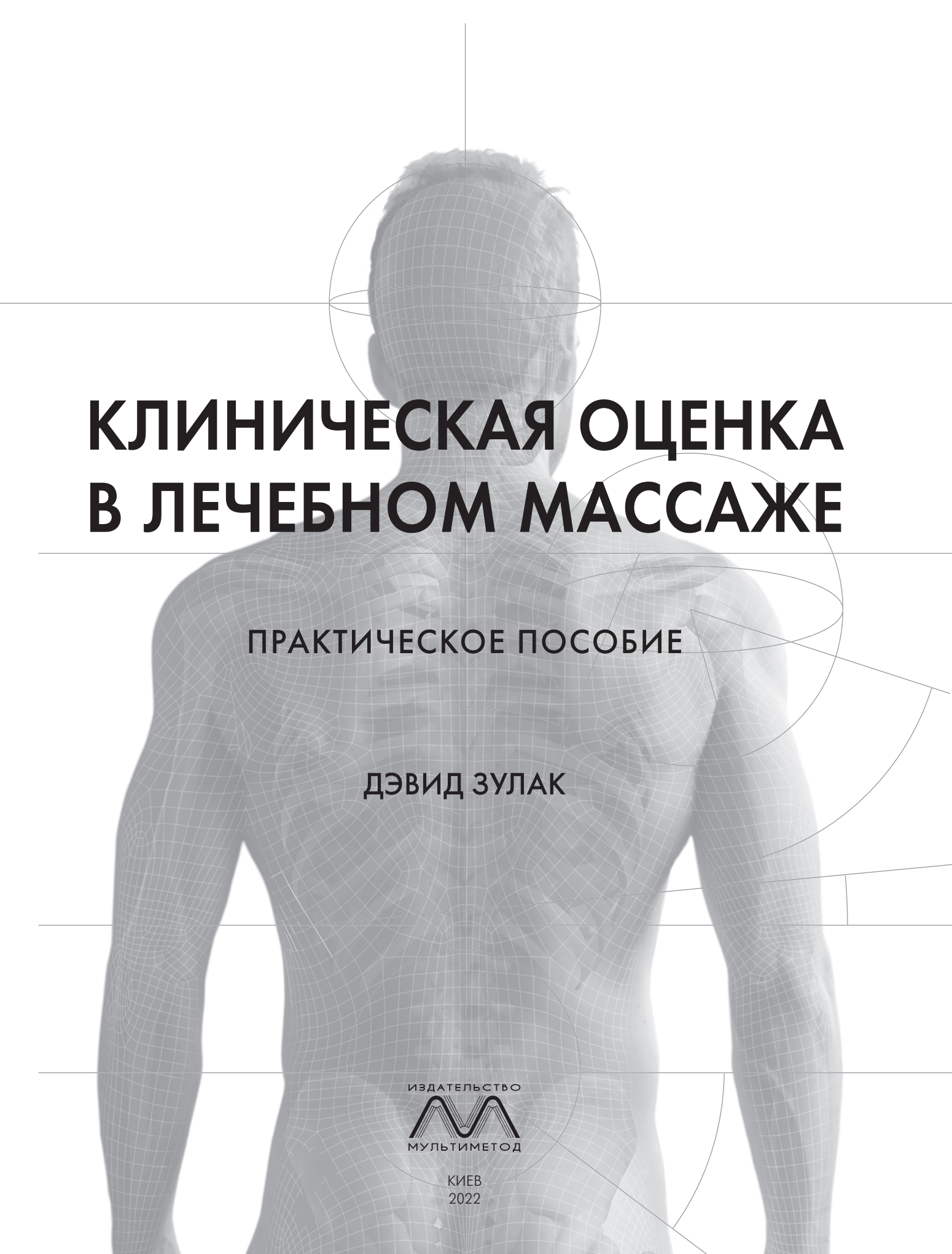

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В ЛЕЧЕБНОМ МАССАЖЕ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

ДЭВИД ЗУЛАК

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МУЛЬТИМЕТОД

КИЕВ
2022

УДК 615.82(072)
393

Данное издание охраняется законом об авторском праве. Любое воспроизведение (перепечатка, ксерокопирование, тиражирование, размещение в сети Интернет и т. д.) всей книги или отдельных ее частей запрещается без письменного разрешения издательства «Мультиметод» и преследуется в судебном порядке.

Перевод с английского — С. В. Бабанин
Научный редактор — О. В. Агеев

Зулак Д.
393 Клиническая оценка в лечебном массаже. Практическое пособие: Пер. с англ. — К.: Мультиметод, 2022. — 600 с.

Примечание для читателей: Стандарты клинической практики и протоколы меняются со временем, и ни один метод или рекомендация не могут быть безопасными или эффективными в любых обстоятельствах. Это издание предназначено в качестве общего информационного ресурса для специалистов в области остеопатии; оно не может заменить профильное образование или клинический опыт. Ни издатель, ни автор не могут гарантировать универсальной и исключительной эффективности или уместности какой-либо конкретной рекомендации.

Это практическое руководство объединяет целый ряд методов исследования и оценки, которые раньше можно было найти только в различных источниках. Автор описывает их с точки зрения практикующего массажиста, поскольку способность верно оценить состояние пациента имеет решающее значение для безопасного, правильного и эффективного проведения лечебного массажа.

Книга состоит из двух частей. В первой части описаны базовые положения, которые необходимо учитывать при проведении клинической оценки, а также разделы, посвященные оценке осанки, походки, и глава о боли. Во второй части приведено описание локальных методов оценки различных областей тела и даются рекомендации о том, как и когда их применять. Приложения включают таблицу мышц, информацию по измерению диапазона движений в суставах, а также обзор неврологических тестов.

Начинающие массажисты, изучающие лечебный массаж, найдут в книге бесценный источник знаний, который поможет им полноценно освоить новую профессию. Опытные мануальные терапевты смогут использовать ее для совершенствования, обновления и расширения своих навыков.

ISBN 978-617-7896-10-3

УДК 615.82(072)
393

© David Zulak, 2018
© The original English language work has been published by: Handspring Publishing Limited Pencaitland, EH34 5EY, United Kingdom, 2018
© Издательство «Мультиметод». Перевод на русский язык, оформление, подготовка к изданию, 2022

ISBN 978-617-7896-10-3

Посвящается моей жене Энн Уилсон.
Без ее поддержки, любви и вдохновляющего примера целеустремленности эта книга никогда бы не увидела свет. Посвящаю также моим необыкновенным детям, Кэти и Джеймсу, за их неизменную любовь.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Глава 1. Значение клинической оценки 17

Глава 2. Пример патологии 25

Глава 3. Протокол клинической оценки 33

Глава 4. Общие сведения о боли 67

Глава 5. Оценка осанки и походки 81

Глава 6. Движения позвоночника. Структура и функции 115

ЧАСТЬ II. РЕГИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Глава 7. Лодыжка и ступня 125

Глава 8. Коленный сустав 151

Глава 9. Тазобедренный сустав и тазовая кость 189

Глава 10. Комплексное обследование позвоночника 237

Глава 11. Крестцово-подвздошный сустав и таз 247

Глава 12. Поясничный отдел позвоночника 289

Глава 13. Грудной отдел позвоночника и ребра 345

Глава 14. Шейный отдел позвоночника 383

Глава 15. Верхняя апертура грудной клетки 445

Глава 16. Плечо 459

Глава 17. Локтевой сустав 493

Глава 18. Запястье и кисть 517

Приложения 547

Библиография 586

ПРЕДИСЛОВИЕ

В лечебной работе для того, чтобы достичь цели, необходимо уметь собирать информацию о состоянии здоровья пациента. Физическая оценка является важной частью процесса сбора информации. История болезни и конечные цели определяют, какие методы обследования следует применять. Кроме того, клиническая оценка может также сыграть роль скринингового обследования перед направлением пациента к врачу, особенно если подозревается дисфункция суставов. Эта книга помогает получить навыки оценки, позволяющие изучить состояние мягких тканей и суставов, которые могут быть связаны с симптомами пациента.

Основная направленность клинической оценки — исследование и понимание, а не изменение. Она задает вопросы и интерпретирует ответы на них. Примеры таких вопросов к пациенту: просьба осуществить определенное движение в суставе или, напротив, удержать определенное положение, сопротивляясь усилиям по его изменению. Ответом на такие вопросы может быть нормальная, ограниченная или нарушенная функция. Мы не сможем узнать о состоянии пациента, не задав вопросов. Процесс оценки — это навык.

Слишком часто некоторые массажисты поспешно переходят к активным вмешательствам с намерением изменить функцию. Они куда-то нажимают и что-то тянут, не видя общей картины. Многие руководства описывают, как выбирать подходящее вмешательство, но оно должно осуществляться только после того, как клиническая оценка определит, какие нарушения имеются у конкретного, уникального человека и какие результаты лечения желательны. Эта книга посвящена оценке.

Массажист должен уметь эффективно интегрировать используемые методы клинической оценки в сеанс массажа. Большинство пациентов ожидают массажа. Они хотят лежать на столе и ощущать терапевтические прикосновения, испытывая чувство удовлетворения от давления и движения. Выполнение слишком большого количества оценочных тестов не будет восприниматься пациентом как массаж. Нужно научиться разумно подбирать методы оценки. Эта книга описывает процедуры, которые помогут вам узнать о вашем пациенте все необходимое. Не забывайте, что все аспекты сеанса массажа являются оценочными, если вы подходите к своему пациенту с осознанной сосредоточенностью и обращаете внимание на его реакцию на массаж.

Сэнди Фриц.
Основатель, владелец и главный инструктор
Школы терапевтического массажа (Лапеер, Мичиган)

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Я должен поблагодарить очень много людей за то, что они помогли мне воплотить в реальность эту книгу. Я начну с благодарности ко всем моим ученикам, которые на протяжении многих лет многому научили меня, которые были терпеливы и поощряли меня продолжать этот проект.

Я хочу поблагодарить Йохана Оверзета (Johan Overzet). С тех пор как мы встретились в 1992 году в школе массажа и преподавательской клинике Sutherland-Chan, мы вместе учились, практиковали, обсуждали и двигались вперед. Мы вместе посещали остеопатические курсы в Канаде и помогали друг другу осваивать новый опыт, повышая свою квалификацию мануальных терапевтов. Результаты многих наших дискуссий разбросаны по всей этой книге. Йохан всегда был честен со мной как в одобрении, так и в критике. Это прежде всего доказывает, что он самый верный друг.

Я хотел бы поблагодарить Энн Уилсон (Anne Wilson) за ее бесценный труд редактора в течение многих лет пока писалась эта книга. Кроме того, я в долгу перед Джеки Гуанзон (Jackie Guanzon) и Эшли Маркос (Ashley Marcos) за их усилия в качестве корректоров. Джеки также была основной фотомоделью для иллюстраций, вошедших в книгу, ей помогали Антонелла Ликата (Antonella Licata), Дэррил Хугендам (Darryl Hoogendam), Джастин Доэрти (Justin Doherty), Катрина Рэйни (Katrina Raney) и Сара Хэнсон (Sara Hanson).

Я благодарен преподавателям в школе массажа Sutherland-Chan за их преданность профессии и своим ученикам. Я хочу поблагодарить Дебру Кертис (Debra Curties) и Триш Драйден (Trish Dryden) за их поддержку моих первых опытов преподавания, которые также произошли в Sutherland-Chan.

Я с любовью вспоминаю моего первого учителя, покойного Эрла О'Нила (Earl O'Neal), который так щедро делился со мной своим богатым опытом.

Для меня большая честь, что Сэнди Фриц (Sandy Fritz) написала предисловие к этой книге. Меня вдохновила ее преданность профессии массажиста, особенно ее многолетние усилия по улучшению качества образования.

Конечно, я должен поблагодарить тех, кто работал в издательстве Handspring Publishing, включая издателей Эндрю Стивенсона (Andrew Stevenson) и Мэри Лоу (Mary Law). Я особенно хочу выразить признательность Мэри за ее добрую поддержку, советы и деликатные напоминания о сроках в течение последних нескольких лет. Кроме того, я хочу сказать спасибо руководителю проекта Морвену Дину (Morven Dean), дизайнеру Брюсу Хогарту (Bruce Hogarth), редактору Стефани Пикеринг (Stephanie Pickering) и маркетологу Хилари Браун (Hilary Brown), а также всем сотрудникам издательства Handspring Publishing, которые приложили руку к созданию этой книги.

Спасибо вам всем.

Дэвид Зулак

ВСТУПЛЕНИЕ

Мой обширный опыт как обучения, так и преподавания в самых разных условиях, от общественных колледжей до университетов и профессиональных колледжей, я полагаю, позволил мне глубоко осознать, как помочь другим узнать то, что им нужно знать, получая последипломное образование. Как преподаватель массажа, руководитель и автор учебных программ, а также как участник семинаров массажистов по оценке и технике по всей Канаде, я слушал, наблюдал и учился у людей, изучающих массаж. Весь этот опыт и знания, накопленные за многие годы, легли в основу данного руководства. Структура и стиль этой книги, ее голос, если хотите, предназначен для того, чтобы помочь новичкам освоить навыки, связанные с оценкой. Она была написана для людей, приступивших к изучению массажа, и тех, кто уже занимается массажной терапией. Она не должна была быть сугубо академической, энциклопедической или пугающей.

Когда я как преподаватель сталкивался с учеником (или классом), который плохо работает, моей первой мыслью всегда было: «Почему я не смог донести им то, что им нужно было знать? Как мне научить их этому? Что еще им нужно знать, чтобы стать опытными в оценке?» Ответы на эти вопросы легли в основу этой книги.

Книга писалась с намерением, быть легко доступной, и поэтому в ней не используется тяжелый академический стиль. Однако она использует правильную терминологию, которой учащиеся должны владеть, чтобы продолжать учебу и общаться с медицинскими работниками. Я написал книгу не для ученых или исследователей. Я написал ее для того, чтобы помочь начинающим массажистам быстро и эффективно овладеть навыками клинической оценки, которые требуют от них их школы, контролирующие органы и их будущие пациенты. Как только они узнают, что делать, как это делать и почему это делается определенным образом, они могут читать дальше и продолжать узнавать больше о своей профессии или стремиться специализироваться на лечении конкретных типов пациентов, таких как спортсмены, беременные женщины или пожилые люди и т. д.

Возможная склонность книги к повторам или ее «многословность» являются преднамеренными и предназначены для того, чтобы донести всю информацию и разъяснения, которые я за эти годы преподавал начинающим массажистам, чтобы они овладели описанными навыками. Кроме того, работая преподавателем, я вновь и вновь убеждался, что если ученик понимает, почему его просят сделать что-то определенным образом, а не просто запомнить этапы какого-то конкретного теста опорно-двигательного аппарата, он с большей вероятностью запомнит процедуру и (что самое важное) действительно будет использовать эти навыки в своей практике после окончания обучения. Поэтому я нашел время, чтобы всесторонне описать этапы каждого теста и, когда это необходимо, показать их в серии фотографий.

Я также иногда привожу некоторую анатомическую информацию, необходимую для того, чтобы понять строение тестируемых структур и, соответственно, почему при выполнении конкретного теста определенные движения выполняются определенным образом. Если человек разбирается в анатомии сустава или ткани, которые необходимо исследовать, то это знание поможет ему вспомнить, как проводить тест. Оценка — это анатомический образ мышления. Различные аспекты оценки были изобретены в первую очередь путем размышления о взаимосвязи структуры и функции ткани. Если вы действительно забыли тест или никогда не учили его, знание анатомии и понимание физиологии движения позволит вам заново изобрести любой ортопедический тест или, возможно, даже создать новый и лучший!

Как я уже говорил ранее, это учебное пособие предназначено для обучения основам навыков оценки, необходимых в нашей профессии массажиста. Я надеюсь, что руководство сможет достичь этой цели, так что, когда начинающие массажисты закончат свое обучение, они не только сохранят и будут использовать эту информацию и навыки, но и будут готовы продолжать изучение этого важного аспекта массажной терапии. Вместе со всеми инструкторами по массажу я надеюсь, что наши ученики осознают, что только после окончания школы начинается настоящее обучение.

Дэвид Зулак

ВВЕДЕНИЕ

Руководство «Клиническая оценка в лечебном массаже» было создано для того, чтобы сделать именно то, на что указывает ее название, а именно помочь людям, изучающим этот предмет узнать основы клинической оценки. Это руководство поможет практикующим массажистам вспомнить или расширить свои навыки. Оно разработано специально как инструмент обучения.

Эта книга написана массажистом специально для массажистов. Как студентам массажных школ, так и тем, кто уже работает в этой профессии, нужна книга, написанная с учетом их интересов, помогающая им как можно более эффективно лечить травмы, нарушения и дисфункции и обеспечивающая для их пациентов безопасность применяемых методов.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА

«Доказательная практика» — это словосочетание часто встречается практически в любом тексте, посвященном медицине. В общем, доказательства базируются на трех основных источниках: исследовании, клинической практике и оценке пациента. Некоторые авторы считают, что все источники доказательств равноценны, в то время как другие предпочитают иерархию, где исследованиям (особенно двойным слепым исследованиям) отдается предпочтение. Я должен сказать, что я придерживаюсь первого мнения, что доказательства из всех источников равнозначны, особенно, когда речь идет о мануальной терапии или массаже.

Основные причины, по которым я не принимаю исследования в качестве «золотого стандарта» доказательной базы для мануальной терапии, вкратце сводятся к следующему. Например, когда проводится слепое исследование фармацевтических препаратов, переменные основного эффективного агента могут жестко контролироваться, как и агенты сравнения (например, плацебо или контрольная группа, не получающая лечения). Однако, когда речь идет о мануальной терапии, переменные, связанные с исследуемой техникой или манипуляцией (например), контролировать очень сложно. Если в исследовании принимают участие различающиеся пациенты и терапевты, то неизбежно возникает разнообразие в модальности лечения (возраст, пол, физическая подготовка, взаимодействие терапевта с пациентом, уровни подготовки терапевтов и т. д.). Усреднение данных с помощью математических вероятностных моделей будет игнорировать многие из этих переменных и тем самым сделает результаты менее релевантными для реальных клинических исходов. С другой стороны, ограничение переменной (только один пол, возрастная группа, одинаковая подготовка и опыт — если это вообще возможно) означает, что рассчитанные результаты применимы только к этой ограниченной группе и, следовательно, еще менее релевантны фактическим клиническим результатам.

Если в исследовании используется только один пациент и один терапевт, то, строго говоря, результаты исследования применимы только к этому конкретному индивиду (или его клонам), что приводит к еще меньшей значимости результатов.

У метаанализа есть свои проблемы. Не будем забывать, что отобранные и признанные приемлемыми исследования редко являются «копиями» в истинном смысле. Без воспроизводимости (насколько это возможно) исследование не может претендовать на надежность. «Похожий результат» — это не воспроизводимость. Но чаще всего метаанализ — это набор сходных исследований. Хотя каждое отдельное использованное исследование может рассчитывать свою собственную конкретную вероятность, без воспроизводимости вероятность конкретного результата или вывода остается спорной. Объединение ряда сомнительных выводов каким-то волшебным образом не делает этот совокупный вывод менее сомнительным. В то время как математические модели, используемые для расчета результатов таких метаанализов, могут утверждать, что они придают надежность или достоверность результатам, эта надежность может быть отнесена только к математике, а не содержанию.

Я не хочу сбрасывать со счетов доказательства, полученные в результате тщательных исследований. Я только критикую идею о том, что двойные слепые исследования являются наиболее приемлемым доказательством, на котором можно основывать свою практику, и, с другой стороны, что доказательства, получаемые из клинического опыта (как собственного, так и отчетов других), весьма подозрительны. Оба источника (исследования и опыт) должны рассматриваться как равноценные и, в свою

очередь, учитывать социальные ценности и ожидания (и согласие) пациентов при применении такого доказательного лечения.

МАССАЖ, ОСНОВАННЫЙ НА РЕЗУЛЬТАТЕ

Я предпочитаю термин «массаж, основанный на результате». В то время как данные из многих источников используются массажистом при разработке наиболее жизнеспособного, эффективного и безопасного плана лечения пациента, результат складывается не только из этого. Результат, как отмечалось выше, основан также на ожиданиях пациента (личных и социальных), понимании (информировании), терапевтических отношениях (доверии) и полученном согласии. Таким образом, лечение (которое включает оценку) всегда является более чем доказательным. Научно обоснованные методы являются необходимым компонентом передовой практики в массажной терапии, но они сами по себе не формируют результаты, достигнутые в клинической практике.

Что касается исследований, посвященных оценочному мануальному тестированию, которые направлены на создание доказательной базы, то для их большего понимания требуется медицинское образование или клинический опыт. В результате ограниченности обучения большинства массажистов (я имею в виду в том числе отсутствие какого-либо предварительного медицинского образования у большинства учеников школ массажа при поступлении), информация, содержащаяся в текстах, основанных на фактических данных о мануальном тестировании, может мало что дать такому учащемуся. На самом деле, только после того, как они закончат обучение, сдадут экзамены и приобретут некоторый клинический опыт (помимо опыта работы в государственной клинике во время обучения), большинство практикующих массажистов смогут понять, оценить и изучить ее. После того как начинающий массажист изучит конкретный тест и несколько раз применит его у различных пациентов (то есть после практики в течение некоторого времени), он может осмысленно воспринимать информацию о надежности теста.

Надежность теста — не просто «это хороший тест» или «это плохой тест». Все гораздо сложнее. Прежде всего, тест можно считать «надежным» по-разному. Например, исследование может показать, что тест X может быть достаточно надежным, когда он дает положительный результат (т. е. у пациента действительно есть нарушения, которые определяются тестом). Тем не менее, он может быть менее надежным (или даже совсем ненадежным) при отрицательном результате (т. е. на основании теста нельзя делать вывод о том, что у пациента нет нарушений, которые определяются тестом). Другими словами, определенный тест может быть способен давать большое количество истинно положительных результатов, почти не давая истинно отрицательных результатов. Поэтому, когда массажист получает положительный результат при применении теста, он может быть уверен, что у пациента вполне может быть нарушение, на которое проводится тест. Однако тест не улавливает все случаи искомого нарушения, так что, когда результат теста дает отрицательный ответ, возникает значительное количество ложноотрицательных результатов.

Верно и обратное: специфический тест может быть не очень надежным при положительном результате (т. е. дает много ложноположительных результатов), но, с другой стороны, он может быть очень надежным при отрицательном результате.

Конечно, среди множества доступных тестов существуют многочисленные вариации или градации положительной и отрицательной надежности. Некоторые тесты могут быть достаточно надежными, когда обнаруживается положительный или отрицательный результат. Некоторые могут обладать очень низкой или ограниченной надежностью.

Владение этой информацией, когда человек уже компетентен в оценочных навыках, может оказать огромную помощь массажисту в оценке надежности различных тестов. Это может, в зависимости от конкретных обстоятельств, помочь выбрать определенный тест вместо другого варианта (когда оба они тестируют одну и ту же структуру или функцию). В клинической практике нередко приходится сталкиваться с ситуацией, когда «лучший тест» на X не может быть выполнен, поскольку пациент (имеющий какое-либо другое нарушение или патологию) не может находиться в рекомендуемом (оптимальном) положении, которое требуется конкретному тесту для получения достоверного результата. Знание того,

как изменения в тесте могут повлиять на его надежность, или знание того, какой другой тест может оказаться единственным доступным, является ценным. Но такая информация требует наличия клинической ситуации в сочетании с опытом массажиста, чтобы знать, как ее применять и использовать. Начинающего массажиста, особенно в процессе обучения, такая информация может подавлять и мешать процессу освоения основных навыков мануального тестирования.

Цель научно обоснованных оценочных текстов в значительной степени состоит в том, чтобы представить доказательства надежности конкретных ортопедических тестов с точки зрения их диагностической ценности. Однако существование проблем, связанных с массажной терапией и диагностикой, обуславливает необходимость дальнейшего обсуждения путей интеграции и осознания полезности оценочных тестов для нашей профессии. Это также вопрос, который необходимо обсуждать с врачами, отстаивающими свое право на исключительность диагностики. Некоторые из этих вопросов затрагиваются в Части I настоящего руководства.

Как уже говорилось, данное руководство предназначено для ознакомления и обучения основным навыкам оценки, необходимым массажисту. Я надеюсь, что читатели не только сохранят и будут использовать эту информацию и навыки, но и обогатят свою практику постоянным изучением этого важного и увлекательного элемента лечебного массажа.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АА сустав — атлантоаксиальный сустав
АВОД — активно-вспомогательный объем движений
АЗ сустав — атлантозатылочный сустав
ВНЧС — височно-нижнечелюстной сустав
ВПН — в пределах нормы
ГКС — грудино-ключичный сустав
ГСР — глубокий сухожильный рефлекс
ДДЗД — дегенеративно-дистрофическое заболевание диска
ДДЗС — дегенеративно-дистрофическое заболевание сустава
ДМС — дистальный межфаланговый сустав
ДЦП — детский церебральный паралич
ЗВПО — задняя верхняя подвздошная ость
ЗНПО — задняя нижняя подвздошная ость
ИД — избыточное давление
ИМ — инфаркт миокарда
ИСС — илеосакральное сочленение
ИТТ — илиотибиальный (подвздошно-большеберцовый) мышечный тракт
КА сустав — ключично-акромиальный сустав
КВО — кардиоваскулярные осложнения
КМП — квадратная мышца поясницы
КТ — компьютерная томография
МПД — межпозвонковый диск
МРТ — магнитно-резонансная томография
МТ — механизм травмы
МШМБ — медиальная широкая мышца бедра
НЛУ — нижнелатеральный угол
ОА — остеоартроз
ОАДС — объем активных движений с сопротивлением
ОАСД — объем активных свободных движений
ОО — остистый отросток
ОПД — объем пассивных движений
ПА — повседневная активность
ПВДН — поражение верхних двигательных нейронов
ПВН — тест поднятия выпрямленной ноги
ПВПО — передняя верхняя подвздошная ость
ПЗС — пястно-запястный сустав
ПМФС — проксимальный межфаланговый сустав
ПНДН — поражение нижних двигательных нейронов
ПНПО — передняя нижняя подвздошная ость
ПНС — периферическая нервная система
ПО — поперечный отросток
ПС — плечевой сустав
ПФС — пястно-фаланговый сустав
РА — ревматоидный артрит
РС — рассеянный склероз
СВАГ — синдром верхней апертуры грудной клетки
СООП — **с**убъективные данные, **о**бъективные данные, клиническая **о**ценка, **п**лан лечения
ТИА — транзиторная ишемическая атака
ТПА — тест позвоночной артерии
ТРВК — тест на растяжение верхнего квадранта
ТТ — триггерная точка
ТШФ — тензор широкой фасции бедра
ХАР — хлыст-ассоциированные расстройства
ЦНС — центральная нервная система
ЧТ — чувствительная точка
ERL — экстензия с ротацией и латерофлексией (боковым наклоном)
FRL — флексия с ротацией и латерофлексией (боковым наклоном)
NSR — нейтральное положение и латерофлексия (боковой наклон)

Часть 1

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Глава 1

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Для многих студентов клиническая оценка (наравне с патологией или физиологией) — пугающий академический предмет. Однако ее следует рассматривать как целостный, значимый и конструктивный процесс, а также как важнейшую медицинскую методику. Я признаю, что, будучи студентом, так к нему не относился. Осваивая новую для меня профессию массажиста-физиотерапевта, всего за несколько недель самостоятельной практики я осознал, что исследование является неотъемлемой частью процесса лечения массажем. Вот как это произошло.

Я собирал анамнез у одной из моих первых пациенток. Я только начинал набираться опыта и моя квалификация как терапевта проверялась на практике. Я чувствовал себя крайне неуверенно, поскольку рядом не было руководителя, который мог бы помочь мне с обследованием. Все давалось мне еще с очень большим трудом. Но я отношусь к тем людям, которые, прежде чем приступать к действиям, предпочитают иметь полное представление о происходящем.

Мы с пациенткой приступили к обсуждению ее основной жалобы. Она рассказала, что прошлой зимой, катаясь на лыжах, повредила плечо. В травмпункте, куда она обратилась, ее осмотрел травматолог. Затем в больнице были применены все стандартные методы обследования: рентген, УЗИ, МРТ. Был диагностирован разрыв вращательной манжеты плеча. Пациентка прошла два курса физиотерапии, но улучшение не наступало. Она сказала, что порой сомневается в правильности диагноза и лечения. Когда я попросил пациентку указать место локализации боли, она указала на заднюю поверхность правого плеча вокруг подостной мышцы, сухожилий большой и малой круглых мышц. Она обратилась ко мне за помощью, чтобы облегчить боль, восстановить силу и движения в руке.

Хотя я выглядел спокойным, но внутри я запаниковал: «Если специалисты-травматологи и физиотерапевты не смогли ей помочь, то как же мне понять, что происходит?» Так как я не знал, что делать дальше, то сделал все, на что был способен. Я проверил объем активных движений плеч с обеих сторон, а также объем пассивных движений (без участия мышц). Все это время я думал, что мне нечего будет ей сказать. Затем я приступил к изометрическому тесту. Это исследование заняло минут 10 (я подумал, что она, вероятно, уже теряет терпение и просто хочет лечь на массажный стол), но я, кажется, не мог остановиться, по крайней мере, не закончив исследование на сопротивление.

Затем, к моему замешательству и удивлению я обнаружил, что наружная ротация с сопротивлением, которая должна была вызвать болезненные ощущения в травмированной или дисфункциональной подостной мышце и малой круглой мышце, была в норме. Еще большее удивление у меня вызвало то, что дискомфорт вызвало отведение плеча с сопротивлением. Когда я попросил пациентку указать, где локализуется боль, она указала на ту же область. Я запаниковал еще больше и стал быстро припоминать все возможные причины боли. И тогда у меня возникла мысль: я должен проверить длинную головку трехглавой мышцы плеча! Так я и сделал. Пациентка слегка разогнула плечо и оказывала сопротивление моим усилиям по его сгибанию и отведению. Я постепенно увеличивал усилие и вдруг она вскрикнула: «Вот, вот где болит! Именно это место я травмировала!» И она указала на то место, и теперь я уже точно знал, что это было то место, где крепится длинная головка трицепса — нижний бугорок суставной ямки лопатки, который расположен глубоко под сухожилиями подостной и круглых мышц, проходящих в том месте для прикрепления на плечевой кости.

Я стоял рядом с ней и думал: «Возможно ли, чтобы травма вращательной манжеты плеча зажила и была вытеснена другой травмой?» (Да, иногда я могу быть тугодумом.) Все это время пациентка говорила мне, что никто и никогда не проводил с ней подобных функциональных исследований. Фактически все, что когда-либо делали врачи, всего лишь задавали ей вопросы и просили указать место травмы. После дальнейшей беседы с пациенткой (поскольку я, будучи массажистом без опыта, все еще сомневался в точности своего исследования) я в конечном итоге согласился с вероятностью того, что моя пациентка первоначально перенесла сильное напряжение длинной головы трицепса, с дальнейшим компенсаторным вовлечением других соседних тканей, связанных с плечевым суставом.

И когда я уже с уверенностью смог озвучить все факты своей пациентке, я был действительно ошеломлен. Просто следуя основным методам ортопедических исследований, я смог очень быстро получить ответ. И никаких подвигов, связанных с удивительной интуицией или анализом от меня не потребовалось. После первого же сеанса (у нее еще оставалось 45 минут, отведенных на прием) пациентка почувствовала облегчение, а к четвертому визиту боль полностью исчезла. После нескольких простых общеукрепляющих упражнений моя пациентка смогла снова без проблем кататься на лыжах уже этой зимой.

Она была очень рада, что я уделил ей время и исследовал ее травму. Она поняла, что я услышал ее. Это стоит еще раз повторить: *она поняла, что ее выслушали!* Немногие практикующие врачи способны уделить пациенту целый час, выслушивая жалобы, историю травмы и выздоровления. Пациентка поняла, что, подробно опрашивая ее, я желал ей только добра. Она не спешила начать сеанс массажа, она хотела получить лучшее лечение.

Кстати, это пошло на пользу и бизнесу: позже я лечил десятки пациентов, которых она направляла ко мне. Этот опыт оказался полезным и для выстраивания отношений с другими медицинскими работниками. Семейный врач этой пациентки был впечатлен моей работой и, в свою очередь, тоже направлял пациентов ко мне. Мое лечение было направлено исключительно на нее, на ее травму, соответствовало остроте состояния и состоянию тканей на момент лечения. И хотя я специально сосредоточился на правой трехглавой мышце и особенно на ее длинной головке и прикреплении к лопатке, я также проработал все близлежащие ткани и структуры, учитывая результаты обследований. Ее травма была уникальной просто потому, что это была ее травма. Поскольку в лечении этой пациентки я использовал индивидуальный подход, она получила наиболее эффективное лечение.

На протяжении всей жизни мои взгляды менялись, но я твердо уверовал в силу клинической оценки. Я обнаружил, что исследование имеет огромное значение. Без него мы можем только полагаться на мнение других специалистов, вместо того, чтобы доверять своим собственным профессиональным навыкам. Исследования делают наши методы лечения безопасными, целенаправленными, эффективными, с учетом специфики массажа.

ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ОШИБОЧНЫМИ

Прежде чем делать выводы о степени и типе травмы или дисфункции, важно выполнить все этапы обследования от начала до конца. В истории, описанной ранее, я смог предположить, что у пациентки был действительно разрыв вращательной манжеты плеча, как это было диагностировано другими специалистами, и приступить к соответствующему лечению пациента. Выполнение полного обследования в соответствии с предписанным протоколом устраняет любую возможность поспешных выводов или лечения, основанного на предположениях, предвзятых представлениях или диагнозах.

Клиническую оценку следует проводить в соответствии с базовым протоколом, который предусматривает получение согласия пациента и сбор анамнеза, тест объема движений (при необходимости), а также любые специальные или дифференциальные тесты. Следование этому протоколу или модели тестирования от начала до конца помогает избежать ошибок. Отбросьте любые догадки: они могут вводить в заблуждение, оставьте их до завершения тестирования. Не спешите с выводами! Кроме того следует помнить, что физиотерапевты должны проводить не только тесты, которые могут подтвердить их собственные предварительные догадки и предположения, но также и проверять диагноз, поставленный другим специалистом. Точно так же вы не должны полагаться на чужие оценки, касающиеся повреждения мягких тканей. Выясняйте все сами. Навыки ортопедического исследования помогают получить ценные данные, независимо от методов, которые будут использоваться при лечении пациента.

Раньше я говорил студентам, что клиническое исследование составляет 50 процентов всей практической деятельности, которая заключается в обследовании и лечении. Теперь я понимаю, что нашу профессию нельзя выражать в процентах. Обследование и лечение — это

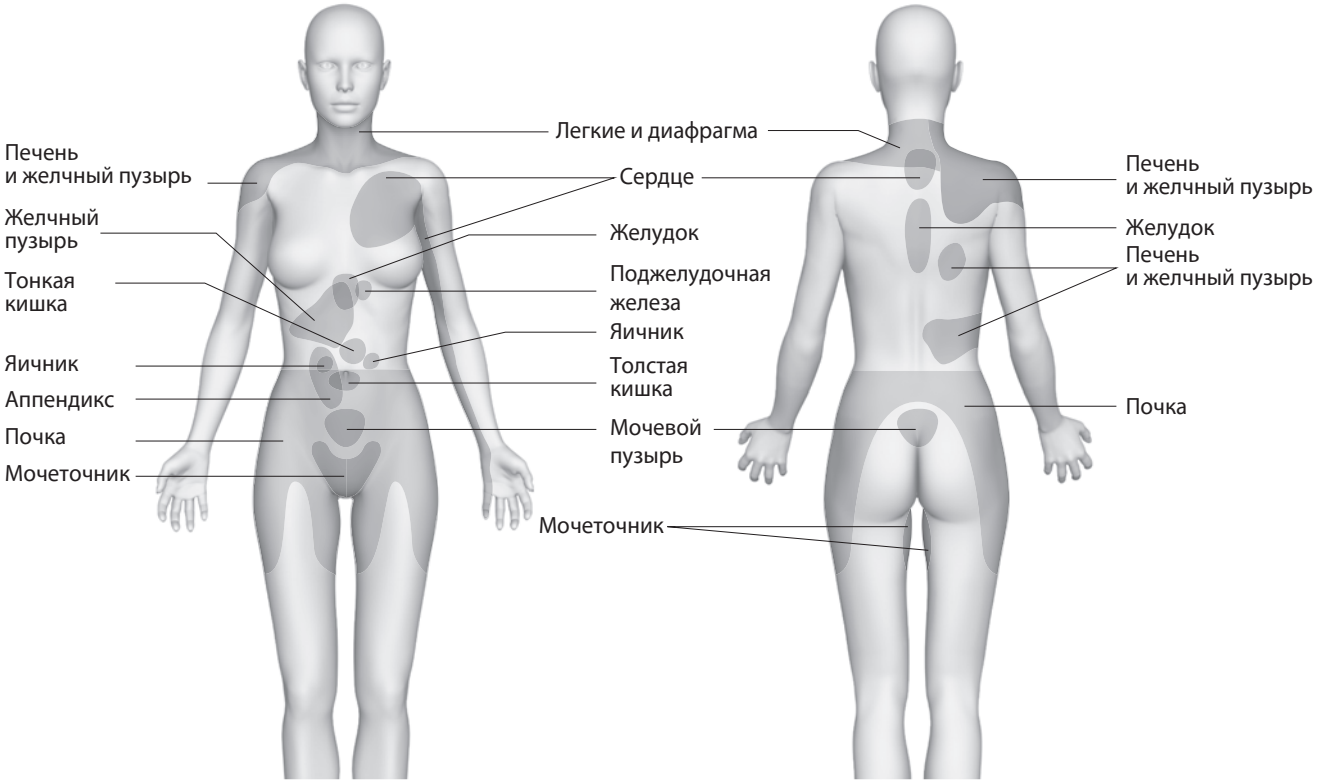

Рис. 4.2. Карта висцеральной боли

неослабевающая, глубокая или сильная, предполагает серьезное повреждение и может быть поводом для срочного обращения к врачу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Боль — это сложное человеческое переживание, основанное на личном опыте, генетике и культуре. Она может быть острой, подострой или хронической. Она может быть связана с нервами, костями, мышцами или связками. Боль может быть острой или тупой, мучительной или легкой, стойкой или прерывистой. Боль может быть признаком серьезной патологии или долгожданной стадии процесса заживления. Профессиональный язык, на котором мы говорим о боли, может сильно отличаться от языка, на котором наши пациенты говорят о ней. Наши пациенты знают, что боль ограничивает их жизнь, и обращаются к массажной терапии как средству для снятия и облегчения боли.

Рис. 5.32. Оценка ЗВПО в положении сидя

ВРЕЗКА 5.4. Постуральная оценка основной жалобы

В качестве заключительного шага наблюдения и осмотра по возможности щадящими движениями откорректируйте осанку пациента (рис. 5.33). Если он может некоторое время выдержать это исправленное положение, то напряжение или боль, которые могут возникнуть, укажут на области, которые необходимо оценить и включить в лечение (например, поврежденные, сокращенные или ослабленные/напряженные ткани или структуры, мышечный дисбаланс и т. д.). Это поможет выявить проблемы, которые оказывают глобальное воздействие и тесно связаны с конкретными нарушениями.

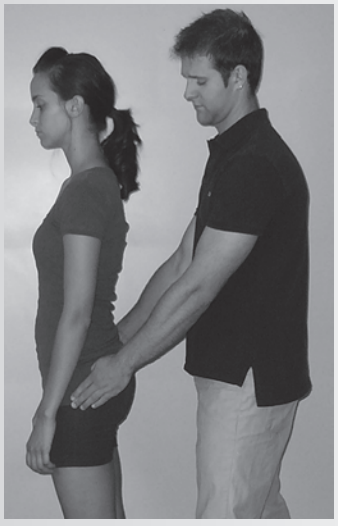

Рис. 5.33. Аккуратно корректируйте и поддерживайте позу пациента

прокладку той же высоты под бугристость левой седалищной кости и посмотрите, останутся ли асимметрии такими же, уменьшатся или исчезнут. (При использовании прокладки пациент должен сидеть на твердой поверхности.)

Если все ориентиры выравниваются, то проблема в тазу. Либо имеется односторонняя гипоплазия таза (одна сторона меньше другой), либо выраженная ротация одной тазовой кости по отношению к другой. Существует две причины такого состояния:

1) выраженная передняя ротация одной тазовой кости может переместить седалищный бугор кзади, в результате чего эта сторона кажется ниже в положении сидя;
2) выраженная задняя ротация одной тазовой кости смещает седалищный бугор кпереди, в результате чего эта тазовая кость в положении сидя кажется расположенной выше.

Одним из признаков неравномерно повернутых тазобедренных суставов является разница в высоте ЗВПО (рис. 5.32).

Выполните повторную проверку высоты гребней подвздошных костей, уровня углов лопаток и их расстояния от позвоночника, а также уровней акромиона и затылка. Все это должно занять не более 30 секунд.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОДОЛЖЕНИЯ ПОСТУРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА

Обычно на этом постуральную оценку заканчивают. Массажист теперь должен объединить сделанные наблюдения и высказать определенные подозрения.

Например, у пациента таз ротирован влево, а правый подвздошный гребень и вертел кажутся высокими, но правая ПВПО опущена. Это означает, что правая тазовая кость ротирована кпереди, что также заставляет ее слегка повернуться внутрь (закрытие тазовой кости). В свою очередь правая нога может быть функционально длиннее. Тем не менее, правая нога слегка укорачивается за счет вальгусной установки коленного сустава, что приводит к смещению веса на левую ногу и смещением с правого бедра кпереди (оставляя правую ногу под углом, который уменьшает ее общую длину).

Чтобы помочь интегрировать эти наблюдения и сформировать подозрения, нам может понадобиться

дополнительная информация. Для этого нам понадобится постуральная оценка в положении лежа. Кроме того, поскольку мы чаще всего лечим пациентов, лежащих на столе, мы должны принять во внимание эти изменения, происходящие при таком положении пациента, чтобы при лечении мы могли видеть, дает ли наше лечение те результаты, на которые мы рассчитываем, не дожидаясь окончания курса, чтобы провести повторную оценку и выяснить, добились ли мы успеха.

ПОСТУРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ОРИЕНТИРЫ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА НА СПИНЕ

ПРИМЕЧАНИЕ. Положение пациента лежа на спине и на животе предоставляет достаточно много новой информации. Для студента или начинающего массажиста этой информации может оказаться слишком много. Большинство того, что будет здесь описано, станет намного понятнее, когда будут изучены тазобедренный сустав, тазовая кость, крестцово-подвздошное сочленение и таз (главы 9 и 11). Эти инструкции часто там описаны с гораздо более подробными объяснениями, поскольку в этих главах более подробно рассматриваются анатомия и физиология (функционирование) тканей и суставов.

Тем не менее, информация, которая здесь приводится, может быть полезна как для более опытных студентов, так и для практикующих массажистов (рис. 5.34, 5.35). Как и в случае когда пациент стоит, мы можем помочь ему лежать в естественной позе, когда он ложится на спину. Попросите пациента поднять таз и бедра над столом, а затем снова опустить их. Мышцы вокруг таза будут осуществлять тягу в соответствии с их текущей упругостью, поэтому пациент будет лежать на спине в соответствии со своим мышечным балансом. Это преодолевает большинство отклонений, которые могут быть вызваны после переворачивания на спину из положения лежа на животе. Попросите пациента позволить вам вытянуть каждую согнутую ногу. Начните свои наблюдения с этого.

ОЦЕНКА ПВПО (РИС. 5.36—5.38)

РЕЗУЛЬТАТЫ

- Проверьте, находятся ли ПВПО на одном горизонтальном уровне. Это помогает нам обнаружить ротацию тазовой кости (переднюю или заднюю). Если одна ПВПО ниже, чем другая, это значит, что тазовая кость ротирована кпереди, или что контрлеральная тазовая кость повернута кзади. Ваши данные, полученные раньше, при оценке уровней ЗВПО и ПВПО в положении стоя, помогут решить, какая именно кость ротирована. (Более подробно об этом говорится в главах 9 и 11.)

  ПРИМЕЧАНИЕ. Сравните эти результаты с уровнями лодыжек. Это может дать представление о наличии функционально длинной или короткой ноги или о возможности костных различий длины ноги. Если разница в положении лодыжек совпадает с разницей расположения ПВПО, то мы можем иметь дело с функциональной разницей длины ног. Это

Рис. 5.34. Достижения естественного положения лежа на спине. Пациент приподнимает таз и бедра, а затем вновь опускает их обратно на стол и пассивно позволяет массажисту по очереди выпрямить ему ноги

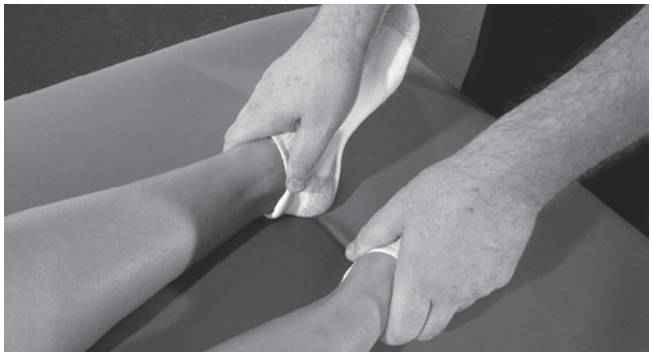

Рис. 5.35. Естественное положение на спине. Положение лодыжек. Большие пальцы массажиста должны находиться под нижним краем лодыжек. Медиальные лодыжки должны быть на одном уровене. Сравнивая длину ног учитывайте данные в отношении уровней ПВПО

ОРИЕНТАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Отклонения в ориентации коленного сустава могут быть односторонними или двусторонними. Они указывают на отношение бедренной кости к большеберцовой кости:

- *Вальгусная ориентация* (рис. 8.3А) часто является результатом медиальной ротации бедренной и латеральной ротации большеберцовой кости. Это может произойти, например, из-за увеличения угла Q, антеторсии или ретроверсии бедра или пронации стопы. Это часто называют «х-образными ногами». При этом развивается напряжение/растяжение структур/тканей на медиальной стороне коленного сустава, одновременно со сжатием латеральных структур, таких как латеральный мениск.
- *Варусная ориентация* (рис. 8.3Б) — норма для младенцев. Наиболее распространенной причиной этого явления при патологии является рахит или аналогичные заболевания, когда кости буквально изгибаются (отсюда и термин «косолапый»). Случаи от легкого до умеренного могут быть обусловлены генетической предрасположенностью, что может приводить к ретроторсии, антеверсии бедра и полой стопе. Варусная ориентация колена сжимает медиальную часть сустава, одновременно напрягая латеральные структуры.
- *Рекурвация*, или переразогнутое колено, может быть результатом чрезмерной слабости связок коленного сустава. При выраженном наклоне таза вперед можно обнаружить с двух сторон.
- *Фиксированное сгибание колена* заставляет пациента стоять, слегка согнув одно или оба колена. Это может быть связано с мышечным дисбалансом, деформированным или отекшим коленным суставом.
- *Медиальная ротация большеберцовой кости* часто возникает из-за мышечного дисбаланса (укорочение полуперепончатой и полусухожильных мышц, которое может сопровождаться короткой медиальной головкой икроножной мышцы) и обычно приводит к медиальному смещению надколенника. Стопы будут развернуты вовнутрь (если бедренная кость расположена в нейтральном положении).
- *Латеральная ротация большеберцовой кости* часто развивается из-за дисбаланса мышц (укорочение двуглавой мышцы бедра вместе с укорочением латеральной головки икроножной мышцы и коротким/напряженным илиотибиальным трактом (ИТТ), может вызывать патологию надколенника в виде «рыбьего глаза». Стопы будут развернуты наружу (если бедренная кость расположена в нейтральном положении).

Рис. 8.3. Вальгусное и варусное колено

ДЛИНА НОГИ, ПЕРЕДНЯЯ/ЗАДНЯЯ РОТАЦИЯ БЕДРА ИЛИ ТАЗОВОЙ КОСТИ. ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ КОЛЕНА

Разница в длине ног (структурная или функциональная) может вызвать мышечный дисбаланс между группами мышц (сгибателями и разгибателями) или между мышцами двух нижних конечностей (например, вызовет разницу в длине и тонусе приводящих мышц бедра). Бедра, находящиеся не на одном уровне, и, следовательно, не находящаяся на одном уровне самая верхняя задняя часть первого крестцового сегмента, которая сочленяется с пятым поясничным сегментом позвонка, обуславливают дисбаланс позвоночника. Кроме того, таз может

с одной стороны быть ниже из-за: (1) слабости средней ягодичной мышцы; или (2) из-за того, что другая нога может быть структурно или функционально длиннее, приводя к смещению таза, при перемещении веса с одной ноги на другую (Chila, 2010; Hertling & Kessler, 2006; Pope, 2003).

Другие возможные последствия

- Более короткая нога зачастую будет вызывать чрезмерное разгибание колена, чтобы сделать ногу функционально длиннее (в то время как колено длинной ноги часто будет в положении стоя слегка согнутым). Переразогнутое колено более подвержено повреждениям в результате травм или дегенеративным изменениям.
- В ситуации, когда одна нога длиннее другой, в более длинной ноге часто возникает компенсаторная вальгусная ориентация колена, что может привести к деформации (растяжению) медиальных структур и нагрузке (сжатию) латерального мениска и латеральных суставных поверхностей. Кроме того, чем дольше это происходит, тем выше вероятность возникновения проблем с надколенником.
- Когда нога длиннее другой, то человек может переносить вес с нее, что со временем может вызвать более быструю дегенерацию структур колена. Однако эта ног все время чуть согнута, в коленном суставе возникает вальгусная ориентация, для сокращения общей длины, вес может смещаться на более короткую ногу и она будет страдать от последствий (Chila, 2010; Hertling & Kessler, 2006). Для получения более подробной информации по этой теме см. главу 9.

ТОРСИЯ БЕДРА

Торсия/медиальная ротация бедра может быть результатом костных деформаций. Она также может быть связана с мышечным дисбалансом, а также с жесткостью медиальных ротаторов бедра.

Медиальная ротация бедра приводит к «скашиванию» надколенника. Стопы также могут быть повернуты медиально (вовнутрь) (косолапость). Опять же, все это может привести к дисфункции надколенника, размягчению хрящевой ткани и растяжению медиальной коллатеральной связки.

РЕТРОВЕРСИЯ БЕДРА

Ретроверсия бедра или любое продолжительное латеральное вращение бедренной кости приводит к появлению выпячиваний (остеоидов, остеом) надколенника. Это способствует его высокой подверженности подвывихам и вывихам, что приводит к образованию варусного колена и пациент еще с большей вероятностью столкнется с проблемами, связанными с латеральной коллатеральной связкой и медиальной компрессией колена. Дополнительную информацию о скручивании и ретроверсии можно найти в главе 9.

ПРОНАЦИЯ СТОПЫ

Пронация стоп вызывает внутреннее вращение большеберцовой кости, что приводит к дополнительным нагрузкам на пателлофеморальный сустав, сухожилие надколенника, боковые суставные структуры и медиальный мениск.

СИНОВИАЛЬНЫЕ СУМКИ

Обратите внимание на отечность любой из синовиальных сумок колена. Сумки, указаны ниже, визуально являются фронтальными.

- Наднадколенниковая сумка (продолжение синовиальной полости сустава): отек в супрапателлярном кармане может быть локализован только здесь. Учитывая, что эта сумка является расширением суставной капсулы, отек может быть изначально внутрисуставным.
- Подкожная препателлярная сумка: находится прямо под кожей над надколенником. Воспаляется от ползания на коленях или прямого удара. В прошлом носило название «колено домработницы».
- Поверхностная инфрапателлярная сумка расположена между кожей и сухожилием надколенника.

Сумки, расположенные глубже менее заметны. К ним относятся:

- глубокая инфрапателлярная сумка находится под поднадколенниковым сухожилием и большеберцовой костью;
- анзериновая сумка (сумка «гусиной лапки») расположена между большеберцовой костью и сухожилиями тонкой, портняжной и полусухожильной мышц (вместе объединенные в гусиную лапку).

Многочисленные задние сумки расположены за медиальным и латеральным икроножными сухожилиями. Они отделяют мышечные ткани от капсулы и/или кости. Любая из них может накапливать жидкость, а мышца/сухожилие могут ее пережать, так что выпот будет расположен только в этом месте, поскольку сумка утрачивает связь с капсулой. такие заполненные жидкостью сумки называют подколенными кистами или кистами Бейкера. Они пальпируются в подколенной ямке при согнутом колене. При их наличии сгибание колена ограничено.

Поскольку наднадколенниковая и икроножная сумки являются продолжением синовиальной оболочки капсулы коленного сустава, то при разгибании колена давление от растянутой икроножной мышцы выталкивает жидкость из задней части синовиальной капсулы и расширяет наднадколенниковую сумку, а когда колено сгибается, сухожилие четырехглавой мышцы выталкивает жидкость обратно в икроножную сумку (как медиально, так и латерально). В колене присутствуют и другие сумки, которые часто воспаляются.

ВНУТРИКАПСУЛЯРНЫЙ ВЫПОТ

При внутрикапсулярном отеке, чем он больше выражен, тем больше колену будет предпочтительнее занять положение покоя (сгибания на 15—25°). В таком состоянии синовиальная полость способна вместить наибольший максимальный объем жидкости. Эта позиция для травмированного колена также называется положением комфорта.

АТРОФИЯ

При поиске атрофии мышц важно оценивать сокращения с обеих сторон четырехглавых мышц бедра. Кроме того, при осмотре особое внимание нужно уделить широкой медиальной мышце бедра, где в случае атрофии можно обнаружить впадину или углубление в середине мышцы. Эта мышца бедра имеет огромное значение для правильного положения и движения надколенника. (Для получения дополнительной информации о наблюдении и осмотре коленного сустава см.: DeStefano, 2011; Dutton, 2012; Hartley, 2000b; Hertling & Kessler, 2006; Hoppenfeld, 1976; Magee, 2014; Starkey & Brown, 2015.) См. также врезку 8.2.

Врезка 8.2. Постуральная оценка и основная жалоба

Рис. 8.4. Оцените естественную позу пациента в положении стоя и аккуратно откорректируйте ее

В качестве последнего шага наблюдения и осмотра оцените естественную позу пациента в положении стоя и по возможности исправьте его осанку легкими движениями (рис. 8.4). Например, сдвиньте бедра пациента назад, разблокируйте переразогнутые колени, откорректируйте наклон головы относительно плеч и отметьте, какие изменения происходят выше и ниже. Если пациент в течение некоторого времени может удерживать откорректированное положение, то напряжение или боль, которые он испытывает, могут указывать на области, которые следует исследовать и лечить (повреждения, контрактуры или ослабленные/напряженные ткани или структуры). Это поможет выявить проблемы, имеющие общий эффект, а также имеющие непосредственное отношение к конкретным нарушениям.

ИСКЛЮЧЕНИЯ

ПРИМЕЧАНИЕ. Воспалительный, например ревматоидный артрит (РА), следует исключать по анамнестическим данным. Признаками РА являются двусторонние боли в суставах, особенно если они имеются и в других парах суставов тела, (например, тазобедренных или запястных). Если РА разрушает сустав, определяются заметные изменения в вовлеченных суставах и возможно их деформация (Grossman & Porth, 2014). Направьте пациента к врачу, если он не обращался ранее по поводу этого заболевания.

НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ ПРИ МЫШЕЧНОМ ДИСБАЛАНСЕ

На рис. 9.13 и 9.14 показаны два примера паттернов мышечного дисбаланса, приводящих к нарушению осанки. ***ПРИМЕЧАНИЕ***. «Круглая спина» свидетельствует о склонности человека с осанкой, показанной на рис. 9.14, раскачиваться вперед-назад (кпереди и кзади). Поясничный отдел позвоночника разогнут, тазовые кости ротированы кзади и тазобедренный сустав разогнут, как и колени. О влиянии других типов осанки на тазобедренный сустав см. главу 5.

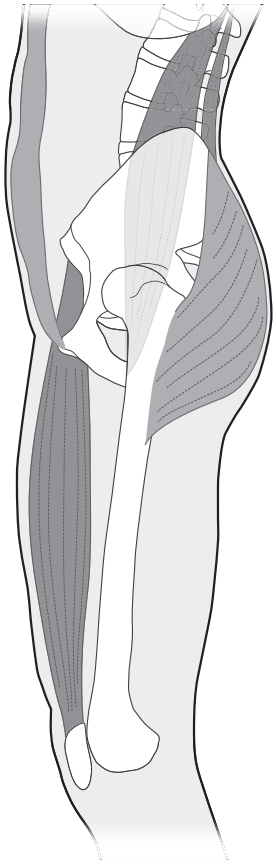

Рис. 9.13. Наклон таза вперед с гиперлордозом.
Напряженные и блокированные (гипертоничные) мышцы: мышцы разгибающие позвоночник, квадратная мышца поясницы, подвздошно-поясничная мышца, грушевидная мышца, прямая мышца бедра, напрягатель широкой фасции бедра, аддукторы, мышцы задней поверхности бедра, особенно двуглавая мышца бедра.
Слабые и ингибированные мышцы: прямая мышца живота, поперечная мышца живота, ягодичные мышцы, медиальная/латеральная широкая мышца бедра

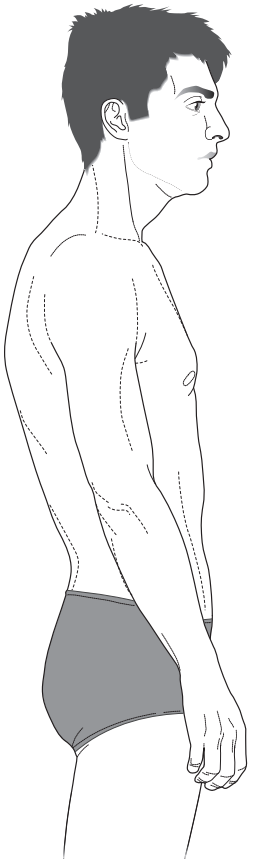

Рис. 9.14. «Круглая спина».
Напряженные и блокированные (гипертоничные) мышцы: мышцы, разгибающие позвоночник, квадратная мышца поясницы, мышцы задней поверхности бедра, большая ягодичная мышца.
Слабые и ингибированные мышцы: прямая мышца живота, поперечная мышца живота, подвздошно-поясничная мышца, прямая мышца бедра

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСАНКИ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ, НА ЖИВОТЕ И НА БОКУ

ПРИМЕЧАНИЕ. В этом разделе приведены все позиции для обследования осанки, хотя на данном этапе их выполнять необязательно. Их можно использовать, когда пациент находится в одном из положений (лежит на спине/на животе/на боку) при проведении специальных тестов. Другими словами, когда вы впервые просите пациента принять любое из этих положений для выполнения других тестов, найдите время, чтобы выполнить упомянутые обследования, прежде чем проводить предполагаемые специальные тесты. Поиск ориентиров и наблюдения должны занимать не более минуты.

ПОМНИТЕ! Когда пациент лежит на массажном столе (в отличие от вертикального положения), сила тяжести влияет на тело по-разному. Поскольку гравитация не оказывает влияния на голову и все тело, создается новый паттерн позиционирования, который будет отражаться и в изменении положения анатомических ориентиров. Таким образом, результаты, полученные при обследовании пациента в таком положении, могут отличаться от оценки в положении стоя. Важно помнить, что необходимо оценивать каждое выявленное нарушение с учетом положения, в котором находится пациент, и продумывать, какие структуры слишком укорочены (и натянуты), а какие слишком свободны (что позволяет им дислоцироваться).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОСАНКИ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ

Лучше всего привести бедра в правильное исходное положение, прежде чем искать анатомические ориентиры и пальпировать структуры вокруг таза и бедра, так как пациент может лежать на столе неровно. Если пациент в состоянии, сделайте следующее: попросите пациента выгнуть спину (лежа на спине, согнув бедра и колени). Обычно такое положение не вызывает у пациента дискомфорт. Попросите его всего на несколько секунд (на счет «1, 2, 3») приподнять таз с массажного стола на несколько сантиметров , а затем попросите его медленно опустить бедра обратно на стол (рис. 9.15).

Рис. 9.15. Стабилизация бедер перед определением анатомических ориентиров с участием мускулатуры

Пусть пациент немного отдохнет и пошевелит ногами (рис. 9.16 и 9.17). Начинайте поочередно разгибать ноги. В таком активном поднятии таза участвует мускулатура и внутри, и вокруг таза, которая приводит бедра в положение, которое нормально для пациента.

Когда пациент опускает бедра обратно на стол, мускулатура расслабляется, и массажист может спокойно выпрямить ноги пациента. Этот прием помогает привести пациента в нейтральное положение. В таком положении можно более точно пальпировать асимметрии, которые на самом деле присутствуют в теле и не перепутать их со случайными асимметриями, возникшими из-за положения лежа на спине.

Далее обратите внимание на следующее:

1. Отметьте относительную высоту гребней подвздошных костей и ПВПО с двух сторон. Сопоставьте с относительным положением медиальных лодыжек. Например, если правая ПВПО ниже, чем левая, есть ли соответствующая асимметрия между правой и левой медиальной лодыжкой? (*См. одностороннее вращение тазовой кости* в описаниях клинических проявлений в начале этой главы.)
2. Проверьте ротацию (вправо или влево через вертикальную ось) таза, когда одна сторона таза находится выше, по сравнению с другой (ПВПО и вертел с одной стороны расположены выше, по сравнению с другой). Однако наблюдение только в положении лежа на спине (или на животе) может быть

Рис. 9.16. Разгибайте поочередно ноги пациента

Рис. 9.17. Пациент позволяет массажисту пассивно распрямить ноги