3. Врач кладет головную руку на медиальный край дисфункциональной ключицы.
4. Каудальная рука врача охватывает плечевой пояс над задней частью ключицы.
5. Пациент обхватывает заднюю часть шеи врача.
6. Рука пациента полностью раскрывается и обхватывает заднюю часть шеи врача, врач выпрямляется и поднимает дисфункциональную лопатку.
7. Пациент инструктируется давить вниз за шею врача против равного и противоположного сопротивления. Врач удерживает давление сзади на переднюю порцию медиальной части дисфункциональной ключицы.
8. Следует расслабление, расширение свободного движения в направлении горизонтальной флексии.
9. Пациент повторяет усилие от 3 до 5 раз.
10. Повторный тест.

Акромиоклавикулярный сустав

Тестирование для ограничения движения

1. Пациент сидит, врач сзади.
2. Медиальная рука врача пальпирует верхнюю часть акромиоклавикулярного сустава.
3. Латеральная рука врача, контролируя руку больного, удерживая проксимальную часть предплечья, приводит ее и ротировает наружу.
4. Интервал движения чувствуется в акромиоклавикулярном суставе при отсутствии ограничения.
5. Проводится сравнение с противоположной стороны.

Тестирование для ограничения отведения

1. Пациент сидит.
2. Врач стоит за пациентом.
3. Медиальная рука врача пальпирует верхнюю часть акромиоклавикулярного сустава.
4. Латеральная рука врача контролирует верхнюю конечность пациента.
5. Врач осуществляет горизонтальную флексию верхней конечности приблизительно на 30 градусов и затем проводит отведение.
6. Рука, которая над акромиоклавикулярным суставом, осуществляет мониторинг движения.
7. Тестирование на противоположной стороне проводится также. Делается сравнение ограничения отводящего движения в акромиоклавикулярном суставе.

Лечение для ограничения отведения



1. Больной сидит на столе или стуле.
2. Врач стоит сбоку
3. Врач кладет одну руку на латеральный конец ключицы — на медиальную часть акромиоклавикулярного сустава.
4. Противоположная рука врача совершает горизонтальную флексию верхней конечности приблизительно на 30 градусов.
5. Врач проводит отведение к барьеру.
6. Пациент инструктируется давить локтем в противоположную сторону туловища ровно и против сопротивления, в это время врач удерживает, фиксируя, латеральный край ключицы.
7. Следует расслабление, дополнительное отведение к следующему барьеру.
8. Необходимо сделать 3—5 повторений.
9. Повторный тест.

Тестирование ограничения внутренней и наружной ротации

1. Пациент сидит.
2. Врач сзади.
3. Медиальная рука пальпирует акромиоклавикулярный сустав пациента.
4. Латеральная рука контролирует верхнюю конечность пациента.
5. Врач проводит горизонтальную флексию на 30 градусов и отведение к первому барьеру.
6. Внутренняя ротация и наружная ротация верхней конечности сопровождаются мониторингом подвижности акромиоклавикулярного сустава, ощущая ограничения внутренней или наружной ротации.
7. Противоположная сторона тестируется схожими маневрами, делается сравнение.

Лечение для ограничения внутренней и наружной ротации мышечно-энергетической техникой

1. Пациент сидит.
2. Врач стоит сзади.
3. Медиальная рука врача стабилизирует латеральную часть ключицы и осуществляет мониторинг в акромиоклавикулярном суставе.
4. Плечевая кость пациента приводится под горизонтальную флексию около 30 градусов.
5. Для восстановления внутренней ротации врач устанавливает свою руку под локоть и над запястьем пациента и проводит внутреннюю ротацию к барьеру.
6. Больной пытается ротировать наружу плечо против сопротивления.
7. Увеличиваем внутреннюю ротацию к барьеру, а пациент повторяет усилие.

8. Делается 3—5 повторений.
9. Для восстановления внутренней ротации предплечья врача — на задней части локтя, врач охватывает переднюю часть запястья, проводя наружную ротацию плеча к первому барьеру; этой процедурой закончить.
10. Повторный тест.

Примечание. Необходимо помнить, что рука удерживается в горизонтальной флексии на 30 градусов и в отведении под углом 90 градусов во время всей процедуры.

Плечелопаточный сустав

Принципы диагностики и лечения следующие:

- а) оценка амплитуды движения во всех направлениях;
- б) оценка силы каждой мышечной группы;
- в) лечение ограниченной амплитуды движения изометрической техникой по устранению барьера;
- г) если слабость идентифицирована, то лечение следует проводить серией концентрических изотонических сокращений. Каждое движение следует сравнивать с противоположной стороной.

Мышечно-энергетическая процедура



1. Пациент сидит.
2. Врач стоит сзади.
3. Медиальная рука врача охватывает лопатку, указательный палец — на короновидном отростке, перепонка большого пальца — над акромиоклавикулярным суставом, двигая акромион, и большой палец сзади и снизу ости лопатки — это стабилизирует лопатку.
4. Врач контролирует руку пациента в области локтя.
5. Врач проводит движение — нейтральная флексия, нейтральная экстензия, нейтральная внутренняя ротация, нейтральная наружная ротация, горизонтальная флексия, горизонтальная экстензия, горизонтальная внутренняя ротация, горизонтальная наружная ротация, отведение и приведение.

Амплитуда движений тестируется для ограничений и если имеется, то проводится серия от 3 до 5 изометрических сокращений против сопротивления врача.

Сила тестируется, и если мышечные группы слабее, чем на противоположной стороне, проводится серия от 3 до 5 концентрических изотонических сокращений через максимально возможную амплитуду движения против прогрессивно увеличивающегося сопротивления врача.

Повторный тест.

Техника гленоидной губы



1. Пациент лежит лицом вниз, при этом рука свисает с края стола.
2. Врач сидит со стороны стола лицом к дисфункциональному плечу пациента.
3. Врач размещает обе кисти на дистальной части плеча в области верхних эпикондилярных выступов и проводит каудальную и переднюю тракцию, используя внутреннюю и наружную ротацию к ощущению барьера. Это повторяется 2—3 раза.
4. Следующий, третий шаг — врач двумя руками охватывает шейку плечевой кости пациента так, чтобы большие пальцы находились на большой бугристости, указательный и средний пальцы прикреплялись к манжетке ротаторов и кольца, и все маленькие пальцы поддерживали прокси-

мальную часть, контролируя диафиз плечевой кости тенарами обеих рук.

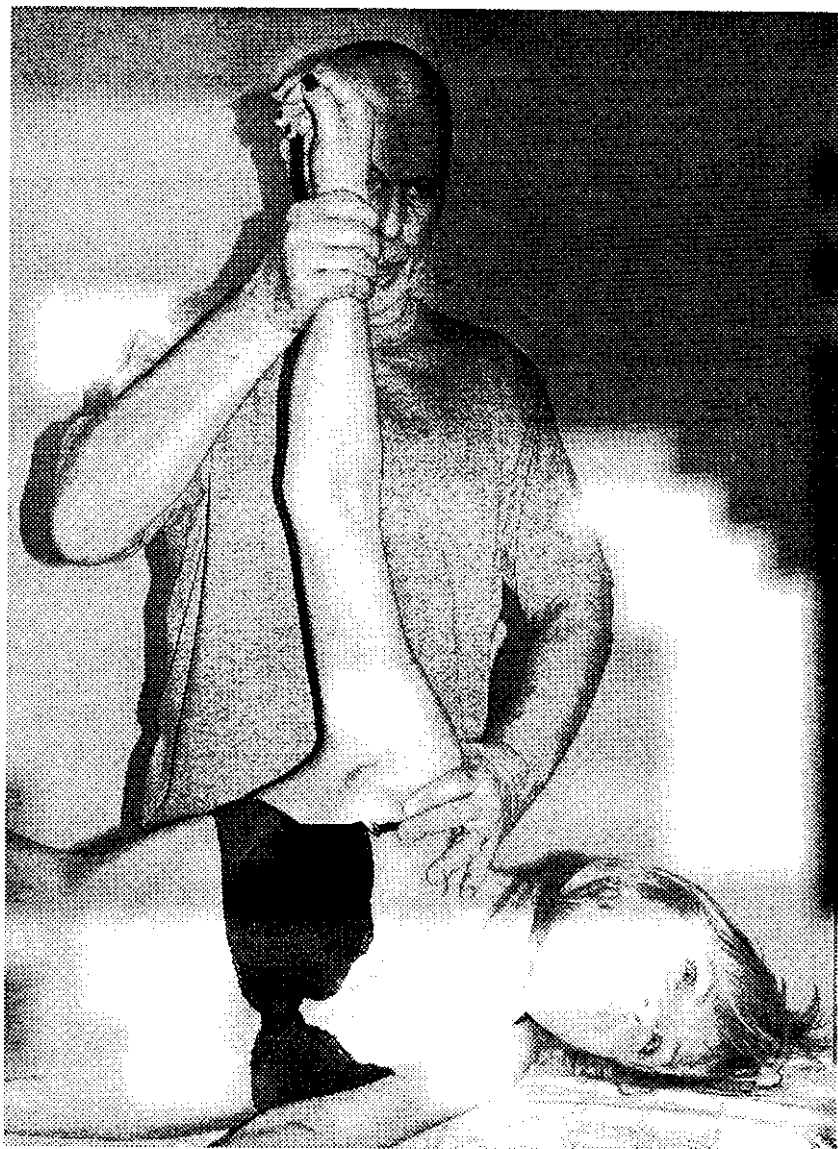
Пальцы, используя альтернативные движения, сопровождают плечо в переднем и заднем, краниальном и каудальном направлении, в направлении латеральной тракции и медиальной дистракции.

Циркулярные и пальцевидные движения проводятся в комбинированных вариантах обеими кистями, увеличивая амплитуду движения во всех направлениях.

Очень важно увеличить каудальное трансляторное движение головки плечевой кости относительно гленоидальной части лопатки.

Повторный тест.

Семишаговая техника Спенсера

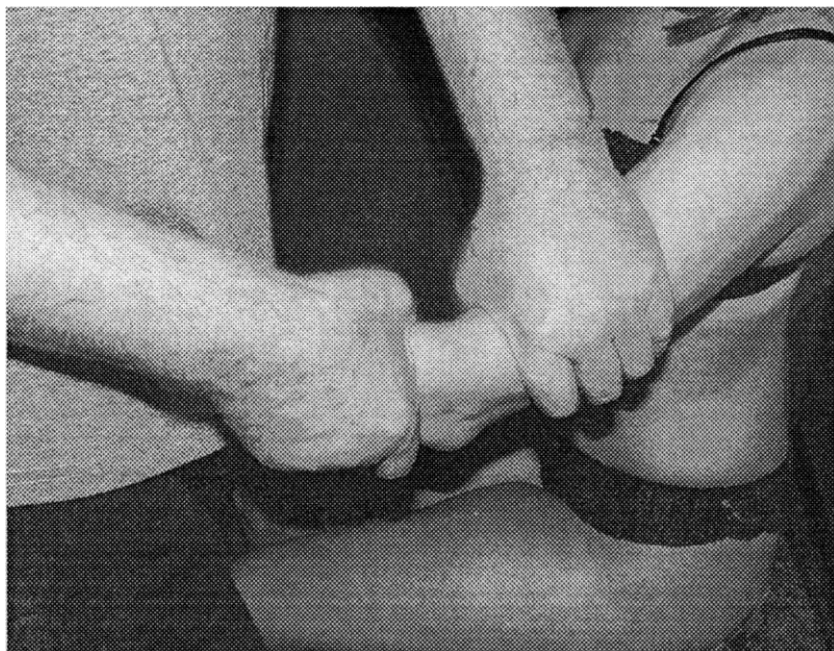


1. Пациент лежит на боку так, чтобы больное плечо было наверху, голова поддерживалась, колени согнуты.
2. Врач стоит лицом к больному.
3. Одна из рук врача стабилизирует ключицу и лопатку, движение другой руки варьирует от шага к шагу.
4. Шаг первый. Сгибание и разгибание руки в сагиттальной плоскости. Повторные достижения ограничительного барьера проводятся в суставной капсуле до минимума, который провоцирует боль.
5. Второй шаг. Флексия руки, выпрямленной в локте, ритмичным раскачивающим движением в сагиттальной плоскости. Цель — увеличение амплитуды движения, чтобы рука пациента по конвексу подходила к уху.
6. Третий шаг. Циркумдукция отведенного плеча с согнутым локтем в обе стороны часовой стрелки при стабильной лопатке. Увеличение амплитуды циркуляторного движения выполняется до минимального разрешения боли.
7. Четвертый шаг. Циркумдукция плечевой кости вокруг стабильной лопатки с разогнутым локтем по часовой стрелке и против часовой стрелки, увеличивая амплитуду через минимальную боль.
8. Пятый шаг. Отведение руки с согнутым локтем от стабилизированного плечевого пояса.
9. Шестой шаг. Рука пациента позади нижних ребер и мягко толкает локоть вперед и слегка вниз, увеличивая внутреннюю ротацию плечевой кости относительно гленоидальной части. Пружинающие повторения проводятся до увеличения амплитуды движения, но лишь чуть вызывая боль.
10. Седьмой шаг. Врач охватывает проксимальную часть плеча двумя руками и проводит латеральную и каудальную тракцию в альтернативных вариантах.
11. Повторный тест.

Область локтя

В области локтя имеются три сустава: плечелоктевой, плечелучевой и проксимальный радиоульнарный сустав. Первичными движениями являются флексия и экстензия, пронация и супинация и небольшое количество приведений-отведений. Однако все суставы имеют практическое значение в функции локтя: сгибание-разгибание — преимущественно в ульноплецовом движении, пронация и супинация — комбинированное действие радиоплечевого и проксимального радиоульнарного суставов. Приведение и отведение — это движение присутствует во время работы плечеульнарного сустава, и когда оно нарушается, происходит, как правило, уменьшение амплитуды по сгибанию и разгибанию.

Тест для приведения и отведения



1. Пациент сидит.
2. Врач стоит спереди.

3. Обе руки врача циркуляторно охватывают проксимальный радиоульнарный регион.
4. Врач поддерживает руку больного и запястье между латеральным локтем и туловищем.
5. Руки врача проводят трансляторные движения изнутри и снаружи через дугу флексии и экстензии, фиксируя ограничение.
6. Сравняется объем движения на противоположной стороне.

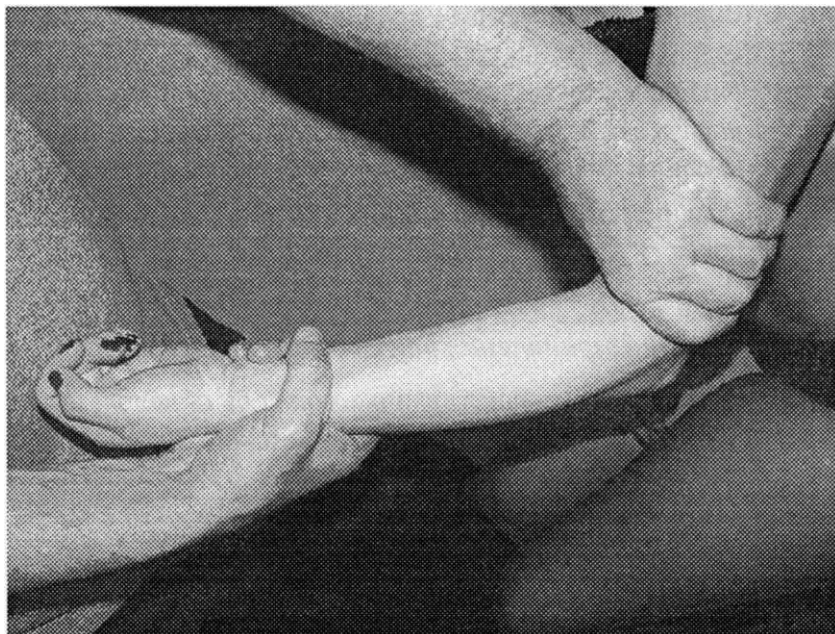
Лечение ограничения отведения и приведения

(Направленная суставная техника может быть использована как высокоскоростная, низкоамплитудная процедура).

1. Пациент сидит.
2. Врач контролирует проксимальную ульну и радиус пациента, рука пациента покоится так, как описывалось в диагностической процедуре.
3. Совершается каудальная тракция ульны, которая согнута приблизительно под углом 90 градусов.
4. Предплечье разгибается и либо отводится, либо приводится к барьеру.
5. Основное суставное движение к барьеру сопровождается в асциляторной форме.
6. Увеличение разгибания предплечья в области локтя проводится с поддержанием суставной силы.
7. В конечном барьере может быть проведена высокоскоростная, низкоамплитудная процедура.
8. Повторный тест.

Примечание. Ограничение приведения может быть общим с ограничением отведения.

Тестирование для ограничения пронации и супинации



1. Пациент сидит.
2. Врач стоит перед пациентом.
3. Одна рука врача держит дистальную часть плеча со стороны пациента.
4. Врач другой рукой охватывает дистальную часть луча и локтевой кости и поддерживает локоть под углом 90 градусов.
5. Врач проводит пронацию, супинацию, тестируя амплитуду движения и ограничения.
6. Тест по определению силы пронации и супинации может быть проведен на двух конечностях.
7. Проводится сравнение с противоположной стороны.

***Лечение ограничения пронации и супинации
(мышечно-энергетическая техника)***

1. Пациент и врач в тех же позициях, что и во время предыдущих диагностических процедур.
2. При наличии ограничения супинации (или пронации) ограничительный барьер достигается, и пациент инструктируется пронировать (или супинировать) к равному и оппозиционному сопротивлению.
3. Повторяются три-пять изометрических процедур к ограничительному барьеру.
4. Повторный тест.
5. Если имеется слабость пронаторов (или супинаторов) мышечных групп, используется серия концентрических изотонических сокращений, врач сопротивляется через полную амплитуду пронации (или супинации).
6. Повторный тест.



Тест первый: пальпация по асимметрии

1. Пациент сидит на столе с локтями, согнутыми под углом 90 градусов, предплечья супинированы и лежат на коленях.
2. Врач стоит перед пациентом и пальпирует оба локтя, указательные пальцы на головке луча сзади и большие пальцы на мягких тканях спереди от головки луча.
3. Сравнивается симметричное расположение головки луча с головкой плечевой кости.
4. На стороне дисфункции обыкновенно имеется болезненность и некоторое напряжение околосуставных тканей.

Тест второй: движения головки луча

1. Пациент сидит с локтем, согнутым под углом 90 градусов.
2. Врач стоит перед пациентом, латеральной рукой пальпирует головку луча в плечелучевом сочленении (как в диагностической процедуре).
3. Медиальная рука врача охватывает дистальную часть луча и локтевой кости и проводит пронацию и супинацию.
4. Давление производится на обе стороны симметрично, давя на головку луча во время пронации и супинации. При давлении дисфункция, асимметричная во взаимоотношении головки луча к головке плечевой кости, появляется во время движения.

Тест третий: двигательный тест

1. Пациент сидит на столе.
2. Кисти и предплечья пациента супинированы.
3. Локти согнуты; пациент приводит локти вместе спереди к грудной клетке так, чтобы медиальные части предплечья и кистей приблизились.
4. Пациент пытается выпрямить локти, при этом удерживается контакт между предплечьями.
5. При дисфункциях в головке луча, предплечье на этой стороне будет склонно к пронации из позиции супинации во время выпрямления локтей.

Лечение дисфункции головки луча

Диагноз: головка луча кзади (мышечно-энергетическая процедура)

1. Пациент сидит на столе, рука на краю, локоть согнут под углом 90 градусов.
2. Врач стоит спереди и латеральной рукой поддерживает проксимальную часть предплечья, указательный палец — над задней частью головки луча.
3. Медиальная рука врача охватывает дистальную часть предплечья и проводит супинацию к барьеру.
4. Пациент инструктируется пронировать руку против равного и противоположного сопротивления врача в дистальном отделе предплечья, в это время врач удерживает силой кпереди заднюю часть головки луча.
5. Три-пять повторений, увеличивая супинационный барьер.
6. Повторный тест.

Диагноз: ограничение флексии или экстензии в локте

1. Пациент сидит на краю стола, врач стоит напротив.
2. Врач держит верхнюю конечность в области локтя, другая рука держит предплечье.
3. При супинированном предплечье пациента врач проводит флексию и экстензию в локте, тестируя ограничения.
4. Сравнение проводится с противоположной стороной.

*Лечение ограничения флексии или экстензии в локте
(мышечно-энергетическая техника)*

1. Пациент и врач в той же позиции, как и при тестировании; врач проводит к первому барьеру либо флексии, либо экстензии.
2. Пациент проделывает изометрическое мышечное сокращение против равного и противоположного усилия врача в течение 3—5 секунд.
3. Следует расслабление пациента, врач идет к следующему барьеру.
4. Пациент повторяет пункт 2 приблизительно 3 раза.
5. Повторный тест.

Запястье и область кисти

Тест для ограничения движения в области запястья



1. Пациент сидит на столе.
2. Врач стоит напротив.
3. Рука пациента на стороне, локоть согнут под углом 90 градусов, врач проводит ладонную флексию, дорзифлексию, радиальную девиацию и ульнарную девиацию на каждой стороне, тестируя для определения ограничения амплитуды движения.
4. Тестирование мышечной силы может быть проверено в каждом из этих направлений. Также можно тестировать мышечную слабость.

***Лечение для ограничения в области запястья
(мышечно-энергетическая техника)***

1. Пациент сидит на столе.
2. Врач стоит напротив.
3. Врач держит дистальную часть предплечья проксимальной рукой и ведет к ограничительному барьеру дистальной рукой.
4. Достигаются барьеры дорзифлексии, пальмарной флексии, ульнарной девиации и радиальной девиации.
5. Пациент инструктируется выполнять изометрическое сокращение в противоположном направлении, равном и противоположном сопротивлению.
6. Необходимо повторить 3—5 раз, преодолевая следующий барьер.
7. Повторный тест.

Интеркарпальные суставы

Могут лечиться индивидуально суставными методами, поддерживая одну карпальную кость и двигая соседнюю кость относительно нее. Интеркарпальные суставы функционируют согласно своей форме по задней карпальной дуге. Ограничения внутри задней карпальной дуги могут лечиться следующими направленными действиями: техниками нажатия и мышечно-энергетическими.

Лечение интеркарнальных суставов



1. Пациент сидит.
2. Врач стоит напротив.
3. Тенары врача располагаются на дорсальной и велярной поверхности карпальной дуги, причем пальцы находятся в межпальцевых промежутках.
4. Врач давит основаниями обеих кистей от волярного к дорсальному.
5. Пациент сначала убедительно инструктируется и затем разгибает пальцы, а врач удерживает, прогрессивно увеличивая давление на костную дугу.
6. Повторный тест.

Заключение

Верхняя конечность является местом, где предъявляются частые жалобы при таких заболеваниях, как бурсит, тендинит, эпикондилит, локоть теннисиста, игрока в гольф, карпальный туннельный синдром и многие другие. В большинстве, если не при всех этих состояниях, могут находиться дисфункции в симптоматичных суставах, причем также и в других суставах — проксимальных и дистальных.

Техники нижних конечностей

Тазобедренный сустав

Тазобедренный сустав является шаровидновогнутым сочленением, которое обеспечивает движение в шести направлениях: сгибание и разгибание, приведение и отведение, внутренняя ротация — наружная ротация. Мышцы, окружающие тазобедренный сустав, могут быть разделены на шесть групп, каждая из которых ответственна за определенное движение. Первичными дисфункциями тазобедренного сустава являются разбалансировка длины и силы этих мышц.

Принципы структурного диагноза и мануального лечения

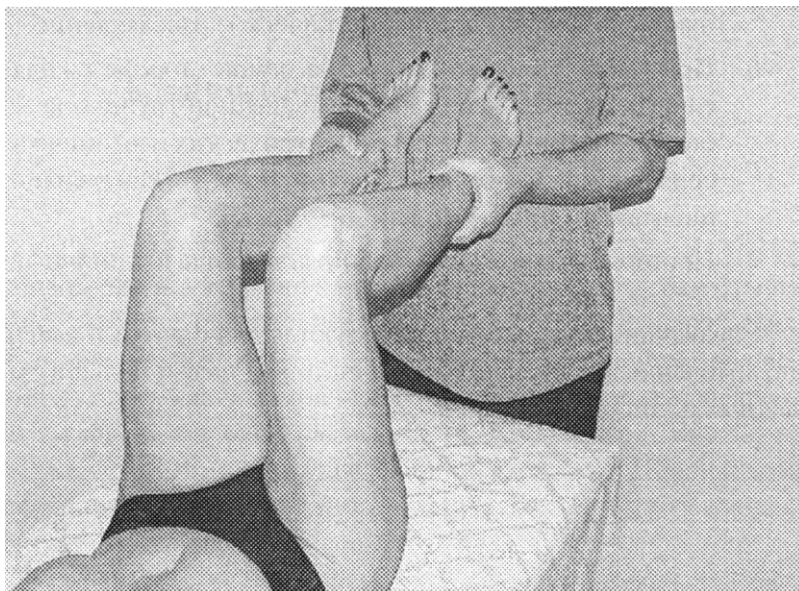
1. Оператор пассивно оценивает тазобедренный сустав через амплитуду движения, оценивает тотальную амплитуду, качество движения во время амплитуды и качество по достижении конечной точки.
2. Сравнение проводится с противоположной стороны.
3. При наличии асимметрии здесь может быть укорочение мышечных групп на стороне ограничения или слабость контрлатеральной мышечной группы на стороне с увеличенной амплитудой.
4. Для оценки силы мышц, больного просят оказывать равное и противоположное сопротивление врачу, нагружая определенную группу мышц; этот тест проводится на каждой стороне.
5. При ограничении движения ожидается укорочение и уплотнение мышц. Серия от 3 до 5 изометрических сокращений пациентом против сопротивления врача с рав-

ным и противоположным усилием так, чтобы двигаться против ограничительного барьера, удлиняет укороченную мышцу через постизометрическое расслабление.

6. При увеличении амплитуды на одной стороне ожидается функциональная слабость мышечной группы на этой стороне. Серия от 3 до 5 концентрических изотонических сокращений проводится врачом, уступая контрсиле пациента.
7. Повторно с двух сторон оценивается сила и длина мышц.

Следующие положения используются для оценки и лечения (по мышечно-энергетическим принципам) шести больших мышечных групп области бедра.

1. Двигательный тест: отведение



Тестируемые мышцы: аддукторы (большой аддуктор, малый аддуктор, длинный аддуктор).

1. Пациент лежит на столе в супинации.
2. Оператор стоит у края стола, удерживая каждую нижнюю конечность в области пятки.
3. Оператор отводит выпрямленную нижнюю конечность к конечной амплитуде движения, оценивая всю амплитуду и качество движения.
4. Тест для оценки силы мышцы. Оператор проводит ограничение против отведения ноги, больной инструктируется максимально приводить выпрямленную ногу (замечание: колено следует полностью выпрямить). Врач оказывает сопротивление приводящему движению пациента в коленном суставе, предохраняя медиальные коллатеральные связки.
5. Лечение либо укорочения, либо ослабления соответственно.
6. Повторный тест.

2. Двигательный тест: приведение



Тестируемые мышцы: отводящие (средняя и малая ягодичные).

1. Пациент лежит в супинации на столе.
2. Врач стоит у края стола.
3. Врач приводит выпрямленную ногу к противоположной ноге, заводя ее сверху, оценивая амплитуду и качество движения.
4. Противоположная нога также тестируется.
5. Сила определяется: просят больного максимально отвести ногу против усилия, приложенного врачом, удерживающего ногу в позиции приведения.
6. Лечение укорочения или ослабления проводится соответственно.
7. Повторный тест.

Примечание. Альтернативный метод без поднимания ноги, тестируя и приводя выпрямленную ногу, осуществляется опусканием ее. Тестированием в этой позиции также оценивается мышца, напрягающая широкую фасцию бедра.

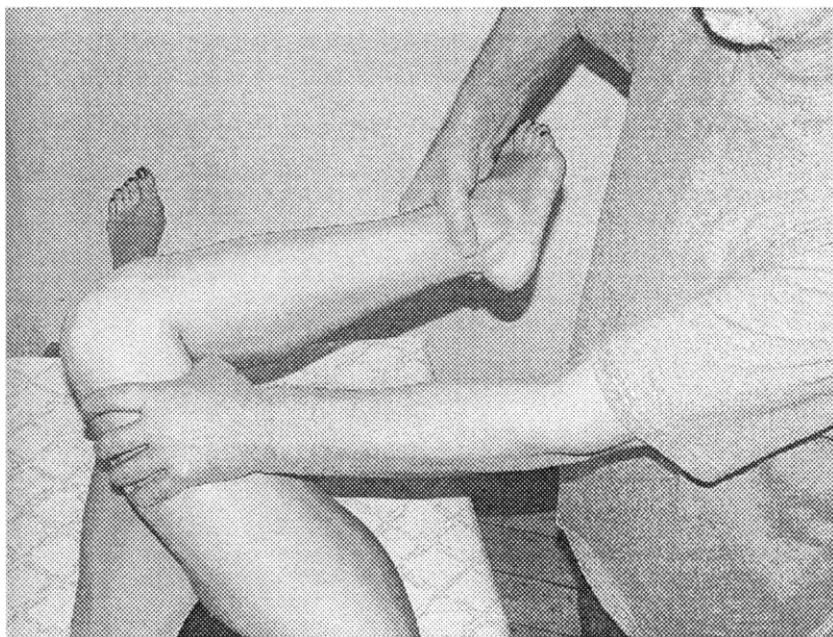
**3. Тестируемое движение: внешняя ротация
(бедро согнуто под углом 90 градусов)**



Тестируемые мышцы: внутренние ротаторы (средняя и малая ягодичные мышцы).

1. Пациент лежит на столе в положении супинации.
2. Оператор стоит у края стола около тестируемой конечности.
3. Оператор удерживает нижнюю конечность под углом 90 градусов, сгибая бедро и колено.
4. Оператор ротирует наружу бедро, приводя стопу и голеностоп медиально, оценивая амплитуду и качество движения.
5. Тест по оценке силы проводится при попытке пациента осуществить внутреннюю ротацию бедра против равного и противоположного сопротивления, прилагаемого врачом.
6. Укорочение или ослабление лечится соответственно.
7. Повторный тест.

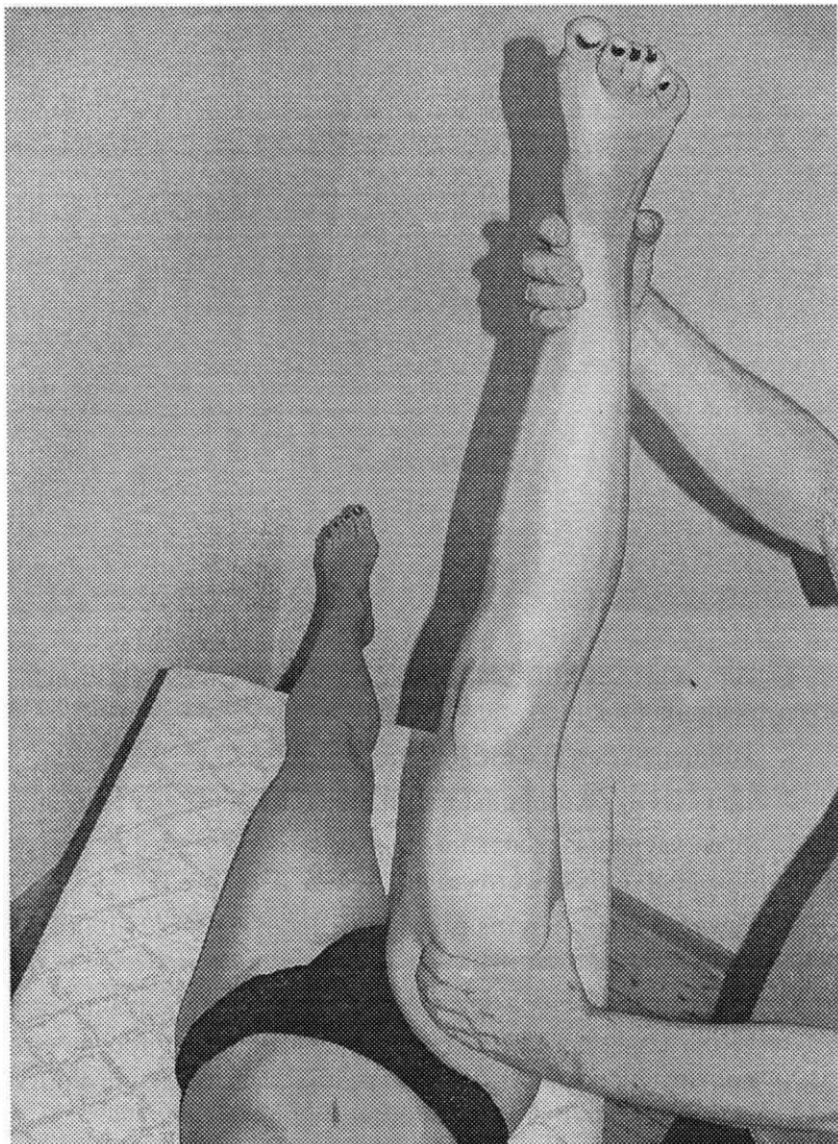
**4. Двигательный тест: внутренняя ротация
(бедро согнуто под углом 90 градусов)**



Тестируемые мышцы: наружные ротаторы (преимущественно грушевидная мышца).

1. Пациент лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит со стороны тестируемой ноги.
3. Врач удерживает колено, сгибая его под углом 90 градусов, бедро также согнуто под углом 90 градусов.
4. Врач проводит внутреннюю ротацию, тестируя амплитуду и качество движения.
5. Тестирование силы осуществляется: врач просит больного попытаться осуществить наружную ротацию против сопротивления, прилагаемого врачом, удерживающим ногу в позиции внутренней ротации.
6. Укорочение и слабость лечатся соответственно.
7. Повторный тест.

**5. Двигательный тест: частичная флексия бедра
(поднимание выпрямленной ноги)**

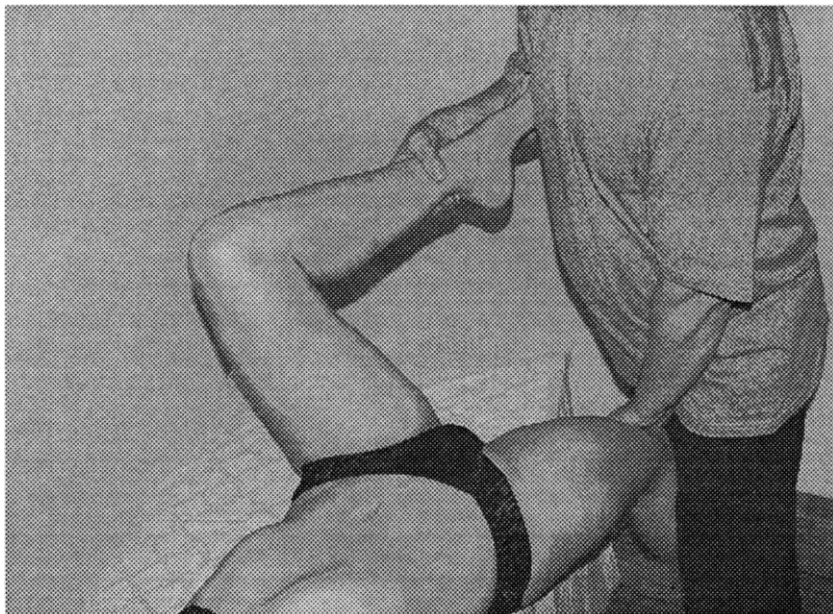


Тестируемые мышцы: разгибатели бедра, преимущественно подколенные мышцы (полуперепончатая, полусухожильная и двуглавая мышца бедра).

Примечание. Большая ягодичная мышца и большая приводящая мышца становятся разгибателями бедра, когда бедро сгибается.

1. Пациент лежит на столе в положении супинации.
2. Врач стоит у края стола.
3. Врач осуществляет мониторинг передней верхней подвздошной ости на стороне, противоположной тестированию ноги.
4. Врач поднимает выпрямленную ногу, осуществляя флексию бедра, тестируя амплитуду и качество движения.
5. Укорочение и напряженность лечатся серией изометрических сокращений против сопротивления, направление усилия пациента — толкание бедра к ягодице.
6. Определение силы: пациент спиной вверх на кушетке; врач оказывает сопротивление по флексии в колене билатерально.
7. Лечение для ослабления: пациент осуществляет серию концентрический изотонических сокращений, увеличивая амплитуду флексии колена через сопротивление врача.
8. Повторный тест.

6. Двигательный тест: разгибание бедра



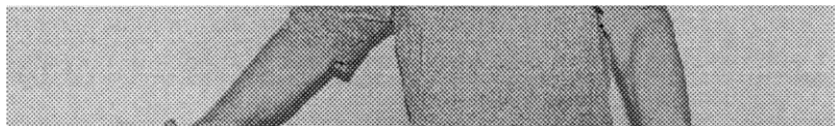
Тестируемые мышцы: подвздошно-поясничная мышца.

1. Больной на спине, его таз около края стола так, чтобы нижняя конечность ниже колена не касалась стола.
2. Врач стоит на краю стола лицом к пациенту.
3. Оба бедра и колена согнуты.
4. Пациент держит противоположную ногу так, как это тестируется в позиции сгибания.
5. Врач сильно разгибает ногу, производя тестирование, устанавливая бедро над столом так, чтобы колено было полностью согнуто к конечной точке.
6. На противоположной стороне тестируют похожим способом.
7. Сила мышцы оценивается через попытку пациента поднять колено к потолку против усилия врача в дистальной области бедра.

8. Укорочение лечится изометрическим сокращением против сопротивления врача. В приведении ограничение флексии бедра в дистальной его части врач также препятствует наружной ротации бедра (функция илиопсоас), оказывая сопротивление ноге против медиальной стороны стопы и голеностопа пациента.
9. Слабость лечится серией концентрических изотонических сокращений флексии бедра и наружной ротацией.
10. Повторный тест.

Примечание. До тестирования длины и силы илиопсоас позвоночный столб рекомендовано оценить и лечить соответственно. Тестирование функций илиопсоас — это дополнительное воздействие на позвоночный столб, особенно на пояснично-крестцовый сустав.

7. Двигательный тест: внутренняя ротация с нейтральным бедром



Тестируемые мышцы: наружные ротаторы (внутренняя запирающая, наружная запирающая, верхний гемилий, нижний гемилий, квадратная мышца бедра, грушевидная мышца).

1. Пациент на кушетке спиной вверх.
2. Врач стоит у стоп лицом к больному.
3. Врач сгибает колени до 90 градусов и ротирует внутрь оба бедра, позволяя стопам свисать (наклоняться) латерально, тестируя амплитуду и качество движения.
4. Сила тестируется билатерально: просят пациента давить стопами вместе к крайней точке в позиции пункта 3.
5. Врач лечит укорочение, удерживая противоположную ногу, причем колено согнуто, а бедро ротировано внутрь. Врач препятствует попытке пациента по внутренней ротации бедра с коленом, согнутым под углом 90 градусов (флексионная позиция к внутренней ротации).
6. Слабость лечится серией концентрических изотонических сокращений через амплитуду внутренней ротации при колене, согнутом под углом 90 градусов.
7. Повторный тест.

**8. Двигательный тест: наружная ротация с бедром
в нейтральном положении**



Тестируемые мышцы: внутренние ротаторы (средняя и малая ягодичные мышцы)

1. Пациент на столе спиной вверх.
2. Оператор стоит у стоп лицом к пациенту.
3. Врач фиксирует противоположную ногу, тестируя с незначительной флексией в колене и наружной ротацией бедра.
4. Нога тестируется, сгибаясь под углом 90 градусов и ротируясь кнаружи. Тестируются амплитуда и качество движений.
5. Шаг 3-й и 4-й выполняются на противоположной стороне.
6. Сила тестируется: просят больного совершать внутреннюю ротацию против сопротивления.
7. Укорочение и ослабление лечатся соответственно.
8. Повторный тест.

9. Двигательный тест: сгибание колена



Тестируемые мышцы: четырехглавая мышца (прямая мышца бедра, vastus латеральный, интермедиус и медиальный).

1. Пациент лежит на столе спиной вверх.
2. Оператор стоит у стоп возле стола лицом к больному.
3. Врач сгибает оба колена, удерживая голеностопы пациента.
4. Тест проверяет амплитуду и качество движения.
5. Колени полностью согнуты. Сила тестируется: просят больного разогнуть колени против сопротивления, оказываемого врачом (обе стороны тестируются одновременно).
6. Укорочения лечатся серией изометрических тракционных противоположных сопротивлений.
7. Слабость лечится серией концентрических изотонических сокращений против сопротивления.
8. Повторный тест.

10. Техника ацетабулюм. Суставная процедура

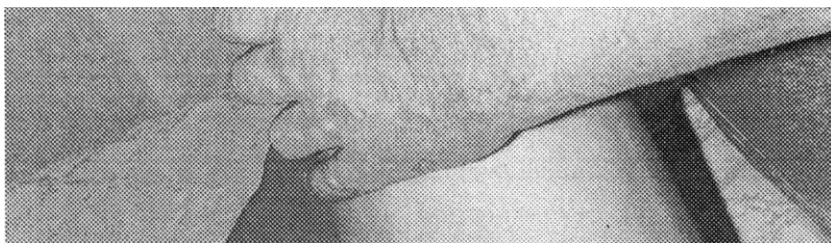


1. Пациент лежит в супинации на столе.
2. Врач стоит со стороны стола около дисфункции.
3. Каудальная рука врача контролирует нижнюю конечность пациента, которая согнута до 90 градусов в тазобедренном суставе и колене. Эта рука будет контролировать внутренне-наружную ротацию и приведение-отведение с расширением суставной силы в переднем и заднем трансляционном движении.
4. Цефальная рука врача на латеральной части бедра тенаром против латеральной части большого вертела. Основание руки толкает, как бы ударяя, в переднем и медиальном направлении, которое чередуется с задним трансляторным движением бедра пациента через противоположную руку врача.

5. Суставное усилие врач прикладывает в направлении внутренней и наружной ротации, приведении-отведении передней и задней трансляции и, плотно сжимая, осуществляет distraction, увеличивая totalную амплитуду движения.

Коленный сустав

Диагноз: внутренний мениск «закрыт»



Процедура 1

1. Пациент лежит на столе в супинации.
2. Врач стоит со стороны стола около колена с дисфункцией.

3. Каудальное предплечье врача охватывает дистальную часть ноги между предплечьем и грудной клеткой так, чтобы рука поддерживала проксимальную часть большеберцовой кости и большой палец находился над передней медиальной частью коленного сустава.
4. Головная рука врача находится над дистальной частью бедренной кости основанием ладони на латеральной стороне, прикладывая выпрямляющую силу медиально.
5. Врач охватывает медиальную сторону коленного сустава, удерживая дистальную часть ноги латерально, с медиальным давлением на дистальную часть бедренной кости.
6. Оператор поддерживает заднюю латеральную давящую силу на медиальный мениск ноги, производя разгибание в коленном суставе.
7. Повторение этого движения несколько раз может быть достаточным для устранения ограничения медиального мениска.
8. Повторный тест.

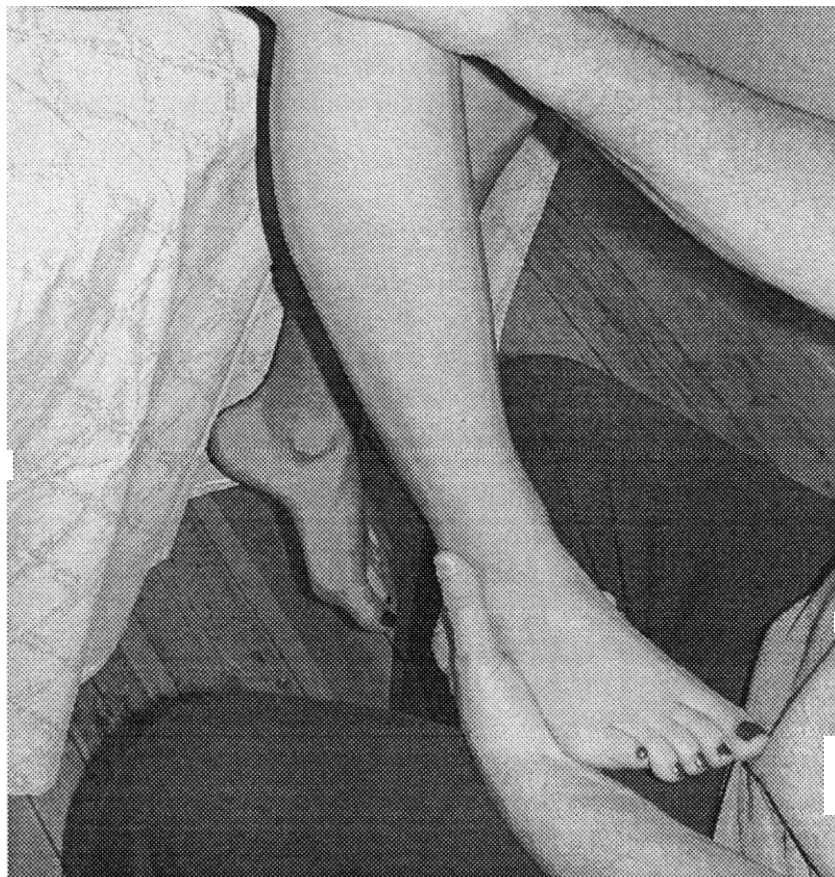
Процедура 2

1. Пациент на столе лицом вверх.
2. Врач стоит у ножного конца кушетки лицом к пациенту.
3. Больная нога пациента находится на краю стола, а дистальная часть ноги поддерживается между двумя бедрами врача.
4. Две руки врача охватывают проксимальную часть большеберцовой кости так, что два больших пальца находятся на передней медиальной поверхности коленного сустава.
5. Проводится круговое движение: сначала медиальная трансляция, затем разгибание колена при попытке произвести полное разгибание.
6. Необходимо сделать несколько повторений.
7. Повторный тест.

Примечание. Эта техника может использоваться для восстановления латерального мениска, но большие пальцы находятся на передней латеральной части колена. Круговое движение лучше проводить с латеральной трансляцией, а не с медиальной. Дисфункция латерального мениска реже встречается, чем дисфункция медиального диска.

**Мышечно-энергетические процедуры для лечения
ротационного ограничения большеберцовой кости
относительно бедренной**

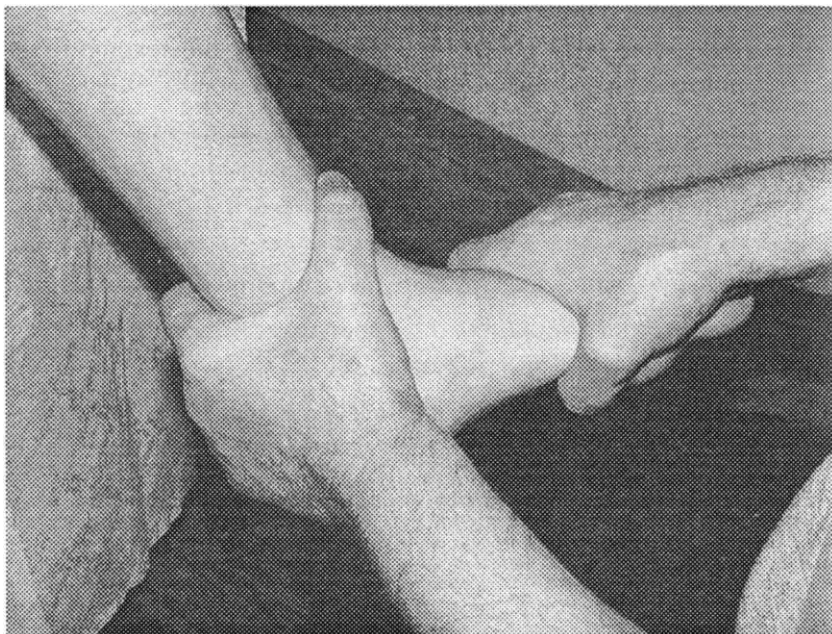
1. Диагностика внутренне-наружной ротации



1. Больной сидит на краю стола со свешенными с края стола ногами.
2. Врач сидит напротив больного.
3. Врач охватывает стопы и совершает дорзифлексию голеностопа к барьеру.
4. Врач проводит наружную ротацию и наружную ротацию через медиальное и латеральное движение дистальной стопы, тестируя амплитуду, качество амплитуды и конечную точку.
5. Для сравнения тестируют с двух сторон.
6. Сила в обеих нижних конечностях тестируется в двух направлениях обычным путем.

Примечание. Некоторые принципы этой процедуры могут выполняться в положении лицом вниз, колени согнуты под углом 90 градусов.

2. *Направленное мышечно-энергетическое воздействие*



1. *Позиция: большеберцовая кость во внутренней ротации.*

Ограничение движения: ограничена внутренняя ротация большеберцовой кости.

1. Пациент сидит на краю стола со свисающими нижними конечностями.
2. Врач сидит напротив больного.
3. Врач охватывает пятку больного одной рукой и носок другой.
4. Врач совершает дорзифлексию стопы в голеностопе и проводит наружную ротацию к барьеру.
5. Пациент ротирует внутрь носок против сопротивления врача на 3—5 секунд.
6. Далее пациент расслабляется. Врач совершает внутреннюю ротацию стопы к новому барьеру.

7. Пациент повторяет пятый пункт около трех раз.

8. Повторный тест.

///. *Позиция: большеберцовая кость в наружной ротации.*

Ограничение движения: внутренняя ротация большеберцовой кости. Пункты 1—3 см. выше.

4. Врач проводит дорзифлексию стопы и внутреннюю ротацию к барьеру.

5. Шаги 5—8 выполняются, как было описано выше, только пациент совершает наружную ротацию носка против сопротивления.

Примечание. Некоторые принципы могут быть использованы у пациента, лежащего лицом вниз на кушетке, при этом ноги должны быть согнуты под углом 90 градусов.

При внутренних и наружных ротациях серии от 3 до 5 концентрических изотонических сокращений проводятся через объем движений против податливого сопротивления врачу.

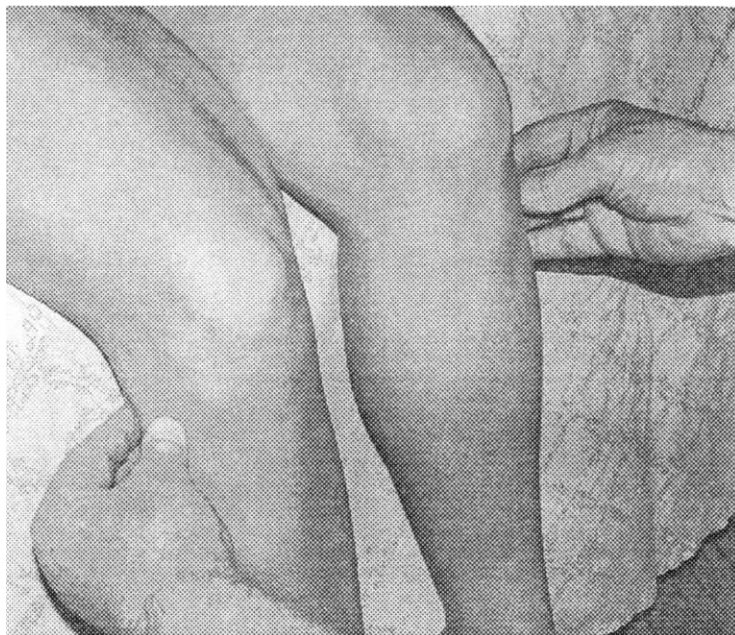
Восстановление нормального внутренне-наружного ротационного движения большеберцовой кости относительно бедренной проводится до обращения к проксимальному тибιοфибулярному суставу.

I

Проксимальный тибιοфибулярный сустав

Тестирование движения в переднем-заднем направлении проксимального тибιοфибулярного сустава может быть проведено в положении больного лицом вверх или сидя на краю стола. Напомним, что плоскость сустава приблизительно 30 градусов в направлении латеральном-медиальном и спереди-назад.

Тестирование

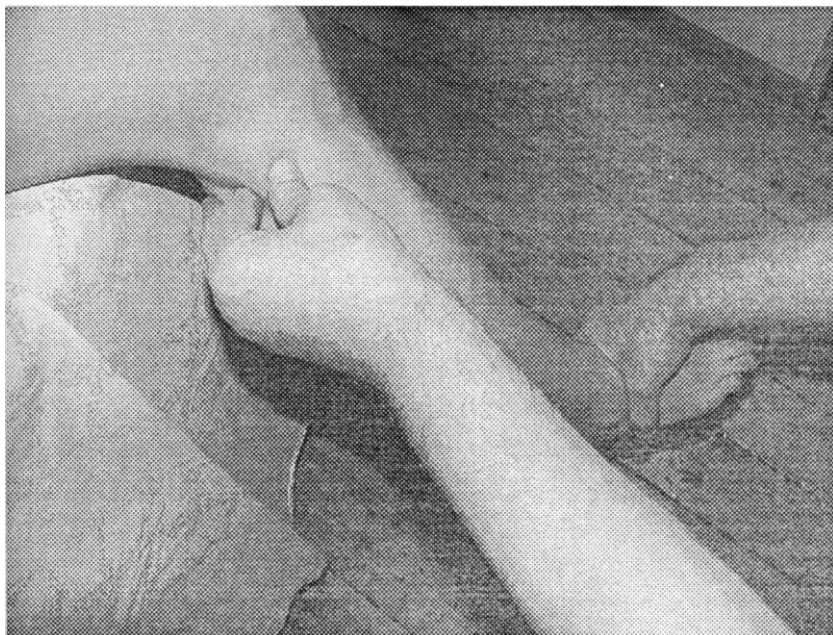


1. Больной на столе лицом вверх так, чтобы обе стопы были выпрямлены и находились на столе с целью фиксации. Или пациент сидит на краю стола, причем оператор сидит напротив него и держит медиальные стороны обеих стоп вместе.
2. Оператор охватывает проксимальные части малоберцовых костей так, чтобы они оказались между большим и другими пальцами каждой руки.

Примечание. Полезно знать, что малоберцовый нерв проходит позади головки малоберцовой кости.

3. Оператор совершает трансляцию головки малоберцовой кости вперед и назад в плоскости сустава, тестируя для сравнения амплитуду на каждой стороне, качество движений и конечную точку.

*Мышечно-энергетическое лечение
для проксимального тибιοфибулярного сустава*



I. Позиция: фибулярная головка малоберцовой кости кзади.

Ограничение движения: скольжение вперед головки малоберцовой кости.

1. Пациент сидит на краю стола, причем нога с дисфункцией свисает.
2. Врач сидит напротив, медиальной рукой охватывает носок пациента.
3. Врач инвертирует (перевортывает) и ротирует внутрь стопу пациента.
4. Пальцы латеральной руки врача удерживают головку малоберцовой кости сзади и прикладывают силу в переднем латеральном направлении.

5. Пациент инструктируется делать дорзифлексию и инверт стопы против сопротивления, прикладываемого медиальной рукой врача.
6. Прикладывать эту силу, повторяя 3—4 раза.
7. Повторный тест.

///. Позиция: головка малоберцовой кости кпереди.

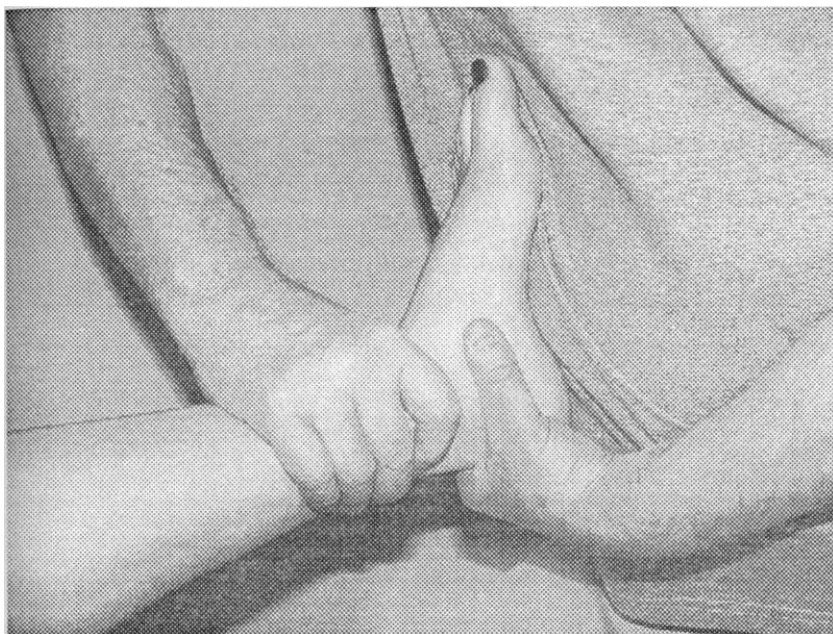
Ограничение движения: Заднее скольжение головки малоберцовой кости.

1. Пациент сидит на краю стола, причем нога с дисфункцией свисает.
2. Врач сидит напротив пациента.
3. Медиальная рука врача обхватывает носок пациента и совершает инверт и наружную ротацию стопы.
4. Большой палец латеральной руки врача находится спереди головки малоберцовой кости и прикладывает силу в заднем медиальном направлении.
5. Пациент инструктируется совершать плантарную flexию и инверт стопы против сопротивления, прикладываемого медиальной рукой врача.
6. Выполняется 3—5 повторений.
7. Повторный тест.

Область голеностопного сустава

Область голеностопного сустава включает в себя дистальный тibiофибулярный сустав (1), сочленение передней части таранной кости с тibiофибулярным суставным комплексом (2), и из-за его функциональной значимости — тараннопяточное сочленение (3).

*Диагностическая оценка дистального
тибиофибулярного сустава*



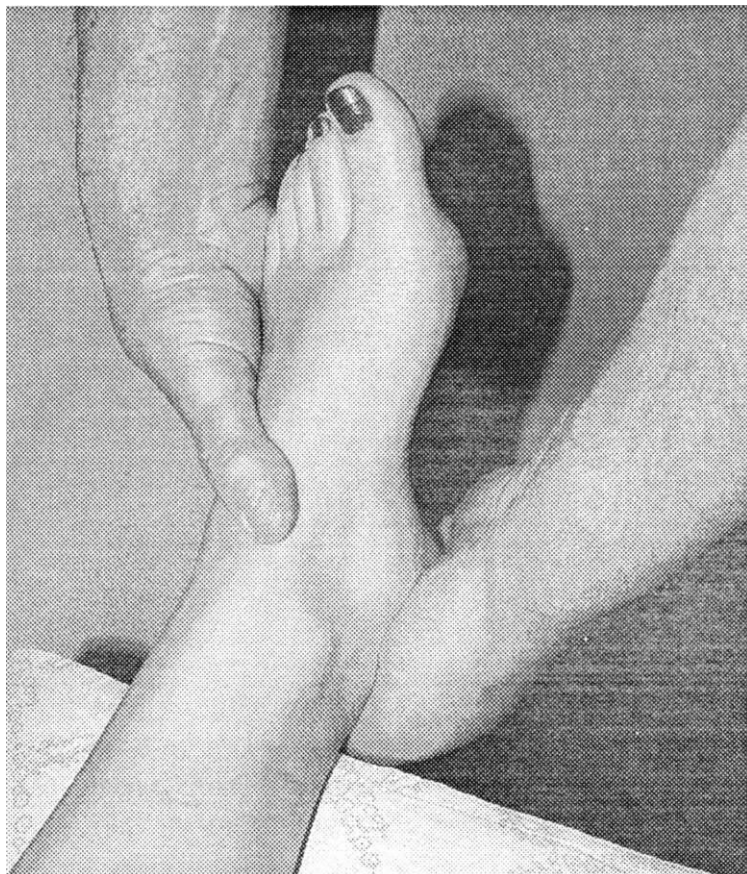
1. Пациент лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит у стоп.
3. Медиальная рука врача охватывает заднюю и медиальную части голеностопа и пятки пациента.
4. Латеральная рука врача охватывает латеральную лодыжку между большим и указательным пальцами.
5. Латеральная рука врача двигает латеральную лодыжку вперед и назад, при этом стопа фиксирована и голеностоп удерживается медиальной рукой врача.
6. Сзади дистального тibiофибулярного сустава определяется ограничение движения кпереди, передний дистальный тibiофибулярный сустав имеет заднее ограничение движения.

Тараннопяточный сустав

Оценивается по его способности совершать плантарную флексию и дорзифлексию; особое внимание — на возможность ограничения дорзифлексии. Тестировать это движения следующей процедурой:

1. Пациент сидит на столе со свешенными ногами.
2. Врач сидит напротив пациента.
3. Для проведения теста плантарной флексии врач берет носки стоп и проводит плантарную флексию к барьеру, оценивая ограничение движения с каждой стороны.

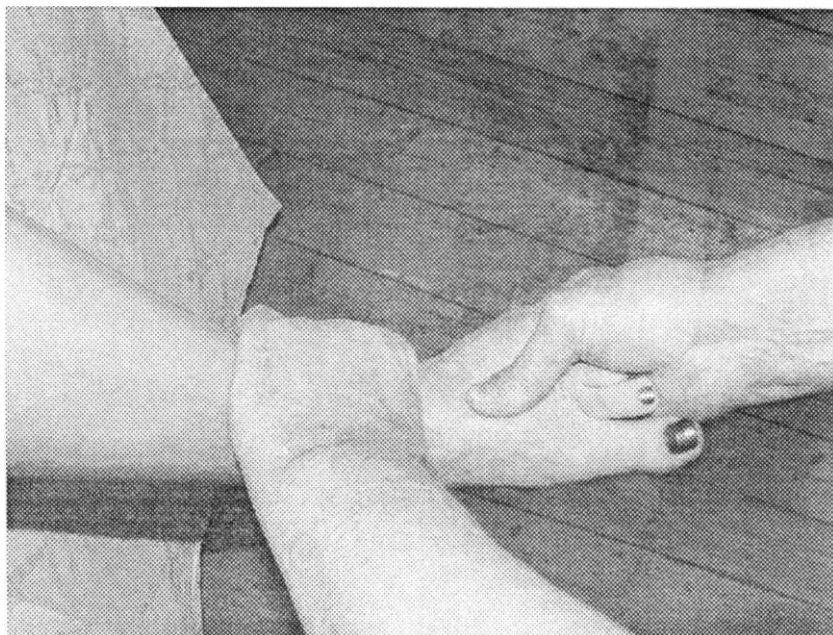
Тест для дорзифлексии



Каждый большой палец накладывается на переднюю поверхность шеи таранной кости так, чтобы остальные пальцы находились как раз под носком стоп и ноги пассивно двигались назад к столу, в результате чего совершалась бы дорзифлексии в тараннопяточном суставе. Ограничение дорзифлексии оценивается на каждой стороне. Часто шейка таранной кости на стороне дисфункции может быть болезненна во время процедуры.

Ограничение дорзифлексии тараннопяточного сустава часто находится во взаимосвязи при укорочении и напряжении икроножнокамбаловидного механизма в икре.

***Мышечно-энергетическая процедура
при ограничении дорзифлексии***



В ПТС, который удлиняет икроножнокамбаловидный механизм. Позиция: таранная кость плантарной флексии. Ограниченные движения: дорзифлексия таранной кости.

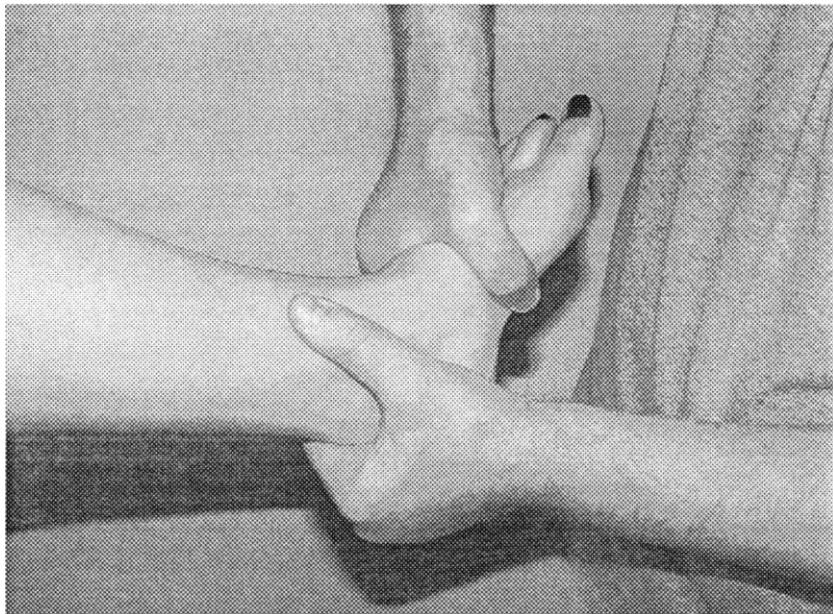
1. Пациент сидит на столе со свободно свисающими обеими ногами.
2. Врач сидит напротив таранной кости с дисфункцией.
3. Врач кладет латеральную руку под подошвенную поверхность носка стопы.
4. Врач подставляет под носок больного поперек свой свод стопы.
5. Перепонка медиальной руки врача находится над шейкой таранной кости.
6. Производя дорзифлексию к барьеру, комбинированное воздействие оказывают каудально задней силой на шейку

таранной кости и движение по типу дорзпфлексии к подошве стопы.

7. Пациент проводит плантарную флексию носком стопы против равного и противоположного сопротивления.
8. Несколько повторений для уменьшения прогрессирования барьера в дорзпфлексии.
9. Повторный тест.

Примечание. Тараннопяточный сустав имеет в том числе две маленькие суставные поверхности и первичное движение по типу скольжения, которое осуществляется от переднего медиального к заднему латеральному.

Тест для оценки движения



1. Пациент лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит со стороны стола лицом к области дисфункционального голеностопа.
3. Проксимальная рука врача охватывает голеностопный сустав перепонками большого и указательного пальца над шейкой таранной кости, другие пальцы охватывают медиальную лодыжку и большие пальцы — латеральную лодыжку, стабилизируя таранную кость.
4. Врач дистальной рукой охватывает пяточную кость и удерживает стопу и голеностоп под углом 90 градусов. Каудальной рукой врач осуществляет трансляцию пяточной кости относительно таранной с переднего медиального к заднему латеральному направлению, ощущая ограничение движения.
5. С противоположной стороны соответственно проводится оценка того же маневра.

Стопа

Пяточно-кубовидный сустав

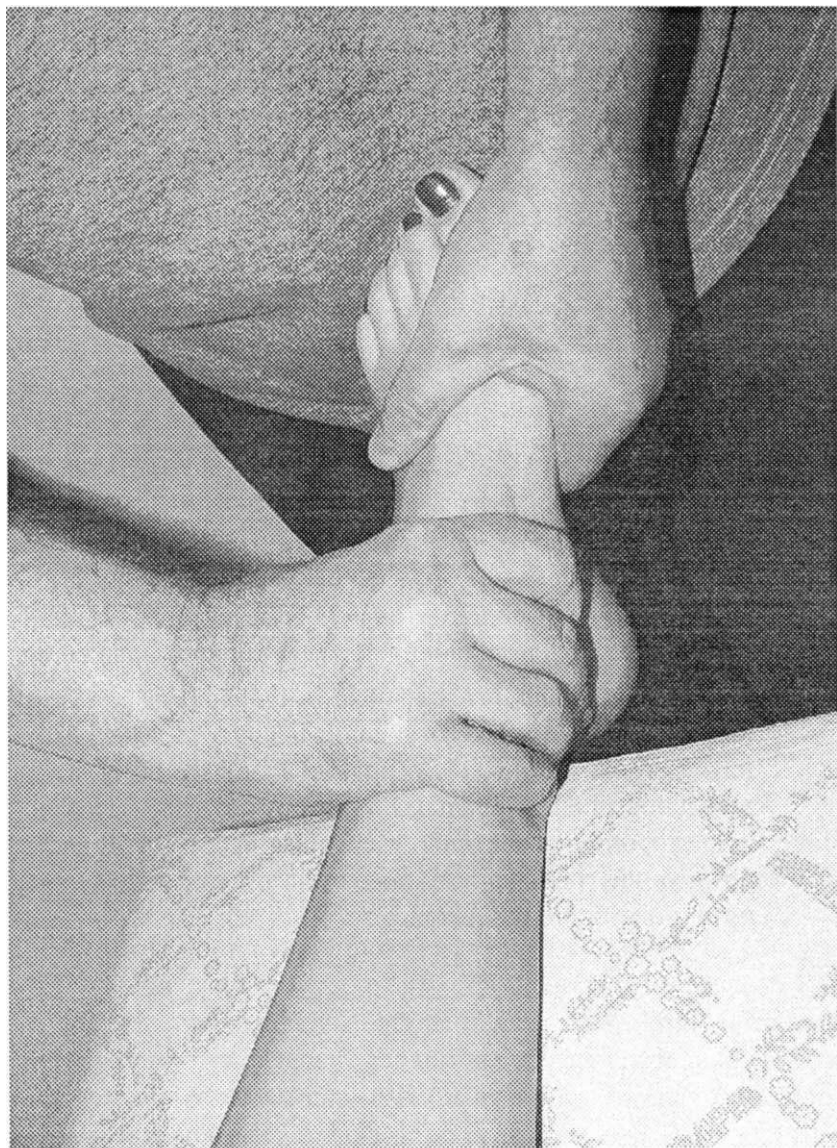
Дисфункции кубовидной кости встречаются в ее медиальной ротации в позиции выворота, причем медиальный край опускается.

Тест дисфункции кубовидной кости

Выявляем: 1) асимметрию взаимоотношений кубовидной кости по сравнению с противоположной стороной; 2) изменения в тканевой структуре, преимущественно болезненность подошвенной поверхности кубовидной кости; 3) ограничения движения, преимущественно наружной ротации (супинация).

1. Пациент лежит на спине, на столе.
2. Врач стоит у края стола.
3. Врач пальпирует подошвенную поверхность обеих кубовидных костей, осматривая выступающую бугристость кубовидной кости на стороне дисфункции.
4. Врач пальпирует подошвенные поверхности обеих кубовидных костей для сравнения болезненности и давления.
5. Врач проводит двигательный тест кубовидной кости на каждой стороне, при этом медиальная рука удерживает пятку стопы и проводит сгибание стопы до 90 градусов в голеностопе. Латеральная кисть охватывает латеральную сторону носка стопы, удерживая кубовидную кость, ротируя внутрь и наружу носок для оценки движения в пяточно-кубовидном суставе.

*Мышечно-энергетически я процедура
для дисфункции кубовидной кости*



Позиция: опускание кубовидной кости (внутренняя ротация, пронация). Ограничение движения: выворот и наружная ротация кубовидной кости

1. Пациент лежит на столе.
2. Врач стоит около стола лицом к больной стопе.
3. Медиальная рука охватывает бугор и удерживает флексию стопы под углом 90 градусов.
4. Левая рука врача охватывает латеральную сторону стопы так, чтобы третий и четвертый пальцы находились над подошвенной поверхностью кубовидной кости и выступ гипотенара — над дорсальными частями бугорков четвертой и пятой плюсневых костей.
5. Ограничительный барьер устраняется подъемом среднего пальца и опусканием выступа гипотенара на плюсневые кости.
6. Пациента просят поднимать (дорзифлексия) мизинец против сопротивления.
7. Необходимо повторить это три-четыре раза.
8. Повторный тест.

Примечание. Некоторые позиции могут быть использованы при высокоскоростной, низкоамплитудной процедуре. При выборе всей свободной амплитуды резкий щелчок проводится подниманием удерживающего среднего пальца и опусканием бугорков четвертой и пятой плюсневых костей.

Таранноладьевидный сустав

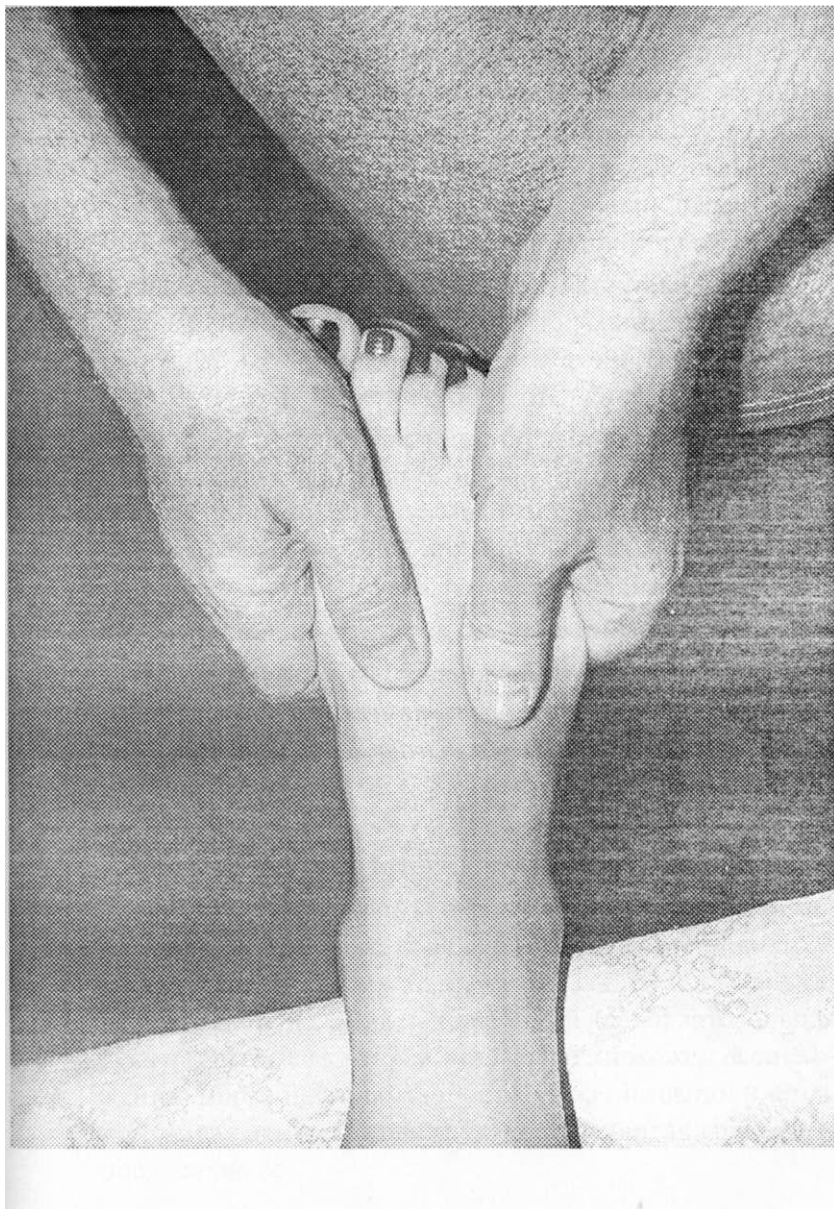
Ладьевидная кость может иметь дисфункции либо по внутренней, либо по наружной ротации. Обычная дисфункция, которая сопровождается опусканием кубовидной кости, — это наружная ротация ладьевидной кости с выворотом ее медиального бугорка. Ладьевидная кость также может стать дисфункциональной, если она ротирована медиально (внутрь) и при этом опускается ее медиальный бугорок. Эта дисфункция менее важная, но все же иногда встречается.

Тест дисфункции таранноладьевидного сустава

Оцениваем: асимметрию, патологию структуры ткани и ограничение движения.

1. Пациент лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит лицом к голове.
3. Врач пальпирует внутренний бугорок каждой ладьевидной кости, определяя симметричность.
4. Врач, пальпируя, определяет болезненность и ненормальность состояния структуры ткани над медиально-подошвенной поверхностью ладьевидной кости.
5. Врач тестирует движение каждой ладьевидной кости, захватывает медиальной кистью проксимальную часть стопы, при этом перепонка между большим пальцем и указательным удерживает головку таранной кости, и перепонка большого и указательного пальцев латеральной руки удерживает таранную часть ладьевидной кости. Внутренняя и наружная ротация тестируются движением латеральной руки врача через скручивание.

*Мышечно-энергетическая процедура
для таранполадьевидной дисфункции*



1. Пациент на столе лицом вверх.
2. Врач стоит у стопы лицом к голове.
3. Медиальная кисть врача держит голеностоп и проксимальную часть стопы. Перепонка между большим и указательным пальцами окружает головку таранной кости и удерживает стопы под углом 90 градусов по отношению к голеностопному суставу.
4. Латеральная рука врача охватывает ладьевидную кость перепонкой большого и указательного пальцев, контролируя ротацию ладьевидной кости.
5. При наружной ротации латеральная рука врача совершает внутреннюю ротацию ладьевидной кости против барьера; пациент инструктируется выворачивать стопу против сопротивления. Это повторяется 3–5 раз.
6. При внутренней ротации ладьевидной кости латеральная рука проводит наружную ротацию ладьевидной кости к ограничителю барьеру; пациент инструктируется выворачивать стопу против барьера. Необходимо 3–5 повторений.
7. Повторный тест.

Примечание. Высокоскоростная, низкоамплитудная процедура может быть выполнена на фоне мышечно-энергетической активирующей силы по типу маневра, который был описан выше.

Клиновидные кости (межплюсневые суставы)

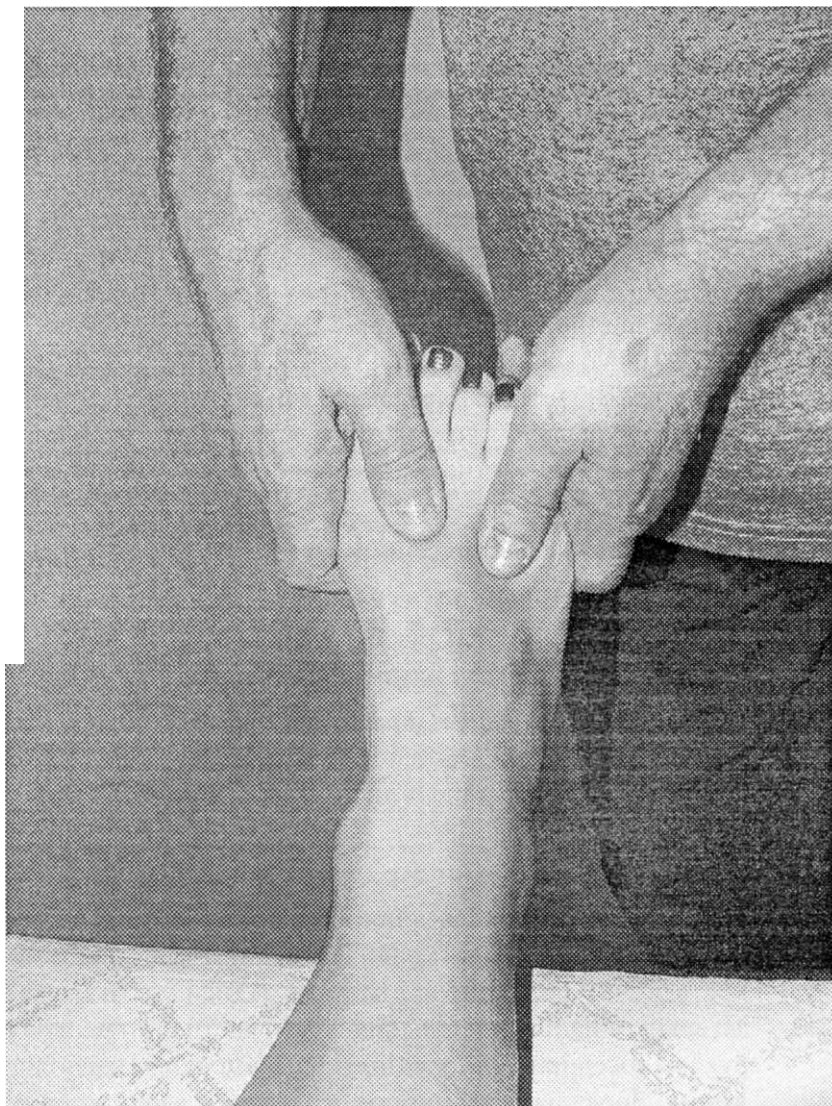
Функция клиновидных костей находится в зависимости от нормального движения или дисфункции ладьевидной и кубовидной кости. Первая клиновидная кость может ротироваться внутрь и наружу на ладьевидной кости. Остальные клиновидные кости имеют скользящее движение одна вокруг другой, и их обычные дисфункции — опускания, при которых уплощается поперечный свод.

Тест и лечение

Тестирование и лечение сустава между первой клиновидной костью и ладьевидной такое же, как в таранноладьевидном, за исключением схватывания двумя руками. На уровне этого сустава медиальная рука охватывает ладьевидную и латеральная рука охватывает первую клиновидную кость. Для тестирования движения между клиновидными костями используется следующая процедура:

1. Пациент лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит у стоп лицом к голове.
3. Большие пальцы обеих рук охватывают носок стопы над задней частью третьей клиновидной кости.
4. Большие пальцы оказывают давление по направлению к подошве против задней части клиновидной кости, определяя присутствие или отсутствие пружинящего движения.
5. Тестирование проводится с двух сторон и сравнивается.
6. Индивидуальное скользящее движение тестируется медиальной рукой, охватывающей первую клиновидную кость между большим пальцем на задней части и указательным пальцем на подошвенной части; латеральная рука на соседней клиновидной кости в похожем расположении. Дорсальноплантарное скольжение выполняется, удерживая одну клиновидную кость и двигая другую относительно ее.

*Мышечно-энергетическая процедура
для опущенных клиновидных костей*



1. Больной лежит на столе лицом вверх.
2. Врач стоит у стоп лицом к голове.

3. Руки врача охватывают стопу пациента с каждой стороны выступами гипотенара, располагаясь на дорсальной части диафизов плюсневых костей.
4. Средние пальцы располагаются напротив дисфункциональной клиновидной кости (первой, второй или третьей) и выпрямляют задней силой.
5. Осуществляется подошвенная флексия носка стопы и пациента просят поднимать крайние пальцы к голове против равного и противоположного сопротивления, прикладываемого врачом.
6. Провести 3—5 повторений.
7. Повторный тест.

Высокоскоростная, низкоамплитудная процедура для лечения взаимоотношения клиновидных костей

Она похожа на лечение кубовидной кости у пациента в положении лицом вниз. В этом положении дисфункциональная клиновидная кость удерживается большим пальцем, и другим большим пальцем в плоскости межплюсневой сустава прилагается контрсила.

Высокоскоростная процедура сопровождается резким подошвенным сгибанием носка стопы против контрсилы больших пальцев в «ударном» маневре.

Предплюснеплюсневые суставы

Первый предплюснеплюсневый сустав имеет движение, очень похожее на то, которое осуществляется ладьевидной костью относительно таранной и между первой клиновидной костью и ладьевидной. Оно диагностируется и лечится при дисфункции похожим маневром, но локализация — в первом предплюснеплюсневом сочленении. Остальные предплюснеплюсневые суставы имеют первичную функцию скольжения в дорсальном плантарном направлении, которая (функция) отвечает за поперечный предплюсневый свод. Это движение оценивается следующим образом: между большим и указательным пальцами одной кисти охватывается основание первой плюсневой кости, и со-

седняя плюсневая кость двигается в дорсальном плантарном направлении, охваченная большим и указательным пальцами другой кисти. Если выявляется ограничение суставного движения, используется увеличение скользящего движения между основаниями плюсневых костей и предплюснеплюсневых суставов.

Головки плюсневых костей

Головки плюсневых костей представляют псевдоплюсневую дугу, они не имеют собственных сочленений между собой, но могут двигаться одна относительно другой.

Тестирование их подвижности проводится следующим образом: охватываются дистальные диафизы двух соседних плюсневых костей как раз проксимальнее головок и двигаются один относительно другого в дорсальном плантарном направлении. Вторая плюсневая кость появляется, становясь осью носка стопы, и тогда первая плюсневая кость двигается на вторую, третья — на вторую, четвертая — на третью, пятая — на четвертую. Наиболее общее ограничение появляется между третьей и второй костью. При наличии ограничения подвижности головок плюсневых костей имеется часто напряжение и болезненность межкостных мышц.

Плюснефаланговые и межфаланговые суставы

Эти движения являются первичными при их дорзифлексии и подошвенной флексии. Ограничение определяется: охватывается головка проксимальной кости между большим и указательным пальцем одной руки и основание дистальной кости между большим и указательным пальцем другой руки; проводится дорсальное и плантарное сгибание. Если находится ограничение, высокоскоростной, низкоамплитудный щелчок проводится, надавливая на дистальную кость против ограничительного барьера в направлении длинной оси по типу дистракции.

Идентификация и порядок лечения для дисфункций нижних конечностей могут быть полезными в лечении болей в этих областях, особенно их результативность при лечении ушибов. Лечение дисфункций имеет позитивное влияние на воздействие нижних конечностей туловища во время цикла ходьбы. Усилия по овладению техникой нижних конечностей являются стоящими.

Техники грудной клетки

Диагностическими критериями для реберной дисфункции (шлиются:

Передняя сублюксация

1. При осмотре грудной клетки угол ребра меньше выступает назад.
2. Болезненный угол ребра с напряженной реберно-подвздошной мышцей.
3. При осмотре спереди передняя часть ребра больше выступает вперед.
4. Ограничение движения при вдохе и выдохе.
5. Часто сопровождается термином «межреберная невралгия» в межреберном пространстве.

Задняя суб/оксация

1. При осмотре сзади больше выступает угол ребра.
2. Болезненный угол ребра в месте прикрепления реберно-подвздошной мышцы.
3. При осмотре спереди передняя часть ребра выступает меньше.
4. Ограничение движения ребра во время вдоха и выдоха.
5. Часто сопровождается термином «межреберная невралгия» в межреберном пространстве.

Сублюксация первого ребра вверх

1. Верхняя часть первого ребра пальпируется спереди от трапецевидной мышцы приблизительно на 5 мм выше по сравнению с противоположной стороной.
2. Болезненность верхней части первого ребра.
3. Снижение дыхательной способности вследствие ограничения движения.
4. Гипертонус лестничных мышц на этой же стороне.

Торсия ребра наружу

1. Больше выступает верхняя часть дисфункционального ребра.

2. Меньше выступает нижняя часть дисфункционального ребра.
3. Напряжение и болезненность в месте прикрепления реберно-подвздошной мышцы к углу ребра.
4. Расширение межреберного пространства сверху и сужение межреберного пространства внизу по отношению к дисфункциональному ребру.
5. Ограничение дыхательного движения.

Примечание. Торсионная внутренняя дисфункция — реверсная находка — обычно имеется на противоположной стороне. Наружная торсионная дисфункция наиболее часто — общая и сопровождается не нейтральной ЕРС (экстензорной) дисфункцией на своей стороне.

Компрессия ребра

1. Уплотнение контура грудной клетки спереди и сзади дисфункционального ребра.
2. Выступление диафиза ребра по средней подмышечной линии.
3. Частая болезненность в межреберном пространстве выше и ниже дисфункционального ребра, называемая «межреберной невралгией».
4. Ограничение движения variabelно.

Латеральная флексия ребра

1. Ограничение респираторного движения ребра.
2. Выступление ребра к среднеподмышечной линии.
3. Асимметрия межреберного пространства выше и ниже дисфункционального ребра.
4. Частая боль и напряжение межреберного пространства.
5. Как правило, представлена в типичных ребрах и часто имеется в ребрах 2, 3, 4, 6. Обычная дисфункция — верхняя задняя (наклон вверх).

Примечание. Дыхательные дисфункции ребра встречаются либо единично, либо в группах и характеризуются ограничением движения либо вдоха, либо выдоха. В групповых дыхательных дисфункциях ребер мы говорим о ключевом ребре. Ключевое ребро является верхним или нижним в групповой дисфункции. Ключевое ребро больше всех ограничивается во всей группе при вдохе либо при выдохе. В групповой реберной дисфункции, ограничивающей выдох, ключевым ребром является нижнее ребро в группе. В групповой реберной дисфункции, ограничивающей вдох, ключевым ребром является верхнее ребро в группе. Это важно для идентификации ключевого ребра групповой респираторной дисфункции (вдыхательной либо выдыхательной), так как это ребро должно подвергаться мануальной терапии в первую очередь.

Ограничения выдоха

1. Ребро или группа ребер, которые прекратили свое движение первыми на выдохе.
2. Ключевым ребром является нижнее ребро в группе.

Ограничения вдоха

1. Ребро или группа ребер, которые прекратили свое движение первыми на вдохе.
2. Ключевым ребром является верхнее ребро из группы.

В определении дыхательных реберных дисфункций важно не только определить ограничение движения на вдохе или выдохе, идентифицировать ключевое ребро, но также определить, какой компонент движения («ручка помпы» или «ручка ведра») присутствует больше в ограничении движения. При этом возможны групповые реберные дисфункции, которые могут иметь больше, чем одно ключевое ребро. После успешного лечения одного ключевого ребра в группе (либо верхнего либо нижнего) необходимо провести повторный осмотр и посмотреть, имеются ли другие отдельные ребра внутри группы, которые дисфункциональны в этом же направлении.

Лечение дисфункций реберной клетки

В лечении дисфункций реберной клетки имеются определенные принципы, последовательность которых следует соблюдать для достижения отличного результата. Как правило, следует установить структурный диагноз, мануальное лечение грудного отдела позвоночника считать более приоритетным, чем индивидуальные или групповые реберные дисфункции. В большинстве случаев торсионная дисфункция ребра реагирует на лечение не нейтральной дисфункции соответствующего грудного позвонка. До осмотра и лечения дисфункции первого и второго ребра значение имеет оценка и предварительное лечение первого грудного позвонка. Это особенно важно, так как первое ребро прикрепляется индивидуальным суставом к первому грудному позвонку. Второй основной принцип лечения реберных дисфункций — это предварительное лечение структурных реберных дисфункций и только после этого — реберных респираторных дисфункций. Часто ключевое ребро групповой респираторной реберной дисфункции — это структурная реберная дисфункция. Часто лечение структурной реберной дисфункции приводит к восстановлению нормального движения составляющих группы. Когда не имеется выраженных признаков структурной реберной дисфункции, тогда имеет смысл обратиться к дыхательной реберной дисфункции с целью восстановления максимального, симметричного движения на вдохе и выдохе.

Далее представлены следующие техники: направленное воздействие, комбинируемое с мышечно-энергетической и дыхательной помощью, а врач лечит ведущей техникой.

Структурная реберная дисфункция (первое ребро)



Диагноз: верхняя сублуксация левого первого ребра.

1. Пациент сидит, врач сзади.
2. Врач кладет кончики второго, третьего и четвертого пальцев спереди на левую трапециевидную мышцу, сдвигая ее кзади и перемещая кончики пальцев на верхнюю часть левого первого ребра.
3. Правая кисть и предплечье врача контролируют справа голову и шею пациента.
4. Сопровождая наклон и ротацию головы и шеи пациента влево, врач давит в каудальном направлении на верхнюю часть первого ребра подушечками пальцев левой руки.
5. Пациент пытается наклонить голову и шею вправо прощупав равного сопротивления правого предплечья и кисти

врача, активизируя правые лестничные мышцы и в результате тормозя левые лестничные мышцы.

6. Следует расслабление левых лестничных мышц, совершается каудальная тракция первого ребра; верхняя сублюксация может быть устранена и восстановлена симметрия с противоположной стороной.

Типичные ребра — 1

Диагноз: передняя сублюксация (например, правое пятое ребро)

1. Пациент сидит, его правая рука охватывает противоположное (левое) плечо.
2. Врач стоит позади пациента, устанавливая правый большим пальцем на диафиз дисфункционального ребра медиальнее от угла ребра, и левой кистью удерживает правый локоть пациента.
3. Врач надавливает на диафиз ребра в заднем латеральном направлении.
4. Пациента просят давить правым локтем латерально или каудально.
5. Врач повторяет это от 3 до 5 раз, пока не почувствует под своим большим правым пальцем, что имеется облегчение, а также имеется симметричное восстановление.
6. Особенно это полезно, когда пациент первым левым пальцем давит на переднюю часть дисфункционального ребра так, чтобы движение было в каудальном направлении, тогда присутствует передняя задняя сила, направленная на дисфункциональное ребро.
7. Повторный тест.

Типичные ребра — 2

Диагноз: задняя сублюксация (например, правое пятое ребро).

1. Пациент сидит, правая рука охватывает противоположное (левое) надплечье.

2. Врач стоит позади пациента, правый большой палец — вдоль диафиза дисфункционального ребра латеральнее угла ребра, а левая рука поддерживает правый локоть пациента.
3. Сила приложена в переднем медиальном направлении вдоль диафиза дисфункционального ребра, в это время пациента просят давить локтем влево в кисть врача или правым локтем — вверх.
4. Необходимо повторить 3—5 раз до ощущения релаксации и восстановления симметрии.
5. Повторный тест.

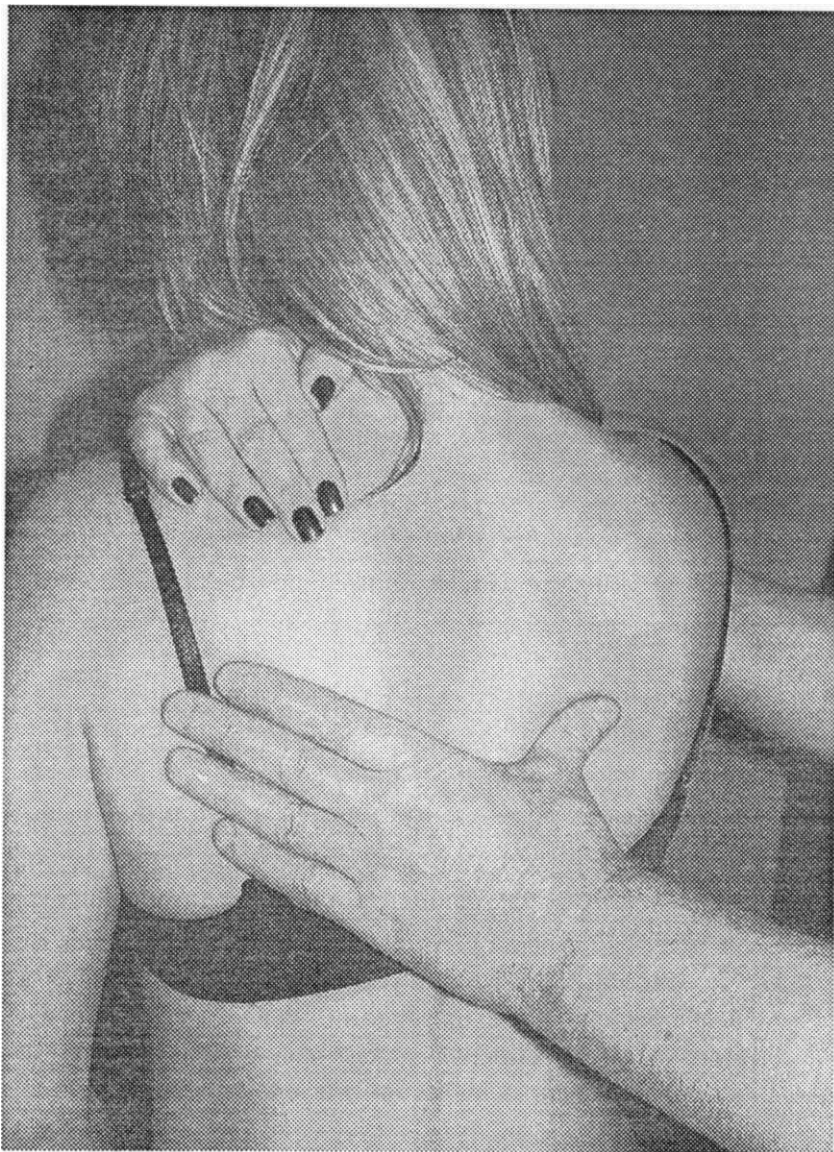
Примечание. Реберные сублюкации являются гипермобильными и подвергаются коррекции. Для стабилизации реберной клетки часто используются либо ремень, либо реберный пояс.

Типичные ребра — 3

Диагноз: реберная торсия (например, правое пятое ребро).

1. Пациент сидит на столе, правая рука удерживает левое плечо.
2. Врач стоит позади пациента, правый большой палец контактирует с углом дисфункционального ребра, а левая кисть удерживает правый локоть пациента.
3. При ограничении наружной торсии большой палец увеличивает ротацию вперед через верхний край дисфункционального ребра; пациента просят поднимать правый локоть кверху против сопротивления левой руки врача.
4. При наличии внутренней торсии правый большой палец врача ротирует назад внутренний край дисфункционального ребра, а пациента просят давить правым локтем в каудальном направлении против левой кисти врача.
5. Повторение проводится от 3 до 5 раз до ощущения расслабления и восстановления контура.
6. Повторный тест.

Типичные ребра — 4



Диагноз: передняя задняя реберная компрессия (например, правое шестое ребро).

1. Пациент сидит, врач стоит сбоку.
2. Врач давит средними пальцами правой и левой руки на выступающее ребро пациента по средней аксилярной линии.
3. Пациент наклоняется вправо, а врач давит на дисфункциональное ребро.
4. Пациент вдыхает и выдыхает и задерживает дыхание в точке минимальной болезненности ребра, обычно на выдохе.
5. Врач удерживает давление в медиальном направлении, пациента просят делать наклон влево против усилия тела врача.
6. Повторения проводятся от 3 до 5 раз.
7. Повторный тест.



Диагноз: ребро в латеральной флексии кверху (например, левое третье ребро).

1. Пациент на столе лицом вверх, врач стоит со стороны дисфункции лицом к голове.
2. Врач кладет правую кисть вдоль реберной клетки по среднеподмышечной линии подушечками пальцев на дисфункциональное ребро.
3. Левая кисть врача наклоняет голову влево и туловище вниз к дисфункциональному ребру.
4. Пациента просят вдохнуть и тянуться вниз к левому колену, увеличивая наклон влево.
5. После нескольких дыхательных усилий и увеличения наклона врач удерживает верхнюю часть дисфункционального ребра, а левая рука выпрямляет голову и шею.
6. Повторный тест.

Ограничения на вдохе: принципы лечения

1. Врач давит на угол ребра латерально и каудально.
2. Пациент пытается вдохнуть.
3. Сокращения реберных групп:
ребро 1-е или 2-е — лестничные мышцы;
ребра 3, 4, 5-е — малые грудные мышцы;
ребра 3—9-е — передняя зубчатая мышца.

Ребра 1-е и 2-е

Диагноз: ограничения на вдохе (например, справа).

1. Пациент на спине, врач стоит с левой стороны.
2. Пальцы левой кисти врача охватывают правые 1-е и 2-е ребра с медиальной стороны угла и давят латерально и каудально.
3. Голова пациента наклоняется и ротируется влево, для того чтобы вызвать сокращение лестничных мышц.

4. Пациента просят глубоко дышать и на максимальном вдохе поднимать и наклонять голову вправо, сокращая правые лестничные мышцы.
5. Правая кисть врача удерживает голову и шею пациента.
6. Следует повторить от 3 до 5 раз.
7. Повторный тест.

Альтернативный метод: пациент пытается приподнять свое правое предплечье, расположенное на своей голове, против усилия врача. Это уменьшает каудальную тракцию 1-го и 2-го ребра от фасции правой верхней конечности.

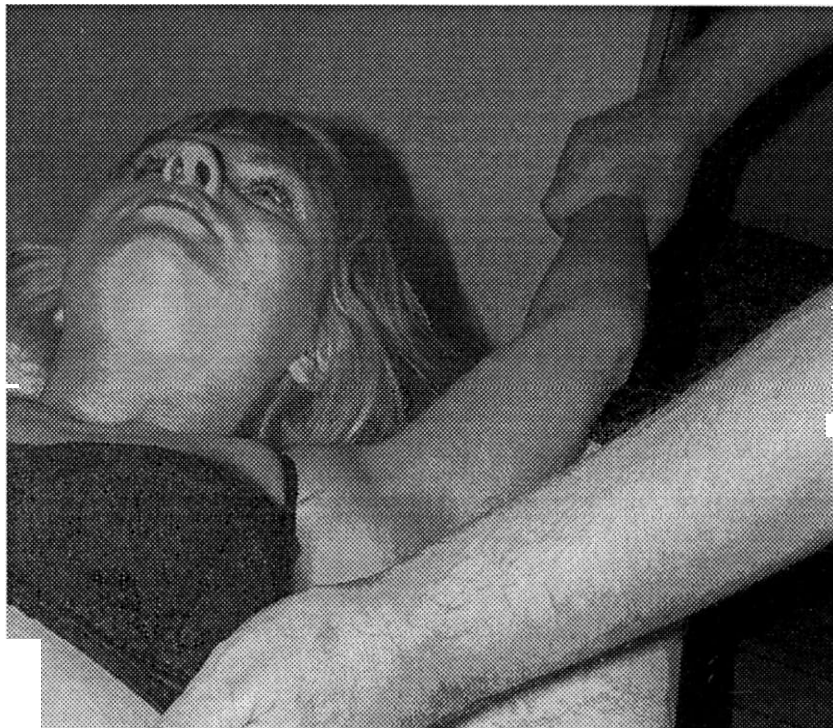
Ребра 3, 4 и 5-е

Диагноз: ограничения на вдохе (например, правая сторона).

1. Пациент на столе лицом вверх, врач стоит с левой стороны от пациента.
2. Пальцы левой руки врача удерживает 3, 4 и 5 ребра медиально от угла ребра и направляют латерально и каудально.
3. Правая рука пациента поднимается и отводится, напрягая грудную мышцу, при этом левая рука врача контролирует правый локоть пациента.
4. Пациента просят сделать глубокий вдох.
5. Затем пациента просят давить правым локтем вперед против усилий врача с целью устранить ограничение движения «ручка помпы» или латерально, чтобы восстановить движение «ручка ведра».
6. Необходимо повторить 3–5 раз.
7. Повторный тест.



Ребра 6, 7 и 8-е



Диагноз: ограничения на вдохе (например, правая сторона).

1. Пациент на столе лицом вверх, врач стоит с левой стороны от пациента.

2. Пальцы левой руки врача контактируют с 6, 7, 8, 9-м ребрами медиальнее от угла и направляют их латерально и каудально.
3. Правая кисть врача охватывает правое запястье пациента и переводит правую руку пациента вверх и за голову, с силой давя на верхнюю конечность.
4. Пациента просят глубоко дышать.
5. Пациента просят давить правым локтем вправо, напрягая переднюю зубчатую мышцу, поднимая ребра.
6. Повторяется 3—5 раз.
7. Повторный тест.

Ограничения на выдохе: принципы лечения

1. Положение пациента (наклон вперед и в сторону по необходимости).
2. Врач удерживает ребро в позиции выдоха.
3. Пациент пытается выдохнуть.
4. Удерживая ребро в достигнутом положении, пациент возвращается в нейтральную позицию.

Нижние ребра

Диагноз: ограничения на выдохе (например, левая сторона).

1. Пациент на столе лицом вверх, врач стоит слева.
2. Левый большой палец врача и тенар укладываются вдоль верхней части дисфункционального ключевого ребра в месте реберно-хрящевого сустава.
3. Правая кисть врача находится под головой, шеей и верхней частью грудного отдела позвоночника пациента и контролирует позицию тела пациента.
4. Врач проводит наклон влево и вниз к ключевому ребру.
5. Пациента просят сделать короткий вдох и резкий выдох.

6. Врач следует за ребром в позиции выдоха и удерживает его в этом положении.
7. Пациент делает дыхательный повтор, при этом врач удерживает ключевое ребро в первоначально достигнутой на выдохе позиции.
8. Правая рука врача увеличивает наклон и сгибание туловища пациента на каждом выдохе.
9. Когда максимальный выдох будет достигнут, голова, шея и туловище пациента разворачиваются в нейтральное положение, при этом ключевое ребро держится в позиции выдоха.
10. Большой палец левой руки врача медленно расслабляет ключевое ребро.
11. Повторный тест.

Верхние ребра

Диагноз: ограничения на выдохе (например, на левой стороне).

1. Пациент на столе лицом вверх, врач стоит слева у головы.
2. Левый большой палец врача и тенар контактируют с верхней частью бугорка диафиза дисфункционального ключевого ребра в области реберно-хрящевого сустава. (Заметьте, что верхние ребра больше смещены медиально в области реберно-хрящевого сустава.)
3. Правая рука врача контролирует голову, шею и верхний грудной отдел позвоночника пациента.
4. Врач проводит наклон вперед и в сторону ограничения выдоха, при этом делая больше наклон вперед для компонента движения «ручка помпы» и более в сторону для «ручки ведра».
5. Пациента просят при обычном дыхании полностью выдохнуть.
6. Большой палец врача следует за ребром в позицию выдоха и удерживает его в достигнутом положении.
7. Далее постепенно усиливается наклон вперед и в сторону.

8. Необходимо сделать от трех до пяти повторов на выдохе, причем в это время большой палец левой руки врача удерживает ребро в позиции выдоха, а правая рука увеличивает наклон вперед и в сторону.
9. Когда максимальная амплитуда на выдохе достигнута, голова пациента возвращаются в нейтральную позицию, врач удерживает дисфункциональное ребро в позиции выдоха.
10. Левый большой палец врача медленно расслабляет ткани.
11. Повторный тест.

Первое ребро — 1



Диагноз: ограничения на выдохе, компонент «ручка помпы» (например, на левой стороне).

1. Пациент лежит на столе лицом вверх, врач около головы.
2. Большой палец левой руки врача устанавливается на верхней части диафиза левого первого ребра позади нервно-сосудистого пучка.
3. Правая кисть врача охватывает голову пациента и контролирует наклон вперед и влево.
4. Пациента просят сделать небольшой вдох и полный выдох; во время выдоха врач наклоняет голову влево и левым большим пальцем следует за левым первым ребром на выдохе.
5. В это время первое левое ребро удерживается в позиции выдоха, пациента просят повторить минимальный вдох и максимальный выдох.

6. Врач увеличивает наклон во время выдоха.
7. Когда максимальный выдох осуществлен, врач держит первое ребро в позиции выдоха и возвращает голову в нейтральное положение.
8. Левый большой палец врача медленно расслабляет левое первое ребро пациента.
9. Повторный тест.

Первое ребро — 2

Диагноз: ограничения движения «ручка помпы» на выдохе (например, левая сторона).

1. Техника такая же, как и при ограничении движения «ручка ведра», за исключением второго пункта (врач большим пальцем левой руки действует на верхнюю часть первого ребра впереди нервно-сосудистого пучка), и пункта 3, когда врач проводит наклон головы и шеи вперед больше, чем в сторону.

Ребра 11-е и 12-е



Диагноз: ограничения на выдохе (например, на правой стороне).

1. Пациент лежит на животе, руки вытянуты вдоль туловища к стопам.
2. Врач стоит слева от пациента.
3. Левый гипотенар кисти врача располагается медиальнее углов 11-го и 12-го ребер, выпрямляя латерально и слегка надавливая вниз.
4. Правая рука врача удерживает правую переднюю подвздошную ось пациента.
5. Пациента просят слегка вдохнуть и максимально выдохнуть.
6. Левая кисть врача перемещает 11-е и 12-е ребра в каудальном направлении.

7. Правая рука врача поднимает правый таз пациента от стола.
8. Пациента просят выдохнуть, одновременно давя на переднюю верхнюю подвздошную кость вверх по направлению к столу против усилия врача.
9. Необходимо повторить 3—5 раз.
10. Повторный осмотр.

Ребра 11-е и 12-е (второй вариант)

Диагноз: ограничение на вдохе (например справа).

1. Пациент на столе лежит на животе, правая рука вытянута вперед.
2. Врач стоит с левой стороны пациента.
3. Гипотенар левой руки врача контактирует с 11-м и 12-м правыми ребрами пациента медиальнее углов, выпрямляя латерально и слегка вверх.
4. Правая кисть врача удерживает правую верхнюю переднюю подвздошную кость пациента.
5. Пациента просят максимально вдохнуть и задержать дыхание.
6. Врач поднимает правый таз пациента от стола.
7. Пациента просят двигать правую переднюю подвздошную кость вниз к столу.
8. Повторить от 3 до 5 раз.
9. Повторный тест.

Примечание. Движение мышц создает отрицательное давление в грудной клетке; при вдохе повышается давление в брюшной полости, а содержимое венозных и лимфатических сосудов идет вверх; респираторные ДФ будут влиять даже на функции таза; на выдохе диафрагма менее сильная.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Народными целителями и знахарями, хиропрактиками и остеопатами накоплен определенный опыт воздействия на внутренние органы через брюшную стенку и грудную клетку при многих соматических заболеваниях. Эффективность такого воздействия не вызывает сомнения, т.к. опорно-связочный аппарат внутренних органов представлен эластичной соединительной тканью в виде дубликатуры листков брюшины, где проходит как минимум один нерв, артерия, вена и лимфатический сосуд.

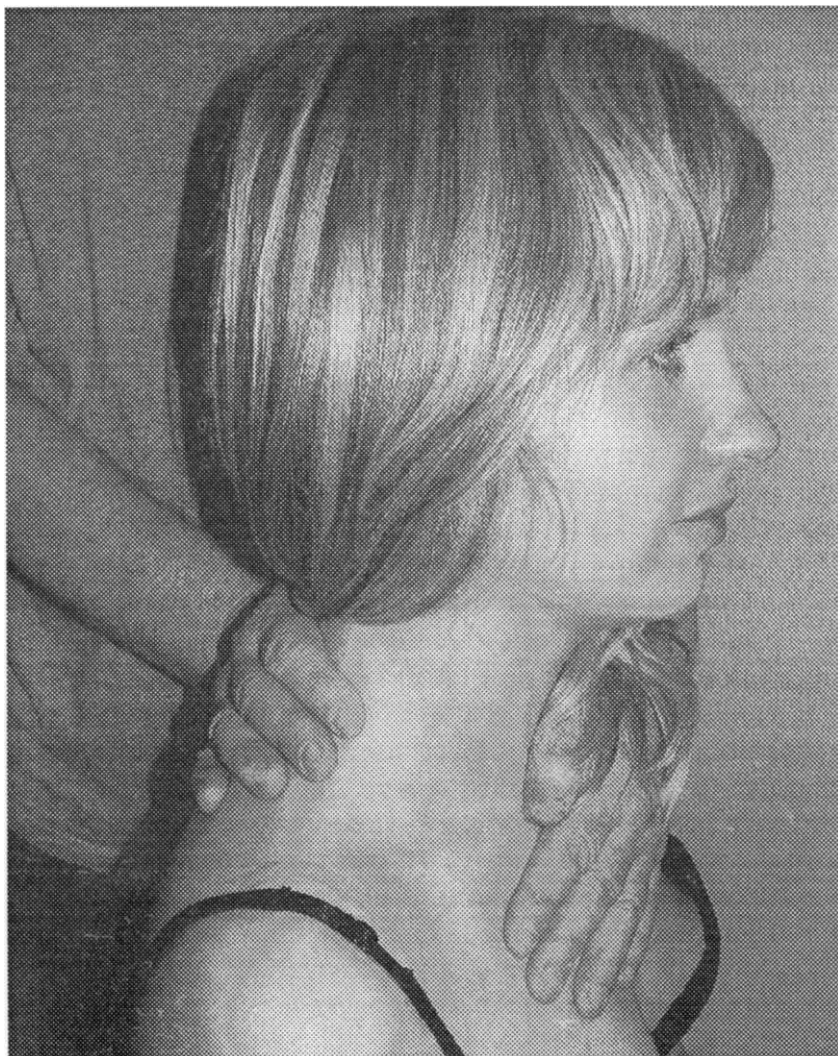
При изучении биомеханики внутренних органов было доказано, что при различных висцеровертебральных и вертебро-висцеральных синдромах имеет место ограничение подвижности и взаимной смещаемости внутренних органов в одном или нескольких направлениях, в отдельных случаях — избыточная подвижность некоторых органов. Кроме того, при фиксации органов отмечается изменение амплитуды и частоты их висцерального ритма. Такие особенности нарушения биомеханики дают возможность предположить изменение связочного аппарата органов в форме патологического укорочения или растяжения. При патологоанатомическом исследовании был обнаружен в 63% случаев дополнительный фиксационный субстрат в виде спаек и микроспаек между органами брюшной полости, грудной клетки и малого таза. При изменении контрактных свойств связок, поддерживающих внутренние органы (укорочение и растяжение), а также при возникновении фиксационного неосубстрата легко объяснимо появление болевого синдрома как следствия включения патологических рефлекторных механизмов.

Высокая эффективность и необходимость применения висцеральной мануальной терапии при многих соматических заболеваниях дает основание предполагать, что, манипулируя на одном органе, мы воздействуем на весь организм в целом: улучшаем кровообращение и лимфообращение, нейрогуморальные факторы, биохимический и гормональный уровень, местный и общий иммунитет, а также положительно влияем на психику пациента.

Мануальная терапия на органах грудной полости

Техники на связочных миофасциальных структурах верхней апертуры грудной клетки

*Энергетическая техника релаксации связочных
миофасциальных структур верхней апертуры
грудной клетки с использованием пассивного давления*



1. Пациент лежит на спине или сидит.
2. Врач стоит сбоку от пациента.
3. Кистями обеих рук врач фиксирует с дорсальной и вентральной стороны зону проекции верхней грудной диафрагмы таким образом, чтобы одна кисть врача располагалась на шейно-грудном переходе, другая — на уровне рукоятки грудины (пальцы направлены перпендикулярно позвоночнику и грудине).
4. Затем врач медленно сдавливает грудную клетку, смещая кисти рук навстречу друг другу до барьера, при этом фиксирует свое внимание на ощущении тепла, исходящего от обеих кистей.
5. Удерживает состояние созданного преднапряжения до получения эффекта релаксации, следуя за расслаблением тканей и ощущением сближения кистей до нового барьера.
6. Техника может повторяться 2—3 раза.

**Техники на фиксационных опорных
структурах легких**

**1. Релаксация связки,
поддерживающей купол плевры легкого**



Пациент сидит на стуле.

Врач стоит сзади и несколько сбоку. Одна нога врача согнута в КС и ТБС и стопой опирается о подставку.

Кистью одной руки врач обхватывает голову пациента латерально со стороны укороченной связки таким образом, чтобы основание кисти фиксировало область виска, а пальцы были направлены каудально.

Кистью другой руки врач фиксирует подключичную область пациента также с актуальной стороны, при этом предплечьем прижимает плечо пациента к бедру своей согнутой ноги.

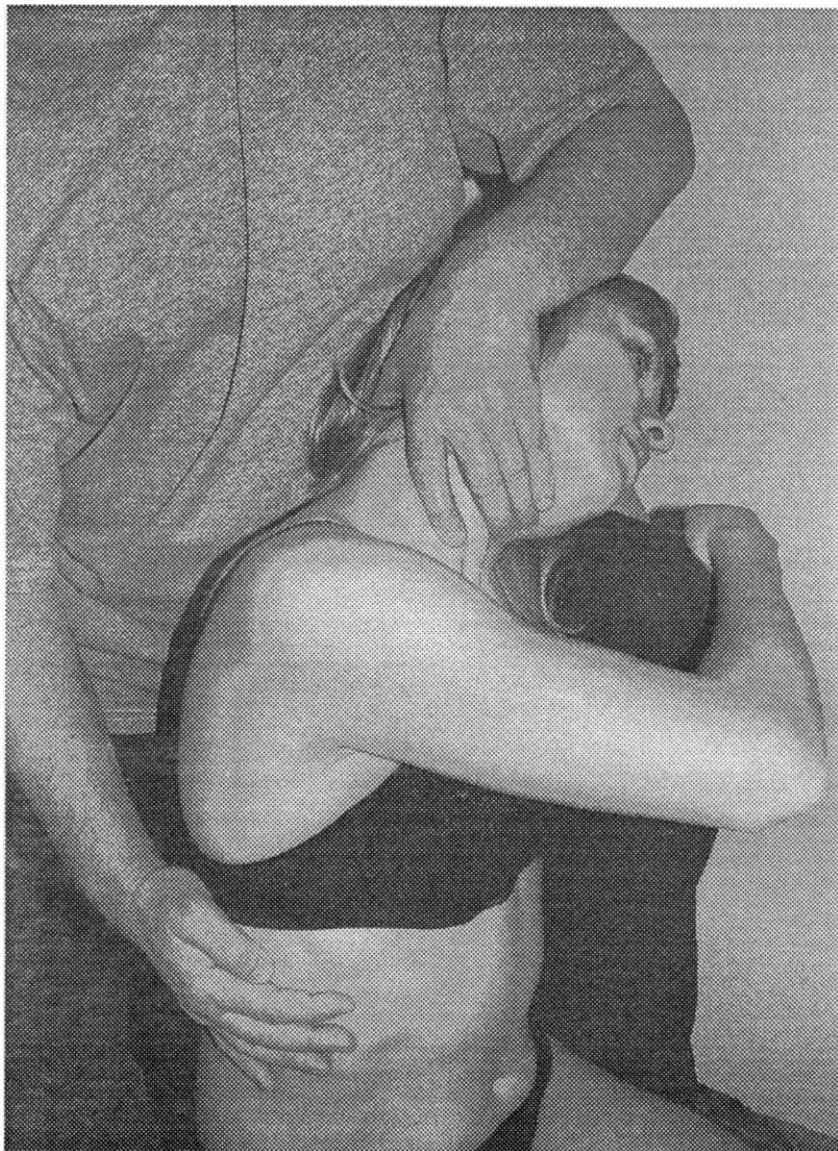
Затем врач выполняет латерофлексию, ротацию в противоположную сторону от напряженной связки и экстензию головы и ШОП до барьера и смещает плечо пациента в латеральном управлении также до барьера, что способствует растяжению связки, поддерживающей купол плевры и других миофасциальных структур.

Первая фаза — пациент оказывает легкое давление головой на руку врача против его адекватного сопротивления в сторону укороченной связки, в течение 5—8 секунд, что приводит к сокращению заинтересованных миофасциальных структур.

Вторая фаза — расслабление; врач слегка увеличивает латерофлексию, ротацию и экстензию головы, ШОП, а также смещение плеча в направлениях от заданного преднапряжения, следуя за расслаблением мягких тканей надключичного комплекса, ища ощущения нового барьера и растягивая связку, поддерживающую купол легкого.

Техника выполняется 3—5 раз.

**2. Релаксация преимущественно париетальной
(пристеночной) плевры**



1. Пациент сидит на стуле.
2. Кисть руки со стороны ДФ фиксирует шейно-грудной переход.
3. Врач стоит сзади и несколько сбоку.
4. Одна нога врача согнута в КС и ТБС и стопой опирается о подставку, при этом колено фиксирует гребень таза пациента со стороны ДФ.
5. Кистью одной руки врач фиксирует голову и шею пациента латерально (пальцы направлены краниально) со стороны укороченной париетальной плевры.
6. Кистью другой руки фиксирует грудную клетку с противоположной стороны латерально (пальцы направлены вентрально), отводя руку пациента дорсально.
7. Затем врач смещает туловище пациента в «здоровую» сторону, наклоняя его через свою кисть до барьера, что способствует растяжению париетальной плевры.
8. Первая фаза — пациент делает вдох, пытается выпрямить туловище против адекватного сопротивления врача в течение 5–8 секунд, что приводит к напряжению и сокращению париетальной плевры и других миофасциальных структур с актуальной стороны.
9. Вторая фаза — расслабление, выдох. Врач увеличивает латерофлексию туловища, следуя за расслаблением мягких тканей боковой поверхности грудной клетки до нового барьера и растягивая париетальную плевру, при этом удерживает своим коленом таз пациента в исходном положении.
10. Техника выполняется 3–5 раз.

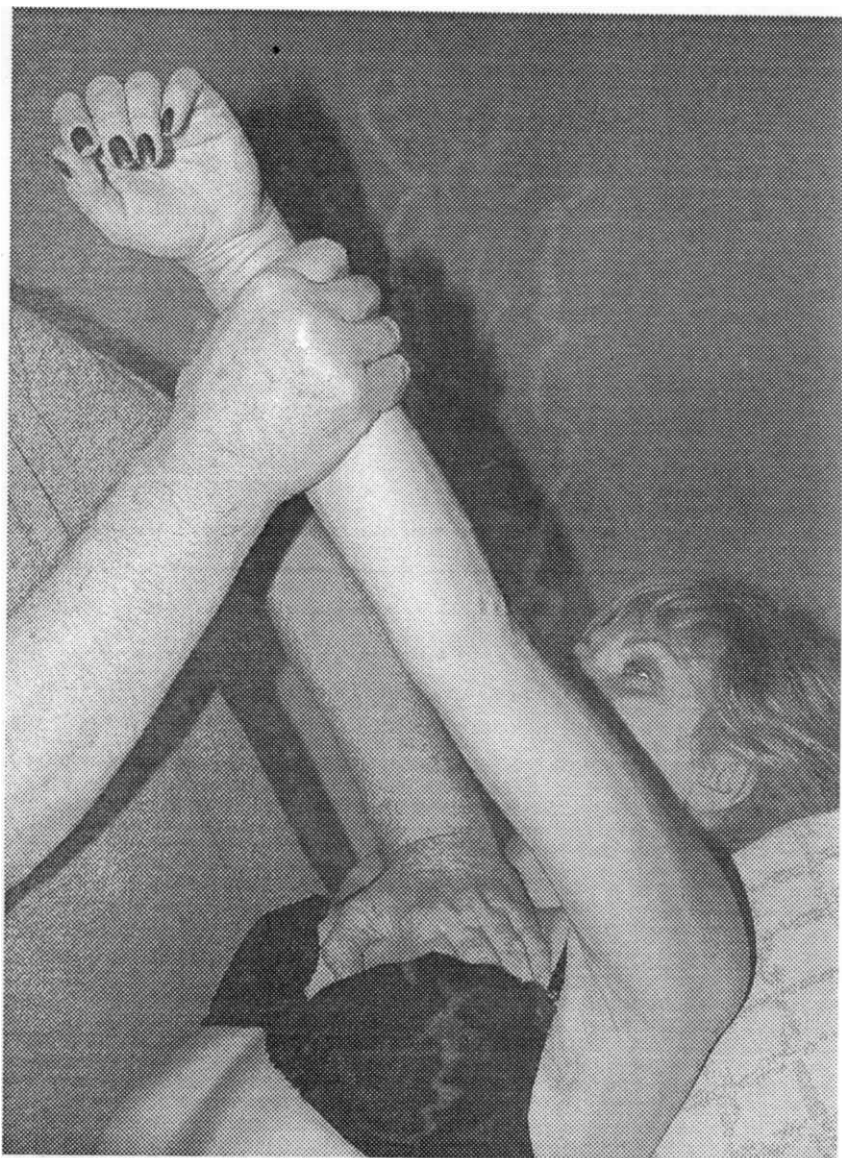
*3. Релаксация преимущественно висцеральной
(внутристеночной) плевры*



1. Пациент сидит на стуле.
2. Кисть руки с противоположной стороны от ДФ фиксирует шейно-грудной переход.
3. Врач стоит сзади и несколько сбоку.
4. Кистью одной руки врач фиксирует голову и шею пациента латерально (пальцы направлены краниально) с противоположной стороны от укороченной висцеральной плевры.
5. Кистью другой руки фиксирует грудную клетку латерально и спереди на уровне предполагаемой фиксации висцеральной плевры (пальцы направлены вентрально), отводя руку пациента дорсально.
6. Затем врач смещает ребра медиально, создавая преднапряжение в актуальной зоне легкого.
7. Одновременно наклоняет туловище пациента через свою кисть в сторону ДФ плевры, до барьера, что способствует натяжению и напряжению плевральных листков.
8. 1-я фаза — пациент делает вдох. Пытается выпрямить туловище против адекватного сопротивления врача, при этом сознательно и активно напрягает мышечно-фасциальные структуры, пытаясь как бы избыточно надуть легкое в области фиксации кисти врача в течение 5–8 секунд, что приводит к сокращению висцеральной плевры и других миофасциальных структур с актуальной стороны.
9. 2-я фаза — расслабление, выдох. Врач увеличивает латерофлексию туловища и медиальное смещение ребер, следуя за расслаблением мягких тканей боковой поверхности грудной клетки и легкого, до нового барьера, растягивая висцеральную плевру.
10. Техника выполняется 3–5 раз.

Примечание. Данная техника и предыдущая особо показаны пациентам с хронической патологией легких, включая хронические плевриты, больным с предполагаемыми спайками между листками плевры.

*4. Индукция легких
Простая индукция*



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач сидит сбоку, на уровне туловища пациента.
4. Ладонь одной кисти врач располагает на грудной клетке пациента спереди, в зоне проекции расположенного главного бронха.
5. Для индукции верхней и средней долей правого легкого и верхней доли левого легкого пальцы врача направлены перпендикулярно грудине, т.к. вращение этих долей соответствует вертикали и определяется висцеральным ритмом.
6. Для индукции нижних долей обоих легких пальцы кисти располагаются под небольшим углом к грудине в каудальном и медиальном направлении.

Следует учесть, что более острый угол наклона расположения кисти должен быть при индукции нижней доли левого легкого, чем при индукции нижней доли правого легкого, т.к. ось вращения левой нижней доли анатомически находится под большим углом наклона к вертикальной оси туловища.

7. Кистью другой руки врач поддерживает локоть руки, фиксирующей грудную клетку.
8. 1-й этап (этап создания точки «покоя») — врач своей ладонью осуществляет постепенное давление на грудную клетку пациента в дорсальном направлении до получения состояния исчезновения висцерального ритма пальпируемой доли (точка «покоя») и удерживает легкое в таком состоянии напряжения в течение 15—60 секунд.
9. 2-й этап (этап собственной индукции) — врач постепенно ослабляет давление своей кисти до улавливания первых висцеральных движений фиксированной доли легкого. После этого надавливает своей ладонью на грудную клетку, выполняя пассивные движения вокруг вертикальной оси доли легкого, в направлении наружной (соответствует висцеральному вдоху) и внутренней ротации (соответствует висцеральному выдоху), как бы навязывая частоту,

направление и амплитуду висцерального ритма актуальной доле легкого, близкие к относительной норме (7—9 колебаний в 1 мин). После висцерального вдоха и выдоха следует пауза 1—2 секунды.

10. 3-й этап (этап повторного выслушивания висцерального ритма) — врач определяет степень восстановления висцерального ритма (т.е. частоту, направление и амплитуду) актуальной доли легкого с учетом физиологических и анатомических представлений.

11. При необходимости этапы техники выполняются несколько раз.

5. Индукция доли легкого с противоудержанием



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач сидит сбоку, на уровне туловища пациента.
3. Ладонь одной кисти врач располагает на грудной клетке пациента спереди, в зоне проекции доли легкого с нарушенным висцеральным ритмом аналогично 4-й технике.
4. Кистью другой руки врач слегка фиксирует выше или ниже расположенную долю соответствующего легкого, как бы придерживая ее висцеральный ритм.
5. Этапы создания точки «покоя» и собственной индукции выполняются аналогично 4-й технике вокруг вертикальной оси доли легкого, восстанавливая висцеральный ритм в физиологическом направлении, против удерживаемой смежной доли легкого с актуальной стороны.

6. Комбинированная индукция верхней доли легкого



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач стоит у головного конца кушетки, сбоку от пациента на уровне его головы, со стороны фиксированной доли легкого.
3. 1-й этап (подготовительный этап) — одной рукой врач фиксирует голову, шею и верхний ГОП пациента таким образом, чтобы голова лежала на предплечье и локтевом сгибе руки врача, флексирует позвоночник до уровня Th3—Th5, что способствует напряжению мягких тканей грудной клетки и верхних долей легких. Ладонь другой кисти располагает на грудной клетке спереди, в зоне проекции актуальной верхней доли легкого, и надавливанием своей ладони в дорсальном направлении врач достигает состояния висцерального покоя.

2-й этап (этап комбинированной индукции) — врач выполняет этап собственной индукции в сочетании с пассивными движениями в позвоночнике, т.е. на высоте висцерального вдоха рука индуцирует движение фиксированной доли легкого вокруг вертикальной оси в направлении наружной ротации и одновременно другая рука увеличивает флексию позвоночника. На высоте висцерального выдоха врач возвращает позвоночник в исходную позицию, одновременно выполняя движения фиксированной доли в направлении внутренней ротации.

Затем следует пауза 1—2 секунды. Этап комбинированной индукции повторяется 3—5 раз.

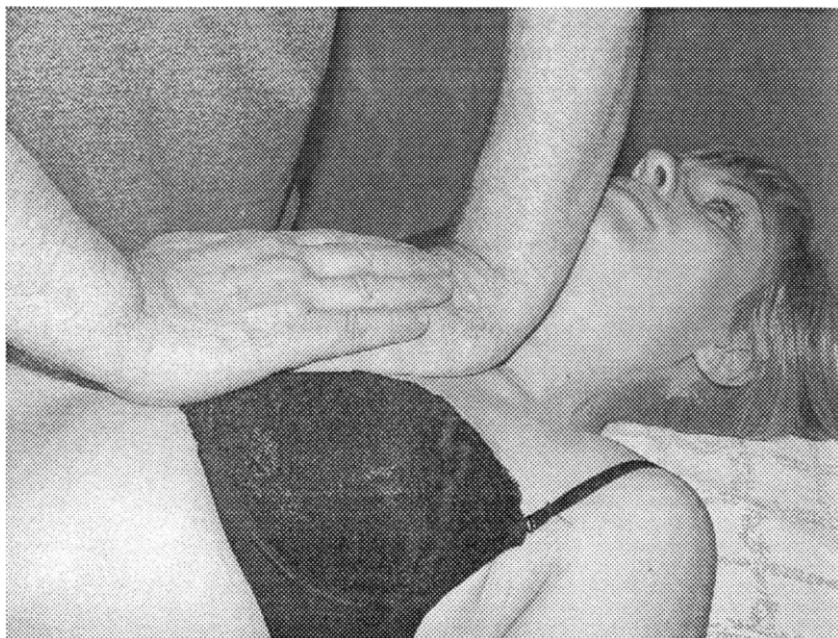
**Техники на фиксационных опорных структурах
средостения**

- 1. Энергетическая техника релаксации связочного
фасциального комплекса средостения
с использованием пассивного давления*



1. Пациент лежит на спине или сидит.
2. Врач стоит сбоку от пациента.
3. Кистями обеих рук врач фиксирует с дорсальной и вентральной стороны зону проекции средостения таким образом, чтобы одна кисть располагалась на груди (основание ладони — на мечевидном отростке, пальцы — краниально, на рукоятке), а другая — на ГОП, на уровне Th3—Th8 (пальцы перпендикулярно позвоночнику).
4. Затем врач медленно сдавливает грудную клетку, смещая кисти рук навстречу друг другу до барьера, при этом фиксирует свое внимание на ощущении тепла, исходящего от обеих кистей.
5. Удерживает состояние созданного преднапряжения до получения эффекта релаксации, следуя за расслаблением тканей и ощущением сближения кистей до нового барьера.
6. Техника может повторяться 2—3 раза.

2. Релаксация связочного фасциального комплекса средостения с использованием фаз дыхания и пассивных движений грудины



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач стоит сбоку, на уровне туловища пациента.
3. Кистями обеих рук, наложенными друг на друга, врач фиксирует грудину в зоне проекции средостения таким образом, чтобы основание ладони одной кисти располагалось на мечевидном отростке (пальцы — краниально, на рукоятке), а основание ладони другой кисти располагалось на рукоятке (пальцы каудально).
4. Надавливая своими кистями на грудину в дорсальном направлении, врач достигает состояния преднапряжения средостения.

5. 1-я фаза — пациент делает медленный глубокий вдох, врач увеличивает анатомическую экстензию грудины, надавливая кистями своих рук на область рукоятки.
6. 2-я фаза — расслабление, выдох. Врач увеличивает анатомическую флексию грудины, надавливая кистями своих рук на область мечевидного отростка, что способствует напряжению связочного фасциального комплекса средостения.
7. Повторные пассивные движения грудины в итоге приводят к релаксации фасциальных и связочных структур средостения.
8. Фазы повторяются по 3—5 раз.

3. Релаксация связочного фасциального комплекса средостения с использованием фаз дыхания и пассивных движений грудины и позвоночника



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач стоит сбоку, на уровне туловища пациента.
3. Одной рукой врач фиксирует голову, шею и верхний ГОП пациента таким образом, чтобы голова лежала на предплечье и локтевом сгибе руки врача, а кисть фиксировала уровень Th3 — Th5.
4. Затем флексирует позвоночник до уровня фиксации кисти (Th3 — Th5), что способствует напряжению мягких тканей грудного отдела позвоночника, органов грудной полости, включая средостение.
5. Ладонь другой кисти располагает на груди в зоне проекции средостения (основание ладони — на мечевидном отростке, пальцы краниально, на рукоятке) и надавли-

ванием своей ладони на грудину в дорсальном направлении врач достигает состояния преднапряжения средостения.

1-я фаза — пациент делает медленный глубокий вдох, врач увеличивает анатомическую экстензию грудины, надавливая пальцами своей кисти на область рукоятки, и одновременно возвращает позвоночник в исходное нейтральное положение.

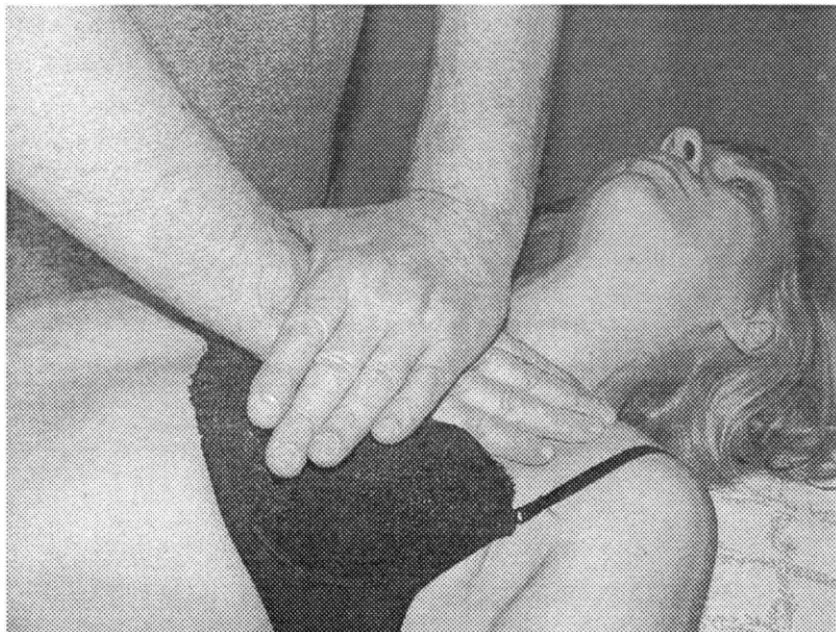
2-я фаза — расслабление, выдох. Врач увеличивает анатомическую флексию грудины, надавливая основанием ладони на область мечевидного отростка, и одновременно другой рукой увеличивает флексию позвоночника до барьера, что способствует напряжению связочного фасциального комплекса средостения.

Повторные пассивные движения грудины и позвоночника в итоге приводят к релаксации фасциальных и связочных структур средостения.

Фазы повторяются по 3—5 раз.

**Техники на сердце
(на сердечной «сорочке» и миокарде)**

1. Мобилизация сердца в дорсальном каудальном направлении с использованием пассивного давления из положения лежа (релаксация перикардиальногрудинных и перикардиальнопозвоночной связок)



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач стоит слева от пациента, на уровне его плечевого пояса.
3. Основанием ладони одной кисти (пальцы направлены каудально медиально) врач фиксирует зону проекции сердца в области 4-го и/или 5-го ребра по средней ключичной линии. Основание другой кисти располагает на тыльной поверхности первой кисти, фиксируя область ее запястья.

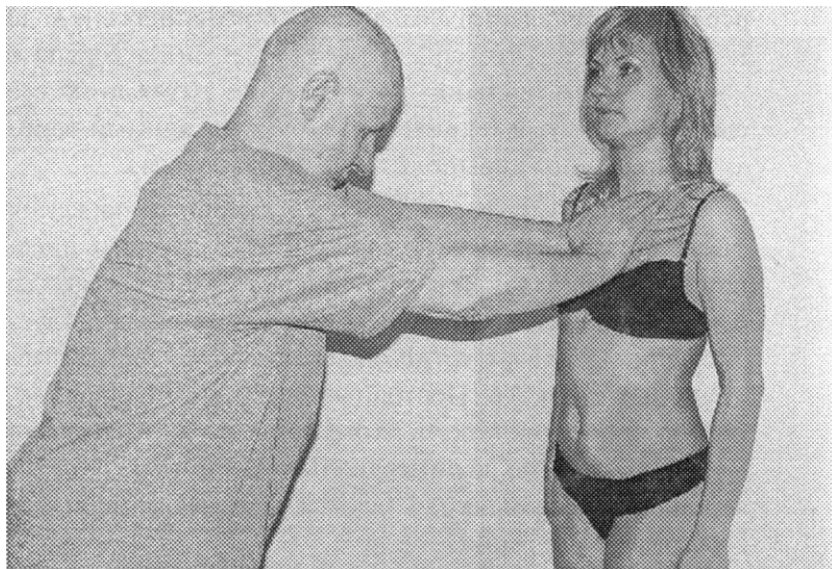
Врач смещает ребра в дорсальном каудальном медиальном направлении до барьера, создавая преднапряжение в области сердца. Затем действия врача могут выполняться в двух вариантах.

1-й вариант — врач удерживает созданное преднапряжение до появления эффекта релаксации и следует за расслаблением мягких тканей и ощущением смещения ребер в направлении созданного преднапряжения до нового барьера, что способствует смещению сердца в каудальном медиальном направлении, натяжению его связок и других фасциальных структур. Данный вариант техники может выполняться несколько раз.

2-й вариант — врач выполняет пассивные движения замедленного ритма в направлении созданного преднапряжения: надавливая на грудную клетку и слегка отпуская давление своих рук, что также способствует смещению сердца, натяжению его связок и других фасциальных структур. Повторные пассивные надавливания на грудную клетку в итоге приводят к релаксации преимущественно перикардиальногрудинных и перикардиальнопозвоночной связок и других фасциальных структур средостения.

Данный вариант техники выполняется 6—10 раз.

2. Мобилизация сердца в дорсальном краниальном направлении с использованием пассивного давления из положения стоя (релаксация перикардиальногрудинных и перикардиальной диафрагмальной связок)



1. Пациент стоит спиной к стене.
2. Врач стоит перед пациентом, несколько слева от него.
3. Основанием ладони одной кисти (пальцы направлены краниально медиально) врач фиксирует зону проекции сердца в области 4-го и/или 5-го ребра по средней ключичной линии. Основание другой кисти располагает на тыльной поверхности первой кисти, фиксируя область ее запястья.
4. Врач смещает ребра в дорсальном краниальном медиальном направлении до барьера, создавая преднапряжение в области сердца. Затем действия врача могут выполняться в двух вариантах.

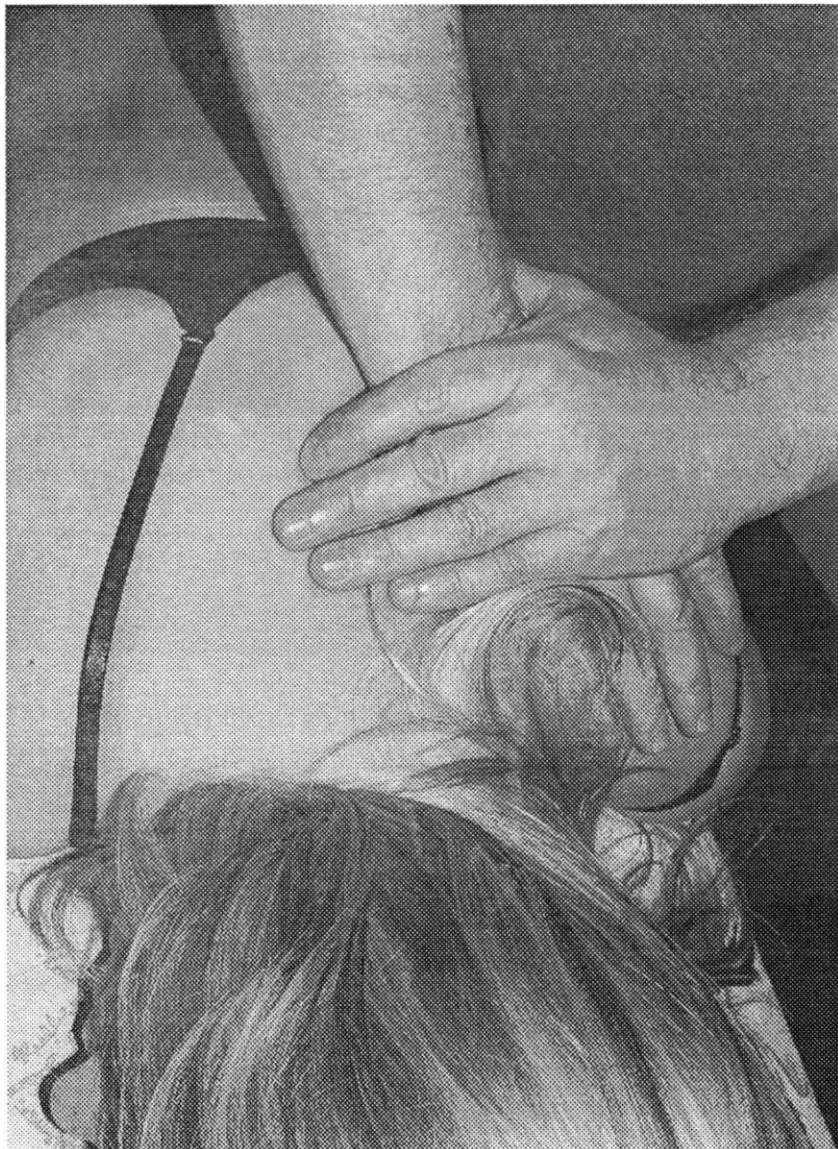
1-й вариант — врач удерживает созданное преднапряжение до появления эффекта релаксации и следует за расслаблением мягких тканей и ощущением смещения ребер в направлении созданного преднапряжения до нового барьера, что способствует смещению сердца в краниальном медиальном направлении, натяжению его связок и других фасциальных структур. Данный вариант техники может выполняться несколько раз.

2-й вариант — врач выполняет пассивные движения замедленного ритма в направлении созданного преднапряжения: надавливая на грудную клетку и слегка отпуская давление своих рук, что также способствует смещению сердца, натяжению его связок и других фасциальных структур.

Повторные пассивные надавливания на грудную клетку в итоге приводят к релаксации преимущественно перикардиальногрудинных и перикардиальной диафрагмальной связок и других фасциальных структур средостения.

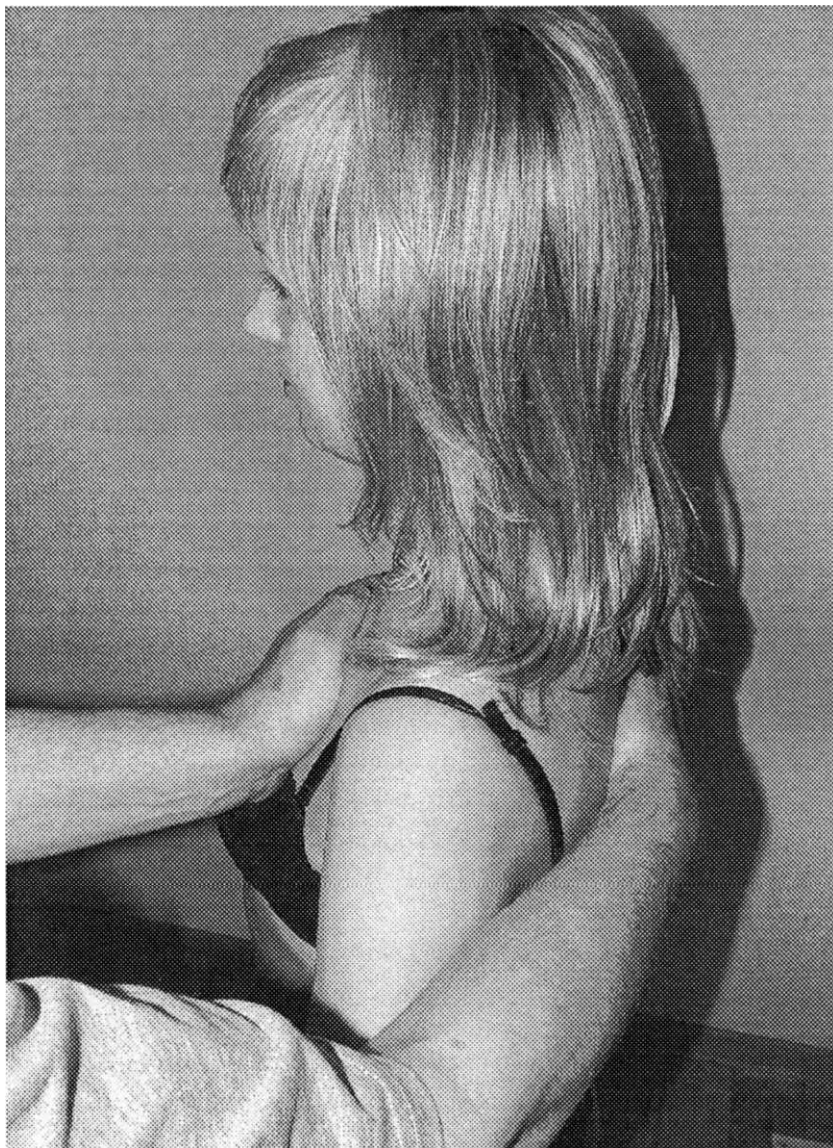
Данный вариант техники выполняется 6—10 раз.

3. Мобилизация сердца в вентральном каудальном направлении с использованием пассивного давления из положения лежа (релаксация перикардиальной позвоночной и перикардиальной грудинной связок)



1. Пациент лежит на животе на кушетке, левая рука опущена за край кушетки, что способствует смещению лопатки латерально.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его головы и плечевого пояса.
3. Основанием ладони одной кисти (пальцы направлены каудально латерально) врач фиксирует зону проекции сердца в области 4-го и/или 5-го ребра сзади на уровне реберных углов Льюиса, основание другой кисти располагает на тыльной поверхности первой кисти, фиксируя область ее запястья.
4. Врач смещает ребра в вентральном каудальном латеральном направлении до барьера, создавая преднапряжение в области сердца. Затем действия врача могут выполняться в двух вариантах.
5. 1-й вариант — врач удерживает созданное преднапряжение до появления эффекта релаксации и следует за ослаблением мягких тканей и ощущением смещения ребер в направлении созданного преднапряжения до нового барьера, что способствует смещению сердца в каудальном латеральном направлении, натяжению его связок и других фасциальных структур. Данный вариант техники может выполняться несколько раз.
6. 2-й вариант — врач выполняет пассивные движения замедленного ритма в направлении созданного преднапряжения: надавливая на грудную клетку и слегка отпуская давление своих рук, что также способствует смещению сердца, натяжению его связок и других фасциальных структур.
7. Повторные пассивные надавливания на грудную клетку в итоге приводят к релаксации преимущественно перикардиальной позвоночной и перикардиальной грудинной связок и других фасциальных структур средостения.
8. Данный вариант техники выполняется 6—10 раз.

4. Мобилизация сердца в вентральном краниальном направлении с использованием пассивного давления из положения стоя (релаксация перикардиальной позвоночной и перикардиальной диафрагмальной связок)



1. Пациент стоит, кисть левой руки — на поясе.
2. Врач стоит сзади, несколько слева от пациента.
3. Основанием ладони одной кисти (пальцы направлены краниально латерально) врач фиксирует зону проекции сердца сзади, в области 4-го и/или 5-го ребра чуть медиальнее реберных углов. Кисть другой руки располагает на передней поверхности ребер в области проекции сердца (пальцы направлены краниально медиально).
4. Врач кистями своих рук мягко сдавливает грудную клетку пациента до барьера, при этом фиксированные задние ребра смещает в вентральном краниальном латеральном направлении, создавая преднапряжение в области сердца и средостения. Передние ребра смещаются дорсально краниально медиально. Затем действия врача могут выполняться в двух вариантах.
5. 1-й вариант — врач удерживает созданное преднапряжение до появления эффекта релаксации и следует за расслаблением мягких тканей и ощущением смещения преимущественно задних ребер в направлении созданного преднапряжения до нового барьера, что способствует смещению сердца в краниальном латеральном направлении, натяжению его связок и других фасциальных структур. Данный вариант техники может выполняться несколько раз.
6. 2-й вариант — врач выполняет пассивные движения замедленного ритма в направлении созданного преднапряжения: надавливая на грудную клетку преимущественно сзади и слегка отпуская давление своих рук, что также способствует смещению сердца, натяжению его связок и других фасциальных структур.
7. Повторные пассивные надавливания на грудную клетку в итоге приводят к релаксации преимущественно перикардиальной позвоночной и перикардиальной диафрагмальной связок и других фасциальных структур средостения.
8. Данный вариант техники выполняется 6— 10 раз.

5. Мобилизация сердца в направлении ротации с использованием пассивного давления (релаксация перикардиальных грудинных, перикардиальной диафрагмальной и перикардиальной позвоночной связок)



1. Пациент лежит на спине на кушетке.
2. Врач стоит слева от пациента, на уровне его плечевого пояса.
3. Основанием ладони одной кисти (пальцы направлены каудально медиально) врач фиксирует зону проекции сердца в области 4-го и/или 5-го ребра по средней ключичной линии. Ладонь другой кисти располагает на тыльной поверхности первой кисти таким образом, чтобы основание ладони располагалось на пястных костях, а вилка из большого и указательного пальцев фиксировала область лучезапястного сустава первой руки.

4. Врач смещает ребра грудной клетки в дорсальном направлении и направлении ротации по часовой стрелке до барьера, создавая преднапряжение в области сердца. Затем действия врача могут выполняться в двух вариантах.
5. 1-й вариант — врач удерживает созданное преднапряжение до появления эффекта релаксации и следует за расслаблением мягких тканей и ощущением смещения ребер в направлении созданного преднапряжения до нового барьера, что способствует смещению сердца в направлении ротации, натяжению его связок и других фасциальных структур средостения. Данный вариант техники может выполняться несколько раз.
6. 2-й вариант — врач выполняет пассивные движения замедленного ритма в направлении созданного, преднапряжения, надавливая на грудную клетку и слегка отпуская давление своих рук, что также способствует смещению сердца, натяжению его связок и других фасциальных структур. Повторные пассивные надавливания на грудную клетку в итоге приводят к релаксации перикардиальных грудинных, перикардиальной диафрагмальной и перикардиальной позвоночной связок и других фасциальных структур средостения.
7. Данный вариант техники выполняется 6—10 раз.

Примечание. При выполнении данной техники оказывается воздействие на поверхностное сердечное сплетение, раздражение которого может изменять качество пульса. Так, при вращении сердца по часовой стрелке происходит учащение пульса, против часовой стрелки — урежение пульса.

**6. Мобилизация перикарда и левой коронарной артерии
с использованием техники «отдачи»**

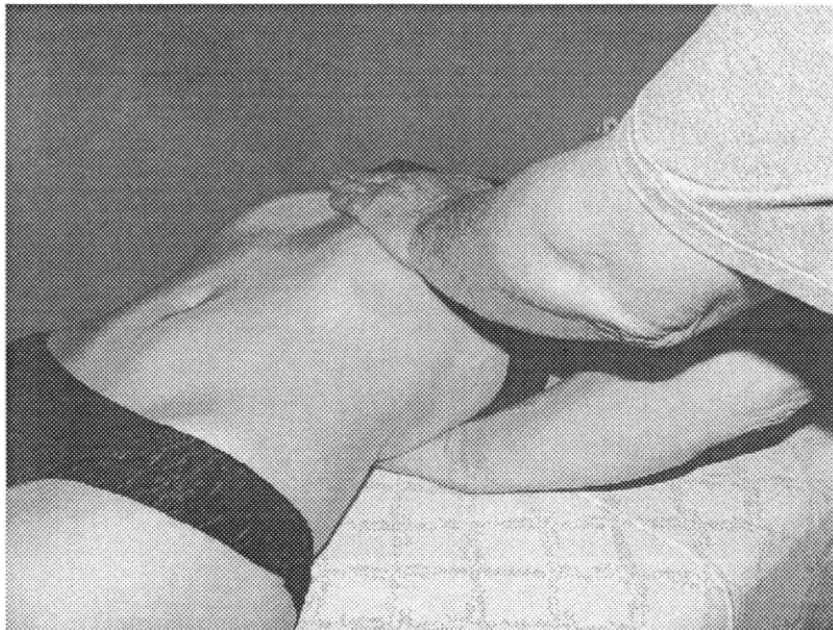


1. Пациент лежит на спине.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его грудной клетки или плечевого пояса.
3. Кисти обеих рук врача расположены крест накрест и фиксируют область проекции сердца. Тенар и гороховидная кость правой кисти фиксируют 2-е межреберье и каудальный край 2-го ребра по средней ключичной линии (зона проекции левой коронарной артерии). Основание ладони левой кисти фиксирует 4-е межреберье и краниальный край 5-го ребра.
4. Затем врач смещает кисти рук в противоположные стороны и дорсально, создавая преднапряжение в области перикарда и сосудов сердца.

5. Пациент делает вдох. Врач удерживает созданное пред-напряжение и во время выдоха слегка усиливает ком-прессию перикарда.
6. В начале фазы очередного вдоха врач делает резкий тол-чок обеими кистями в заданных направлениях с бы-стрым отпусанием рук от фиксированной зоны, как бы «встряивая» и освобождая сердце.
7. Повторение техники «ребаума» приведет к релаксации связок перикарда, оптимизации функции сосудов и улучшению работы сердца.
8. Техника повторяется 3—5 раз.

Техники на диафрагме

1. Энергетическая техника релаксации диафрагмы с использованием пассивного давления



Пациент лежит на спине, на кушетке.

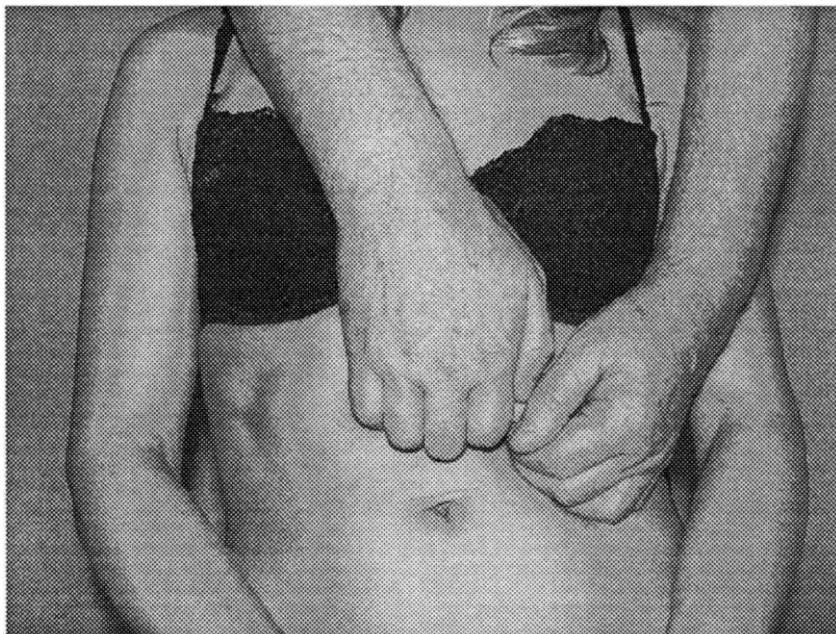
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища.
3. Кистями обеих рук врач фиксирует с дорсальной и центральной стороны зону проекции диафрагмы таким образом, чтобы одна кисть врача фиксировала ГОП на уровне Th9—Th2 (кисть перпендикулярно позвоночнику), а основание ладони другой кисти располагалось в зоне эпигастрия (пальцы направлены краниально).
4. Затем врач медленно смещает кисти рук навстречу другу до барьера, причем кисть, расположенную на позвоночнике, смещает строго в вентральном направлении, а кисть, расположенную в зоне эпигастрия —

дорсально краниально. При этом врач фиксирует свое внимание на ощущении тепла, исходящего от обеих кистей.

Удерживает состояние созданного преднапряжения до получения эффекта релаксации, следуя за расслаблением тканей и ощущением сближения кистей до нового барьера.

Техника может повторяться 2—3 раза.

2. Релаксация диафрагмы с использованием техники локального давления



1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач пальпаторно находит и фиксирует через брюшную стенку зону спазма диафрагмы в местах ее прикрепления к внутреннему краю 7—9-го ребер с двух сторон реберной дуги грудной клетки спереди, заводя свои пальцы под реберную дугу дорсально краниально.
4. Давлением своих пальцев, наложенных друг на друга, врач создает преднапряжение в актуальной зоне прикрепления диафрагмы.
5. 1-я фаза — выдох, во время которого диафрагма поднимается вверх и удаляется от пальцев врача. Врач следует за актуальной зоной фиксации диафрагмы в дорсальном

краниальном направлении, не упуская созданного преднапряжения.

6. 2-я фаза — медленный вдох, во время которого диафрагма опускается вниз и приближается к пальцам врача, что способствует усилению состояния преднапряжения.
7. Задержка дыхания на 5—10 секунд, во время которой врач получает ощущение расслабления спазмированной зоны.
8. Фазы повторяются 3—5 раз.

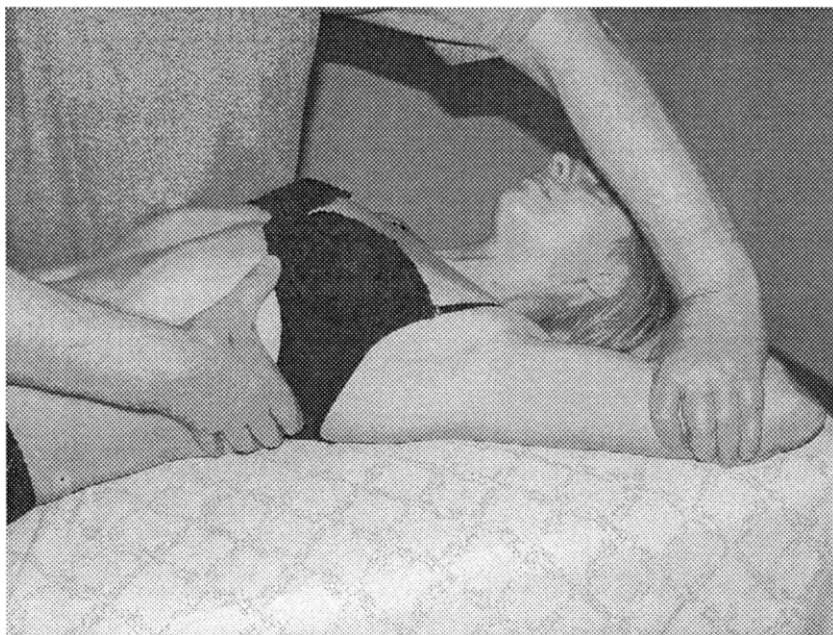
3. Релаксация левой половины диафрагмы с использованием ПДног



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке. Под затылок и верхнюю часть туловища можно подложить валик.
2. Врач стоит справа, на уровне туловища пациента.
3. Большим пальцем левой руки через брюшную стенку врач фиксирует спазмированную зону диафрагмы в местах ее прикрепления к внутренней поверхности 7—9-го ребер слева от эпигастрия и создает в ней преднапряжение.
4. Правой рукой обхватывает колени пациента, располагая кисть латерально слева, и смещает ноги на себя до барьера, что способствует усилению напряжения в зоне фиксации диафрагмы.

5. 1-я фаза — пациент давит коленями влево 5—10 секунд против адекватного сопротивления врача, что также усиливает преднапряжение в зоне спазма диафрагмы.
6. 2-я фаза — расслабление. Врач увеличивает ротацию бедер, не упуская преднапряжения в зоне фиксации. После нескольких повторений ПД ног возникает релаксация диафрагмы в зоне ее фиксации.
7. Техника повторяется 3—5 раз.

4. Мобилизация пищеводнокардиального сфинктера в области пищеводного отверстия диафрагмы с использованием ПДфаз дыхания и тракции руки



1. Пациент лежит на спине на кушетке, левая рука выпрямлена и направлена краниально.
2. Врач стоит слева от пациента, на уровне его туловища и плеч.
3. Кистью левой руки врач фиксирует переднюю боковую поверхность 5—7-го ребер слева таким образом, чтобы большой палец фиксировал краниальный край передней поверхности ребер по средней ключичной линии, а указательный палец — краниальный край боковой поверхности ребер на уровне передней и средней аксилярной линии и смещает фиксированное ребро в каудальном направлении до барьера.

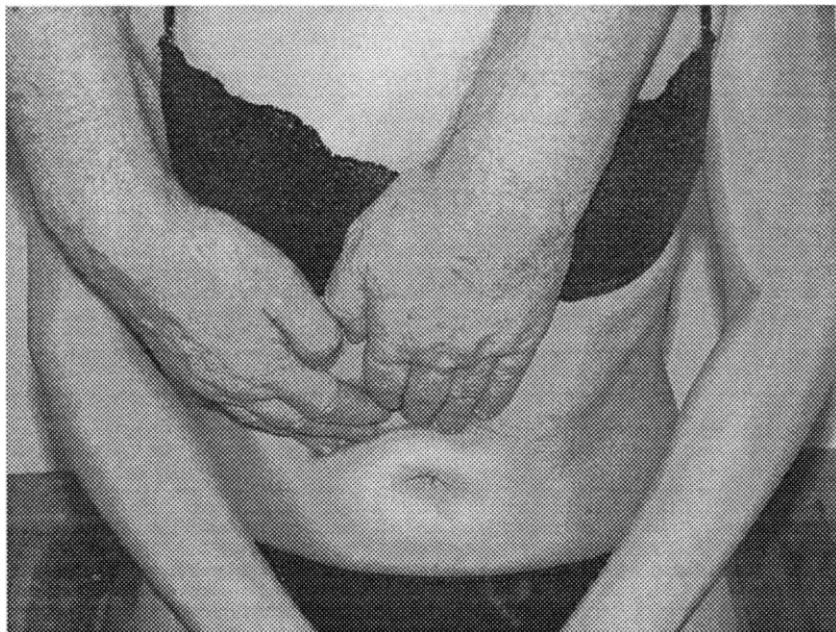
4. Кистью другой руки фиксирует дистальную часть предплечья выпрямленной руки пациента и смещает ее в краниальном направлении до барьера, что создает дополнительное преднапряжение в области пищеводнокардиального сфинктера.
5. 1-я фаза — медленный глубокий вдох. Врач удерживает созданное преднапряжение.
6. 2-я фаза — расслабление, выдох. Врач смещает руку и фиксированное ребро в заданных направлениях, следуя за расслаблением тканей до нового барьера.
7. После нескольких повторений фаз возникает релаксация пищеводнокардиального сфинктера и диафрагмы в области пищевого отверстия.
8. Техника выполняется 3—5 раз.

Примечания. 1. Особую осторожность оператор должен проявлять при мобилизации пищеводнокардиального сфинктера у детей. 2. Если при мобилизации пищеводнокардиального сфинктера врач фиксирует 6-е ребро, то при этом возможна релаксация левой треугольной связки печени.

Мануальная терапия на органах брюшной полости

Техники на желчном пузыре

1. Релаксация желчного пузыря с использованием ПД туловища из положения сидя



1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач фиксирует зону проекции желчного пузыря в области пересечения правой реберной дуги и правого края прямой мышцы живота на уровне соединения хрящей 8—9-го правых ребер. При этом наклоняет тело пациента несколько вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки.

4. Затем врач смещает свои пальцы дорсально краниально, прижимает дно и тело желчного пузыря к переднему нижнему краю и висцеральной поверхности печени, создавая преднапряжение в тканях брюшной стенки и желчном пузыре.
5. После этого выполняет вращение туловища пациента в направлении по- и против часовой стрелки, не упуская созданного преднапряжения в зоне желчного пузыря (пальцы остаются в неподвижном состоянии). Вращение туловища выполняется преимущественно за счет движения ног врача.
6. При фиксированном положении туловища пациента оператор выполняет вращение пальцами в зоне проекции желчного пузыря, как бы заставляя двигаться желчный пузырь в направлении ротации, по и против часовой стрелки.
7. Пассивные повторные движения туловища либо повторные вращения пальцев врача приведут к релаксации фиксированных тканей и снятию спазма желчного пузыря.
8. Техника выполняется 1—2 мин.

Примечание. При мобилизации желчного пузыря у детей действия врача должны быть особенно нежными и аккуратными. Слишком активное и грубое воздействие на желчный пузырь может легко привести к негативным результатам, т.к. у детей повышены все рефлексy.

2. Релаксация желчного пузыря с использованием пассивного давления из положения лежа



1. Пациент лежит на спине на кушетке, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы — на кушетке.
2. Врач стоит слева от пациента, на уровне его туловища или таза.
3. Большими пальцами обеих кистей, наложенными друг на друга (преимущественно концевыми фалангами), врач фиксирует зону проекции желчного пузыря в области пересечения правой реберной дуги и правого края прямой мышцы живота на уровне соединения хрящей 8—9-го правых ребер.
4. Затем врач смещает свои пальцы дорсально краниально, прижимает дно и тело желчного пузыря к переднему нижнему краю и висцеральной поверхности печени,

создавая преднапряжение в тканях брюшной стенки и в желчном пузыре.

5. После этого врач выполняет вращение пальцами в зоне проекции желчного пузыря, как бы заставляя двигаться желчный пузырь в направлении ротации, по- и против часовой стрелки.
6. Повторные вращения пальцев врача приведут к релаксации фиксированных тканей и снятию спазма желчного пузыря.
7. Техника выполняется 1—2 мин.

*3. Мобилизация желчного пузыря
с использованием ПД (выдавливание желчи)*



1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач фиксирует зону проекции желчного пузыря в области пересечения правой реберной дуги и правого края прямой мышцы живота на уровне соединения хрящей 8—9-го правых ребер. При этом наклоняет тело пациента несколько вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки.
4. Врач смещает свои пальцы дорсально краниально, приближаясь к дну желчного пузыря у переднего нижнего края печени.
5. После этого выполняет мобилизацию желчного пузыря, медленно и последовательно смещает свои пальцы дорсально краниально (снизу вверх) и медиально каудально к пупку (справа налево и вниз), прижимая желчный пузырь к висцеральной поверхности печени. Затем слегка отпускает давление пальцев своих рук. Причем при движении пальцев снизу вверх врач увеличивает флексию туловища пациента, а при смещении пальцев справа налево и вниз — врач экстензирует туловище пациента, что будет способствовать выделению желчи. Экстензию туловища можно увеличивать при помощи колена врача.
6. Повторные смещения пальцев врача в указанных направлениях, имитирующие выдавливание желчи, приведут к релаксации фиксированных тканей, снятию спазма и опорожнению желчного пузыря от избыточной желчи. При выдавливании желчи в отдельных случаях можно услышать специфический звук.
7. Техника выполняется 1—2 мин до исчезновения боли

Примечание. При адекватном выполнении мобилизации желчного пузыря, как правило, ингибируется вагус и стимулируется открытие желчных ходов печени и сфинктера Одди, что может способствовать освобождению желчного пузыря от песка и мелких желчных конкрементов, в диаметре до 3 мм.

**Техники на фиксационных опорных
структурах печени**

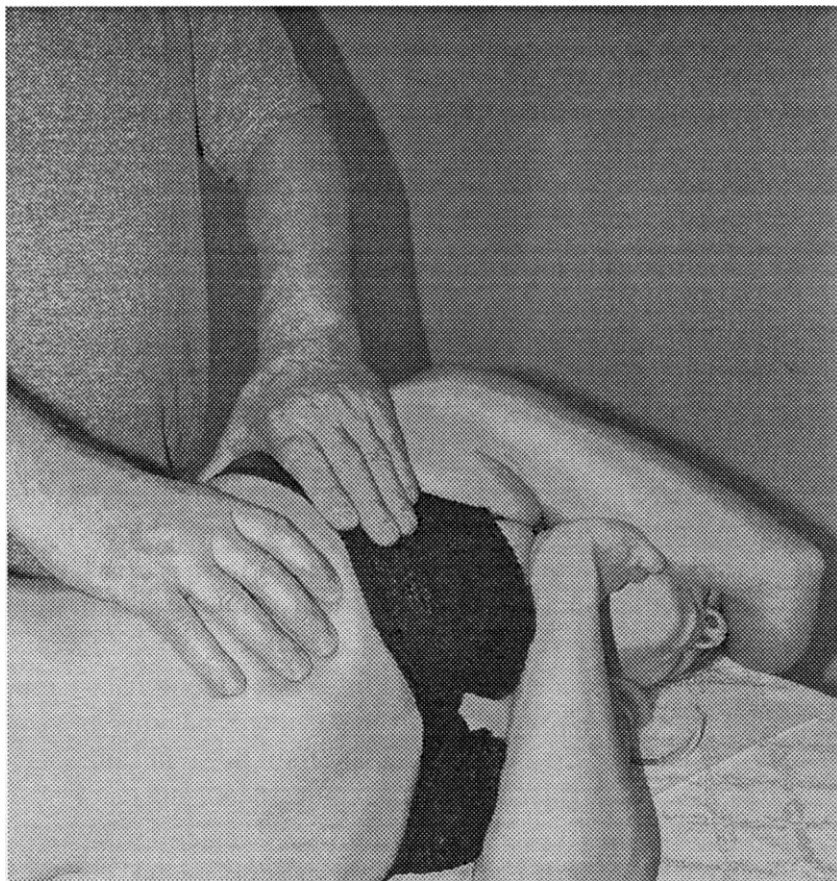
*1. Мобилизация левой или правой долей печени
в краниальном направлении с использованием ПДтуловища
(релаксация левой или правой треугольной связки)*



1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.
3. Вторым и пятым пальцами обеих кистей врач фиксирует висцеральную поверхность левой либо правой доли печени в зоне проекции напряженных треугольных связок. При этом наклоняет тело пациента немного вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки. Для пальпации левой доли печени сначала врач левой рукой смещает задние нижние ребра медиально и вентрально, чтобы кисть правой руки могла легко подойти к печени, затем наклоняет тело пациента несколько вправо и выполняет небольшую ротацию влево. Для пальпации правой доли печени врач выполняет аналогичные движения туловища пациента в противоположном направлении, что способствует подъему и приближению пальпируемого края печени к пальцам врача.
4. Врач смещает печень краниально с элементами других направлений, в которых усиливается напряжение печени в месте фиксации, и удерживает печень в таком положении до уменьшения напряжения и ощущения расслабления фиксированных тканей под пальцами.
5. Затем, вновь создав преднапряжение в зоне пальпации печени, врач вращает туловище пациента вокруг фиксированной доли печени в направлении по- и против часовой стрелки. Пальцы врача остаются неподвижными.
6. Удерживание печени в краниально смещенном состоянии и повторные пассивные движения туловища пациента приведут к релаксации капсулы печени, укороченных треугольных связок и других фасциальных структур.
7. Техника выполняется 1—2 мин.

Примечания. 1. При выполнении данной техники для релаксации правой треугольной связки одновременно происходит мобилизация и релаксация печеночно-почечной связки. 2. Клинически и биомеханически наиболее значимой является левая треугольная связка, т.к. она часто страдает при различных видах механических травм тела.

2. Мобилизация печени в каудальном медиальном направлении с использованием ПДи фаз дыхания (релаксация венечной и правой треугольной связок)



1. Пациент лежит на левом боку, спиной у края кушетки. Ноги слегка согнуты в КС и ТБС, правая рука направлена краниально, согнута в локтевом суставе, кисть фиксирует головной конец кушетки.
2. Врач стоит сзади на подставке, на уровне плечевого пояса пациента.
3. Кистями обеих выпрямленных рук врач фиксирует боковую поверхность грудной клетки в зоне проекции венечной связки печени в области 4–6-го ребер справа. При этом вилкой из большого и указательного пальцев левой кисти (большой палец направлен дорсально, указательный — вентрально) врач фиксирует каудальный край вышерасположенного ребра, а вилкой из большого и указательного пальцев другой кисти (большой палец — вентрально, указательный — дорсально) фиксирует краниальный край нижерасположенного смежного ребра.
4. Затем врач надавливает на грудную клетку медиально, что способствует напряжению в области печени, и смещает смежные ребра в противоположных направлениях, т.е. воздействие левой рукой осуществляется в краниальном медиальном, а правой — в каудальном медиальном направлении, до барьера. Такое смещение способствует натяжению и напряжению в области верхних связок печени.
5. 1-я фаза — медленный глубокий вдох. Врач удерживает созданное преднапряжение.
6. 2-я фаза — расслабление, выдох. Врач смещает руки в заданных направлениях, следуя за расслаблением тканей до нового барьера.
7. После нескольких повторений фаз возникает релаксация капсулы печени, преимущественно венечной связки, а с учетом гравитационного компонента — и правой треугольной связки печени.
8. Техника выполняется несколько раз.

3. Мобилизация печени в каудальном направлении с использованием ПДфаз дыхания и тракции руки (релаксация венечной связки)

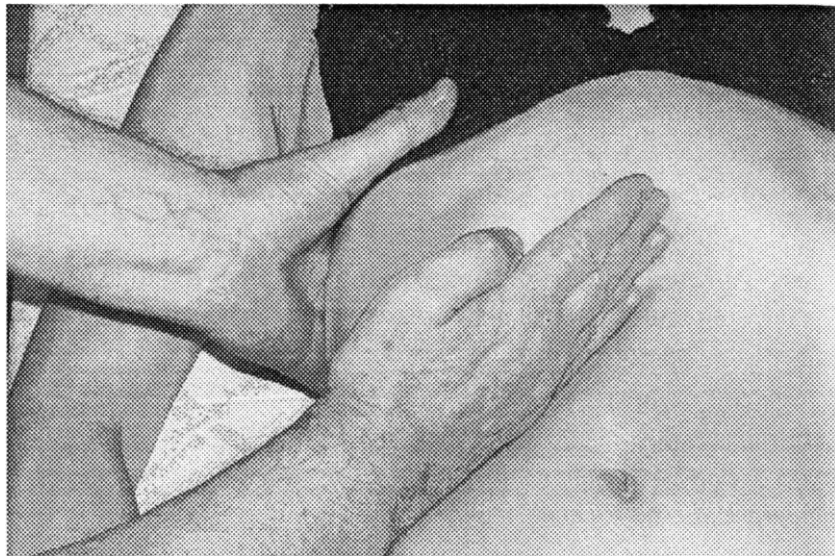


1. Пациент лежит на спине на кушетке, правая рука выпрямлена и направлена краниально.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища и плеч.
3. Кистью правой руки врач фиксирует переднюю боковую поверхность 4—6-го ребер справа таким образом, чтобы большой палец фиксировал краниальный край передней поверхности ребер по средней ключичной линии, а указательный палец — краниальный край боковой поверхности ребер на уровне передней и средней аксилярной линии, и смещает фиксированное ребро в каудальном медиальном направлении до барьера. Локоть фиксируется туловищем врача.

4. Кистью другой руки фиксирует дистальную часть предплечья выпрямленной руки пациента и смещает ее в краниальном направлении до барьера, что создает дополнительное натяжение и напряжение в области верхних связок печени.
5. 1-я фаза — медленный глубокий вдох. Врач удерживает созданное преднапряжение.
6. 2-я фаза — расслабление, выдох. Врач смещает руку и фиксированное ребро, в заданных направлениях следуя за расслаблением тканей до нового барьера.
7. После нескольких повторений фаз возникает релаксация капсулы печени и преимущественно венечной связки печени.
8. Техника выполняется 3—5 раз.

Примечание. Если врач при данной мобилизации печени фиксирует 5-е ребро, то дополнительно будет релаксироваться правая треугольная связка печени.

4. Недифференцированная техника релаксации связок печени (техника «отдачи»)

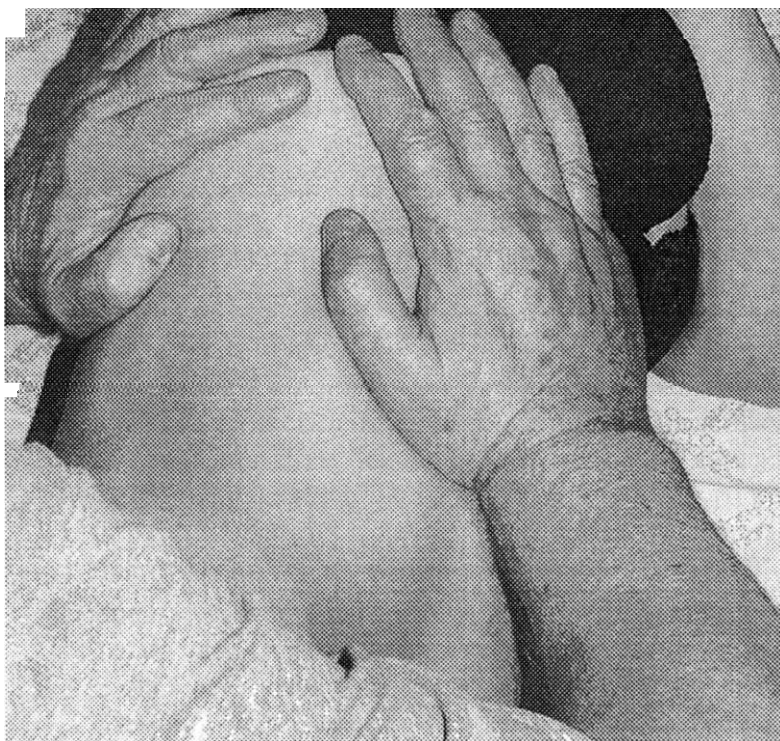


1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
3. Основанием ладони одной кисти врач фиксирует нижнюю поверхность и нижний передний край печени справа у реберной дуги, основанием другой кисти фиксирует самое напряженное место в области 4-го и 5-го ребра, на границе легких и печени, предплечье располагается практически перпендикулярно грудной клетке.
4. Врач смещает руки навстречу друг другу до барьера, создавая напряжение в области печени. Пациент делает несколько вдохов и выдохов, врач удерживает печень в состоянии напряжения, при этом во время фазы вдоха усиливает компрессию печени.

5. Затем в начале фазы очередного вдоха врач делает резкий толчок обеими кистями навстречу друг другу и вентрально с быстрым отпусканием рук от фиксированной зоны, как бы «встряхивая» и освобождая печень (техника «отдачи», или «ребаума»).
6. После нескольких повторений техники «ребаума» возникает релаксация капсулы и других связочных и фасциальных структур печени.
7. Техника повторяется 3—5 раз.

Примечание. Для преимущественного воздействия и релаксации связок с правой стороны печени с учетом фактора гравитации, техника может выполняться в положении лежа на левом боку.

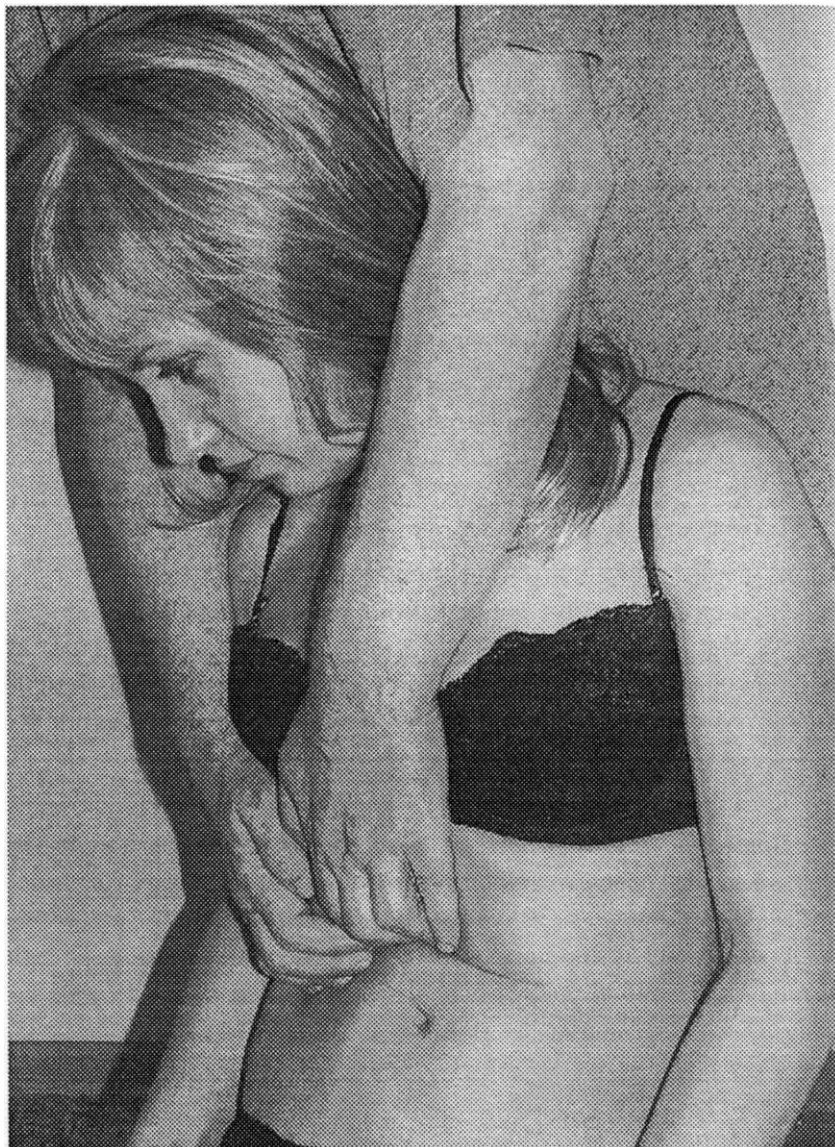
5. Мобилизация печени в сагиттальной плоскости с использованием ПД(релаксация преимущественно коронарной и серповидной связок)



1. Пациент лежит на левом боку, ноги слегка согнуты в КС и ТБС, спиной у края кушетки.
2. Врач стоит сзади, на уровне туловища или таза пациента.
3. Кистями обеих рук, направленных навстречу друг другу (предплечья перпендикулярны грудной клетке пациента), врач фиксирует грудную клетку справа в области проекции печени, дорсально и вентрально таким образом, чтобы левая кисть располагалась сзади на 4—6-м ребрах, а правая кисть — на нижних ребрах правой реберной дуги спереди и каудальнее левой кисти. Такой захват будет способствовать движению печени во флексию в сагиттальной плоскости.
4. Врач смещает свои кисти навстречу друг другу до барьера, создавая напряжение в области печени.
5. Затем выполняет мобилизацию печени с использованием пассивных движений замедленного или обычного ритма в направлении флексии, надавливая на грудную клетку с двух сторон, как бы наклоняя печень кпереди и слегка отпуская давление своих рук.
6. Повторные движения рук врача, способствующие смещению печени в направлении флексии, в результате приведут к релаксации капсулы, укороченных коронарной, серповидной связок печени и других фасциальных структур, а также к увеличению объема движения печени в сагиттальной плоскости.
7. Техника выполняется несколько раз.

Примечания. 1. Мобилизацию печени в сагиттальной плоскости можно выполнять по принципам, описанным выше, с той лишь разницей, что врач одновременно фиксирует висцеральную поверхность обеих долей печени как можно дорсальнее. При этом в 1-й фазе движения врач пытается выполнить флексию печени, как бы «наклоняя» ее вперед, а во 2-й фазе пытается «запрокинуть» печень назад, т.е. выполнить ее экстензию. 2. Дополнительным положительным результатом мобилизация печени является снижение холестерина, что особенно важно для больных, страдающих атеросклеротическим поражением сосудов.

6. Мобилизация печени в горизонтальной плоскости с использованием ПД (релаксация преимущественно треугольных связок)



Пациент сидит на стуле.

Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.

Вторыми-пятыми пальцами обеих кистей врач одновременно фиксирует висцеральную поверхность левой и правой долей печени в наиболее напряженных зонах. При этом наклоняет тело пациента несколько вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки.

Врач смещает печень краниально до барьера. После этого выполняет медленное вращение печени своими кистями вокруг вертикальной оси в направлении наибольшей свободы движения до барьера (непрямая мобилизация), что способствует натяжению и напряжению треугольных связок. Причем если мобилизация печени в начале выполняется влево, то желательна небольшая ротация туловища вправо. Для мобилизации печени вправо желательна ротация туловища влево.

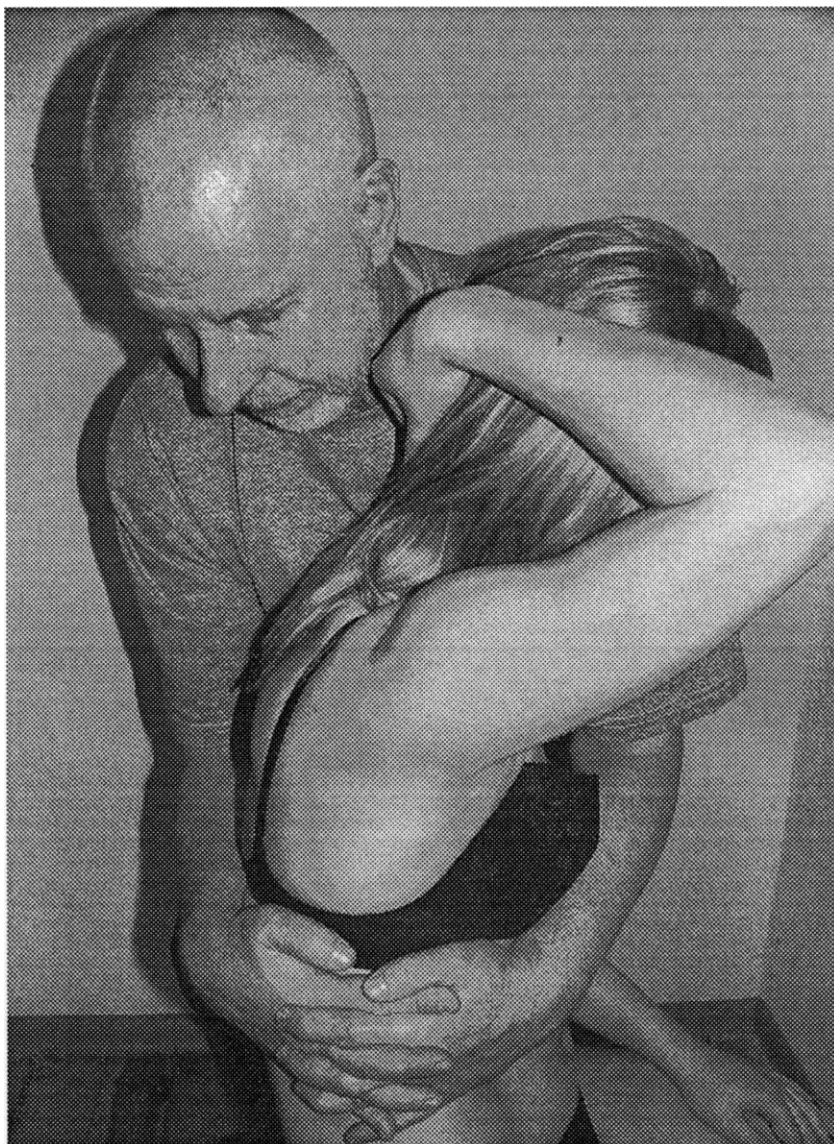
Затем врач удерживает печень в таком положении до уменьшения напряжения, ощущения расслабления фиксированных тканей под пальцами и увеличения объема ротации печени в заданном направлении. При этом пальцы врача не должны скользить по висцеральной поверхности печени.

Затем врач выполняет аналогичную мобилизацию печени в направлении ограниченной ротации, т.е. в противоположную сторону (прямая мобилизация).

Повторные пассивные движения печени в направлении ротации влево и вправо в результате приведут к релаксации капсулы, укороченных треугольных связок печени и других фасциальных структур, а также к увеличению объема движения печени в горизонтальной плоскости.

Техника выполняется несколько раз.

**7. Мобилизация печени во фронтальной плоскости
с использованием ПДускоренного ритма (релаксация
преимущественно верхних связок печени)**



Пациент стоит либо сидит на краю кушетки.

Врач стоит слева от пациента.

Обеими руками врач обхватывает грудную клетку пациента вентрально и дорсально (кисти сцеплены в «замок») в области проекции печени и сжимает ребра своими кистями и предплечьями до барьера, создавая напряжение в области печени.

Затем врач выполняет мобилизацию печени с использованием пассивных движений ускоренного ритма, смещая руки в заданном темпе на себя. Ритм воздействия врача может изменяться как в сторону учащения, так и урежения.

Повторные движения рук врача ускоренного ритма будут способствовать смещению печени в латеральном и других направлениях и в результате приведут к релаксации капсулы, укороченных верхних связок печени и других фасциальных структур, а также к увеличению объема движения печени преимущественно во фронтальной плоскости.

Техника выполняется 1—2 минуты.

**Техники на фиксационных опорных
структурах желудка**

*1. Мобилизация кардии желудка
и пищеводно-кардиального сфинктера в каудальном
направлении с использованием ПД (релаксация
диафрагмально-пищеводной связки)*



Пациент сидит на стуле

Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.

Вторым и пятым пальцами обеих кистей врач фиксирует зону проекции кардии желудка в области пересечения левой реберной дуги и прямой мышцы живота, несколько левее белой линии. При этом наклоняет тело пациента несколько вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки.

Врач пальпирует нижний край печени и чуть приподнимает левую долю печени для освобождения подхода к диафрагмально-пищеводной связке, затем пальпирует зону перехода пищевода в желудок. При этом несколько увеличивает флексию туловища пациента и подходит к телу желудка, определяя зону спазма и боли в области кардиальной части, и дополнительно уточняет это актуальное место с помощью поверхностного вдоха и выдоха пациента, создавая преднапряжение.

1-я фаза — пациент делает медленный вдох. Врач удерживает зону кардии в преднапряжении, препятствуя смещению желудка в каудальном направлении за счет уплощения диафрагмы. При этом еще больше увеличивает флексию туловища пациента, тем самым усиливая фиксацию места спазма своими пальцами.

2-я фаза — выдох. Боковой и тыльной поверхностью пальцев рук врач смещает кардию в каудальном направлении в течение 5—6 секунд, одновременно слегка экстензирует туловище пациента. Экстензию туловища можно увеличить с помощью колена врача. (Данная фаза выполняется подобно технике «выдавливания желчи» из желчного пузыря).

Повторные движения рук врача, замедление ритма будут способствовать увеличению объема смещения пищеводно-кардиального сфинктера кардии желудка в каудальном направлении и в результате приведут к релаксации

укороченной диафрагмально-пищеводной связки и других фасциальных структур.

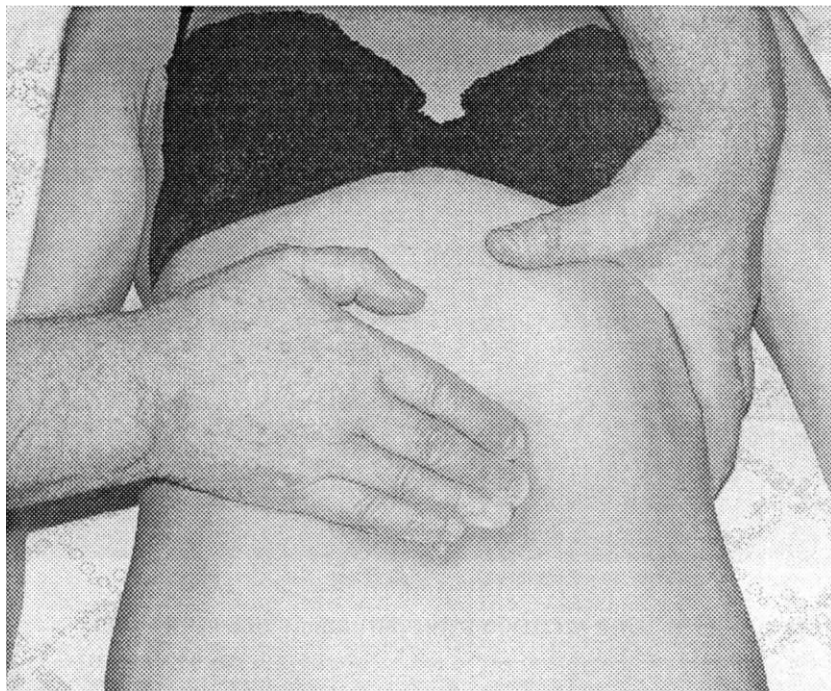
8. Техника выполняется 1—2 мин.

Примечания. 1. Во время выполнения данной техники у пациента может усилиться слюноотечение и появиться чувство напряжения в области верхней челюсти. 2. Мобилизацию кардии и пищеводно-кардиального сфинктера возможно выполнять аналогично с использованием ПД туловища влево вокруг кардии, фиксированной большим пальцем правой руки.

**2. Мобилизация малой кривизны желудка
в каудальном направлении с использованием ПД
(релаксация преимущественно желудочно-печеночной
связки)**

1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.
3. Вторым и пятым пальцами обеих кистей врач фиксирует брюшную стенку в зоне эпигастрия строго по средней линии, сразу под мечевидным отростком, при этом наклоняет тело пациента несколько вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки.
4. Затем смещает пальцы дорсально краниально, подходит и пальпирует малую кривизну желудка, находя самое напряженное и болезненно место.
5. Боковой и дорсальной поверхностью концевых фаланг пальцев обеих кистей врач фиксирует кардиальную зону желудка.
6. В остальном техника выполняется подобно технике 1.

**3. Мобилизация малой кривизны желудка
в латеральном направлении с использованием ПД
(релаксация желудочно-печеночной связки)**



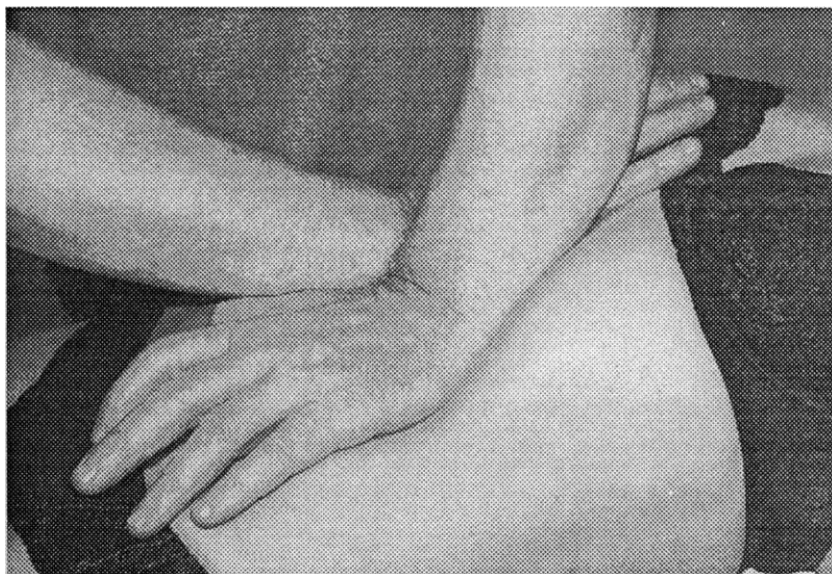
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища.
3. Большим пальцем или концевыми фалангами выпрямленных вторых—четвертых пальцев правой кисти врач через брюшную стенку живота фиксирует малую кривизну желудка на уровне белой линии, в зоне эпигастрия и смещает ее в латеральном направлении до барьера.
4. Кистью другой руки фиксирует латерально нижние ребра слева и смещает их медиально до барьера, создавая дополнительное преднапряжение зоне фиксации желудка.

Затем врач выполняет мобилизацию желудка в направлении созданного преднапряжения с использованием ПД замедленного или обычного ритма, смещая кисти навстречу друг другу, надавливая и отпуская ребра и поверхность малой кривизны желудка.

Повторные движения рук врача приведут к увеличению объема движения желудка в латеральном направлении, уменьшению болезненности и напряженности, а также релаксации его малой кривизны и желудочно-печеночной связки.

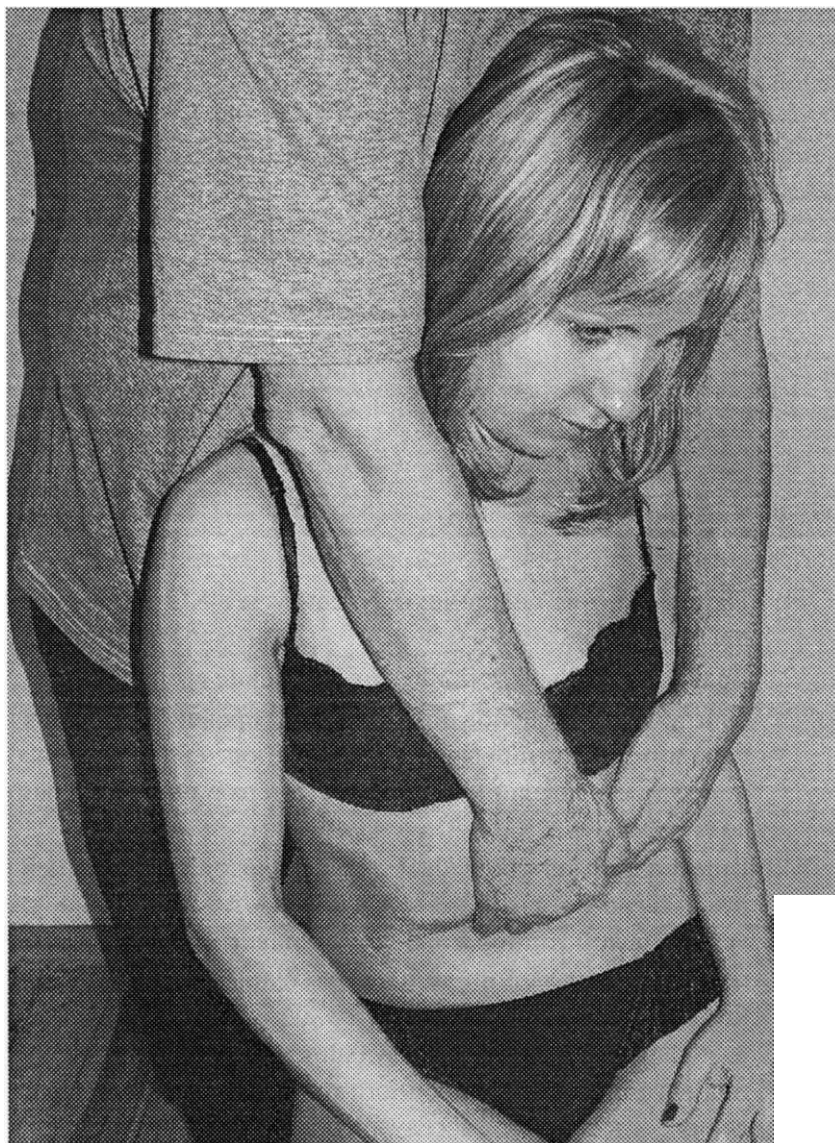
Техника выполняется несколько раз.

4. Манипуляция на малой кривизне желудка и печени с использованием дистракционного толчка



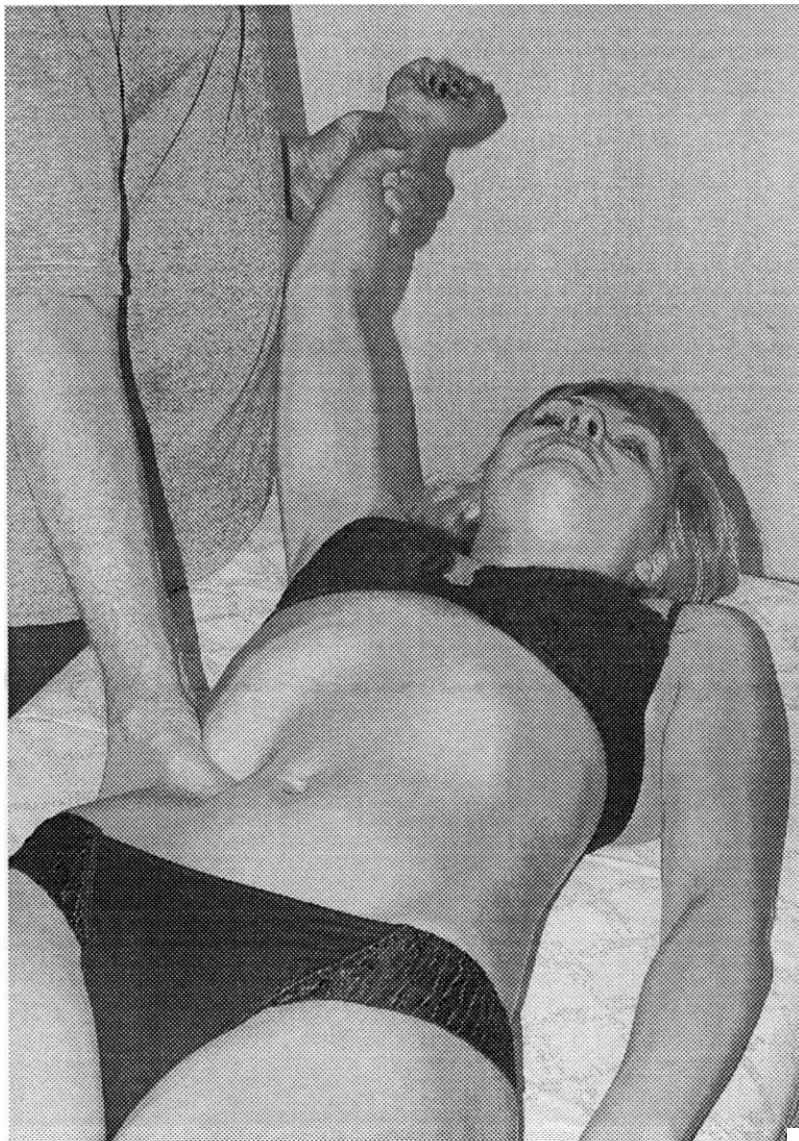
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища.
3. Гипотенаром и основанием ладони правой кисти врач фиксирует нижний край и по возможности висцеральную поверхность печени и смещает ее латерально краниально до барьера.
4. Гипотенаром или большим пальцем левой кисти фиксирует малую кривизну желудка в области эпигастрия, на уровне белой линии живота и смещает желудок в латеральном направлении до барьера. Руки врача располагаются крест-накрест.
5. Затем врач выполняет манипуляцию обеими кистями с использованием дистракционного толчка в заданных направлениях, как бы отрывая желудок от печени и наоборот.
6. Техника может повторяться несколько раз.

5. Мобилизация тела и дна желудка в каудальном направлении (релаксация преимущественно диафрагмально-желудочной связки)



1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади, своим телом фиксирует туловище пациента.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач фиксирует брюшную стенку в зоне эпигастрия. При этом наклоняет тело пациента несколько вперед для более выраженного расслабления брюшной стенки.
4. Затем смещает пальцы дорсально и несколько левее, подходит к телу или дну желудка, находя самое напряженное и болезненное место.
5. Боковой и дорсальной поверхностью концевых фаланг пальцев обеих кистей врач фиксирует актуальную зону желудка.
6. В остальном техника выполняется подобно технике I.

**6. Мобилизация большой кривизны желудка
в краниальном направлении с использованием ПД
ускоренного ритма (релаксация желудочно-поперечно
ободочной связки)**



1. Пациенты лежит на спине с подложенным под таз валиком. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
2. Вилкой из большого и согнутого указательного пальцев одной кисти врач сначала фиксирует область живота справа в зоне проекции тонкого кишечника, несколько ниже поперечно-ободочной кишки. Кистью другой руки врач фиксирует дистальную часть предплечья пальпируемой руки.
3. Врач смещает кисть первой руки в дорсальном краниальном направлении до барьера.
4. Затем выполняет мобилизацию тонкого кишечника, поперечно-ободочной кишки и желудка с использованием ПД ускоренного ритма в краниальном направлении.
5. После нескольких повторений врач фиксирует зону проекции большой кривизны желудка и выполняет мобилизацию его в краниальном латеральном направлении по вышеописанным принципам, как бы «загоняя» желудок в левое подреберье.
6. Повторные движения рук врача ускоренного ритма будут способствовать повышению тонуса расслабленных миофасциальных структур и релаксации укороченных фасциальных структур.
7. Техника повторяется несколько раз.

По окончании выполнения техники необходима фиксация живота пациента с помощью простыни и с завязыванием узла в области пупка на 15—20 минут.

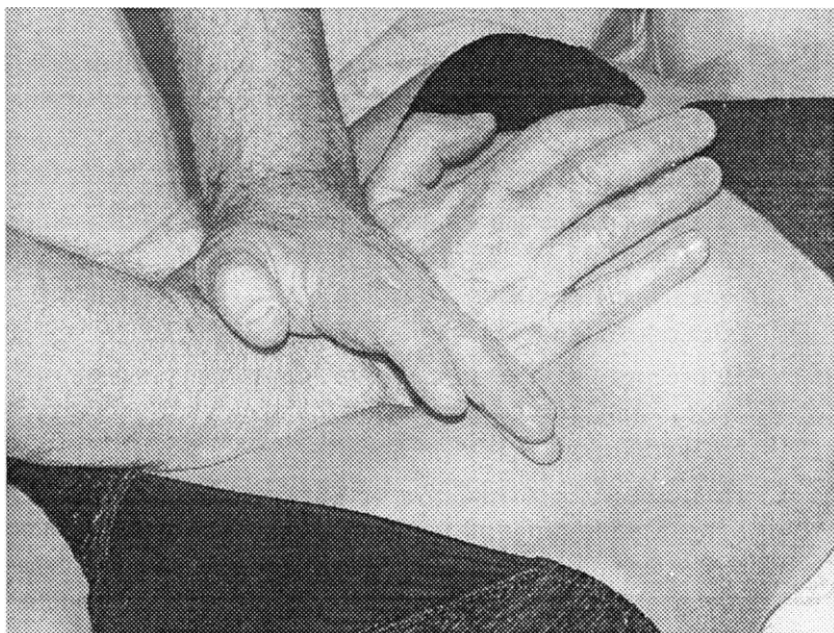
Примечания. 1. Данная техника показана при опущении тонкой кишки и желудка. 2. Приптозе желудка и его большой кривизны можно выполнять мобилизацию желудка в краниальном направлении аналогично технике 7 с той лишь разницей, что врач фиксирует сначала тонкую кишку в правой подвздошной области и смещает ее вместе с желудком в краниальном направлении. Затем фиксирует край большой кривизны и ПД рук ускоренного ритма смацает желудок краниально в левое подреберье.

7. Мобилизация желудка в горизонтальной плоскости в направлении ротации с использованием ПД



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища.
3. Кистями обеих рук, наложенными друг на друга, врач фиксирует через мягкие ткани живота тело желудка в зоне его проекции в левой подреберной и надчревной области таким образом, чтобы основание ладони находилось несколько правее белой линии живота.
4. Врач смещает желудок в дорсальном направлении до барьера. Затем выполняет его мобилизацию с использованием ПД обычного ритма в направлении ротации вправо и влево в горизонтальной плоскости, поочередно надавливая то основанием ладоней, то пальцами обеих кистей.
5. Повторные движения рук врача будут способствовать увеличению объема движения желудка в направлении ротации и устранению фиксаций.
6. Техника повторяется несколько раз.

8. Релаксация привратника в направлении фиксации с использованием ПД (техника «выслушивания»)



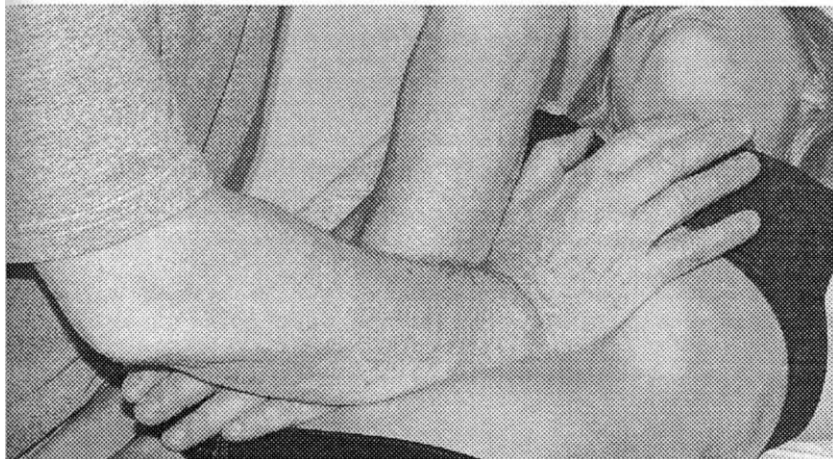
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища или таза.
3. Кистью правой руки (областью гороховидной кости) врач мягко пальпирует брюшную стенку в зоне проекции привратника, на расстоянии 4 пальцев пациента (2–5-го) от пупка краниально и несколько правее средней линии живота.
4. Врач пальпаторно «выслушивает» висцеральный ритм, определяя направление фиксации пилорической части желудка во фронтальной плоскости, т.е. направление «застывшего» колебания привратника в одну сторону, без возвращения его в другую сторону. При этом врач ощущает, что именно в этом направлении фиксированный

орган как бы «затягивает» его кисть, которая произвольно следует за ним. Кисть другой руки размещается на тыльной поверхности пальпируемой руки.

5. После этого выполняет мобилизацию привратника во фронтальной плоскости, несколько сильнее зафиксировав привратниковую часть желудка в дорсальном направлении, и медленно вращает его в сторону направления фиксации до барьера (3—7 секунд), как бы усугубляя ее.
6. Затем ослабляет давление своей кисти, упуская состояние созданного преднапряжения. Вновь выслушивает висцеральный ритм и при необходимости выполняет повторное воздействие в этом направлении.
7. После этого врач выполняет мобилизацию привратника в противоположную сторону, т.е. в направлении отсутствия его колебания.
8. Повторные движения рук врача замедленного ритма в направлении ротации привратниковой части желудка во фронтальной плоскости приведут к ее релаксации, устранению функций и восстановлению оптимального висцерального ритма.
9. Техника повторяется несколько раз в направлениях фиксации и ограничения висцерального ритма.

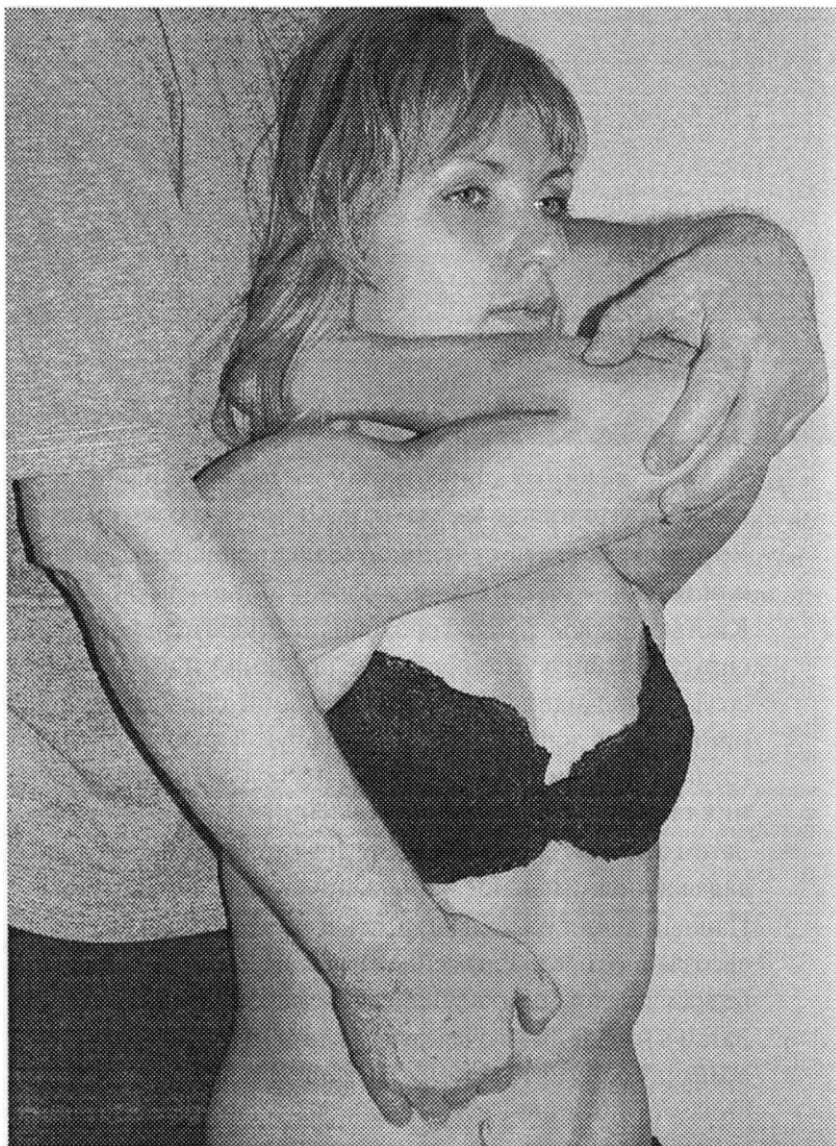
Примечание. При мобилизации привратника у детей кисть второй руки располагать на позвоночнике, приблизительно на уровне Th-11. Такая релаксация, как правило, дает хороший эффект релаксации пилорической части желудка.

9. Релаксация привратника с использованием техники «отдачи»



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы — на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища или таза.
3. Кистью правой руки (гороховидной костью) врач фиксирует брюшную стенку в зоне проекции привратника и создает преднапряжение в актуальной области, смещая привратник дорсально. Кистью другой руки фиксирует грудину и нижние ребра справа, несколько надавливая на них также в дорсальном направлении.
4. Затем смещает руки навстречу друг другу до барьера, создавая дополнительное напряжение в брюшной полости.
5. Пациент делает несколько вдохов и выдохов. Врач не отпускает созданное преднапряжение в пилорической части желудка, во время выдоха слегка усиливает компрессию привратника.
6. Затем в начале фазы очередного вдоха делает резкий толчок обеими кистями навстречу друг другу и вентрально с быстрым отпуская руками фиксированной зоны, как бы «встряивая» и освобождая привратниковую часть желудка.
7. Повторение техники «ребаума» 3–5 раз ведет к релаксации миофасциальных структур пилорической части желудка.

*10. Мобилизация привратниковой части желудка
с использованием ПД туловища*



Пациент сидит на конце кушетки, кисти рук сцеплены в «замок» и фиксируют ШОП, локти направлены вентрально.

Врач стоит сзади и несколько справа.

Стопа правой ноги врача стоит на высокой подставке, а бедро врача фиксирует туловище пациента.

Большим пальцем левой руки врач фиксирует брюшную стенку в зоне проекции привратника и смещает его в дорсальном каудальном направлении до барьера.

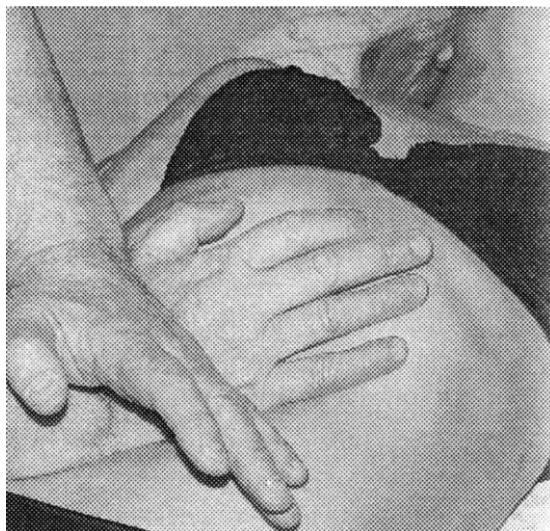
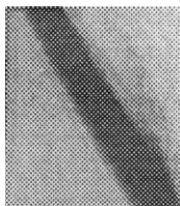
Другой рукой обхватывает локти пациента снизу и латерально, при этом фиксирует свой локоть и предплечье на своем бедре сверху. Выполняет ротацию и латерофлекссию туловища вправо, наклоняя пациента через свое бедро, что способствует усилению преднапряжения в зоне фиксации большого пальца.

Затем врач выполняет мобилизацию привратниковой части желудка, ротацию и латерофлекссию туловища вправо с элементом легкой экстензии, преимущественно за счет использования парных движений обычного или замедленного ритма, смещая большим пальцем привратник в направлении созданного преднапряжения и одновременной абдукции и аддукции своего бедра. После каждого такого смещения врач отпускает давление своих рук.

Повторные ритмичные движения рук, способствующие смещению пилорической части желудка в каудальном дорсальном направлении, в результате приведут к релаксации привратника и других фасциальных структур.

Техника выполняется несколько раз.

///. Релаксация двенадцатиперстной кишки в области сфинктера Одди с использованием потряхивания в направлении фиксации (техника «выслушивания»)



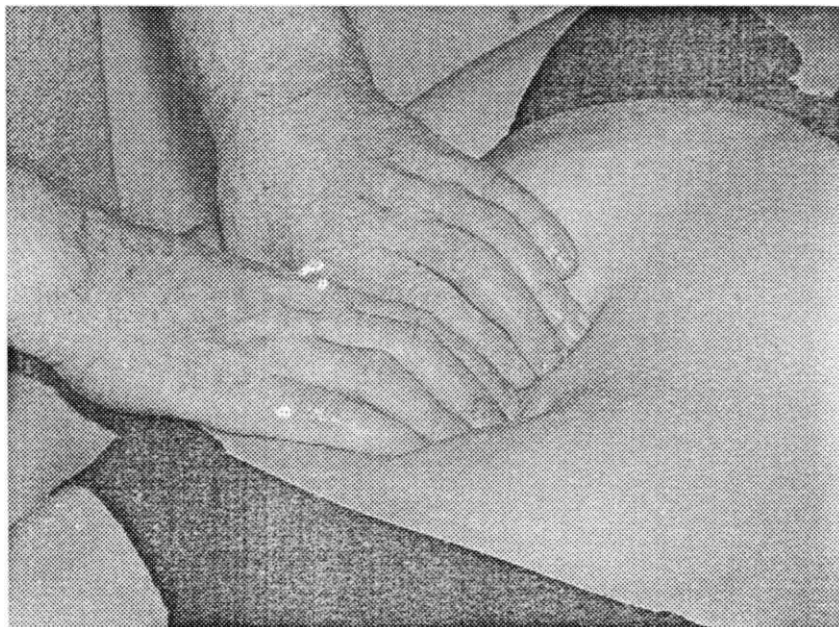
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
3. Кистью правой руки (областью гороховидной кости) врач пальпирует брюшную стенку в зоне проекции сфинктера Одди двенадцатиперстной кишки, на расстоянии 3 пальцев пациента (2—4-го), расположенных на линии, проведенной от пупка краниально латерально по направлению к желчному пузырю.
4. Затем врач пальпаторно «выслушивает» висцеральный ритм, определяя направление фиксации двенадцатиперстной кишки в зоне сфинктера Одди во фронтальной плоскости.

5. Кисть другой руки размещается на тыльной поверхности пальпируемой руки. После этого врач выполняет мобилизацию двенадцатиперстной кишки во фронтальной плоскости, несколько сильнее зафиксировав сфинктер Одди в дорсальном направлении, и медленно вращает его в направления фиксации (3—7 сек) до барьера, как бы усугубляя ее. После этого выполнение мобилизации соответствует технике 8.

Примечания. 1. Релаксация сфинктера может быть дополнена техникой «отдачи», аналогично технике 9. 2. Давление на сфинктер должно быть очень легким, чуть сильнее, чем вес самой кисти.

Техники на двенадцатиперстной кишке

1. Мобилизация нисходящей части двенадцатиперстной кишки в латеральном направлении с использованием ПД

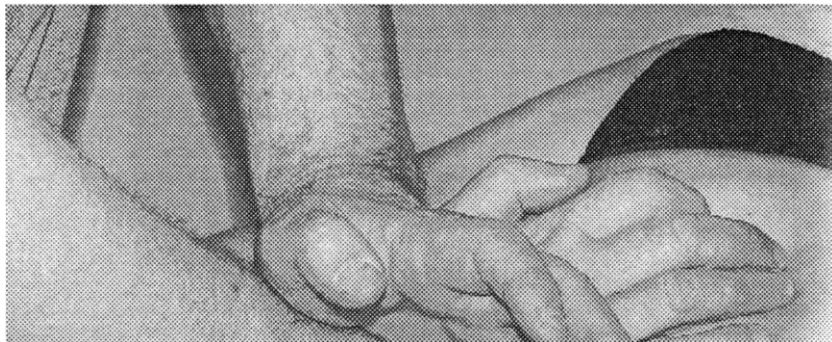


1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
3. Пальцами обеих кистей врач фиксирует через брюшную стенку нисходящую часть двенадцатиперстной кишки с двух сторон. Смешает ее в латеральном направлении влево либо вправо до барьера, в зависимости от направления ограничения смещения.
4. Затем выполняет мобилизацию двенадцатиперстной кишки с использованием ПД обычного ритма сначала в направлении ограничения движения (прямая мобилизация), затем несколько раз в направлении свободного смещения.

5. Повторные пассивные движения приводят к релаксации миофасциальных структур нисходящей части двенадцатиперстной кишки.
6. Техника выполняется несколько раз.

Примечание. Клинически и биомеханически наиболее значимым местом нисходящей части двенадцатиперстной кишки является нижний изгиб, который соответствует проекции 2 или 3-го поясничного позвонка.

2. Мобилизация нисходящей части двенадцатиперстной кишки , сфинктера Одди, общего желчного и Версунгова протоков с использованием ПД из положения лежа



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
3. Кистью правой руки (областью гороховидной кости) врач пальпирует брюшную стенку в зоне проекции нисходящей части двенадцатиперстной кишки, а именно сфинктера Одди, на расстоянии трех пальцев пациента (2—4-го), расположенных на линии, проведенной от пупка краниально латерально по направлению к желчному пузырю.
4. Затем врач фиксирует двенадцатиперстную кишку в дорсальном направлении до барьера. При этом кисть

другой руки размещается на тыльной поверхности пальпируемой руки.

5. После этого выполняет мобилизацию двенадцатиперстной кишки в каудальном направлении с использованием ПД замедленного ритма, смещая сфинктер обеими кистями медиально каудально дорсально, что способствует смещению, натяжению и релаксации нисходящей части двенадцатиперстной кишки, а также общего желчного протока и протока поджелудочной железы.
6. Техника повторяется несколько раз.

Примечание. Данная техника будет способствовать оттоку избыточной желчи из желчного пузыря.

3. Мобилизация нисходящей части двенадцатиперстной кишки, сфинктера Одди, общего желчного и Версунгова протоков с использованием ПД туловища из положения сидя



1. Пациент сидит на конце кушетки, кисти рук сцеплены в «замок» и фиксируют ШОП, локти направлены вперед.
2. Врач стоит сзади и несколько справа.
3. Стопа правой ноги врача стоит на высокой подставке, а бедро врача фиксирует туловище пациента.
4. Большим пальцем левой руки врач фиксирует брюшную стенку в зоне проекции нисходящей части двенадцатиперстной кишки и смещает ее в дорсальном каудальном направлении до барьера.
5. Другой рукой обхватывает локти пациента снизу и латерально и выполняет ротацию и латерофлексию туловища вправо, наклоня пациента через свое бедро, что способствует усилению преднапряжения в зоне фиксации большого пальца.
6. Затем врач выполняет мобилизацию нисходящей части двенадцатиперстной кишки аналогично технике 10.

4. Релаксация двенадцатиперстной кишки в области дуодено-еюнального сфинктера в направлении фиксации с использованием ПД (техника «выслушивания»)



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
3. Кистью правой руки (областью гороховидной кости) врач пальпирует брюшную стенку в зоне проекции дуодено-еюнального сфинктера двенадцатиперстной кишки, на расстоянии трех пальцев пациента (2–4-го), расположенных на линии, проведенной от пупка краниально латерально по направлению к месту пересечения среднесосковой линии и левой реберной дуги.
4. Затем врач пальпаторно «выслушивает» висцеральный ритм, определяя направление фиксации двенадцатиперстной кишки в зоне дуодено-еюнального сфинктера

во фронтальной плоскости. При этом кисть другой руки размещается на тыльной поверхности пальпируемой руки.

5. После этого выполняет мобилизацию двенадцатиперстной кишки во фронтальной плоскости, несколько сильнее зафиксировав дуодено-еюнальный сфинктер в дорсальном направлении, прижимая его клево́й почке, и медленно вращает сфинктер в сторону направления фиксации до барьера (3—7 секунд), как бы усугубляя ее. После этого выполняет мобилизацию подобно технике 8.

Примечание. Релаксация дуодено-еюнального сфинктера может быть дополнена техникой «отдачи» аналогично технике 9 с той лишь разницей, что кистью руки врач фиксирует грудину и нижние ребра преимущественно слева.

Техники на тонкой кишке

1. Релаксация корня брыжейки тонкой кишки с использованием ПД



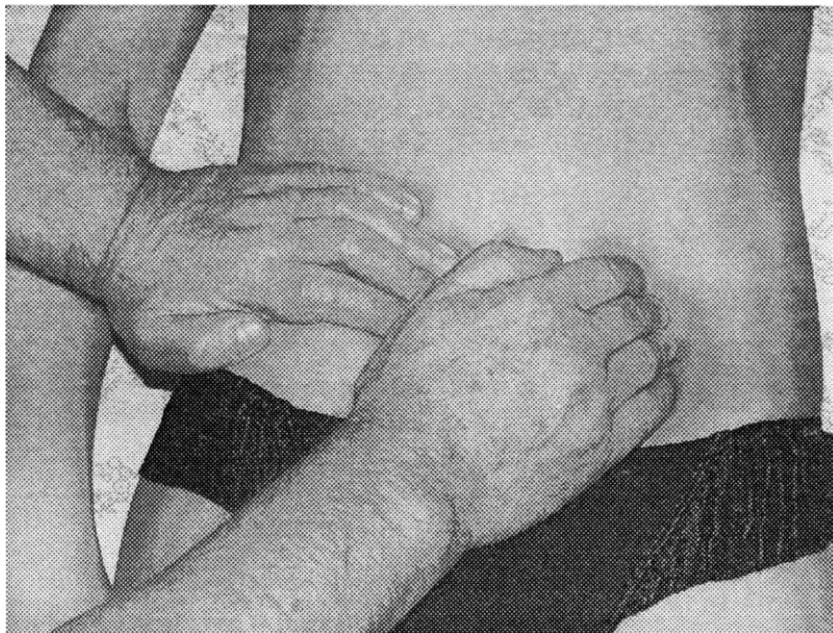
1. Пациент лежит на левом боку, спиной у края кушетки, вышерасположенная нога согнута в КС и ТБС и коленом фиксирует кушетку.
2. Врач стоит сзади пациента, на уровне его туловища.
3. Пальцами (2—5) обеих кистей врач пальпирует корень брыжейки через мягкие ткани живота в зоне проекции линии, проходящей от дуодено-еюнального сфинктера через пупок к илеоцекальному сфинктеру.
4. Затем большими пальцами смещает и надвигает петли тонкой кишки на свои остальные пальцы, уходя в глубь живота до корня брыжейки и определяя зону наибольшего напряжения.

Из состояния преднапряжения врач осуществляет мобилизацию брыжейки с использованием замедленного ритма во фронтальной плоскости сначала в сторону ограничения смещения, затем в противоположную сторону, т.е. в сторону более свободного вращения. Одновременно пытается растянуть корень брыжейки тонкой кишки.

Повторные движения рук врача проводят релаксацию фасциальных структур корня брыжейки тонкой кишки.

Техника повторяется 3—5 раз.

2. Мобилизация петель тонкой кишки с использованием ПД



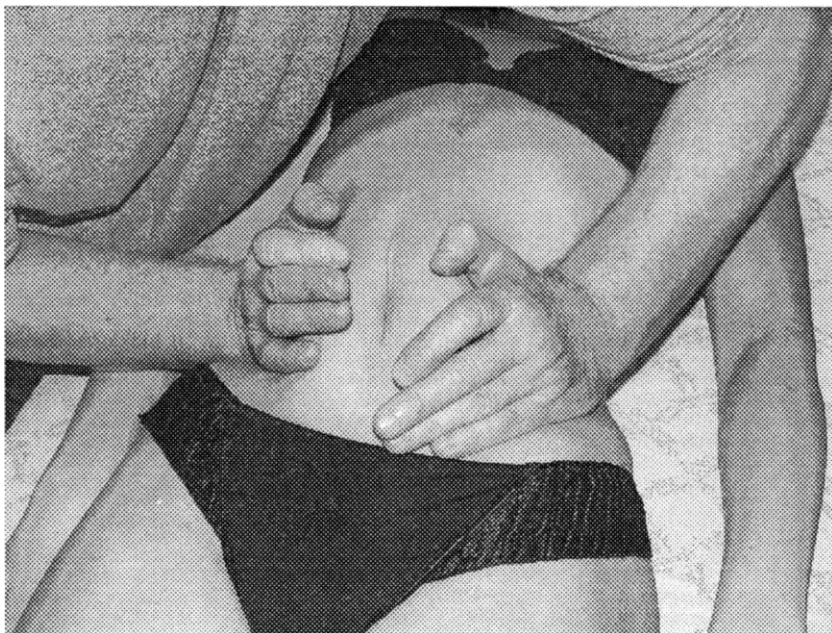
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища.
3. Пальцами обеих кистей врач через ткани брюшной стенки захватывает петли тонкой кишки в области их проекции, а именно в средней и нижней части живота, между ободочной кишкой и лоном, в косом направлении, начиная от левой подвздошной области. Определяет участки напряжения, болезненности и фиксации в тонкой кишке.
4. Затем смещает петли кишечника в направлении ограничения движения добарьера. Последовательно выполняет их мобилизацию с использованием замедленного ритма во фронтальной плоскости сначала в сторону ограниче-

ния смещения, а затем в противоположном направлении. Повторные движения рук врача проводят релаксации миофасциальных структур петель тонкой кишки и увеличению объема их смещения.

5. Техника выполняется 2—3 раза.

Примечание. Критерием эффективности локализации является «шум» прохождения жидкости по петлям кишки.

3. Релаксация тонкой кишки с использованием техники «отдачи»



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища или таза.
3. Основанием ладоней обеих кистей, направленных навстречу друг другу, врач фиксирует через брюшную стенку в средней части живота петли тонкой кишки, располагая обе кисти у латерального края живота с двух сторон. Затем смещает кисти навстречу друг другу в направлении белой линии живота и пупка до барьера, создавая преднапряжение в актуальной области брюшной полости.
4. Пациент делает несколько вдохов и выдохов, врач не отпускает созданное преднапряжение на тонкой кишке,

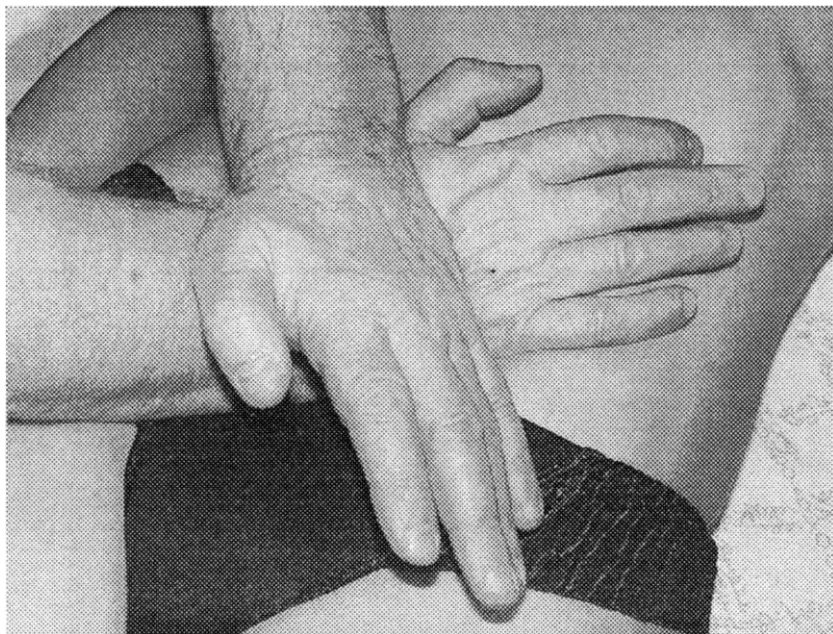
при этом на выдохе увеличивает компрессию петель кишечника.

Затем в начале фазы очередного вдоха врач делает легкий толчок обеими кистями навстречу друг другу и вентрально с быстрым отпусканием фиксированной зоны, как бы «встряхивая» и высвобождая кишечник.

Повторение техники «отдачи» приведет к релаксации тонкой кишки.

Техника повторяется 3—5 раз.

4. Релаксация локальных зон тонкой кишки



Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы стоят на кушетке.

Врач пальпаторно через ткани живота определяет зону наибольшего напряжения и болезненности петель тонкой кишки, пальцами обеих кистей, наложенными друг на друга, создает в ней преднапряжение в дорсальном и других актуальных направлениях.

Пациент выполняет несколько кашлевых толчков, акцентируя свое внимание на направлении кашлевого толчка в брюшную полость, а именно в зону фиксации пальцев врача.

После 3—5 кашлевых толчков наступает релаксация фиксированного локального участка тонкой кишки.

Техники на толстой кишке

1. Релаксация илеоцекального клапана с использованием ПДв направления фиксации (техника «выслушивания»)



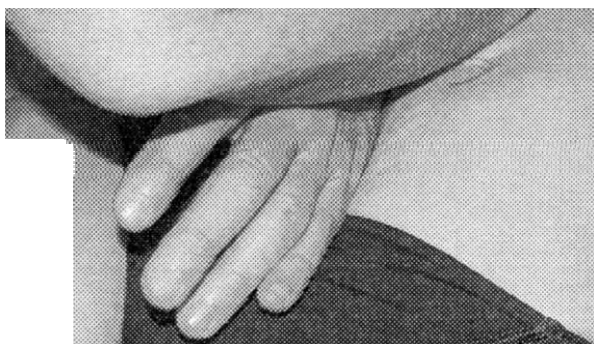
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его таза.
3. Кистью правой руки (областью гороховидной кости) врач пальпирует брюшную стенку в зоне проекции илеоцекального клапана на срединной линии, проведенной от пупка до ПВО.
4. Затем врач пальпаторно «выслушивает» висцеральный ритм, определяя направление фиксации илеоцекального клапана во фронтальной плоскости. При этом кисть

другой руки размещается на тыльной поверхности пальпируемой руки.

5. После этого выполняет мобилизацию илеоцекального клапана во фронтальной плоскости, несколько сильнее зафиксировав его в дорсальном направлении, и медленно вращает клапан в сторону направления фиксации до барьера (3—7 секунд), как бы усугубляя ее. После этого выполняет мобилизацию подобно технике 8.

Примечание. Релаксация илеоцекального клапана может быть дополнена техникой «отдачи».

2. Релаксация илеоцекального клапана с использованием техники «отдачи»



Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.

Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища или таза.

Гороховидной костью одной кисти врач через брюшную стенку фиксирует зону проекции илеоцекального клапана на середине линии, проведенной от пупка до ПВПО, и смещает его дорсально краниально до барьера. Кистью другой руки фиксирует грудину и нижние ребра справа, несколько надавливая на них также в дорсальном направлении до барьера.

Врач смещает руки навстречу друг другу до барьера, создавая дополнительное напряжение в брюшной полости. Пациент делает несколько вдохов и выдохов, врач

удерживает клапан в состоянии созданного преднапряжения, при этом во время фазы вдоха слегка усиливает компрессию тонкой кишки.

Затем в начале фазы очередного вдоха врач делает резкий толчок обеими кистями навстречу друг другу и нейтрально с быстрым отпусканием рук от фиксированной зоны, как бы «встряхивая» и освобождая клапан.

Повторение техники «отдачи» приведет к релаксации илеоцекального клапана и, в определенной степени, слепой кишки.

Техника повторяется несколько раз.

**3. Мобилизация слепой кишки и илеоцекального клапана
в медиальном и латеральном направлениях
с использованием ПД**



1. Пациент лежит на левом или правом боку, в зависимости от расположения фиксаций (внутренняя или наружная часть слепой кишки), спиной у края кушетки, вышерасположенная нога коленом фиксирует кушетку.
2. Врач стоит сзади пациента, на уровне его таза.
3. Большими или 2—5-ми выпрямленными пальцами обеих кистей врач через брюшную стенку фиксирует слепую кишку и илеоцекальный клапан в правой подвздошной области медиально или латерально и смещает их в направлении ограничения движения до барьера. Затем выполняет мобилизацию слепой кишки с использованием ПД замедленного ритма, сначала в направлении ограни-

ценного движения, затем в противоположном направлении, во фронтальной плоскости.

4. Повторные движения рук врача приводят к релаксации фасциальных структур слепой кишки и илеоцекального клапана, устранению напряженности и болезненности и увеличению объема их смещения.
5. Техника выполняется несколько раз.

Примечание. При выполнении данной техники желательно укладывать пациента на сторону с учетом гравитационного компонента, т.е. если ограничено смещение слепой кишки в медиальном направлении, то пациента укладываем на левый бок и наоборот.

**4. Мобилизация илеоцекального клапана и слепой кишки
в краниальном и каудальном направлениях
с использованием ПДи фаз дыхания**



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа от пациента, на уровне его туловища или таза.
3. Гороховидной костью правой кисти (для мобилизации илеоцекального клапана в краниальном направлении) или левой кисти (для мобилизации — в каудальном направлении) врач фиксирует зону проекции илеоцекального клапана на середине линии, проведенной от пупка до ПВПО, и смещает его дорсально и краниально (каудально) до барьера.

4. Затем выполняет мобилизацию илеоцекального клапана в актуальном направлении с использованием ПД замедленного ритма и фаз дыхания.
5. При мобилизации илеоцекального клапана и слепой кишки в краниальном направлении во время вдоха врач удерживает созданное преднапряжение и препятствует их смещению вниз. А во время фазы выдоха смещает клапан и кишку краниально до нового барьера.
6. При мобилизации илеоцекального клапана и слепой кишки в каудальном направлении во время вдоха врач увеличивает каудальное смещение актуальных структур, а во время фазы выдоха удерживает созданное преднапряжение и препятствует их смещению в краниальном направлении с учетом меняющегося внутрибрюшного давления.
7. Техника выполняется несколько раз.

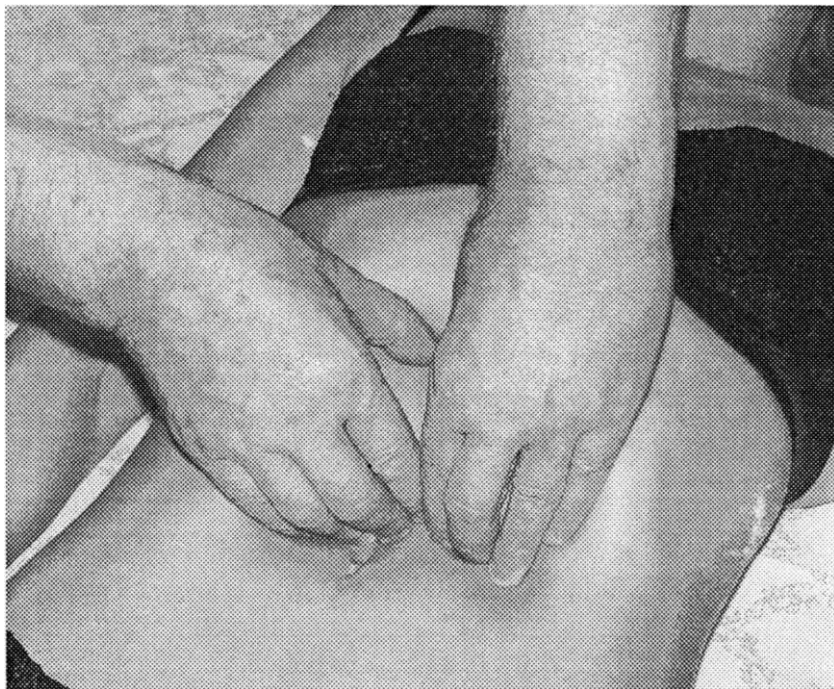
5. Мобилизация слепой кишки и илеоцекального клапана в латеральном и краниальном направлениях с использованием ПД правой ноги и латерофлексии таза

1. Пациент стоит на коленях и локтях на кушетке, голова лбом фиксирует ладони.
2. Врач стоит слева от пациента, на уровне его таза.
3. Правая нога врача стоит стопой на кушетке, правая выпрямленная нога пациента располагается на бедре ноги врача сверху. Левой рукой врач обхватывает пациента дорсально, при этом кистью фиксируя область слепой кишки и илеоцекального клапана.
4. Кистью и предплечьем другой руки захватывает бедро и таз пациента вентрально латерально, также фиксируя область слепой кишки. При этом врач свой локоть и предплечье располагает на своем бедре.

5. Затем врач осуществляет мобилизацию слепой кишки, последовательно выполняя своей рукой и бедром аддукцию и абдукцию ноги пациента с элементом легкой экстензии, одновременно смещая слепую кишку в латеральном краниальном направлении. Повторные движения рук врача приводят к устранению фиксаций слепой кишки и илеоцекального клапана.
6. Техника выполняется несколько раз.

Примечание. Данная техника также способствует релаксации подвздошной поясничной мышцы.

6. Мобилизация восходящей и нисходящей части ободочной кишки в латеральном и медиальном направлениях с использованием ПД



1. Пациент лежит на спине, ноги выпрямлены или согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища.
3. Большими (латерально) и остальными пальцами (медиально) обеих кистей врач фиксирует через брюшную стенку актуальную ободочную кишку на уровне средней части живота и смещает ее в сторону ограничения до барьера, в латеральном или медиальном направлении с элементом каудального или краниального смещения.
4. Затем врач выполняет мобилизацию ободочной кишки с использованием ПД замедленного ритма, надавливая и отпуская ее боковую поверхность.

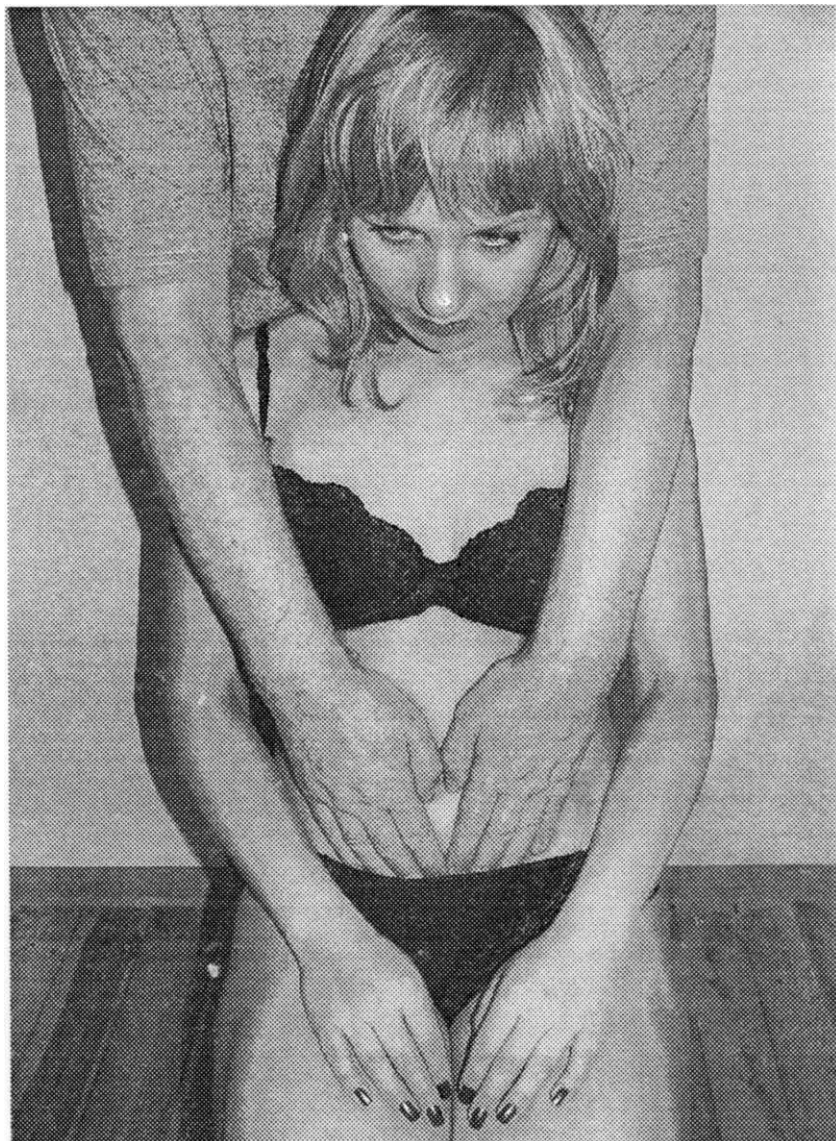
Для мобилизации восходящей и нисходящей части ободочной кишки в медиальном направлении врач оказывает давление преимущественно большими пальцами.

Для мобилизации восходящей и нисходящей части ободочной кишки в латеральном направлении врач оказывает давление преимущественно вторыми—пятыми пальцами.

Повторные движения рук врача приведут к релаксации и увеличению объема смещения ободочной кишки.

Техника выполняется несколько раз.

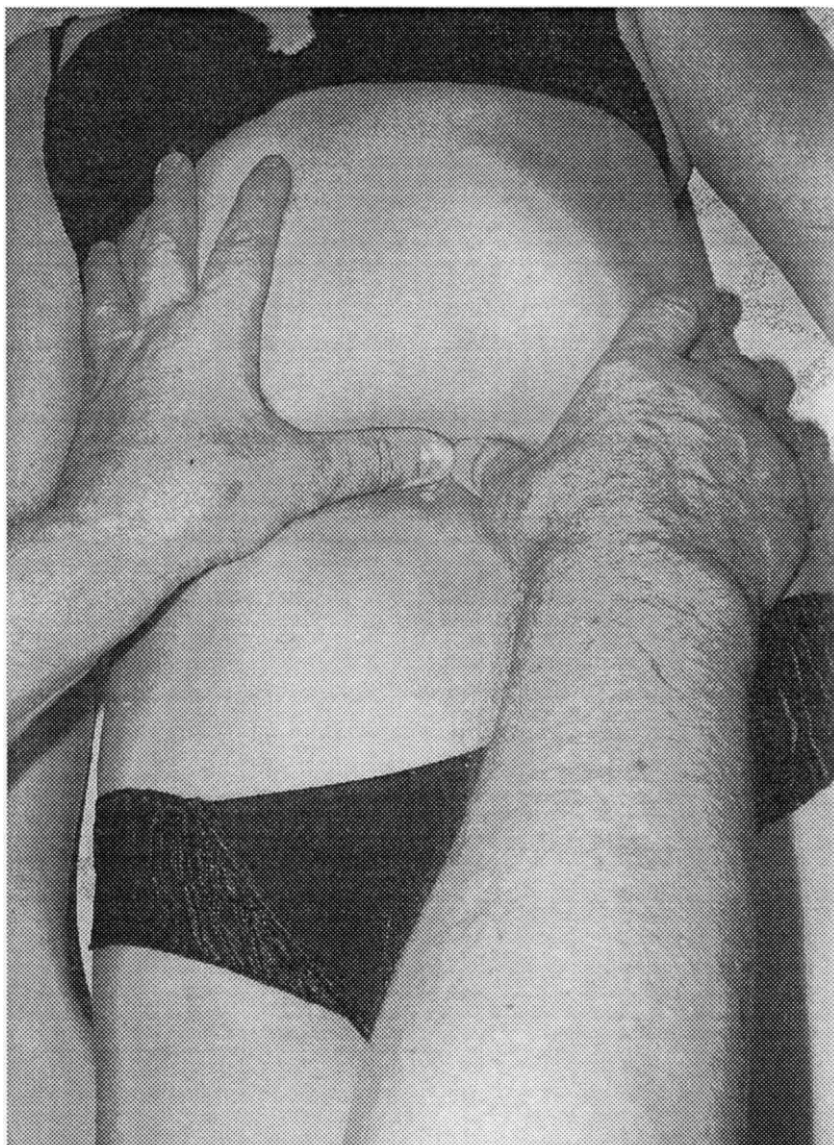
**7. Мобилизация ободочной кишки в области печеночного изгиба с использованием ПД
(релаксация диафрагмально-колической
и печеночно-колической связок)**



1. Пациент сидит на стуле или низкой кушетке.
2. Врач стоит сзади, фиксирует своим телом туловище пациента.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач фиксирует латеральную часть реберной дуги справа, наклоняет туловище пациента вперед для расслабления брюшной стенки.
4. Врач смещает свои пальцы дорсально и фиксирует восходящую часть ободочной кишки, создавая в этой зоне преднапряжение.
5. Затем выполняет мобилизацию ободочной кишки в области печеночного изгиба с использованием ПД замедленного ритма, смещая свои пальцы медиально и краиниально, как бы собирая и подтягивая кишечную петлю из латеральной части реберной дуги к висцеральной поверхности печени, а затем отпуская зону фиксации вниз.
6. Повторные пассивные движения печеночного изгиба в указанном направлении приведут к релаксации диафрагмально-колической и печеночно-колической связок.
7. Техника выполняется несколько раз.

Примечание. Мобилизацию ободочной кишки в области печеночного изгиба возможно выполнять аналогично технике 10 с использованием ПД туловища вокруг фиксированной зоны печеночного изгиба толстой кишки.

**8. Мобилизация поперечной ободочной кишки
в каудальном направлении с использованием ПД
(релаксация желудочно-поперечно-ободочной связки)**



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку, на уровне плечевого пояса пациента.
3. Большими пальцами обеих кистей фиксирует поперечную ободочную кишку с двух сторон на уровне среднеключичной линии, приблизительно на 3—4 см выше уровня пупка, и смещает ее в каудальном дорсальном направлении до барьера.
4. Затем врач выполняет мобилизацию ободочной кишки с использованием ПД замедленного ритма в каудальном направлении, надавливая и отпуская краниальную поверхность кишки.
5. Повторные пассивные движения поперечной ободочной кишки приведут к уменьшению болезненности и напряжения, релаксации желудочно-поперечно-ободочной связки, а также увеличению объема смещаемости поперечной толстой кишки.
6. Техника выполняется несколько раз.

Примечание. Место и уровень фиксации поперечной ободочной кишки может меняться и зависит от особенностей телосложения человека и наполненности кишки пищей.

9. Мобилизация ободочной кишки в области селезеночного изгиба с использованием ПД (релаксация диафрагмально-колической и селезеночно-колической связок)



1. Пациент сидит на стуле или низкой кушетке.
2. Врач стоит сзади, фиксирует своим телом туловище пациента.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач фиксирует латеральную часть реберной дуги слева, наклоняет туловище пациента вперед и влево для расслабления брюшной стенки.
4. Врач смещает свои пальцы дорсально и фиксирует нисходящую часть ободочной кишки, создавая в этой зоне преднапряжение.
5. Затем выполняет мобилизацию ободочной кишки в области селезеночного изгиба с использованием ПД замедленного ритма, смещая свои пальцы глубоко дорсально, латерально и краниально, как бы собирая и подтягивая кишечную петлю в селезеночный угол, как можно ближе по направлению к селезенке и внутренней поверхности 9-го ребра, а затем отпуская зону фиксации вниз.
6. Повторные пассивные движения селезеночного изгиба в указанном направлении приведут к релаксации диафрагмально-колической и селезеночно-колической связок.
7. Техника выполняется несколько раз.

Примечания. **1.** При выполнении данной техники врач должен помнить, что селезеночный изгиб ободочной кишки находится несколько выше и более дорсально, чем печеночный изгиб толстой кишки. **2.** Мобилизацию ободочной кишки в области селезеночного изгиба возможно выполнять аналогично технике **10** с использованием ПД туловища вокруг фиксированной зоны селезеночного изгиба толстой кишки.

10. Мобилизация сигмовидной кишки в медиальном и латеральном направлениях с использованием ПД (релаксация мезосигмовидной связки)



1. Пациент лежит на левом боку, спиной у края кушетки. Вышерасположенная нога слегка согнута в КС и ТБС и коленом фиксирует кушетку.
2. Врач стоит сзади пациента, на уровне его туловища.
3. Вторыми—пятыми (латерально) и большими пальцами (медиально) обеих кистей, наложенными друг на друга, врач через мягкие ткани живота пальпирует сигмовидную кишку в подвздошной области слева и смещает ее косо в медиальном краниальном направлении до барьера.
4. Затем врач выполняет мобилизацию сигмовидной кишки в медиальном направлении с использованием ПД за-

медленного ритма во фронтальной плоскости, надавливая и отпуская латеральную поверхность кишки.

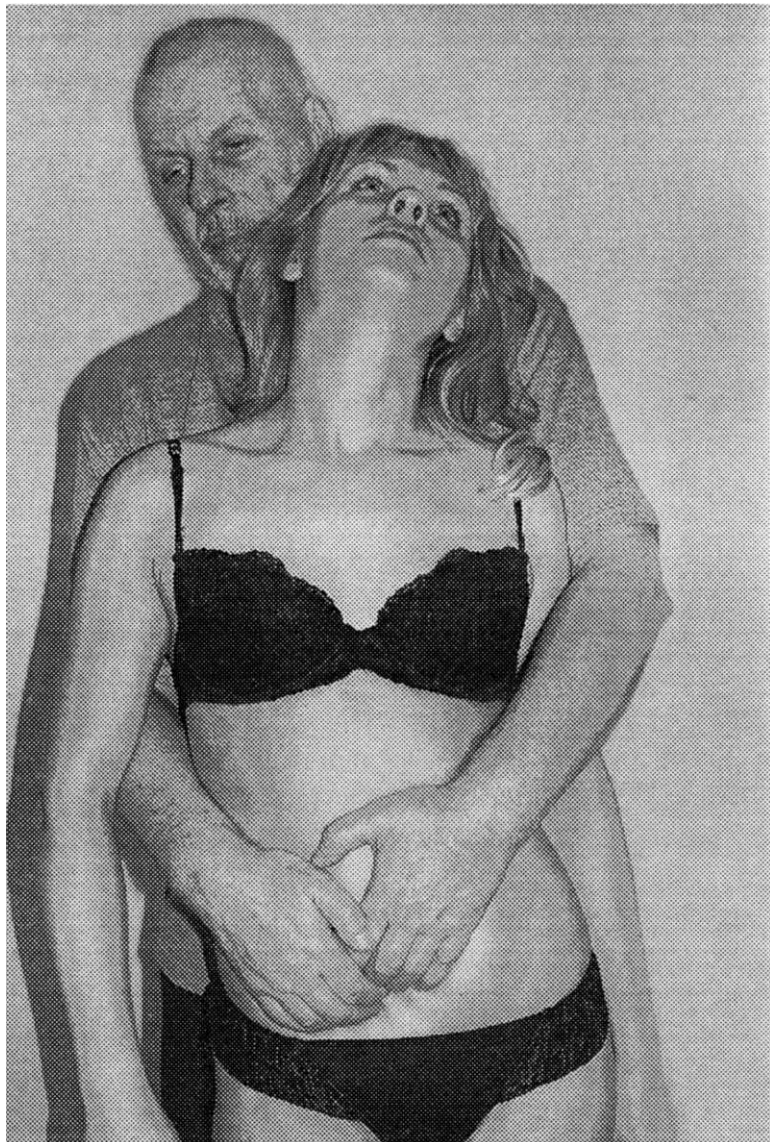
При ограничении движения в латеральном направлении врач выполняет мобилизацию сигмы большими пальцами, надавливая и отпуская медиальную поверхность толстой кишки в латеральном каудальном направлении.

При одновременном ограничении движения сигмовидной кишки в латеральном и медиальном направлениях выполняется мобилизация сигмы сначала вторыми-пятыми пальцами в медиальном краниальном направлении до барьера и сразу же большими пальцами в латеральном каудальном направлении также до барьера.

Повторные пассивные движения сигмовидной кишки приведут к релаксации фасциальных структур и брыжейки сигмовидной кишки, релаксации мезосигмовидной связки, уменьшению ее болезненности и напряжению, а также увеличению объема смещаемой актуальной части толстой кишки.

Техника повторяется 3—5 раз.

11. Манипуляция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (желудка, двенадцатиперстной кишки, печеночного и селезеночного изгибов ободочной кишки) в краниальном направлении с использованием толчка



Пациент стоит.

Врач стоит сзади, ноги слегка согнуты в КС и ТБС.

Обеими руками врач обхватывает и наклоняет туловище пациента на себя. При этом ноги пациента остаются выпрямленными, голова и шея экстензированы, затылок лежит на плече врача.

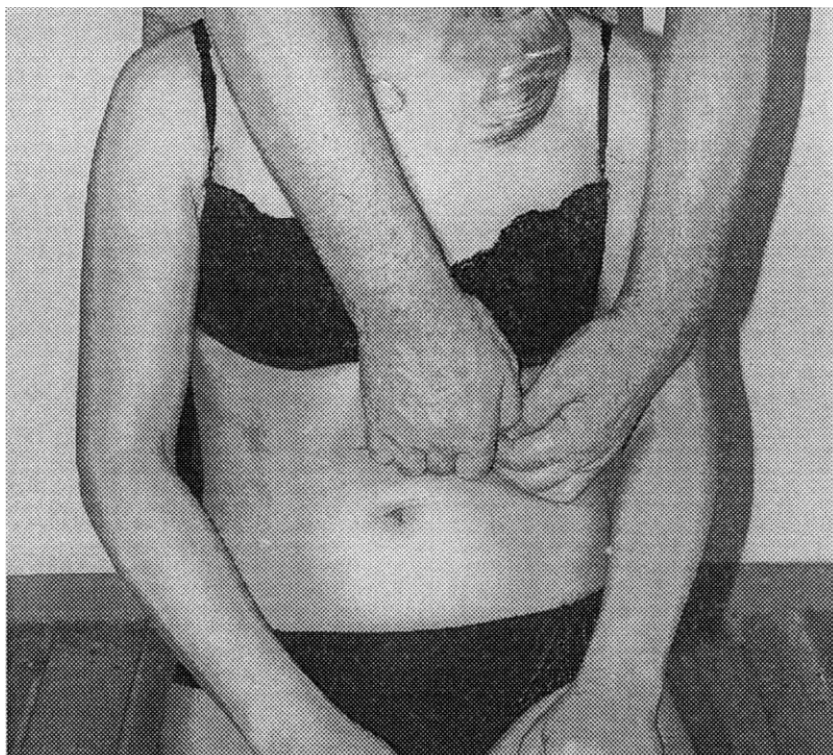
Затем врач смещает пальцы обеих кистей в брюшную полость пациента дорсально и фиксирует напряженные и спазмированные структуры желудка (большую кривизну, тело, дно, кардию), двенадцатиперстной кишки (верхнюю и нисходящую часть, сфинктер Одди), ободочной кишки (печеночный и селезеночный изгибы) в зонах их проекции на брюшной стенке.

Смещает актуальную структуру в краниальном направлении до барьера, после чего выполняет манипуляцию с использованием толчка вверх своими руками и туловищем, за счет разгибания ног.

Техника может повторяться несколько раз.

Техники на фиксационных структурах селезенки

**1. Мобилизация селезенки с использованием ПД
из положения сидя (релаксация селезеночно-желудочной
и селезеночно-диафрагмальной связок)**



1. Пациент сидит на стуле.
2. Врач стоит сзади, фиксирует своим телом туловище пациента.
3. Вторыми—пятыми пальцами обеих кистей врач фиксирует латеральную часть реберной дуги слева, наклоняет туловище пациента вперед и влево для расслабления брюшной стенки.
4. Врач смещает свои пальцы дорсально и в начале фиксирует нисходящую часть ободочной кишки в области селезеночного изгиба.
5. Затем врач увеличивает флексию туловища и смещает свои пальцы вглубь дорсально, латерально и краниально, как можно ближе по направлению к селезенке и внутренней поверхности 9-го ребра, создавая преднапряжение в ней и окружающих тканях.
6. Затем выполняет мобилизацию селезенки с использованием ПД замедленного или обычного ритма в краниальном направлении, смещая и отпуская селезенку и смежные с ней структуры.
7. Повторные пассивные движения селезенки в краниальном направлении приведут к релаксации ее капсулы, селезеночно-желудочной и селезеночно-диафрагмальной связок и других фасциальных структур.
8. Техника выполняется несколько раз.

Примечания. 1. Мобилизация селезенки может оказаться чрезвычайно полезной у женщин в период менопаузы. 2. Часто связочный аппарат селезенки повреждается при механических травмах тела, особенно при действии сил справа налево.

*2. Мобилизация селезенки с использованием ПД
из положения лежа (релаксация селезеночно-желудочной
и селезеночно-диафрагмальной связок)*

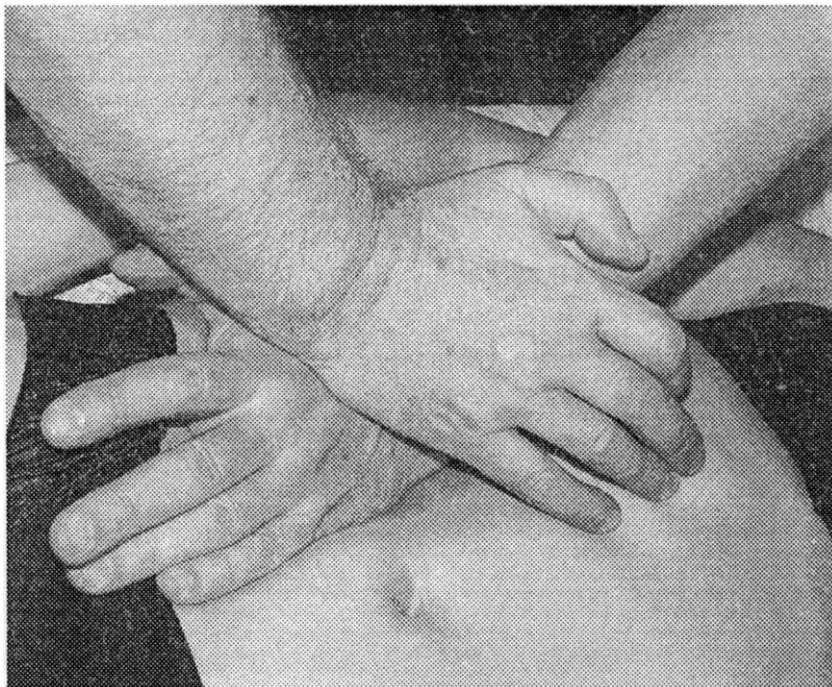


1. Пациент лежит на спине, у края кушетки. Ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит справа, на уровне туловища пациента.
3. Концевыми фалангами выпрямленных вторых—четвертых пальцев правой кисти врач фиксирует через мягкие ткани брюшной стенки латеральный край левой реберной дуги, оставляя свободную кожную складку. Смещает свои пальцы дорсально, краниально и латерально по направлению и как можно ближе к селезенке. Кистью другой руки фиксирует латерально нижние ребра слева, смещает их медиально до барьера и создает преднапряжение в зоне селезеночного угла.

4. Затем врач мягко выполняет мобилизацию селезенки с использованием ПД замедленного или висцерального ритма в направлении созданного преднапряжения, сдвигая кисти навстречу друг другу, надавливая и плавно отпуская селезенку и смежные с ней структуры.
5. Повторные пассивные движения селезенки часто ведут к релаксации ее капсулы, селезеночно-желудочной и селезеночно-диафрагмальной связки других фасциальных структур.
6. Техника выполняется несколько раз.

Техники на фиксационных структурах почек

1. Мобилизация почек в направлении фиксации с использованием ПД (техника «выслушивания»)



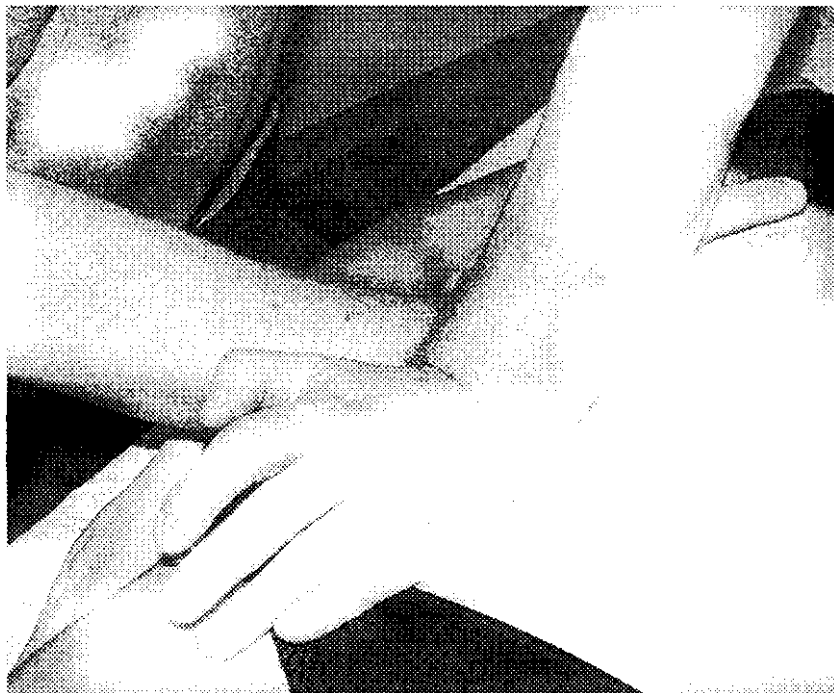
1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища или таза.
3. При мобилизации правой почки врач гороховидной костью правой кисти фиксирует через мягкие ткани живота нижний свободный полюс почки по средней ключичной линии, приблизительно на 0,5—1 см ниже уровня пупка.
4. При мобилизации левой почки врач гороховидной костью левой кисти фиксирует через мягкие ткани живота

нижний свободный полюс почки также по средней ключичной линии, приблизительно на 1—2 см выше уровня пупка. Кисть другой руки размещается на тыльной поверхности пальпируемой руки.

5. Врач пальпаторно «выслушивает» висцеральный ритм, определяя направление фиксации почки, одновременно во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной плоскостях. При этом ощущает, что преимущественно в каком-то определенном направлении фиксированная почка как бы «затягивает» его кисть, которая непроизвольно следует за ней.
6. После этого выполняет мобилизацию фиксированной почки в преимущественно заинтересованной плоскости, несколько сильнее зафиксирована в дорсальном направлении, и медленно вращает почку в направлении ее фиксации до барьера (5—9 секунд), как бы усугубляя диагностируемую фиксацию. Затем ослабляет давление своей кисти, упуская состояние созданного преднапряжения.
7. Врач выслушивает висцеральный ритм и при необходимости выполняет повторное воздействие в этом направлении. После этого врач выполняет мобилизацию почки в противоположную сторону, т.е. в направлении отсутствия ее колебания.
8. Повторные движения рук врача замедленного ритма в направлениях фиксации и ограничения висцерального ритма почки в заинтересованной плоскости приведут к релаксации ее капсулы, пре- и постренальной фасции и других структур, связывающих фиксацию почки, а также к восстановлению оптимального висцерального ритма.
9. Техника повторяется несколько раз в направлениях фиксации и ограничения висцерального ритма почки.

Примечания. 1. Данная техника показана при птозе 1—2-й степени. 2. После выполнения техники «выслушивания» рекомендуется техника «отдачи».

2. Мобилизация почек с использованием техники «отдачи»



1. Пациент лежит на спине на кушетке, ноги выпрямлены или слегка согнуты.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища или таза, со стороны ДФ почки.
3. При мобилизации правой почки гороховидной костью правой кисти (кость направлена по оси почки, т.е. медиально краниально), врач фиксирует нижний свободный полюс в зоне его проекции и смещает почку в дорсальном медиальном краниальном направлении до барьера.
4. Кистью другой руки фиксирует грудину и нижние ребра справа, несколько надавливая на них в дорсальном направлении, также до барьера.
5. При мобилизации левой почки гороховидной костью левой кисти (кость направлена по оси почки), свободный

полюс почки также в зоне его проекции, и смещает почку в дорсальном медиальном краниальном направлении до барьера. Кистью другой руки фиксирует грудину и нижние ребра слева, несколько надавливая на них в дорсальном направлении, тоже до барьера.

6. Затем врач смещает руки навстречу друг другу до барьера, создавая дополнительное преднапряжение в брюшной полости и в области почки.
7. Пациент делает несколько вдохов и выдохов, врач не отпускает созданное преднапряжение и при этом во время выдоха слегка усиливает компрессию почки и других органов брюшной полости.
8. Затем, в начале фазы очередного вдоха, врач делает резкий толчок обеими кистями навстречу друг другу и вентрально с быстрым отпуская рук от фиксированной зоны, как бы «встряхиывая» и освобождая фиксированную почку.
9. Повторение техники «ребаума» приведет к релаксации капсулы почки, пре- и постренальной фасции и других миофасциальных структур, вызывающих фиксацию почки, а также к восстановлению оптимального висцерального ритма.
10. Техника повторяется 3—5 раз.

Примечание. Данная техника показана при птозе 1—2-и степеней.

3. Мобилизация почек в краниальном направлении с использованием ПДи фаз дыхания



1. Пациент лежит на спине на кушетке, ноги выпрямлены или слегка согнуты.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища или таза, со стороны ДФ почки.
3. При мобилизации правой почки гороховидной костью правой кисти врач фиксирует через мягкие ткани живота нижний свободный полюс в зоне его проекции по средней ключичной линии и смещает почку в дорсальном медиальном краниальном направлении до барьера.
4. При мобилизации левой почки гороховидной костью левой кисти врач фиксирует нижний свободный полюс почки также по средней ключичной линии в зоне его проекции и смещает почку в дорсальном медиальном краниальном направлении также до барьера.

5. Кистью другой руки в обоих случаях фиксирует актуальную почку дорсально в реберно-позвоночном углу, на уровне поперечного отростка L3, и смещает ее вентрально до барьера. Затем врач проводит мобилизацию актуальной почки в краниальном направлении.
6. 1-я фаза — медленный глубокий вдох, врач удерживает преднапряжение в области почки, препятствуя ее смещению в каудальном направлении.
7. 2-я фаза — выдох, врач двумя руками смещает почку в краниальном направлении до нового барьера.
8. Повторные пассивные движения почки приведут к релаксации ее капсулы, пре- и постренальной фасции и других миофасциальных структур, вызывающих фиксацию почки, а также к увеличению объема смещения почки в краниальном направлении.
9. Техника повторяется 3—5 раз.

Примечания. 1. Данная техника показана при птозе 1—2-й степени. 2. Так как левая почка связана с урогенитальной диафрагмой посредством фасции, которая начинается от почечной вены, мобилизация левой почки будет весьма полезна при бесплодии у женщин и импотенции у мужчин.

4. Мобилизация почек в вентральном направлении с использованием ПДноги



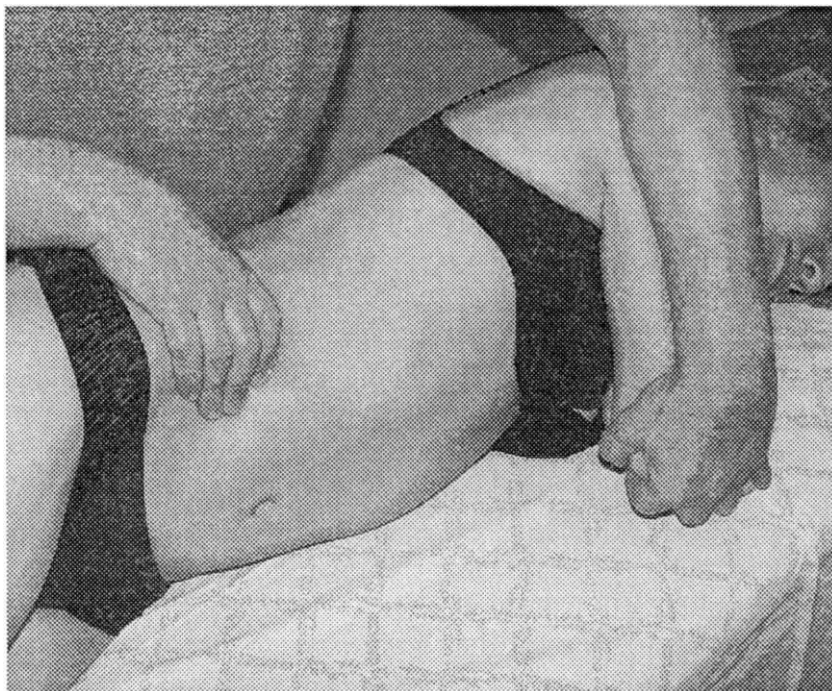
1. Пациент лежит на спине. Нога со стороны ДФ почки согнута в КС и ТБС, стопа на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища, со стороны ДФ почки.
3. Кистью одной руки (большой палец направлен вентрально, остальные — дорсально) врач фиксирует боковую поверхность туловища пациента таким образом, чтобы большой палец располагался на толстой кишке (восходящей или нисходящей) сразу под латеральным краем реберной дуги, а указательный и средний пальцы фиксировали зону проекции ДФ почки дорсально в реберно-позвоночном углу, на уровне поперечного отростка L-3. Предплечье пальпируемой руки направлено

перпендикулярно к туловищу пациента, а локоть фиксирует туловище врача.

4. Врач смещает кисть вентрально медиально, создавая преднапряжение в области почки.
5. Кистью другой руки врач фиксирует согнутую ногу пациента в области КС и последовательно выполняет флексию, аддукцию и абдукцию ноги в ТБС, что способствует натяжению, напряжению париетальной брюшины, забрюшинной фасции, подвздошно-поясничной мышцы и других структур в зоне расположения почки. При этих движениях врач контролирует почку и не упускает созданного преднапряжения.
6. Затем врач медленно выпрямляет абдуцированную ногу пациента и одновременно мягко смещает почку в медиальном вентральном направлении.
7. Повторные пассивные движения ноги и почки приведут к релаксации ее капсулы, пре- и постренальной фасции и других миофасциальных структур, вызывающих фиксацию почки, а также к увеличению объема смещения нижнего полюса почки в вентральном направлении.
8. Техника выполняется 3–5 раз.

Примечания. 1. Данная техника показана при птозе 1–2-й степени. 2. При выполнении данной техники у тучных людей с толстыми ногами врачу целесообразно фиксировать почку дорсально и смещать ее в вентральном направлении обеими кистями, при этом последовательные движения ноги в вышеуказанных направлениях пациент выполняет самостоятельно.

5. Мобилизация почек в вентральном направлении с использованием ПДиз положения лежа на боку



1. Пациент лежит на «здоровом» боку, ДФ почка сверху. Вышерасположенная нога согнута в КС и ТБС, колено фиксирует кушетку. Руки скрещены на груди, кисти фиксируют плечи.
2. Врач стоит лицом к пациенту, на уровне его таза.
3. Пальцами (концевыми и средними фалангами) одной кисти врач фиксирует зону проекции почки дорсально на уровне поперечного отростка L2, смещая почку в вентральном направлении, и создает преднапряжение в зоне пальпации.
4. Другой рукой врач захватывает нижерасположенную руку и ротирует туловище пациента в сторону фиксированной почки с элементом флексии в ГОП, улавливая двигательную волну на уровне пальпируемой почки.

5. Затем проводит руку между плечом и грудной клеткой пациента и фиксирует нижние ребра латерально и смещает их в дорсальном направлении до барьера.
6. После этого выполняет мобилизацию с использованием пассивных движений обычного или замедленного ритма, одновременно смещая кисти своих рук навстречу друг другу, т.е. дорсально смещает ребра, а вентрально смещает почку, надавливая и отпуская вышеуказанные структуры.
7. Повторные пассивные движения почки приведут к релаксации ее капсулы, пре- и постренальной фасции и других фасциальных структур, вызывающих фиксацию почки, а также к увеличению смещения нижнего полюса почки в вентральном направлении.
8. Техника выполняется 3—5 раз.

Примечания. 1. Данная техника показана при птозе 1—2-й степени. 2. В качестве дополнительного воздействия на фиксированную почку можно смещать в дорсальном направлении не ребра, а таз, давя рукой на крыло подвздошной кости.

6. Мобилизация почек в каудальном направлении с использованием ПДноги и латерофлексии таза

Техника мобилизации почек в каудальном направлении проводится аналогично технике 5 — «Мобилизация слепой кишки и илеоцекального клапана в латеральном и краниальном направлениях с использованием ПД правой ноги и латерофлексии таза».

Примечания. 1. Данная техника показана при птозе 1—2-й степени. 2. Мобилизация почек будет способствовать устранению венозного застоя в брюшной полости и давать положительный эффект при заболеваниях вен конечностей.

7. Мобилизация почек в краниальном направлении с использованием ПДи гравитационного отягощения

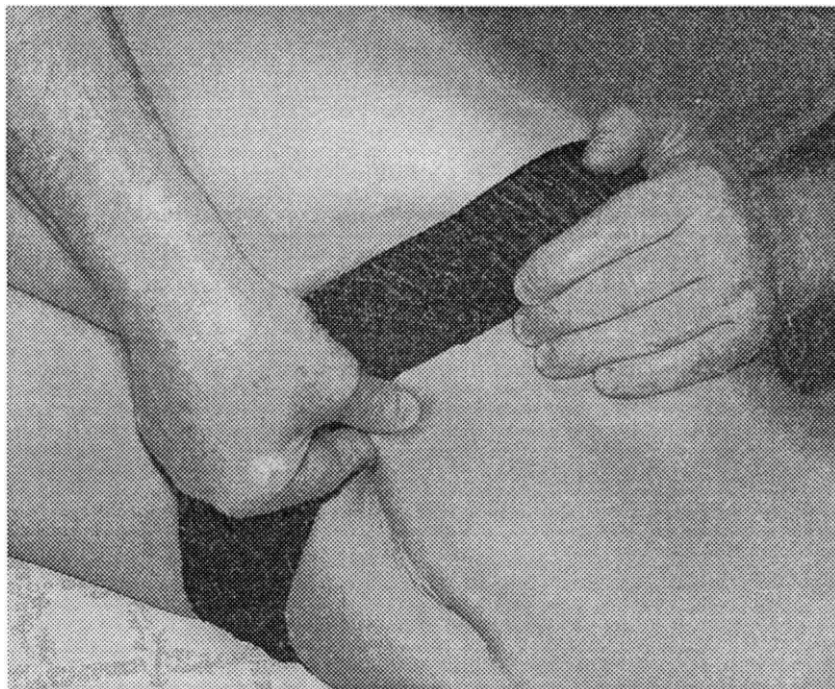


1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, таз на краю кушетки, туловище располагается на коленях врача на более низком уровне, чем таз, и латерофлекси-ровано в сторону ДФ почки.
2. Врач сидит на стуле.
3. Пальцами обеих кистей, наложенными друг на друга, врач фиксирует через мягкие ткани живота нижний полюс актуальной почки в зоне его проекции и смещает почку в краниальном направлении до барьера.
4. 1-я фаза — пациент делает медленный глубокий вдох, врач удерживает созданное преднапряжение почки и других структур брюшной полости.

5. 2-я фаза — выдох, врач увеличивает смещение почки в краниальном направлении до нового барьера.
6. Повторные пассивные смещения почки в краниальном направлении с учетом гравитационного компонента будут способствовать повышению тонуса и стимуляции пластических свойств фиксационного аппарата почки и других смежных структур брюшной полости.
7. Техника повторяется несколько раз.

Примечания. 1. Лонная техника показана при птозе 3-й степени. 2. В качестве дополнительного воздействия, активации фиксационного аппарата почки возможно выполнение мобилизации опущенной почки в краниальном направлении за счет пассивных движений коренного ритма, создаваемых кистями рук врача по типу вибрации.

8. Мобилизация мочеточника в каудальном и краниальном направлениях с использованием ПД



1. Пациент лежит на боку со стороны ДФ, на краю кушетки, ноги согнуты в КС и ТБС.
2. Врач стоит или сидит лицом перед пациентом, на уровне его таза и бедер.
3. Вилкой из большого и согнутого указательного пальцев одной кисти врач фиксирует через мягкие ткани живота зону проекции брюшной части мочеточника по средней ключичной линии, несколько ниже пупка, смещает мягкие ткани и мочеточник дорсально и прижимает его к подвздошно-поясничной мышце.
4. Кистью другой руки врач фиксирует таз дорсально, на уровне гребня подвздошной кости и смещает таз в вен-

тральном направлении, создавая дополнительное пред-
напряжение в зоне фиксации мочеточника.

5. Затем врач выполняет мобилизацию мочеточника с использованием ПД обычного ритма, мягко смещая ткани и мочеточник в каудальном и краниальном направлениях.
6. Повторные пассивные движения мочеточника будут способствовать устранению фиксации, увеличению объема смещения, устранению венозного застоя в брюшной полости и улучшению ее функции.
7. Техника повторяется несколько раз.

Примечание. Данная техника показана при загибах мочеточника и наличии мелких конкрементов в почках и мочевом пузыре.

Мануальная терапия на органах малого таза

Энергетическая техника релаксации мышечно-фасциальных структур тазовой и урогенитальной диафрагмы с использованием пассивного давления



1. Пациент лежит на спине.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его таза.
3. Основанием ладони одной кисти врач фиксирует надлобковую зону живота, пальцы направлены краниально. Кистью другой руки фиксирует крестец, пальцы направлены перпендикулярно крестцу.
4. Затем врач медленно сдавливает фиксированные структуры, смещая кисти рук навстречу друг другу (рука на крестце надавливает вентрально, другая рука — дор-

сально каудально) до барьера. При этом врач фиксирует свое внимание на ощущении тепла, исходящего от обеих кистей, удерживает состояние созданного преднапряжения до получения эффекта релаксации, следуя за расслаблением тканей и ощущением сближения кистей к новому барьеру.

5. Техника может повторяться 2—3 раза.

Техники на фиксационных структурах мочевого пузыря

1. Мобилизация мочевого пузыря в каудальном направлении (релаксация срединной и средних связок)



1. Пациент лежит на спине. Ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища.
3. Кисти обеих рук врача скрещены и фиксируют мочевой пузырь и пупок таким образом, чтобы большой палец одной кисти располагался непосредственно в пупке, а вилка из большого и согнутого указательного пальцев другой кисти фиксировала мягкие ткани в зоне проекции верхушки мочевого пузыря, сразу у лобка.

Врач смещает кисти своих рук в противоположных направлениях: пупок — дорсально краниально, а мочевого пузырь — дорсально каудально до барьера, что способствует натяжению урахуса и средних связок мочевого пузыря.

Затем врач выполняет мобилизацию мочевого пузыря в каудальном направлении с использованием пассивных движений обычного ритма, надавливая и отпуская мочевой пузырь и пупок.

Повторные пассивные движения мочевого пузыря (каудально) и пупка (краниально) приведут к релаксации урахуса и средних связок, а также увеличат объем смещения мочевого пузыря в каудальном направлении.

Техника выполняется 3—5 раз.

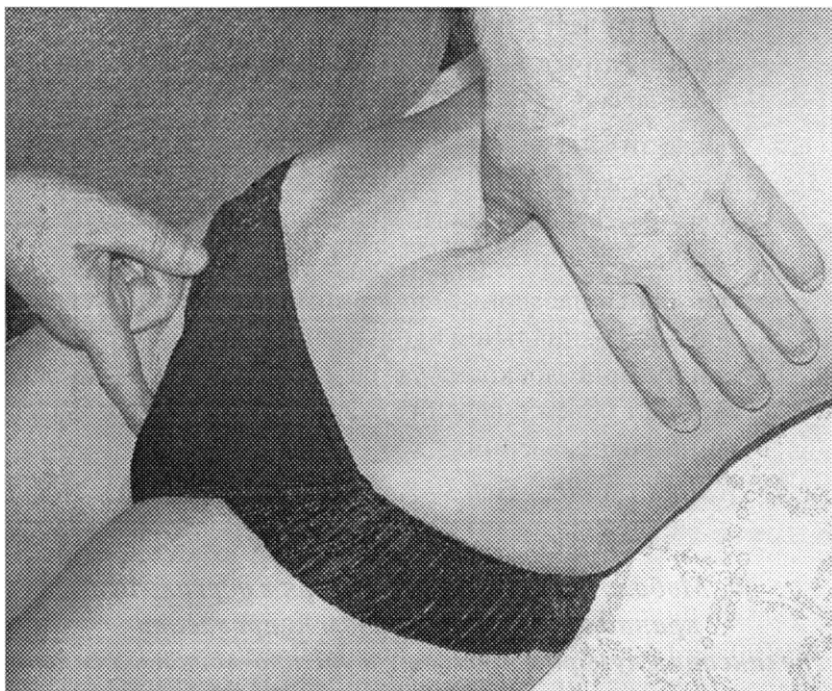
2. Мобилизация мочевого пузыря в краниальном направлении (релаксация пузырно-прямокишечно-копчиковой связки)

1. Пациент лежит на спине. Ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища, лицом краниально.
3. Вилкой из большого и согнутого указательного пальцев одной кисти врач фиксирует верхушку и тело мочевого пузыря и смещает его дорсально краниально до барьера.
4. Большим пальцем другой кисти фиксирует область пупка и смещает его в дорсальном краниальном направлении до барьера, что способствует краниальному смещению мочевого пузыря и натяжению пузырно-прямокишечно-копчиковой связки.
5. Затем врач выполняет мобилизацию мочевого пузыря, смещая кисти обеих рук в краниальном направлении, с использованием пассивных движений обычного ритма, надавливая и отпуская мочевой пузырь и пупок.

Повторные пассивные движения мочевого пузыря и пупка краниально приведут к релаксации пузырно-прямокишечно-копчиковой связки, а также увеличат объем смещения мочевого пузыря в каудальном направлении.

6. Техника выполняется 3–5 раз.

3. Мобилизация мочевого пузыря в дорсальном краниальном направлении (релаксация пузырно -лобковых связок с одной стороны)



1. Пациент лежит на спине, как можно ближе к ножному концу кушетки, ноги согнуты в КС и ТБС, бедра слегка разведены, стопы на кушетке.
2. Врач стоит у ножного конца кушетки.
3. Большим пальцем одной кисти врач фиксирует мочевой пузырь через мягкие ткани и мембрану запирающего отверстия с актуальной стороны.
4. Кистью другой руки, направленной краниально, врач фиксирует урахус и верхушку мочевого пузыря таким образом, чтобы основание ладони располагалось над верхушкой мочевого пузыря, средний палец соответ-

ствовал проекции урахуса, а концевая фаланга фиксировала пупок.

5. Затем врач одной кистью смещает урахус и мочевого пузыря краниально дорсально до барьера, а пальцем другой кисти через запирательное отверстие смещает мочевого пузыря в направлении ограниченного движения также до барьера.
6. После этого выполняет мобилизацию мочевого пузыря с использованием пассивных движений обычного ритма, смещая его в направлении ограниченного движения, надавливая и отпуская урахус и мочевого пузыря.
7. Повторные пассивные движения мочевого пузыря в дорсальном краниальном направлении приведут к релаксации пузырно-лобковых связок с одной стороны, а также увеличат объем смещения мочевого пузыря в вышеуказанном направлении.
8. Техника повторяется 3—5 раз.

4. Мобилизация мочевого пузыря в дорсальном краниальном латеральном направлении (релаксация пузырно-лобковых и уретро-лобковых связок с двух сторон)

1. Пациент лежит на спине, как можно ближе к ножному концу кушетки, ноги согнуты в КС и ТБС, бедра слегка разведены, стопы на кушетке.
2. Врач стоит у ножного конца кушетки.
3. Большими пальцами обеих кистей врач фиксирует мочевого пузыря с двух сторон через мягкие ткани и мембрану запирательных отверстий и оценивает степень напряжения и смещаемое™ мочевого пузыря в дорсальном краниальном латеральном направлении в обе стороны.
4. Затем пациент аддуцирует бедра, и пальцы врача проваливаются глубже к мочевому пузырю. Из этого положения фиксации мочевого пузыря врач выполняет его мобили-

зацию с использованием пассивных движений обычного ритма, смещая мочевой пузырь в направлении ограниченного движения, надавливая и отпуская его.

Повторные пассивные движения мочевого пузыря в дорсальном краниальном латеральном направлении приведут к релаксации пузырно-лобковых и уретро-лобковых связок, а также увеличат объем смещения мочевого пузыря в вышеуказанном направлении.

Техника повторяется 3—5 раз.

5. Мобилизация мочевого пузыря в латеральном направлении с использованием ПДноги



1. Пациент лежит на спине. Нога с одной стороны согнута в КС и ТБС, стопа на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его туловища, со стороны согнутой ноги.
3. Указательным и средним пальцем одной руки врач фиксирует седалищную ость дорсально и смещает ее в вентральном латеральном направлении до барьера. Предплечье пальпируемой руки направлено перпендикулярно к туловищу пациента, а локоть фиксирован туловищем врача.
4. Кистью другой руки врач фиксирует согнутую ногу пациента в области КС и последовательно выполняет флексию, аддукцию и абдукцию ноги в ТБС, что способствует натяжению, напряжению мышц урогенитальной системы, которые связаны с мочевым пузырем. При этих движениях врач не упускает созданного преднапряжения безымянной кости.
5. Затем врач медленно выпрямляет абдуцированную ногу пациента и в конце движения выполняет внутреннюю ротацию бедра, одновременно с этим смещает седалищную кость в вентральном латеральном и каудальном направлениях.
6. Повторные пассивные движения ноги и безымянной кости в указанных направлениях приведут к релаксации квадратной мышцы бедра, грушевидной, верхней и нижней близнецовой, нижней запирающей мышцей и других фасциальных структур, вызывающих фиксацию мочевого пузыря, а также к увеличению объема смещения мочевого пузыря в латеральном направлении.
7. Техника выполняется 3—5 раз.

Примечания. **1.** Для получения более выраженного эффекта технику рекомендуется выполнять с двух сторон. **2.** При выполнении данной техники у тучных людей с толстыми ногами врачу целесообразно фиксировать ость седалищной кости дорсально, смещать безымянную кость в вентральном латеральном направлении обеими кистями, при этом последовательные движения ноги в вышеуказанных направлениях пациент выполняет самостоятельно.

Техники на фиксационных структурах матки и яичников

1. Мобилизация матки в латеральном каудальном направлении, релаксация широкой связки матки и крестцово-маточной связки



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его таза.
3. Врач сгибает ноги пациента в ТБС и разгибает в КС, располагая голени на своем предплечье, что способствует еще большей релаксации брюшной стенки. Вторыми-пятыми пальцами другой кисти врач фиксирует через мягкие ткани брюшной стенки зону проекции дна матки, сразу над лоном. Максимально смещает пальцы дорсально, пальпируя дно матки и создавая преднапряжение.

4. Затем врач выполняет мобилизацию матки в латеральном каудальном направлении с использованием ПД обычного ритма одной руки и одновременно выполняет небольшие круговые вращения бедер пациентки преимущественно за счет движения своих ног.
5. Повторные пассивные движения матки и ног пациента в указанных направлениях приведут к релаксации широкой связки матки, крестцово-маточной связки и других миофасциальных структур, связанных с маткой и обеспечивающих ее фиксацию, а также к увеличению объема ее смещения в латеральном каудальном направлении.
6. Техника выполняется 3—5 раз.

Примечание. Техника выполняется при полностью опорожненном мочевом пузыре.

2. Мобилизация яичников (релаксация короткой брыжейки яичника, собственной связки и связки, подвешивающей яичник)



1. Пациент лежит на спине, ноги согнуты в КС и ТБС, стопы на кушетке.
2. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне его таза.
3. Большими пальцами обеих кистей, наложенными друг на друга, врач фиксирует зону проекции актуального яичника слева или справа в подвздошной области, несколько краниальнее середины пупартовой связки. Смещает пальцы дорсально, создает преднапряжение в области яичника и окружающих его тканей, прижимая его к подвздошной мышце. Определяет направление наибольшей болезненности, напряженности и ограничения подвижности яичника.

Затем выполняет мобилизацию яичника в каудальном, краниальном и медиальном направлениях с использованием ПД обычного ритма, надавливая и отпуская яичник.

Повторные пассивные движения яичника в указанных направлениях приведут к релаксации короткой брыжейки яичника, собственной связки и связки, подвешивающей яичник, и других миофасциальных структур, связанных с яичником и вызывающих его фиксацию, а также к увеличению объема его смещения в указанных направлениях.

Техника выполняется 3—5 раз.

Техники на предстательной железе

Мобилизация предстательной железы с использованием ПДиз положения лежа на животе

1. Пациент лежит на животе.
2. Врач стоит слева от пациента, на уровне его бедер.
3. Аккуратными движениями указательного пальца одной кисти врач раздвигает вены анального отверстия (во избежание тромбоза вен ануса) и фиксирует простату через прямую кишку, определяя плотность, болезненность и ограничение подвижности долей простаты.
4. Кистью другой руки врач фиксирует крестец и смещает его нейтрально до барьера.
5. После этого мягко выполняет мобилизацию каждой доли и перешейка предстательной железы с использованием ПД замедленного ритма влатеральном, краниальном каудальном и вентральном направлениях. Повторные пассивные движения предстательной железы приведут к устранению фиксации простаты и семявыбрасывающих протоков, релаксации лобково-предстательных связок, лобково-предстательной мышцы и прямокишечно-пузырной перегородки, а также к уменьшению напряжения и болезненности предстательной железы и предстательной части мочеиспускательного канала.
6. Техника выполняется 3—5 раз.

Примечания. 1. Данная техника показана при аденоме предстательной железы. 2. При невозможности пальпации предстательной железы в положении лежа на животе, мобилизация возможна в среднем физиологическом положении.

Поперечные виды техник, лечение диафрагм

В остеопатии структуры тела принято подразделять на продольные, которые располагаются преимущественно в краниокаудальном направлении, и поперечные, располагающиеся

преимущественно в горизонтальном направлении. Совокупность всех этих продольных и поперечных структур является формообразующей и придает телу внутреннюю организацию и внешнюю форму.

Примерами продольных структур являются оболочка спинного мозга (ключевая продольная структура), пищевод, трахея, кишечник, аорта, поверхностная мышечная фасция конечностей.

Особенности присоединения фасций тела к костным структурам таковы, что в определенных участках тела поверхностные и глубокие фасции сходятся вместе. Эти места следующие: основание черепа, подъязычная кость, верхняя и нижняя апертура грудной клетки, тазовое кольцо. Таким образом, формируются особенно важные в остеопатии морфо-функциональные структуры — диафрагмы.

Патология каждой из диафрагм проявляется характерными жалобами пациента и соответствующей клинической картиной. Следует добавить, что рестрикции диафрагм очень часто имеют психосоматическую причину, а техники коррекции диафрагм являются очень важными для коррекции не только регионарных, но и отдаленных, а также генерализованных дисфункций.

Ниже, по порядку, перечислены некоторые диафрагмы, следующие в краниокаудальном направлении:

- намет мозжечка — ключевая поперечная структура,
- окципитоцервикальный переход,
- подъязычная кость,
- цервикоторакальный переход,
- диафрагма грудной клетки,
- тазовая диафрагма (вместе с урогенитальной),
- подошвенный и ладонный апоневрозы.

Три диафрагмы, расположенные в области шеи (окципитоцервикальный переход, подъязычная кость, цервикоторакальный переход), с функциональной точки зрения часто объединяют в одну — цервикальную диафрагму.

Цервикальная диафрагма

Цервикальная диафрагма включает в себя следующие анатомические структуры: цервикальные фасции, мышцы шеи и затылка; шейные позвонки; сегменты спинного мозга, нервные корешки и ганглии; трахею, пищевод, щитовидную и парашитовидную железы; связочный аппарат легких и сердца. Вышеназванные структуры связаны между собой посредством фасций. Поэтому нарушения подвижности, а следовательно, и расстройства функций одного органа могут влиять на другие.

Более подробно структурные и функциональные взаимосвязи цервикальной диафрагмы представлены ниже:

Опорно-двигательный аппарат

- шейный отдел позвоночника;
- шейногрудной переход;
- грудино-ключичные суставы;
- ключично-акромиальные суставы;
- реберно-поперечные суставы, 1-е и 2-е ребра.

Таким образом, осуществляются склеротомные связи цервикальной диафрагмы с:

- суставами головы;
- шейным отделом позвоночника;
- грудным отделом позвоночника;
- плечевым поясом.

Связи цервикальной диафрагмы со структурами нервной системы обусловлены расположением шейных сегментов спинного мозга и корешков, вегетативных ганглиев и периферических нервов, которые иннервируют ткани, входящие в состав цервикальной диафрагмы (мышцы, фасции, суставы, сосуды и органы шеи, в том числе щитовидную железу и гортань).

Висцеральные связи цервикальной диафрагмы представлены:

- сердцем;
- легкими;

- щитовидной и паращитовидными железами;
- гортанью и глоткой;
- верхней третью пищевода;
- сонной артерией, яремной веной и их ответвлениями.

Клинические проявления цервикальной диафрагмы обусловлены структурно-функциональными взаимосвязями структур и тканей, ее образующих:

- чувство напряжения в области шеи;
- боли в шейно-грудном переходе;
- цервикобрахиалгии с иррадиацией в плечо и суставы руки;
- синдром Меньера;
- расстройства лимфоциркуляции: в том числе отеки верхних конечностей и абдоминальные отеки;
- различные ваготонические нарушения — головные боли, расстройства глотания, желудочно-кишечные расстройства;
- симпатикотонические нарушения — кардиальные расстройства, в том числе тахикардия, расстройства кровообращения, дыхательные расстройства, нарушения зрения;
- сосудистые расстройства в верхних конечностях и голове;
- вертебробазилярные расстройства — головокружение, шум в ушах, тошнота, головные боли, зрительные нарушения;
- бронхоплевропульмональные заболевания, в том числе бронхиты, бронхиальная астма, спайки плевры.

Диафрагма грудной клетки (торакальная диафрагма)

Плоскость торакальной диафрагмы виртуально проходит через диафрагмальную мышцу. Контрольные точки для пальпации: на дорсальной поверхности — остистый отросток ТИП, на вентральной — край мечевидного отростка. Анатомические связи торакальной диафрагмы весьма обширны и образованы органами грудной и брюшной полостей.

Структурно-функциональные взаимосвязи торакальной диафрагмы с различными звеньями опорно-двигательного аппарата представлены:

- грудной клеткой;
- позвонками ТИ2-12 вместе с правой и левой ножками диафрагмы;
- квадратной мышцей поясницы;
- мышцами передней брюшной стенки;
- мышцами тазового дна;
- паравертебральными мышцами;
- подвздошными мышцами.

Сосуды и нервы, которые проходят через диафрагму, и могут взаимно влиять друг на друга.

Висцеральные связи торакальной диафрагмы представлены висцеральными органами, которые расположены выше и ниже диафрагмы, в грудной и брюшной полостях соответственно. Все эти органы имеют непосредственную или опосредованную связь с диафрагмой.

Органы, лежащие выше диафрагмы в грудной клетке:

- сердце;
- легкие;
- пищевод.

Органы, лежащие ниже диафрагмы в брюшной полости:

- почки;
- печень;
- желудок;

- селезенка;
- толстая кишка;
- тонкая кишка.

Клинические проявления торакальной диафрагмы обусловлены структурно-функциональными взаимосвязями структур и тканей, ее образующих, кратко представлены ниже:

- боли или чувство напряжения в тораколюмбальном переходе;
- боли под реберной дугой;
- нарушения осанки;
- заболевания органов дыхания (в том числе бронхиты, бронхиальная астма, синуситы);
- заболевания органов пищеварения (органы брюшной полости имеют непосредственную или опосредованную, лигаментарную связь с диафрагмой);
- расстройства периферического кровообращения в нижних конечностях, связанные с патологией нижней полой вены и брюшной аорты;
- расстройства лимфоциркуляции (в том числе отеки нижних конечностей и абдоминальные отеки);
- урогенитальные расстройства (почки состоят в непосредственной связи с диафрагмой).

Тазовая диафрагма

Виртуальная горизонтальная плоскость диафрагмы таза (как правило, ее объединяют с урогенитальной диафрагмой) проходит, с вентральной стороны, через верхний край лонного сочленение, а с дорсальной — через S2 остистый отросток (по другим данным, — через диск L5). Основные анатомические структуры, образующие диафрагму таза, представлены мышцами и фасциями тазового дна, а также сфинктерами мочевого пузыря и прямой кишки.

Структурные и функциональные взаимосвязи тазовой диафрагмы с опорно-двигательным аппаратом представлены:

- с крестцово-копчиковым суставом;
- с крестцово-подвздошными суставами;
- с симфизом;
- с тазобедренными суставами;
- с нервной системой малого таза.

Клинические проявления при патологии тазовой диафрагмы:

- рецидивирующие воспаления мочевого пузыря;
- запоры;
- опущение органов таза, в том числе опущение мочевого пузыря;
- гинекологические заболевания;
- опущение органов брюшной полости;
- отеки нижних конечностей;
- боли и напряжения в пояснично-крестцовом переходе;
- боли в области крестцово-подвздошных суставов;
- боли в области промежности (между задним проходом и гениталиями);
- копчиковые боли.

Любая дисфункция тазовой диафрагмы влияет на краниосакральную систему в целом, а также на органы таза и брюшной полости.

Диафрагмы и «энергетические центры»

Прежде чем начать излагать материал по этому вопросу, я хочу отметить, что он находится за рамками парадигмы доказательной медицины. К сожалению, пощупать руками или измерить каким-либо образом эти телесные энергетические центры не представляется возможным. Хотя, если мы чего-либо не можем видеть либо измерить нашими приборами, совсем не означает, что этого в природе нет вообще.

Сопоставив данные различных литературных источников, несложно прийти к выводу, что локализация большинства диа-

фрагм совпадает с локализацией так называемых *чакр* — телесных энергетических систем, впервые описанных древнеиндийскими ведами.

Практически все телесные поперечные морфофункциональные структуры — диафрагмы совпадают с энергетическими центрами — чакрами, за исключением коронной чакры (основные свойства — знание, мысль, понимание, осознание).

Получить информацию о типичных эмоциональных проблемах, приводящих к патологии чакр — диафрагм, можно при помощи специального опросника: положительный ответ на большинство предложенных вопросов свидетельствует о патологии.

Вопросник

1. Корневая чакра — урогенитальная диафрагма.

- (а) Чувствуете ли вы себя одиноким, «чужаком», у которого нет пристанища — где бы вы ни находились?
- (б) Чувствуете ли вы, что вам хочется уйти от своей жизни, например, напившись, приняв наркотики, пережив опыт внетелесного существования или покончив с жизнью?
- (в) Чувствуете ли вы противоречивое отношение к жизни, и не появляется ли иногда мысль о том что лучше бы вы умерли?
- (г) Чувствуете ли вы разочарование в сексе, страдаете ли импотенцией (не считая случаев, связанных с физическими заболеваниями) или испытываете неполноценный оргазм?
- (д) Была ли у вас какая-либо травма, стресс или трудности в период между вашим зачатием и возрастом трех-пяти лет?
- (е) Чувствуете ли вы неуверенность и компенсируете ее тем, что, например, делаете разного рода запасы, усиленно покупаете вещи, которые вам на самом деле не нужны или наоборот — стараетесь не тратить деньги?

- (ж) Испытываете ли вы недостаток энергии или же чувствуете слабость, усталость и недомогание?
- (з) Бывают ли у вас проблемы с ногами или ступнями и не страдаете ли вы от геморроя или хронического запора?

2. *Крестцовая чакра — диафрагма таза.*

- (а) Есть ли у вас сложности с сексуальностью или с тем, чтобы доставлять или получать сексуальное удовольствие, когда вы, скажем, испытываете чувство холодности или агрессивности?
- (б) Чувствуете ли вы недостаток нежности, прикосновения или заботливого к себе внимания?
- (в) Понижено ли у вас сексуальное желание или есть проблемы с оргазмом, эрекцией и т.д.?
- (г) Чувствуете ли вы, что у вас низкий запас жизненных сил и энергии?
- (д) Удовлетворяете ли вы иногда свое сексуальное желание в воображении и в своих фантазиях вместо реальных отношений или имеете много сексуальных партнеров, уклоняясь, таким образом, от серьезных отношений?
- (е) Есть ли у вас проблемы с почками, мочевым пузырем или удержанием жидкости?
- (ж) Случались ли у вас стрессовые ситуации или травмы в возрасте от трех-пяти до восьми лет?
- (з) Есть ли у вас проблемы с ощущением вкуса?

3. *Чакра солнечного сплетения — диафрагма грудной клетки.*

- (а) Есть ли у вас проблемы с пищеварением, например язва, изжога, периодическое несварение желудка? Страдаете ли вы диабетом?
- (б) Свойственна ли вам вспыльчивость и раздражительность?
- (в) Есть ли у вас трудности в отношениях с авторитетами, когда вы явствуете себя маленьким и незначительным или бываете агрессивным и строптивым?
- (г) Бывают ли у вас приступы гнева и ярости?

- (д) Страдали ли вы от стрессов или травм в возрасте от восьми до двенадцати лет?
- (е) Чувствуете ли вы себя порой слабым, а порой пугающе сильным?
- (ж) Испытывали ли вы трудности в реализации своих возможностей, которые возникали независимо от того, как много вы трудились?
- (з) Имеются ли у вас проблемы с волей: скажем, вы — слабovolьны и склоняетесь к чужому мнению, не имея своего собственного, или вы — своевольны и делаете все по своему, независимо от того, какое влияние это оказывает на других людей?

4. *Сердечная чакра — диафрагма торакального выхода.*

- (а) Имеются ли у вас трудности в том, чтобы любить и чувствовать себя любимым?
- (б) Преобладает ли в вашем настроении негативизм и пессимизм или же вы властны и деспотичны?
- (в) Бывает ли так, что вы принимаете непосредственное участие в жизни других людей и вам трудно потом отстраниться, оставив их один на один с их проблемами и ошибками?
- (г) Чувствуете ли вы большую часть времени усталость или истощение сил?
- (д) Имеются ли у вас проблемы с сердцем, давлением, кровообращением, или у вас астма и другие заболевания дыхательной системы?
- (е) Свойственны ли вам нетерпимость и нетерпеливость или же вы настолько терпимы и терпеливы, что люди «ездят на вас»?
- (ж) Были ли у вас стрессы и травмы в возрасте от двенадцати до пятнадцати-шестнадцати лет?
- (з) Трудно ли вам прощать, испытывать сочувствие и сострадание или же вы настолько чувствительны и сострадательны, что чужая боль вас просто сражает?

5. *Горловая чакра — диафрагма подъязычной кости.*

- (а) Есть ли у вас проблемы со слухом или речью?
- (б) Часто ли вас не понимают? Осознаете ли вы, что вам трудно выразить себя?
- (в) Испытывали ли вы трудности в том, чтобы найти свой правильный путь, призвание или занятие?
- (г) Были ли у вас проблемы, связанные со щитовидной железой, горлом, ушами или шеей?
- (д) Страдали ли вы из-за стрессов или травм в возрасте от 15-16 до 20-21 года?
- (е) Кажется ли вам, что ваши творческие потенции блокированы или что вы — нетворческая личность?
- (ж) Имеются ли у вас трудности с ритмикой в вашей жизни, например с ритмом дыхания, сердцебиения, менструального цикла или с чувством ритма в музыке и танце?
- (з) Случаются ли у вас трудности с процессом обмена информацией, в том числе с умением внимательно выслушивать точки зрения других людей?

6. *Лобная чакра — диафрагма намета мозжечка.*

- (а) Страдаете ли вы от мигреней или другой головной боли?
- (б) Имеются ли у вас трудности с внутренней регуляцией разного рода, например: гормональной, температурной или регуляцией настроения и силы?
- (в) Часто ли вам снятся кошмары?
- (г) Способны ли вы представить себе свое будущее?
- (д) Вам трудно проникнуть в суть своих собственных проблем или проблем других людей?
- (е) Чувствуете ли вы, что «увязли» в какой-либо проблеме и хотите освободиться?
- (ж) Испытываете ли вы чувство вины из-за того, что, несмотря на все что у вас есть, вы все же несчастны?
- (з) Были ли у вас травмы в возрасте от двадцати одного года до двадцати шести лет?

Диагностическая пальпация

Пальпаторная диагностика диафрагмальных расстройств позволяет получить представление о фасциальных дисфункциях и характеристиках краниосакрального ритма в ключевых регионах. Таким образом, достигается важная цель диагностической пальпации — локализовать рестрикции и определить регион, патогенетически приоритетный в развитии конкретных клинических проявлений у пациента.

Пальпация проводится в симметричных относительно сагиттальной плоскости участках.

Лечение крестца



Лечение диафрагм принято начинать с крестца. Затем проводится лечение тазовой и урогенитальной диафрагм.

Краткие анатомические сведения

Крестцовая кость вместе с копчиком и костями таза образует тазовое кольцо. Суставы таза: крестцово-подвздошные, симфиз и крестцово-копчиковый.

В тазовом кольце размещаются различные поперечные структуры. Из-за тесной анатомической и функциональной связи указанных структур с органами малого таза и сфинктерами, практикующему специалисту необходимо иметь точные анатомические сведения, изложенные в специальной литературе.

Физиологическая функция тазового кольца заключается в амортизации и распределении нагрузки, возникающей при движении. Примерами расстройств функции элементов тазового кольца являются: для симфиза (илиосакральный сустав) — смещения вверх/вниз, вперед/назад, ротация. Для крестца (сакроилиальный сустав) — двусторонняя флексия (нутация), двусторонняя экстензия (противонутация), унилатеральная (односторонняя) флексия или экстензия, вращение вперед и вращение назад вокруг наклонной оси (первая буква указывает направление вращения, вторая буква указывает наклонную ось). Для симфиза — вверх/вниз, вперед/назад, тракция/компрессия. Для крестца — флексия/экстензия, латеральные флексии, вращение и компрессия.

Как было сказано выше, краниосакральный ритм передается на крестец преимущественно через твердую мозговую оболочку и ликвор. В фазе флексии (в смысле краниосакрального ритма) крестец движется как противонутация в анатомическом понимании — вершина крестца перемещается в вентральном направлении, а основание — в дорсальном. В фазе экстензии — вершина крестца движется в дорсальном направлении, основание — в вентральном. Таким образом, происходит как бы опрокидывание крестца по фронтальной оси, проходящей на уровне S2 (краниосакральная ось).

Исполнение

Крестец пациента находится на ладони терапевта. Пальцы и предплечье другой руки находятся в контакте с тазовыми костями, и врач немного сводит их вместе. В качестве индукции служит вес таза. Лечение можно проводить фасциальными техниками либо через ритм. Процедура считается завершенной, если крестец опустился в ладонь и как бы «заполнил» ее либо ритм гармонизировался.

Лечение диафрагм таза

Лечение диафрагм таза принято проводить после расслабления крестца.

Показания

Нарушения ритма, дисфункции половых органов или тазового кольца, мышц живота, а также органов малого таза.

Исполнение

Крестец пациента находится на ладони терапевта, другая рука находится на симфизе. Индукцией служит давление крестца на руку терапевта, находящуюся снизу. Рука, расположенная сверху, оказывает компрессию в дорсальном направлении. Работа проводится фасциальными техниками (лучше всего использовать комбинированную технику, эта рекомендация относится и ко всем остальным диафрагмам) либо через ритм.

Лечение диафрагмы грудной клетки



Диафрагма грудной клетки соответствует плоскости, проходящей через места прикрепления диафрагмы к позвоночнику (уровень ТЫ2) и краю реберной дуги.

Показания

Нарушения ритма, рестрикции органов грудной клетки, брюшной полости и непосредственно диафрагмы.

Исполнение

Пояснично-грудной переход пациента расположен на руке терапевта, другая рука находится в контакте с передней поверхностью грудной клетки на уровне мечевидного отростка. Индукцией служит давление тела пациента на руку терапевта, расположенную внизу. Рука, лежащая сверху, производит дорсальную компрессию. Лечение проводят фасциальными техниками либо через ритм и его можно считать законченным с момента нормализации ритма (возникновения краниокаудального движения рук терапевта в такт краниосакрального ритма).

Лечение диафрагмы торакального выхода



Плоскость диафрагмы торакального выхода с дорсальной стороны проходит через шейно-грудной переход, а с вентральной — через краниальный край рукоятки грудины.

Показания

Нарушения ритма, рестрикции органов грудной клетки, костно-суставных структур, образующих торакальный выход, мягких тканей шеи.

Исполнение

Шейно-грудной переход пациента лежит на руке терапевта (возможно как вертикальное, так и горизонтальное расположение руки терапевта), вторая рука находится в контакте на уровне рукоятки грудины. Большой и указательный пальцы расположены на ключицах. Индукцией служит давление тела

пациента, оказываемое на руку терапевта, лежащую снизу. Рука терапевта, находящаяся сверху, оказывает дорсальную компрессию. Лечение проводится фасциальными техниками либо через ритм и можно считать законченным с момента нормализации ритма (возникновения краниокаудального движения рук терапевта в такт краниосакрального ритма).

Лечение диафрагмы шеи



Плоскость диафрагмы с дорсальной стороны проходит через С3 позвонок, а с вентральной — через подъязычную кость.

Показания

Нарушения ритма, рестрикции органов и тканей шеи и грудной клетки, нарушение кровообращения в тканях головы.

Исполнение

Шея пациента расположена на руке терапевта с тщательным соблюдением контакта среднего пальца кисти с С3, другая рука терапевта охватывает подъязычную кость первым и третьим пальцами. В качестве индукции используется сведение рук друг к другу. Лечение проводится фасциальными техниками либо через ритм, и его можно считать законченным

с момента нормализации ритма (возникновения краниокаудального движения рук терапевта в такт краниосакрального ритма).

Примечание. Не следует оказывать чрезмерного давления на подъязычную кость и ткани, расположенные под ней, из-за опасности возникновения побочных вегетативных реакций у пациента.

Продольные виды техник

В краниосакральной терапии основной продольной структурой является твердая оболочка спинного мозга.

Твердая оболочка спинного мозга представляет собой твердую мембрану из соединительной ткани, поэтому она способна хорошо передавать движения, возникающие в процессе краниосакрального ритма.

Тяжелая патология межпозвоночных дисков (грыжа диска крупных размеров) дает ощущение непреодолимой рестрикции или барьера. Скользящая способность твердой оболочки спинного мозга утрачивается. В таких случаях рекомендуется использование других методов лечения.

Показания

Данная лечебная техника показана при нарушении ритма, рестрикциях твердой оболочки спинного мозга, патологии межпозвоночных дисков и корешковых синдромах любого уровня.

Исполнение

Производится захват пальцами затылочной кости с краниальной тягой в качестве индукции. Сила тяги не должна превышать силы сцепления пальцев рук терапевта с головой пациента.

Техника «укачиваниеребенка»



Показания

Показания те же, что и у всех техник, используемых на твердой оболочке спинного мозга.

Исполнение

Одна рука врача плотно контактирует с затылочной костью, другая — с крестцом. Тщательно соблюдается контакт центра ладони с осью вращения. Если применяются фасциальные техники, то индукцией служит натяжение. Если работа направлена на ритм, то вначале проводится наблюдение за ритмом. В идеале возникает впечатление качания между крестцом и затылочной костью. Далее, при работе с ритмом выполняется инициация «точки покоя», поддержание имеющегося ритма или проведение «повышенного ритма» в областях «сниженного» ритма.

Примечание. Исполнение данной техники возможно также в положении пациента на спине. В этом же положении возможно еще проведение посегментного лечения отдельных позвонков фасциальными техниками либо с использованием ритма.

Рекомендации по проведению лечебного сеанса

На каждом сеансе краниосакральной терапии терапевт должен установить с пациентом такой контакт, который определял бы границы между ними. Так как при использовании краниосакральных техник прикосновения рук терапевта достаточно легки, то это воздействие приобретает «нежный» характер.

Для того чтобы терапевт не переступил своих границ, он должен четко знать, где находится та грань, которая отделяет его как терапевта от пациента. Терапевт должен проявлять участие, уметь видеть и слушать, быть сочувствующим, уважать пациента, воспринимать его чувство контакта и быть для этого открытым. Если это невозможно, помогает также честность.

Практически каждый сеанс может включать в себя сильные регрессивные (в психоэмоциональном понимании) элементы, которые принято называть соматоэмоциональным освобождением. Эти регрессивные элементы можно использовать в терапевтических целях, однако следует указать на возможность возникновения злокачественной регрессии или в редких случаях — психотической реакции.

Даже если терапевт решил не использовать в своей работе психотерапевтические элементы, он должен помнить о возможности появления указанных реакций со стороны пациента, так как проведению лечения с помощью краниосакральных техник всегда сопутствует осознание эмоциональных травм, вызвавших телесные рестрикции или относящихся к ним «сохраненных» аффектов.

Катарсис, аффект или какая-нибудь регрессивная реакция может наступить у пациента в момент релиза, а особенно при достижении точки покоя в комбинации с уравновешенными фасциальными тягами, на высоком уровне напряжения, во время проведения техники раскручивания и проявляться следующими признаками:

- Увеличение слезотечения, учащенное сглатывание слюны, чувство «текущего» или внезапно «заложенного» носа.
- Потливость (особенно рук, холодный пот), зябкость, гусящая кожа, дрожь в теле.

- Увеличение слюноотделения (жидкое) либо уменьшение слюноотделения (густое, клейкое).
- Увеличение частоты сердцебиения («сердце стучит в горле»).
- Изменение частоты и амплитуды дыхания (гипервентиляция, глубокие вздохи).
- Подергивание век при полузакрытых либо полностью закрытых глазах, плавающие движения глазных яблок, широко открытые глаза, «игра» зрачка, нечеткое видение предметов.
- Слабость либо судороги мышц в различных участках тела.
- Увеличение мышечного напряжения (бронирование), в основном концентрического характера, усиленное смыкание зубов, частично с возникновением или усилением болей.
- Моторное беспокойство, частое изменение положения, охватывание руками кушетки (поиск поддержки).
- Мышечная гипотония, частично с возникновением болей в связках, чувство «ватных ног», головокружение, неуверенность в конечностях.
- Изменение характера и тембра голоса, «проглатывание» слогов, заикание.
- Возникновение функциональных симптомов (чувство кома в горле, давления на грудь, боли и судороги в животе, шумы в кишечнике, покраснение, бледность).
- Попытка пациента убежать с приема (к счастью, редко).

Физические признаки, вместе с которыми дают о себе знать аффективные реакции, основываются главным образом на неспецифической активации симпатической и парасимпатической нервной системы. При этом уровень вегетативной активности регулярно, от сеанса к сеансу, увеличивается, пока не произойдет его «разгрузка» в виде соматоэмоционального освобождения.

Воспоминание, привязывающее пациента к какой-либо психической травме, часто неосознанно способствует появле-

нию защитной модели поведения, которая находит свое выражение в физических (телесных) реакциях. Для этих реакций характерно повышение мышечного напряжения.

После возникновения соматоэмоционального освобождения наступает вегетативное успокоение, а в результате последующего уменьшения активности мотонейронов — мышечное расслабление, которое четко ощущается как пациентом, так и терапевтом.

В ряде случаев достигнутая ремиссия будет продолжаться недолго, если не будет раскрыта и изменена лежащая в основе этого симптомокомплекса ответная реакция пациента, возникающая в ответ на воздействие психотравмирующей ситуации.

Если цель терапии — вызвать регрессию или катарсис, возможно проведение комбинации с техниками психотерапии.

Типичные ошибки при проведении сеанса терапии:

- манипулирование или давление пациента на терапевта (скептическое отношение к проводимой терапии, навязывание собственных схем диагностики и лечения);
- отсутствие дистанции у терапевта;
- чувства терапевта, которые выходят за рамки чувства контакта;
- неконтролируемые действия терапевта на основе различных аффектов (к примеру, проведение «интеллектуальных сражений» с пациентом);
- любопытство, желание сенсации типа «чудесного исцеления» (идти на поводу истерической игры пациента);
- потеря цели лечения;
- значительное превышение заранее отведенного времени для проведения лечебного сеанса;
- игнорирование реакций тела пациента на проводимую терапию;
- осуществление регрессивных потребностей самого терапевта;

- сходство травм и особенностей характера у терапевта и пациента как возможное указание на возникновение проекции;
- использование пациента для решения собственных проблем.

Терапевт всегда должен ориентироваться на собственные ощущения — чувствует ли он себя комфортно во время проведения терапии или испытывает определенный дискомфорт (также и при обычном общении с пациентом). Цель каждого лечебного сеанса — ощутить в теле пациента напряжение фасций, ритм и его модификации в различных участках тела, определить локализацию рестрикций, осмыслить полученные данные и провести лечение.

Приложения

Список сокращений

ГОП — грудной отдел позвоночника,
ДФ — дисфункция,
ИПП — исходное положение пациента,
КС — коленный сустав,
Мб — мобилизация,
ПБМИ — патобиомеханические изменения,
ПВПО — передняя верхняя подвздошная ость,
ПД — пассивные движения,
ТБС — тазобедренный сустав,
ШОП — шейный отдел позвоночника.

Словарь терминов

Краниальный — головной (кранион — череп).
Каудальный — хвостовой (кауда — хвост).
Дорсально — к спине (дорсум — спина).
Вентрально — к животу (вентрум — живот).
Латеральный — боковой (латерум — сторона).
Медиальный — срединный (медиум — середина).
Проксимально — ближе к центру.
Дистально — дальше от центра.
Супинация — подъем.
Пронация — опускание.
Фронтальный — передний (фронт — лоб).
Сагиттальный — продольный, вертикальный (сагитта — стрела).
Флексия — приведение.
Экстензия — отведение.
Торакальный — грудной (торакс — грудная клетка).

Люмбальный — поясничный (люмбус — поясница).
Цервикальный — шейный (цервикс — шея).
Декстра — право.
Синистра — лево.
Циркуляция — вращение, обращение.
Ротация — поворот.
Дистракция — разделение, разрывание.
Коллатеральный — обходной.
Сакральный — крестцовый (сакрум — крестец).
Сублюксация — проваливание.
Респираторный — дыхательный.
Висцеральный — относящийся к внутренним органам.
Париетальный — покрывающий снаружи.
Пролапс — падение.
Коллапс — смыкание.

Оздоровительные упражнения

Питер Кэлдер

Упражнение первое

Исходное положение для первого упражнения — стоя прямо с горизонтально вытянутыми в сторону на уровне плеч руками. Приняв его, нужно начать вращаться вокруг своей оси до тех пор, пока не возникнет ощущение легкого головокружения. При этом очень большое значение имеет направление вращения — слева направо. Другими словами, если бы вы стояли в центре лежащего на полу большого циферблата, обращенного лицевой стороной вверх, то вращаться нужно было бы по часовой стрелке. Женщины вращаются в ту же самую сторону.

подавляющему большинству взрослых людей для начала достаточно полдюжины раз обернуться вокруг своей оси, чтобы ощутить головокружение. Потому начинающим можно ограничиться тремя оборотами. Если после выполнения первого упражнения вы почувствуете потребность присесть либо прилечь, дабы избавиться от головокружения, — обязательно последуйте этому естественному требованию вашего тела. В период начального освоения упражнений очень важно не переусердствовать. Старайтесь никогда не переходить ту грань, за которой легкое головокружение переходит в весьма заметное и сопровождается слабыми приступами тошноты, поскольку практика последующих упражнений в этом случае может вызвать рвоту.

Кроме того, чтобы «отодвинуть предел головокружения», можно воспользоваться приемом, который широко применяют в своей практике танцоры и спортсмены-фигуристы. Прежде чем начать вращаться, зафиксируйте взгляд на какой-нибудь непод-

вижной точке прямо перед собой. Начав поворачиваться, не отрывайте взгляд от избранной вами точки, сколько это будет возможно. Когда же из-за поворота головы точка фиксации взгляда уйдет из вашего поля зрения, быстро поверните голову, опережая вращение туловища, и как можно быстрее снова «захватите» взглядом свой ориентир. Такой прием работы с использованием опорной точки позволяет довольно заметно отодвинуть предел головокружения.

Упражнение второе

Исходным положением для второго упражнения является положение лежа на спине. Лучше всего лежать на толстом ковре или какой-нибудь другой достаточно мягкой и теплой подстилке. Вытянув руки вдоль туловища и прижав ладони с плотно соединенными пальцами к полу, нужно поднять голову, крепко прижав подбородок к груди. После этого — поднять прямые ноги вертикально вверх, стараясь при этом не отрывать от пола таз. Если можете, поднимайте ноги не просто вертикально вверх, но еще дальше «на себя» — до тех пор, пока таз не начнет отрываться от пола. Главное при этом — не сгибать ноги в коленях. Затем медленно опустите на пол голову и ноги. Расслабьте все мышцы и после этого повторите действие еще раз.

В этом упражнении большое значение имеет координация движений с дыханием. В самом начале необходимо выдохнуть, полностью избавив легкие от воздуха. Во время поднимания головы и ног следует делать плавный, но очень глубокий и полный вдох, во время опускания — такой же выдох. Если вы устали и решили немного отдохнуть между повторениями, старайтесь дышать в том же ритме, что и во время выполнения движений. Чем глубже дыхание, тем выше эффективность практики.

Упражнение третье

Также как первое и второе, оно является очень простым. Исходным положением для него служит положение стоя на коленях. Колени следует ставить на расстоянии ширины таза одно от

другого, чтобы бедра располагались строго вертикально. Кисти рук ладонями лежат на задней поверхности мышц бедер как раз под ягодицами.

Затем следует наклонить голову вперед, прижав подбородок к груди. Забрасывая голову назад и вверх, выпячиваем грудную клетку и прогибаем позвоночник назад, немного опираясь руками о бедра, после чего возвращаемся в исходное положение с прижатым к груди подбородком. Немного отдохнув, если необходимо, повторяем все сначала. Подобно второму упражнению, третье требует строгого согласования движений с ритмом дыхания. В самом начале следует сделать такой же глубокий и полный выдох, как в первом. Прогибаясь назад, нужно вдыхать, возвращаясь в исходное положение — выдыхать. Глубина дыхания имеет огромное значение, поскольку именно дыхание служит связующим звеном между движениями физического тела и управлением эфирной силой. Поэтому дышать при выполнении упражнений необходимо как можно более полно и глубоко. Ключом же к полному и глубокому дыханию всегда служит полнота выдоха. Если выдох выполнен полноценно, столь же полноценным неизбежно окажется естественно следующий за ним вдох.

Все упражнения, кроме первого, выполняются с закрытыми глазами.

Упражнение четвертое

Для выполнения четвертого упражнения нужно сесть на пол, вытянув перед собой прямые ноги со ступнями, расположенными примерно на ширине плеч. Выпрямив позвоночник, положите ладони с сомкнутыми пальцами на пол по бокам от ягодиц. Пальцы рук должны быть при этом направлены вперед. Опустите голову вперед, прижав подбородок к груди.

Затем запрокиньте голову как можно дальше назад и вверх, а потом поднимите туловище вперед до горизонтального положения. В конечной фазе бедра и туловище должны находиться в одной горизонтальной плоскости, а голени и руки располагаться вертикально, как ножки стола. Достигнув этого положения, нужно на несколько секунд сильно напрячь все мышцы тела, а

потом расслабиться и вернуться в исходное положение с прижатым к груди подбородком. Затем повторить все сначала. И здесь ключевым аспектом является дыхание. Сначала нужно выдохнуть. Поднимаясь и запрокидывая голову, выполнить глубокий плавный вдох. Во время напряжения задержать дыхание и, опускаясь, полностью выдохнуть. Во время отдыха между повторениями сохранять неизменный ритм дыхания.

Упражнение пятое

Исходным положением для него является упор лежа на животе прогнувшись. При этом тело опирается на ладони и подушечки пальцев ног. Колени и таз пола не касаются. Кисти рук ориентированы строго вперед сомкнутыми вместе пальцами. Расстояние между ладонями — немного шире плеч. Расстояние между ступнями ног — такое же. Начинаем с того, что запрокидываем голову как можно дальше назад и вверх. Затем переходим в положение, при котором тело напоминает острый угол, вершиной направленный вверх. Одновременно движением шеи прижимаем голову подбородком к груди. Стараемся при этом, чтобы ноги оставались прямыми, а прямые руки и туловище находились в одной плоскости. Тогда тело окажется как бы сложенным пополам в тазобедренных суставах. Вот и все. После этого возвращаемся в исходное положение — упор лежа прогнувшись — и начинаем все сначала.

Через неделю практики это упражнение становится самым простым из пяти. Когда вы вполне его освоите, старайтесь при возвращении в исходное положение прогибать спину назад как можно больше, но не за счет предельного излома в пояснице, а за счет распрямления плеч и максимального прогиба в грудном отделе. Не забывайте, однако, что ни таз, ни колени при этом пола касаться не должны. Кроме того, введите в упражнение паузу с максимальным напряжением всех мышц тела в обоих крайних положениях — при прогибе и при подъеме в «угол».

Схема дыхания в пятом упражнении несколько необычная. Начав с полного выдоха в упоре лежа прогнувшись, вы делаете глубокий, насколько это возможно, вдох при «складывании»

тела пополам. Получается некоторое приближенное подобие так называемого парадоксального дыхания. Возвращаясь в упор лежа прогнувшись, вы делаете полный выдох. Остановившись в крайних точках для выполнения напряженной паузы, вы задерживаете дыхание на несколько секунд соответственно после вдоха и после выдоха.

Для начала выполнять каждое упражнение три раза единожды в день. Такой режим должен сохраняться в течение одной недели. Затем каждую неделю прибавляют по два повторения. Таким образом, в течение второй недели ежедневно делается по пять повторений каждого упражнения, в течение третьей — по семь, в течение четвертой — по девять и так далее, до тех пор пока дневное количество повторений не достигнет двадцати одного раза. Если выполнение всех упражнений в соответствующем количестве вызывает трудности, можно разбить их на серии и выполнять в два или даже в три приема. Но в каждую серию обязательно должны входить все пять упражнений строго в соответствующем порядке. Переставлять упражнения местами, равно как и разносить их во времени, нельзя. Например, вместо одной, скажем, утренней тренировки, состоящей из двадцати одного повторения каждого действия, вы можете провести две — утреннюю и вечернюю, выполнив, допустим, десять повторений утром и одиннадцать — вечером. Или же — три тренировки по семь повторений каждая: утром, в полдень и вечером.

В какое время предпочтительнее заниматься? Утром или вечером. Лучше всего — на восходе и на закате. Но если у вас много работы и вы не смогли проснуться до восхода солнца — не расстраивайтесь. Вы можете выполнить свою утреннюю серию упражнений тогда, когда это будет удобно. Главное, чтобы это произошло до полудня, поскольку после полудня начинается время вечерней серии. Однако к такому режиму следует приходить постепенно, начав с одной полной серии один раз в день — утром или вечером. После того как вы практикуете по двадцати одному разу единожды в день на протяжении не менее чем четырех месяцев, вы можете приступить к построению второй серии, начав с трех раз и, как и в случае с первой, прибавляя по два раза в неделю.

И вот еще что важно — ни в коем случае нельзя допускать перенапряжения и переутомления. Это может привести только к отрицательному результату. Нужно просто делать так, как получается, то, что получается, постепенно увеличивая количество и приближаясь к идеальной форме. Время и терпение в данном случае выступают в роли союзников.

В промежутках между повторениями упражнений нужно продолжать дышать в том же ритме, что и во время практики. Однако если вы не чувствуете затруднений, паузы между повторениями одного и того же упражнения делать ни к чему, вам следует просто повторять движения в виде одной непрерывной серии. А вот между каждыми двумя упражнениями пауза необходима. Причем не просто пауза. Нужно встать прямо, положить руки на талию и выполнить несколько плавных полных дыханий, внимательно следя при этом за ощущениями, возникающими в теле, и сосредоточив внимание на области тела, находящейся внутри живота на уровне пупка.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Исторический обзор	3
Остеопатия в ряду других целительных практик	11
Концепция остеопатии	12
Диагностика и лечение	13
Применение остеопатии	14
<i>Показания для детей</i>	14
<i>Показания для взрослых</i>	15
<i>Противопоказания</i>	15
Что такое — остеопатия? Определение остеопатии	15
Основа жизни	17
Философия остеопатии	18
Четыре принципа остеопатии	18
Еще об остеопатических принципах	21
Единство всех составных частей тела	24
Как работает остеопатия	24

ТЕХНИКИ ОСТЕОПАТИИ

Миофасциальные техники	30
Механические факторы в биологических системах	30
Классификация фасций	30
Функции фасций	30
Свойства фасций	31
Структура соединительной ткани	31
Кривая напряжения — растяжения	31
Реакция фасции на перегрузку и травму	31
Отдаленные реакции после острой или хронической перегрузки и травмы фасций	32
Техника миофасциальной диагностики	32
Причины ассиметрий	32
Миофасциальный болевой синдром	33

Двигательные барьеры	33
Принцип миофасциального расслабления (правило трех Т)	33
Реакция на миофасциальное расслабление	33
Феномен покраснения	34
Механизмы покраснения	34
Причины дисфункции илиосакральной области	34
Гипертонус мышц	35
Техники, облегчающие расслабление	35
Стратегия исследования и лечения	35
Техники	37
<i>Леченье люмбосакральной области</i>	<i>37</i>
<i>Прямое расслабление крестца двумя руками</i>	<i>38</i>
<i>Расслабление сакротуберальной связки</i>	<i>39</i>
<i>Расслабление сакроилеального комплекса суставов</i>	<i>40</i>
<i>Техника рулевого колеса</i>	<i>40</i>
<i>Лечение тораколюмбального перехода</i>	<i>41</i>
<i>Расслабление диафрагмы</i>	<i>42</i>
<i>Расслабление шейно-реберно-грудного перехода</i>	<i>43</i>
<i>Техника «ожерелья»</i>	<i>43</i>
<i>Расслабление шеи</i>	<i>44</i>
<i>Расслабление субокципитальной области</i>	<i>45</i>
<i>Расслабление скручиванием на конечностях</i>	<i>46</i>
<i>Расслабление межкостной мембраны предплечья</i>	<i>47</i>
<i>Расслабление тибioфибулярного сочленения</i>	<i>48</i>
<i>Расслабление голеностопного сустава</i>	<i>49</i>
Краниосакральные техники. Введение	50
Принципы краниосакральной техники (врожденная сила)	50
Анатомия	51
Последовательность лечения	56
Механизмы возникновения краниосакрального ритма	57
Первичный дыхательный механизм	58

Врожденная подвижность головного и спинного мозга...	59
Движения цереброспинальной жидкости	59
Подвижность внутримозговых и внутриспинальных мембран	59
Подвижность в соединениях костей черепа	60
Непроизвольные движения крестца между подвздошными костями	60
Первичные респираторные механизмы	61
Врожденные движения головного и спинного мозга	61
Флюктуация цереброспинального ликвора	61
Движение внутричерепных и внутриспинальных мембран	62
Движения в суставах между костями черепа	62
Движение крестца между подвздошными костями	62
Синдромы сфенобазиллярной дисфункции	62
Краниосакральный диагноз	63
Принципы краниосакрального лечения	65
Методы краниосакральной техники	66
Активирующие силы	67
Краниосакральные техники	69
<i>Техника венозного синуса</i>	69
<i>Мыщечковая декомпрессия</i>	71
<i>СУ-4 (Сдавление шаровидного вздутая продолговатого мозга)</i>	72
<i>Крылобазиллярное (сфенобазиллярное) сочленение</i>	73
<i>Височное скручивание</i>	74
<i>V-объем</i>	76
<i>Поднимающие техники</i>	77
<i>Захват свода</i>	78
<i>Фронттоокципитальный захват</i>	80
<i>Флексионные движения черепа</i>	81
<i>Торсионные движения сфенобазиллярного сочленения</i>	82
<i>Боковые наклоны сфенобазиллярного сочленения (выпуклость справа)</i>	83
<i>Вертикальное напряжение сфенобазиллярного сочленения</i>	84
<i>Верхнее напряжение</i>	84

Нижнее напряжение	84
Односторонний наружный поворот височной кости (справа)	85
Односторонний внутренний поворот височной кости (справа)	86
Сосцевидный шов (дисфункция с правой стороны)	87
Височно-теменной шов (дисфункция справа)	88
Репозиция клиновиднокаменистого сочленения (дисфункция справа)	90
Височно-скуловой шов (дисфункция справа)	91
Лобный разворот	92
Лобно-скуловой шов (дисфункция слева)	93
Смещение теменной кости вверх	94
Лобно-клиновидный шов (расслабление большого крыла)	95
Раскрытие межтеменного шва	96
Компрессия четвертого желудочка (СУ-4 техника)	97
Расширение швов (Утехника)	98
Расширение большого затылочного отверстия (мышцелковая декомпрессия)	99
Дисфункции лицевого скелета	100
Решетчатая кость	100
Анатомия	100
Биомеханика	100
Пальпация	100
Лечебные техники	101
Расширение лобной кости	101
Увеличение флексионноэкстензионных движений перпендикулярной пластинки	102
Сошниковоосновная техника	103
Скуловая кость	104
Анатомия	104
Обследование и лечение скуловой кости	106
Наружная и внутренняя ротация	106
Внутрищечная техника	107
Лечебные техники	108
Расслабление лобно-скулового шва (на примере левой стороны)	108
Расслабление височно-скулового шва (справа)	109

<i>Расслабление челюстно-скулового шва (слева)</i>	ПО
<i>Билатеральное восстановление наружной</i> <i>и внутренней ротации</i>	///
Верхняя челюсть	112
Анатомия	112
<i>Обследование верхней челюсти</i>	113
<i>Определение объема движений</i>	113
Лечебные техники	115
<i>Восстановление наружной и внутренней ротации</i> <i>(на примере левой стороны)</i>	115
<i>Расслабление верхнечелюстно-лобного шва</i>	117
<i>Расслабление шва между верхнечелюстными костями</i>	118
<i>Восстановление торсии сфеноверхнечелюстного</i> <i>комплекса</i>	119
<i>Расслабление поперечного смещения</i> <i>сфеноверхнечелюстного комплекса</i>	120
<i>Расслабление компрессии сфеноверхнечелюстного</i> <i>комплекса</i>	121
Небная кость	122
Анатомия	122
<i>Обследование и лечение дисфункций небной кости</i>	123
Сошник	124
Анатомия	124
Техники исследования и лечения	125
<i>Исследование объема торсии сошника</i>	125
<i>Восстановление торсии сошника</i>	125
<i>Лечение поперечного смещения</i>	125
Слезная кость	126
Носовая кость	126
<i>Обследование</i>	127
<i>Лечебная техника</i>	127
Нижняя челюсть	128
Анатомия	128
Обследование височно-нижнечелюстного сустава	128
<i>Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного</i> <i>сустава</i>	129
Крестец	130
Анатомия	130

<i>Обследование крестца</i>	130
<i>Лечебная техника</i>	131
Мышечно-энергетические техники	132
Шейный отдел позвоночного столба	134
<i>C7—C2 Двигательный тест — нейтральная позиция</i>	134
<i>C7—C2 Двигательный тест — наклон назад</i>	135
<i>C7—C2 Двигательный тест — наклон вперед</i>	137
<i>C1—C2 Двигательный тест</i>	138
<i>CO—C1 Двигательный тест — наклон назад</i>	139
<i>CO—C1 Двигательный тест — наклон вперед</i>	140
Лечение СРН дисфункции	141
<i>C7—C2 (типичный шейный позвонок)</i>	141
<i>C7—C2 (типичный шейный позвонок)</i>	142
<i>CO—C1 (затылочно-атлантное соединение)</i>	143
<i>C1—C2 (атлантоосевой сустав) Лечение ротационной дисфункции</i>	144
<i>CO—C1 (затылочноатлантное соединение) Лечение СРН дисфункции</i>	146
Грудной отдел позвоночного столба	147
Осмотр верхнего и нижнего грудных отделов позвоночника	147
<i>T1—T5 Лечение РРН дисфункции</i>	148
<i>T1—T5 Лечение РРН дисфункции</i>	149
<i>T1—T5 Лечение групповой дисфункции</i>	150
<i>T5—T12 Лечение РРН дисфункции</i>	151
<i>T5—T12 Лечение СРН дисфункции</i>	152
Поясничный отдел позвоночного столба	154
<i>Лечение РРН дисфункции в положении лежа на боку</i>	154
<i>Лечение СРН дисфункции в положении лежа на боку</i>	156
<i>Лечение групповой дисфункции в положении лежа на боку</i>	158
Таз	158
Тесты для крестново-подвздошного сочленения	158
Лобковый симфизис	160
<i>Лечение в позиции: лобковая ветвь вверх слева</i>	160
<i>Лечение в позиции: лобковая ветвь вниз справа</i>	162

<i>Техника «выстрел ружья»</i>	164
Крестцово-подвздошное сочленение	165
Дисфункции крестцово-подвздошного сочленения.	165
<i>Односторонний наклон крестца вперед</i>	165
<i>Односторонний наклон крестца назад</i>	167
<i>Торсия крестца вперед вокруг кривой оси</i>	168
<i>Торсия крестца назад вокруг кривой оси</i>	169
<i>Ротация вперед подвздошной кости</i>	170
<i>Ротация назад подвздошной кости</i>	172
<i>Смещение правой подвздошной кости (безымянной)</i> <i>вверх</i>	173
<i>Смещение правой подвздошной кости (безымянной)</i> <i>вниз</i>	174
Техники верхних конечностей	175
Грудино-ключичный сустав	175
Тесты для оценки ограничения отведения	175
<i>Мышечно-энергетическая процедура (1)</i>	176
<i>Мышечно-энергетическая процедура (2)</i>	178
<i>Тест для определения ограничения горизонтальной</i> <i>флексии</i>	179
<i>Мышечно-энергетическая процедура</i>	180
Акромиоклавикулярный сустав	181
Тестирование для ограничения движения	181
Тестирование для ограничения отведения	182
Лечение для ограничения отведения	183
Тестирование ограничения внутренней и наружной ротации	184
Лечение для ограничения внутренней и наружной ротации мышечно-энергетической техникой	184
Плечелопаточный сустав	185
<i>Мышечно-энергетическая процедура</i>	186
Техника гленоидной губы	188
Семишаговая техника Спенсера	190
Область локтя	192
Тест для приведения и отведения	192
Лечение ограничения отведения и приведения	193

<i>Тестирование для ограничения пронации и супинации..</i>	194
<i>Лечение ограничения пронации и супинации</i> <i>(мышечно-энергетическая техника).</i>	195
<i>Лечение дисфункций головки луча.</i>	196
<i>Лечение дисфункции головки луча.</i>	198
<i>Лечение ограничения флексии или экстензии в локте</i> <i>(мышечно-энергетическая техника).</i>	199
Запястье и область кисти	200
<i>Тест для ограничения движения в области запястья..</i>	200
<i>Лечение для ограничения в области запястья</i> <i>(мышечно-энергетическая техника).</i>	201
Интеркарпальные суставы	201
<i>Лечение интеркарпальных суставов.</i>	202
Заключение	203
Техники нижних конечностей	204
Тазобедренный сустав	204
Принципы структурного диагноза и мануального лечения	204
1. <i>Двигательный тест: отведение.</i>	206
2. <i>Двигательный тест: приведение.</i>	207
3. <i>Тестируемое движение: внешняя ротация (бедро</i> <i>согнуто под углом 90 градусов).</i>	208
4. <i>Двигательный тест: внутренняя ротация (бедро</i> <i>согнуто под углом 90 градусов).</i>	209
5. <i>Двигательный тест: частичная флексия бедра</i> <i>(поднимание выпрямленной ноги).</i>	210
6. <i>Двигательный тест: разгибание бедра.</i>	212
7. <i>Двигательный тест: внутренняя ротация с</i> <i>нейтральным бедром.</i>	214
8. <i>Двигательный тест: наружная ротация с бедром</i> <i>в нейтральном положении.</i>	215
9. <i>Двигательный тест: сгибание колена.</i>	216
10. <i>Техника ацетабулом. Суставная процедура.</i>	218
Коленный сустав	220
<i>Диагноз: внутренний мениск «закрыт».</i>	220
<i>Процедура 1.</i>	220

<i>Процедура 2</i>	221
Мышечно-энергетическиепроцедурыдлялечения ротационного ограничения большеберцовой кости относительно бедренной	222
/ <i>1. Диагностика внутренне-наружной ротации.</i>	222
2. <i>Направленное мышечно-энергетическое воздействие.</i>	224
Проксимальный тибιοфибулярный сустав	225
<i>Тестирование.</i>	226
<i>Мышечно-энергетическое лечение для проксимального тибιοфибулярного сустава.</i>	227
Область голеностопного сустава	228
<i>Диагностическая оценка дистального тибιοфибулярного сустава.</i>	229
Тараннопяточный сустав	230
<i>Тест для дорзифлексии.</i>	231
<i>Мышечно-энергетическая процедура при ограничении дорзифлексии.</i>	232
<i>Тест для оценки движения.</i>	234
Стопа	235
Пяточно-кубовидный сустав	235
<i>Тест дисфункции кубовидной кости.</i>	235
<i>Мышечно-энергетическая процедура для дисфункции кубовидной кости.</i>	236
Таранноладьевидный сустав	238
<i>Тест дисфункции таранноладьевидного сустава.</i>	238
<i>Мышечно-энергетическая процедура для таранноладьевидной дисфункции.</i>	239
Клиновидные кости (межплюсневые суставы)	241
<i>Тест и лечение.</i>	241
<i>Мышечно-энергетическая процедура для опущенных клиновидных костей.</i>	242
<i>Высокоскоростная, низкоамплитудная процедура для лечения взаимоотношения клиновидных костей</i>	243
Предплюснеплюсневые суставы	243
Головки плюсневых костей	244

Плюснефаланговые и межфаланговые суставы	244
Техники грудной клетки	245
Компрессия ребра	246
Латеральная флексия ребра	246
Ограничения выдоха	247
Ограничения вдоха	247
Лечение дисфункций реберной клетки	248
<i>Структурная реберная дисфункция (первое ребро).</i>	249
<i>Типичные ребра — 1.</i>	250
<i>Типичные ребра — 2.</i>	250
<i>Типичные ребра — 3.</i>	251
<i>Типичные ребра — 4.</i>	252
<i>Типичные ребра — 5.</i>	254
Ограничения на вдохе: принципы лечения	255
<i>Ребра 1-е и 2-е.</i>	255
<i>Ребра 3,4 и 5-е.</i>	256
<i>Ребра 6, 7, 8 и 9-е.</i>	258
Ограничения на выдохе: принципы лечения	259
<i>Нижние ребра.</i>	259
<i>Верхние ребра.</i>	260
<i>Первое ребро — 1.</i>	262
<i>Первое ребро — 2.</i>	263
<i>Ребра 11-е и 12-е.</i>	264
<i>Ребра 11-е и 12-е (второй вариант).</i>	265
Мануальная терапия на органах грудной полости	268
Техники на связочных миофасциальных	
структурах верхней апертуры грудной клетки	268
<i>Энергетическая техника релаксации связочных</i>	
<i>миофасциальных структур верхней апертуры</i>	
<i>грудной клетки с использованием пассивного</i>	
<i>давления.</i>	268
Техники на фиксационных опорных структурах	
легких	270
/. <i>Релаксация связки, поддерживающей купол</i>	
<i>плевры легкого.</i>	270

2. Релаксация преимущественно париетальной (пристеночной) плевры.	272
3. Релаксация преимущественно висцеральной (внутристеночной) плевры.	274
4. Индукция легких Простая индукция.	276
5. Индукция доли легкого с противоудержанием.	279
6. Комбинированная индукция верхней доли легкого....	280

Техники на фиксационных опорных структурах средостения.	282
---	-----

2. Релаксация связочного фасциального комплекса средостения с использованием фаз дыхания и пассивных движений грудины.	284
3. Релаксация связочного фасциального комплекса средостения с использованием фаз дыхания и пассивных движений грудины и позвоночника.	286

Техники на сердце (на сердечной «сорочке» и миокарде).	288
--	-----

7. Мобилизация сердца в дорсальном каудальном направлении с использованием пассивного давления из положения лежа (релаксация перикардиальногрудинных и перикардиальнопозвоночной связок).	288
2. Мобилизация сердца в дорсальном краниальном направлении с использованием пассивного давления из положения стоя (релаксация перикардиальногрудинных и перикардиальной диафрагмальной связок).	290
3. Мобилизация сердца в вентральном каудальном направлении с использованием пассивного давления из положения лежа (релаксация перикардиальной позвоночной и перикардиальной грудинной связок) . . .	292
4. Мобилизация сердца в вентральном краниальном направлении с использованием пассивного давления из положения стоя (релаксация перикардиальной позвоночной и перикардиальной диафрагмальной связок).	294

5. Мобилизация сердца в направлении ротации с использованием пассивного давления (релаксация перикардиальных грудных, перикардиальной диафрагмальной и перикардиальной позвоночной связок)	296
6. Мобилизация перикарда и левой коронарной артерии с использованием техники «отдачи»	298
Техники на диафрагме	300
/. Энергетическая техника релаксации диафрагмы с использованием пассивного давления	300
2. Релаксация диафрагмы с использованием техники локального давления	302
3. Релаксация левой половины диафрагмы с использованием ПДног	304
4. Мобилизация пищеводакардиального сфинктера в области пищевого отверстия диафрагмы с использованием ПД фаз дыхания и тракции руки	306

Мануальная терапия на органах брюшной полости . . . 308

Техники на желчном пузыре	308
/. Релаксация желчного пузыря с использованием ПД туловища из положения сидя	308
2. Релаксация желчного пузыря с использованием пассивного давления из положения лежа	310
3. Мобилизация желчного пузыря с использованием ПД (выдавливание желчи)	312
Техники на фиксационных опорных структурах печени	314
/. Мобилизация левой или правой долей печени в краниальном направлении с использованием ПД туловища (релаксация левой или правой треугольной связки)	314
2. Мобилизация печени в каудальном медиальном направлении с использованием ПД и фаз дыхания (релаксация венечной и правой треугольной связок)	316
3. Мобилизация печени в каудальном направлении с использованием ПД фаз дыхания и тракции руки (релаксация венечной связки)	318

4. Недифференцированная техника релаксации
связок печени (техника «отдачи») 320
5. Мобилизация печени в сагиттальной плоскости
с использованием ПД (релаксация преимущественно
коронарной и серповидной связок). 322
6. Мобилизация печени в горизонтальной плоскости
с использованием ПД (релаксация преимущественно
треугольных связок). 324
7. Мобилизация печени во фронтальной плоскости
с использованием ПД ускоренного ритма (релаксация
преимущественно верхних связок печени). 326

Техники на фиксационных опорных структурах

- желудка 328
7. Мобилизация кардии желудка и пищеводнок
ардиального сфинктера в каудальном направлении
с использованием ПД (релаксация диафрагмально-
пищеводной связки). 328
 2. Мобилизация малой кривизны желудка
в каудальном направлении с использованием ПД
(релаксация преимущественно желудочно-
печеночной связки). 330
 3. Мобилизация малой кривизны желудка
в латеральном направлении с использованием ПД
(релаксация желудочно-печеночной связки). 331
 4. Манипуляция на малой кривизне желудка
и печени с использованием дистракционного толчка . . . 333
 5. Мобилизация тела и дна желудка в каудальном
направлении (релаксация преимущественно
диафрагмально-желудочной связки). 334
 6. Мобилизация большой кривизны желудка
в краниальном направлении с использованием ПД
ускоренного ритма (релаксация желудочно-
поперечно-ободочной связки). 336
 7. Мобилизация желудка в горизонтальной
плоскости в направлении ротации
с использованием ПД 338
 8. Релаксация привратника в направлении фиксации
с использованием ПД (техника «выслушивания»).... 339

9. Релаксация привратника с использованием техники «отдачи»	341
10. Мобилизация привратниковой части желудка с использованием ПД туловища	342
11. Релаксация двенадцатиперстной кишки в области сфинктера Одди с использованием потряхивания в направлении фиксации (техника «выслушивания»)	344
Техники на двенадцатиперстной кишке	346
/. Мобилизация нисходящей части двенадцатиперстной кишки в латеральном направлении с использованием ПД	346
2. Мобилизация нисходящей части двенадцатиперстной кишки, сфинктера Одди, общего желчного и Версунгова протоков с использованием ПД из положения лежа	348
3. Мобилизация нисходящей части двенадцатиперстной кишки, сфинктера Одди, общего желчного и Версунгова протоков с использованием ПД туловища из положения сидя	350
4. Релаксация двенадцатиперстной кишки в области дуодено-еюнального сфинктера в направлении фиксации с использованием ПД (техника «выслушивания»)	352
Техники на тонкой кишке	354
/. Релаксация корня брыжейки тонкой кишки с использованием ПД	354
2. Мобилизация петель тонкой кишки с использованием ПД	356
3. Релаксация тонкой кишки с использованием техники «отдачи»	358
4. Релаксация локальных зон тонкой кишки	360
Техники на толстой кишке	361
/. Релаксация илеоцекального клапана с использованием ПД в направлении фиксации (техника «выслушивания»)	361
2. Релаксация илеоцекального клапана с использованием техники «отдачи»	363

3. Мобилизация слепой кишки и илеоцекального клапана в медиальном и латеральном направлениях с использованием ПД	365
4. Мобилизация илеоцекального клапана и слепой кишки в краниальном и каудальном направлениях с использованием ПД и фаз дыхания	367
5. Мобилизация слепой кишки и илеоцекального клапана в латеральном и краниальном направлениях с использованием ПД правой ноги илатерофлексии таза	368
6. Мобилизация восходящей и нисходящей части ободочной кишки в латеральном и медиальном направлениях с использованием ПД	370
7. Мобилизация ободочной кишки в области печеночного изгиба с использованием ПД (релаксация диафрагмально-колической и печеночно-колической связок)	372
8. Мобилизация поперечной ободочной кишки в каудальном направлении с использованием ПД (релаксация желудочно-поперечно-ободочной связки)	374
9. Мобилизация ободочной кишки в области селезеночного изгиба с использованием ПД (релаксация диафрагмально-колической и селезеночно-колической связок)	376
10. Мобилизация сигмовидной кишки в медиальном и латеральном направлениях с использованием ПД (релаксация мезосигмовидной связки)	378
11. Манипуляция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (желудка, двенадцатиперстной кишки, печеночного и селезеночного изгибов ободочной кишки) в краниальном направлении с использованием толчка	380
Техники на фиксационных структурах селезенки	382
1. Мобилизация селезенки с использованием ПД из положения сидя (релаксация селезеночно-желудочной и селезеночно-диафрагмальной связок)	382
2. Мобилизация селезенки с использованием ПД из положения лежа (релаксация селезеночно-желудочной и селезеночно-диафрагмальной связок)	384

Техники на фиксационных структурах почек	386
1. Мобилизация почек в направлении фиксации с использованием ПД (техника «выслушивания»)	386
2. Мобилизация почек с использованием техники «отдачи»	388
3. Мобилизация почек в краниальном направлении с использованием ПД и фаз дыхания	390
4. Мобилизация почек в вентральном направлении с использованием ПД ноги	392
5. Мобилизация почек в вентральном направлении с использованием ПД из положения лежа на боку	394
6. Мобилизация почек в каудальном направлении с использованием ПД ноги и латерофлексии таза	395
7. Мобилизация почек в краниальном направлении с использованием ПД и гравитационного отягощения	396
8. Мобилизация мочеточника в каудальном и краниальном направлениях с использованием ПД.	398
Мануальная терапия на органах малого таза	400
Энергетическая техника релаксации мышечно-фасциальных структур тазовой и урогенитальной диафрагмы с использованием пассивного давления	400
Техники на фиксационных структурах мочевого пузыря... 402	
/. Мобилизация мочевого пузыря в каудальном направлении (релаксация срединной и средних связок).. .	402
2. Мобилизация мочевого пузыря в краниальном направлении (релаксация пузырно-прямокишечно- копчиковой связки)	404
3. Мобилизация мочевого пузыря в дорзальном краниальном направлении (релаксация пузырно- лобковых связок с одной стороны).	405
4. Мобилизация мочевого пузыря в дорзальном краниальном латеральном направлении (релаксация пузырно-лобковых и уретро-лобковых связок с двух сторон)	406

5. Мобилизация мочевого пузыря в латеральном направлении с использованием ПД ноги	408
Техники на фиксационных структурах матки и яичников ..	410
/. Мобилизация матки в латеральном каудальном направлении, релаксация широкой связки матки и крестцово-маточной связки	410
2. Мобилизация яичников (релаксация короткой брыжейки яичника, собственной связки и связки, подвешивающей яичник).	412
Техники на предстательной железе	414
Мобилизация предстательной железы с использованием ПД из полож/сения лежа на животе.	414
Поперечные виды техник, лечение диафрагм	414
Цервикальная диафрагма	416
Опорно-двигательный аппарат	416
Диафрагма грудной клетки (торакальная диафрагма)	418
Тазовая диафрагма	419
Диафрагмы и «энергетические центры»	420
Вопросник	421
Диагностическая пальпация	425
Лечение крестца	425
Лечение диафрагм таза	427
Лечение диафрагмы грудной клетки	428
Лечение диафрагмы торакального выхода	429
Лечение диафрагмы шеи	431
Продольные виды техник	433
Техника «укачивание ребенка»	434
Приложения	
Рекомендации по проведению лечебного сеанса	435
Список сокращений:	439
Словарь терминов	439
Оздоровительные упражнения	441

Научно-популярное издание

СОЛОВЕЙ Игорь Григорьевич

ОСТЕОПАТИЯ

**Миофасциальные, краниосакральные,
мышечно-энергетические и другие техники**

Подписано в печать с готовых диапозитивов заказика 26.07.2010.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Формат 60х90/16.
Усл. печ. л. 29,0. Тираж 3000 экз. Заказ 1163.

ООО «Харвест». ЛИ № 02330/0494377 от 16.03.2009.
Республика Беларусь, 220013, Минск, ул. Кульман, д. 1, корп. 3, эт. 4, к. 42.
E-mail редакции: harvest@anitex.by

ОАО «Подграфкомбинат им. Я. Коласа».
ЛП №02330/0150496 от 11.03.2009.
Республика Беларусь, 220600, Минск, ул. Красная, 23.

Остеопатия - мягкий безопасный метод мануальной терапии. Несмотря на свою мягкость, он эффективнее, чем жесткий подход. В книге, впервые на русском языке, дано полное описание техник остеопатии, сопровождаемое многочисленными иллюстрациями.

Книга предназначена мануальным терапевтам, остеопатам, врачам-травматологам, массажистам, спортивным врачам, а также психологам, практикующим телесно ориентированное врачевание человеческой психики.

