



**VI Международная научно-практическая
конференция по подиатрии**
VI International Practice and Research Podiatry Conference

**ПОДИАТРИЯ ДВУХ СТОЛИЦ:
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД
ПРИ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

***TREATMENT AND REHABILITATION
OF THE LOCOMOTOR SYSTEM DISEASES***

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



**18-19 июня 2019
г. Санкт-Петербург**

***June 18-19 2019
Saint-Petersburg***

**21-23 июня 2019
г. Москва**

***June 21-23 2019
Moscow***



ЛЕКЦИЯ 1. БОЛЬ В СТОПЕ У ДЕТЕЙ

Анжела Эванс
PhD, FFPM RCPS(Glasg)

Dr Angela M Evans AM PhD, FFPM RCPS(Glasg)
Honorary Senior Lecturer
Department of Podiatry, La Trobe University, Victoria, 3086, Australia
Editorial Board, Journal of Foot and Ankle Research: www.jfootankleres.com
Research Lead, Walk for Life, Bangladesh.
E-mail: angela.evans@latrobe.edu.au



Сведения о докладчике

Старший преподаватель факультета медицинских наук, школы лечебного дела и факультета подиатрии австралийского Университета La Trobe (ла Троб) город Мельбурн, Австралия; научный сотрудник Института исследований здоровья и реабилитации Оклендского Технологического Университета, Новая Зеландия;

Член Ассоциации подиатров Австралии, член Медицинского научно-образовательного совета Ассоциации диабета Австралии, член Организации спортивной медицины Австралии.

Область исследований доктора Эванс – подиатрия. В 2005 году защитила диссертацию на тему детского болевого синдрома в нижних конечностях. В основном занимается плоскостопием у детей, терапией врожденной косолапости, в практическом плане сосредоточена на сплетении науки и клинической практики. Автор более 100 статей в журналах по подиатрии, автор учебника по детской подиатрии. Награждена Орденом Австралии за значительный вклад в общественное здравоохранение в области педиатрии.

Краткое изложение

Клиническая оценка стоп, ног и походки детей во многом зависит от наличия или отсутствия боли или от сообщений о боли. Хотя стопа ребенка часто становится предметом диагностики ряда клинических специалистов и вызывает беспокойство родителей, боль в стопе встречается в первые десять лет жизни относительно нечасто – и именно поэтому боль всегда следует отмечать, исследовать и наблюдать.

Современные исследования пострурь детской стопы должны обеспечивать внедрение результатов в клиническую практику. Конкретно часто возникающую дилемму о детском плоскостопии можно понимать, диагностировать и разрешать намного проще. Как врачам, так и исследователям важно эффективно сочетать данные научных исследований с клинической практикой, если мы хотим, чтобы общество пользовалось плодами «передового опыта».

Намеченный в докладе план диагностики боли в детской стопе получит практическое продолжение и клиническое применение в последующем мастер-классе. Просьба иметь в виду, что краткое изложение лекции и наглядные примеры на рабочем занятии не подготовят вас в достаточной мере ко всем клиническим случаям, так как опыт нарабатывается с практикой, а научные данные бесконечно развиваются, меняя практические подходы.

ЛЕКЦИЯ 2. ОСТЕОХОНДРОЗЫ СТОПЫ И НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ



Анжела Эванс
PhD, FPPM RCPS (Glasg)

Dr Angela M Evans AM PhD, FPPM RCPS(Glasg)
Honorary Senior Lecturer
Department of Podiatry, La Trobe University, Victoria, 3086, Australia
Editorial Board, Journal of Foot and Ankle Research: www.jfootankleres.com
Research Lead, Walk for Life, Bangladesh.
E-mail: angela.evans@latrobe.edu.au

Краткое изложение

Остеохондрозы – группа состояний, связанных с деятельностью эпифиза. По определению такие состояния связаны с костным ростом и исключительны при развитии ребенка и молодого спортсмена. При острых проявлениях возможность заниматься спортом может быть ограничена, что вредит карьере молодых и талантливых спортсменов. Общеизвестно, что травма, прерывающая физическую активность, может лишить мотивации к дальнейшим занятиям спортом.

В клинической практике обычно встречается несколько видов остеохондроза, влияющего на нижнюю конечность. Большинство из них специфичны для возрастной группы и по своей природе временны; однако, некоторые имеют продолжительные последствия, связанные с дистрофией суставов.

Определенную роль играют признаки подверженности, включая биомеханику, интенсивность тренировок, возраст, тип стопы, рост и скелетно-мышечную пластичность.

План диагностики проявлений остеохондроза будет раскрыт с практической точки зрения для клиницистов на последующем мастер-классе.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ СУПИНАТОРЫ ПОЛНОГО КОНТАКТА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В. А. Фролов

профессор, д.м.н., доктор остеопатии, академик АМТН РФ,
член-корреспондент РАЕН, научный консультант Медицинской Системы ФормТотикс,
главный редактор научно-практического журнала «Подиатрия»
(г. Москва)



Забота о позуре тела, а исходя из этого и о состоянии и оптимальном функционировании стоп, – это повседневная обязанность каждого современного, цивилизованного, образованного человека в любом возрасте, но особенно важно заботиться о стопах с самого начала жизни ребенка. Следует помнить, что детские стопы – не просто уменьшенная копия ног родителей. Именно в детском и подростковом возрасте закладываются индивидуальные особенности формы ног каждого человека. Принято считать, что все дети рождаются плоскостопыми, а форма ног и postura тела не сразу становятся оптимально стройными. В клинической практике давно замечено, что иногда ноги не становятся стройными вообще, а postura остается проблемной в течение всей жизни. Периодические скачки роста, увеличение массы тела, недостаточный уровень физической нагрузки и правильного развития, гендерные особенности, генетическая предрасположенность, необходимость передвигаться в варианте бипедальной формы локомоции в антропогенной среде по искусственным поверхностям в виде твердого пола, асфальта, плитки, паркета, зачастую в неоптимально подобранной обуви вызывает формирование различных функциональных нарушений стопы, а значит и всего тела. Среди жителей городов рассказы о «босоногом» детстве и спортивной юности можно услышать разве что от бабушек и дедушек. Как результат, на школьных медосмотрах все чаще звучат два диагноза – «две верных подруги»: «нарушение осанки» и «плоскостопие». В старших классах подключается еще один «плюс» цивилизации – «модная», уродующая ноги обувь. От вышеперечисленных факторов преимущественно зависит тип осанки и форма стоп и ног, а также всей posture ребенка. Еще в начале прошлого века Р. Р. Вреден писал: «Ком земли, наполняя своды стопы, от Адама и по сие время спасает босую ногу человека от плоскостопия». Другой классик отечественной ортопедии М. И. Куслик отметил: «С приходом цивилизации, создавшей неуступчивые, твердые мостовые и полы, давшей человеку обувь с плоской подошвой, было отнято у свода его природное подкрепление». Все эти факторы вызывают в разные периоды жизни различные жалобы, например: на быстрое уставание, дискомфорт и боли в ногах и спине, головную боль различной локализации. Исходя из целостного подхода к телу и организму человека, используя понятие тенсегрити по Р. Бакминстеру-Фулеру, мы представляем образно, да и по сути, стопы человека как фундамент тела, а изъяны фундамента неизбежно вызывают перекося всей конструкции, нарушают posture и паттерн ходьбы человека, приводя к перегрузкам различных отделов опорно-двигательного аппарата, к болям в позвоночнике, функциональной гипертрофии соединительнотканых структур, формированию «фулькрумов» и преждевременному дистрофическому повреждению суставов. По данным изученной нами литературы, не менее чем у 80 % населения возникают проблемы опорно-двигательного аппарата, напрямую или опосредованно связанные с деформациями стопы. Частота встречаемости плоскостопия у коренных жителей городов в 3 раза выше, чем у людей, проводивших «босоное» детство в деревне. За последние несколько десятков лет стопа городских подростков расширилась в среднем на 6,8 % у девочек, 5,6 % у мальчиков.

Еще в 60-х годах XX века сотрудники Ленинградского института протезирования во главе с профессором С. Ф. Годуновым провели подробнейшее исследование «созревания» сводов стоп детей ясельного и детсадовского возраста. Всего был изучен 4881 ребенок от 2 до 18 лет. Результаты показали, что у 97,6 % детей 2-летнего возраста имеются плоские стопы, причем у 72 % из них – плоскостопие III степени. С возрастом количество плоских стоп резко снижалось, достигая минимальных цифр к 9 годам. В этом возрасте продольное плоскостопие I и II степени было установлено только у 4,3 %, III степени – у 0,8 % обследованных детей.

Каков же выход из сложившейся ситуации?

Ортопедические стельки Джуниор представляют собой мягкие и гибкие индивидуальные ортезы стопы, разработанные компанией Foot Science International (Новая Зеландия) специально для детей. Длина стелек такова, что они покрывают 3/4 площади стопы (без поверхности пальцев). Дело в том, что на 3/4 площади стопы приходятся все основные зоны стопы ребенка, нуждающиеся в коррекции: пятка, средний отдел и передний отдел до пальцев. Кроме того, такая длина детских стелек позволяет продлить срок их службы при ростовых скачках и резком увеличении длины стопы. Они используются для коррекции чрезмерной пронации стопы – вальгусной позиции пяток, а также в периоды скачков роста, прибавки веса, повышенной физической активности и в других подобных случаях, при которых стопа ребенка нуждается в поддержке.

Нами разработана, клинически апробирована и внедрена в практику комплексная коррекция дисфункций стоп, включающая:

1. Диагностику:

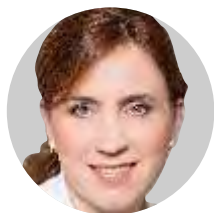
- а) визуальную;
- б) плантоскопическую;
- в) оценку фаз ходьбы;
- г) мануальную и остеопатическую диагностику.

2. Лечебные мероприятия:

- а) восстановление оптимальной подвижности и конгруэнтности всех суставов стопы;
- б) изготовление индивидуальных супинаторов полного контакта системы Formthotics;
- в) обучение оптимальной биомеханики ходьбы;
- г) наблюдение за клиническим эффектом мероприятий с возможностью последующей юстировки супинаторов;
- д) коррекция остающихся дисфункций.

Данный набор реабилитационных мероприятий, направленных на ключевые звенья патогенеза, показал свою высокую эффективность при данной форме патологии и является не только актуальным, но перспективным, с возможным дальнейшим усовершенствованием.

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ – КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТОПЫ



М. Б. Васильева

к.м.н., ассистент кафедры детской стоматологии и ортодонтии,
ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»
Адрес: 117198, Москва, ул.Миклухо-Маклая, 6
Тел.: +7 (499) 936-87-87
E-mail: dr.vasilyeva003@gmail.com



Э. Е. Цымбалов

к.м.н., руководитель ООО «Стоматологическая клиника Гармония прикуса»
Адрес: 443030, г.Самара, ул.Чернореченская, 2
Тел.: +7 (846) 973-74-98
E-mail: garmoniyaprikusa@yandex.ru

Цель исследования:

Повышение эффективности диагностики и лечения больных с дисфункцией ВНЧС путем изучения результатов подоскопического исследования.

Актуальность

В окружающей нас реальности XXI века мы наблюдаем все большее распространение зубочелюстных аномалий. По современным данным, около 87 % детей от 3 до 18 лет имеют патологию прикуса. У 85 % популяции отмечается заднее положение нижней челюсти. До 76% больных, обращающихся к стоматологу, имеют жалобы, связанные с височно-нижнечелюстным суставом (ВНЧС). Дисфункция ВНЧС (ДВНЧС) – состояние, с которым врач-стоматолог встречается с каждым годом всё чаще, причем диагностика и лечение таких больных в настоящее время является актуальной задачей. Отсутствие единой концепции в этиологии и патогенезе заболевания привело к различным подходам в диагностике и лечении указанной патологии. В стоматологической практике принято концентрировать внимание на самом ВНЧС и на окклюзии зубов без учета многообразия внесуставных факторов. Но Вирорд в 1860 году выдвинул гипотезу о сенсомоторной мультимодальной системе, которая обеспечивает устойчивость человека. В этой системе участвуют ВНЧС и кожная чувствительность стоп. Понимание взаимосвязей функциональных процессов в организме побудило нас при диагностике ВНЧС обратить особое внимание на стопу.

Материалы и методы

Для диагностики ДВНЧС мы использовали разработанную нами «Комплексную диагностическую карту пациентов с ДВНЧС», стандартные рентгенологические методы анализа ВНЧС, функциональный анализ зубочелюстной системы на диагностическом комплексе «K7, Myotronics» и компьютерном анализаторе окклюзии «T-scan, Tecscan».

Для определения взаимовлияния ВНЧС и стопы мы использовали исследование стоп на подоскопе и методы прикладной кинезиологии. Нами были проанализированы результаты подоскопического исследования 40 пациентов в возрасте от 9 до 65 лет с ранее установленным диагнозом «дисфункция височно-нижнечелюстного сустава». Пациенты были поделены на 2 возрастные группы: 9-17 лет и 18-65 лет. Пациенты I группы по половому признаку распределились следующим

образом: 8 мальчиков и 12 девочек. Пациентами II группы были 7 мужчин и 13 женщин.

Нами изучены несколько актуальных вопросов:

1. Что способствует прогрессированию количества детей с патологией прикуса?

Для обеспечения жизнедеятельности организма наиболее важной является функция дыхания. Как известно, ребенок рождается исключительно с носовым типом дыхания. Однако, негативное влияние родовых травм, окружающей среды, высокого уровня стресса, аллергия, искусственное вскармливание приводят к нарушению нормального носового дыхания. При этом происходит изменение положения языка (на низкое или заднее).

Лицевой скелет и височно-нижнечелюстные суставы развиваются между двумя мощными силами во рту (мышцы языка и щек). Язык способствует правильному формированию лицевого скелета, гармонично развивая верхнюю челюсть в горизонтальной плоскости. В норме в процессе роста соблюдается миодинамическое равновесие между силой мышц языка, круговой мышцей рта и щечными мышцами. При этом формируется идеально развитая дуга верхней челюсти, которая имеет место для всех зубов.

Если ребёнок дышит ртом и язык не может занять правильное положение, отмечается давление языка на нижние зубы, формируется инфантильный тип глотания и задне-нижняя ротация нижней челюсти. Происходит вертикализация роста верхней и нижней челюстей, челюсти сужаются. Лицо развивается негармонично, приобретая выпуклый профиль и удлиняясь.

2. Почему язык опускается из своего физиологического положения на своде нёба?

Помимо ротового дыхания низкому положению языка способствуют такие факторы, как обвитие пуповины, интубация, блок подъязычной кости, короткая уздечка языка, неврологические проблемы и т. д. Это способствует еще большей фиксации языка в нижней позиции и, как следствие, ведет к ещё большему сужению верхней челюсти, к недоразвитию воздухоносных пазух, разрастанию лимфоидной ткани и сужению просвета дыхательных путей.

А дыхание, как мы уже знаем, жизненно важно для осуществления всех функций организма. Приспосабливаясь, в попытке увеличить просвет дыхательных путей, голова запрокидывается назад и смещается вперед. Через систему мышечных цепей, пронизывающих всё наше тело и связывающих череп, шею, нижнюю челюсть, подъязычную кость со всем телом, до самых стоп, начинаются каскадные нарушения во всех элементах опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Результаты и обсуждение

В результате нашего исследования выявлено, что у 100 % обследуемых отмечалась та или иная патология стоп, требующая коррекции, причем, у подавляющего числа обследованных пациентов (34 человека) отмечалась полая и псевдополая деформация свода стопы. Анализ полученных результатов подоскопического исследования и «Комплексной диагностической карты пациентов с ДВНЧС» свидетельствует о корреляции полой и псевдо-полой деформаций свода стопы с состоянием хронического стресса.

Выводы:

1. ДВНЧС в 100% случаев сочетается с патологией стоп.
2. Полая и псевдополая деформации свода стопы являются маркером хронического стресса.
3. В процессе планирования комплексной стоматологической реабилитации пациента необходимо проводить специализированную оценку состояния стоп.
4. Пациентов с нарушением позиции языка, инфантильным глотанием и ротовым дыханием необходимо направлять к врачу-подиатру для исключения патологии стоп.
5. Нарушение свода стопы, позиционной установки стоп и другие нарушения ОДА, с которыми пациент обращается к врачу-подиатру, требуют обязательной консультации врача-стоматолога с целью исключения ДВНЧС.

НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ. СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЙПА ПРИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОМ ТЕСТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННОЙ/НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ



John Langendoen
MSc, Grad OMT, B.PT, преподаватель IMTA

Сведения о докладчике:

Джон Лангедун (Германия) – специалист по спортивной физиотерапии, ортопедической манипулятивной терапии (OMT), магистр наук по вопросам управления болью (Уэллский Университет, Великобритания); медицинский консультант клубных и национальных спортивных команд, автор системы скрининга и управления дисфункцией для профессиональных спортсменов на основе принципов

OMT; один из основателей и председатель образовательного комитета Немецкой ассоциации мануальных терапевтов (DVMT); председатель образовательного комитета Междисциплинарного Форума по кранио-фасциальным синдромам (IFCFS) и вопросам управления болью с уклоном на компоненты автономной нервной системы; член Международного консультативного совета журнала «Мануальная терапия» и Комитета по стандартам Международной федерации ортопедических Манипулятивных Физиотерапевтов (IFOMPT); почётный профессор нескольких университетов; основатель Международной Кинематической Академии Тейпирования (ИКА).

Существует 3 способа клинической оценки нервной системы. Тесты энергии, рефлексов и ощущения исследуют проводимость. Тесты пальпацией измеряют механочувствительность, а Тесты возбуждения движения для нервных стволов (нейродинамические тесты) оценивают боль и объем движения.

Последний из перечисленных способов дает возможность консервативного лечения с применением пассивных техник, активных упражнений и дополнительного использования тейпов.

Будут показаны тесты и методы лечения, далее они будут отработаны в парах (просьба принести майки без рукавов, а также ножницы). После объяснения принципов и правил наложения тейпов будут показано и отработано их применение при нейродинамическом тестировании (нервы малоберцовый, большеберцовый/седалищный, икроножный, бедренный; крестцовое сплетение, нервы срединный, локтевой, лучевой; плечевое сплетение и тест наклона). Будет также показано лечение и применение тейпов для каузально связанных структурных контактных поверхностей (головка малоберцовой кости, головка лучевой кости, 1. rib). В обсуждении будут затронуты обоснования, научные данные и планы исследований.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТКИ СО «СТРЕССОВЫМ» ПЕРЕЛОМОМ ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ (БОЛЕЗНЬ ДОЙЧЛЕНДЕРА, «МАРШЕВАЯ СТОПА») НА ФОНЕ СТЕРОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА, СКВ

Долгалева А. А., Финоженко В. Г.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница N 25»,
г.Санкт-Петербург

Актуальность.

Маршевая стопа (маршевый перелом, стрессовый перелом, болезнь Дойчлендера) – заболевание, обусловленное патологической перестройкой плюсневых костей вследствие повторяющихся статических нагрузок на стопы. Впервые описана в 1885 году у солдат, совершавших длительный переход, поэтому и получила название «маршевой стопы». Пусковым моментом могут быть как чрезмерные нагрузки, так и обычная ходьба при наличии провоцирующих факторов – остеопороз, нейро-ангиопатия нижних конечностей, плоскостопие, ношение неудобной обуви и неправильно подобранных жестких (каркасных) ортопедических стелек с гиперкоррекцией. Может протекать остро или хронически, но чаще имеет первично-хроническое течение с развитием стойкого болевого синдрома в области предплюсны. Выраженность болей может варьировать от незначительных до резких, нестерпимых. Боли усиливаются при нагрузке и часто сопровождаются локальным отеком стопы, без гиперемии. Изменения возникают в средней (диафизарной) части плюсневых костей, чаще II-III, редко IV-V. Диагноз подтверждается рентгенологически. В начальных стадиях на рентгенограммах при тщательном рассмотрении удается обнаружить тончайшую нитевидную линию в диафизе плюсневой кости, проходящую поперечно или косо, напоминающую линию перелома, но не сопровождающуюся смещением отломков. Через 5-10 дней удается обнаружить нежные периостальные наслоения, которые быстро, в течение 3-5 последующих недель, нарастают, принимая форму веретена. Поперечная линия расширяется, становится отчетливо видной. Если нагрузка продолжается, то периостальные наслоения могут стать выраженными, напоминая избыточную костную мозоль. Вслед за поражением одной кости может появиться зона патологической перестройки в соседней плюсневой кости. Без должного лечения ситуация может осложниться формированием ложного сустава и значительным изменением биомеханики стопы. В представленном случае имело место развитие 2 стрессовых переломов с интервалом несколько месяцев у пациентки с СКВ, осложненной стероидным остеопорозом на фоне длительной терапии глюкокортикостероидами. Пусковым фактором послужило ношение каркасных ортопедических стелек с объемными метатарзальными валиками, которые пациентка приобрела самостоятельно в ортопедическом салоне.

Цель работы – показать необходимость индивидуального ортезирования стоп для профилактики возникновения и лечения «стрессовых» переломов предплюсны, а также продемонстрировать эффективность применения кинезиотейпирования стопы при данной патологии. Представляем наблюдение за пациенткой К., 1964 г.р. Наблюдается в СПб КРБ № 25 с 2011 г. Диагноз – системная красная волчанка, хроническое течение, с поражением суставов, гематологическим синдромом (трёхростковая цитопения), иммунологическим синдромом (антитела (далее – ат) к ДНК, ат к лейкоцитам), активность низкая (SLEDAI 2 балла). Дебют заболевания с 1997 г. (23 года), когда возникла фотосенсибилизация, артрит мелких суставов кистей, миокардит, полисерозит, livedo reticularis, анемия. Диагноз верифицирован согласно международным критериям. В лечении назначение НПВП, далагила. Особенность данного клинического случая – течение

заболевания на фоне перенесенного внелегочного туберкулеза (в 1998 г. при лапароскопии был морфологически подтвержден туберкулез печени, сальника), выявлен туберкулезный лимфаденит. Получала туберкулостатические препараты с эффектом. Отмечено клиническое излечение абдоминального туберкулеза. В 2000 г. в клинических анализах крови отмечена стойкая лейкопения, анемия, тенденция к тромбоцитопении, иммунологический синдром в виде положительных ат к ДНК, ат к лейкоцитам, АНФ, в лечении начат прием преднизолона со стартовой дозировки 20 мг\сут под прикрытием туберкулостатических препаратов (фтивазид и этамбутол в стандартной дозировке). В 2003 г. пациентка снята с учета фтизиатра в ПТД. Поддерживающая дозировка преднизолона 5 мг\сут + плаквенил 200 мг\сут. На данной терапии отмечена ремиссия заболевания. В 2011 г. при попытке отмены ГКС терапии отмечено клинико-лабораторное нарастание активности СКВ, выраженный суставной синдром, миалгии, нарастание анемии, лейкопении, лабораторные маркеры воспалительной активности. С сентября 2011 года возобновлен ГКС – метипред 8 мг\сут, с постепенным снижением до 4 мг\сут. Продолжен прием аминохинолиновых препаратов (плаквенил 200 мг\сут). В настоящее время течение заболевания контролируется проводимой терапией. С учетом длительной ГКС терапии с 2007 г. рекомендованы препараты кальция («Кальцецин адванс»), оксидевит – 2 капли в день (или альфакальцидол). В 2015 г. по результатам денситометрии выявлен системный остеопороз, Т-критерий – 2,9. К лечению добавлена фороза 1 табл\нед 70 мг\нед, с эффектом. В динамике по результатам контрольной денситометрии от 2017 г. отмечена стабилизация процесса С этого же времени появились и стали нарастать жалобы на боли в стопах по утрам (стартовая тугоподвижность), а также к вечеру. Была проконсультирована ортопедом – выявлено поперечное плоскостопие, hallus valgus II ст. Рекомендовано ношение ортопедических стелек, которые пациентка приобрела в ортопедическом салоне. При ношении стелек сразу отмечала дискомфорт, но продолжила их носить. В начале июня 2018 г. при «неловком движении», \\ возникли боли в тыле правой стопы, с развитием болезненной припухлости в области II плюсневой кости, деформацией этой области. Обратилась к хирургу по месту жительства. 15.07.2018 проведено рентгенологическое исследование правой стопы. Заключение – комбинированное плоскостопие, консолидирующий перелом диафиза II плюсневой кости правой стопы. Ложный сустав (?) в области II плюсневой кости. Была назначена иммобилизация гипсовой повязкой на 1 месяц. В дальнейшем пациентка продолжила ношение каркасных стелек. На этом фоне отмечала ухудшение – усиление болей в стопах, особенно слева, отечность левой стопы. На контрольной рентгенограмме стоп в 2 проекциях от 12.11.2018 выявлен стресс-перелом II плюсневой кости слева. Назначена иммобилизация гипсовой лонгетой. В декабре 2018 г. на плановом осмотре ревматолога в КРБ № 25 было рекомендовано проведение компьютерной подометрии и изготовление индивидуальных ортопедических стелек. По результатам подометрии – плоскостопие продольное 4 степени справа, 2 степени слева, не фиксированное, поперечное плоскостопие 2 степени, биомеханическое нарушение – избыточная пронация стопы, больше справа. Консолидированные стресс-переломы II плюсневых костей правой и левой стопы. Пациентке было рекомендовано ношение индивидуальных ортопедических стелек ФормТотикс (Новая Зеландия). Технология ФормТотикс обеспечивает так называемое функциональное ортезирование стоп, при котором создается мягкая поддержка сводов, обеспечивается оптимальный биомеханический паттерн при шаге, включаются в работу мышцы, лимитирующие избыточную пронацию стопы. Достигается это за счет использования современных низкотемпературных термопластиков, в данном случае запатентованных (Fogmax). Для нашей пациентки были выбраны заготовки из полужесткого формобразующего слоя с мягким верхним слоем для более бережной поддержки стопы. Несмотря на наличие у пациентки поперечного плоскостопия, метатарзальные валики (валики Зейца) в данной ситуации не устанавливались с учетом анамнеза (стресс-переломы, остеопороз), чтобы не увеличить нагрузку на диафизы плюсневых костей. Разгрузка переднего отдела стопы достигалась за счет равномерного распределения давления по всей поверхности стельки, что контролировалось с помощью подометрии. Кроме постоянного ношения стелек было рекомендовано использование

рациональной обуви с фиксированным задником, широким каблуком 1,5-2 см, свободной носочной частью, регулярные занятия ЛФК без статических нагрузок на передний отдел стопы. Также рекомендовано проведение кинезиотейпирования стоп для улучшения лимфодренажной функции, нормализации мышечного тонуса. Кинезиотейпирование – это дополнительный метод лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата с использованием кинезиотейпа (специальной клейкой ленты) для фиксации суставов, мышц, сухожилий и восстановления нарушенной функции путем правильной, с учетом знаний анатомии пораженного участка тела, аппликации пластыря на кожу. В данном случае применялось тейпирование стопы «восьмеркой» – это наиболее универсальный и физиологичный вариант тейпирования, учитывающий анатомическое строение подошвенного апоневроза и спиральное скручивание стопы при ходьбе.

Пациент в положении лежа на животе, нога согнута в коленном суставе. Отрезок кинезиотейпа (КТ) измеряют от I до V плюснефаланговых суставов. Середина КТ наклеивается на дорзальную поверхность пяточной кости вплотную к подошвенной поверхности пятки: стопу «собрать» и пронирировать, чтобы получить подошвенную флексию I луча. В этом положении вывести латеральный конец отрезка тейпа по латеральной поверхности пятки и наклеить конец тейпа на основание I плюсневого сустава: стопу «собрать» и супинировать, чтобы получить подошвенную флексию V луча. В этом положении вывести медиальный конец тейпа по медиальной поверхности пятки и наклеить конец на основание V плюснефалангового сустава. Стопу вернуть в нейтральное положение и тщательно притереть оба конца тейпа: «собрать» поперечный свод стопы и зафиксировать поперечным наложением тейпа (со стороны стопы в области плюснефаланговых суставов). Таким образом, получается достаточно стабильная и одновременно подвижная аппликация, поддерживающая продольный и поперечный своды стопы, а также учитывающая спиралевидное движение стопы при ходьбе. Данная аппликация накладывалась на 5 дней. Оценка эффективности данной методики проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оцениваемой пациенткой до и через 5 минут после наложения кинезиотейпа. Кинезиотейпирование применялось трижды с интервалом в 7 дней. Средняя оценка боли по ВАШ в суставах стоп до наложения КТ – 45 мм, после наложения – 22 мм. Нежелательных явлений не выявлено. Следует отметить относительную простоту и доступность данной методики дополнительной коррекции плоскостопия и болей в суставах стоп, совместимость и синергизм с другими методами применяемого лечения, в том числе с методами ФТЛ, ЛФК, массажем, индивидуальной ортопедической коррекцией. После обучения возможно самостоятельное применение метода кинезиотейпирования в домашних условиях. Пациентка осмотрена через месяц. Носит стельки регулярно. Отмечала значительное снижение болей в стопах, комфорт при ходьбе, восстановление походки. На контрольной подограмме через 3 месяца на фоне регулярного ношения стелек наблюдалась отчетливая положительная динамика – восстановление функции продольного свода правой стопы, более равномерное распределение нагрузки между правой и левой стопой. На контрольной рентгенограмме стоп – застарелые переломы II плюсневых костей обеих стоп.

Выводы. Ортопедическая коррекция стопы у пациентов, находящихся на длительной терапии глюкокортикостероидами, должна осуществляться только индивидуально.

Предпочтительным является использование технологии ФормТотикс, которая обеспечивает бережную разгрузку стопы и формирование оптимального биомеханического паттерна при ходьбе. Кинезиотейпирование является дополнительным эффективным методом в лечении болевого синдрома, дисфункции стопы без увеличения лекарственной нагрузки у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, вынужденными получать длительную терапию кортикостероидами и цитостатиками. Успешная коррекция дисфункции стоп у таких пациентов заметно улучшает качество жизни, психоэмоциональный фон, чем опосредованно положительно влияет на течение основного заболевания и прогнозы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА «КОРОТКОЙ НОГИ»: ОТ ОРТОПЕДА ДО ОРТОДОНТА



Иванов Е. Г.

врач общей (семейной) практики (доп. сертификация по мануальной терапии и прикладной кинезиологии, подиатрии); врач-консультант ортопедических центров «Поступь», Московская область, Россия; частная практика.

Контакты: +79295603822, walavrach@yandex.ru

Голеностопный сустав и височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) являются крайними точками единой локомоторной системы опорно-двигательного аппарата, в которой клиническая значимость всех его промежуточных звеньев зависит от морфо-функциональных особенностей ее крайних точек.

В исследовании описываются клиническая значимость функционального и анатомического укорочения одной из нижних конечностей и практические навыки физикальной диагностики, в т.ч. по реперным точкам костных ориентиров регионов тела и аппаратной идентификации результатов клинического осмотра (панорамная рентгенография нижних конечностей или осевого скелета), особенности диагностики и парности дисфункций ВНЧС, особенности плантоскопической картины и особенности сбора анамнеза у пациентов с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Представлен комплекс постурологических и ортопедических причинно-следственных взаимосвязей между стопой/голеностопом, особенностями равновесия тела на двух опорах за счет реакции базиса крестца и тазового кольца, функциональным балансирующим адаптационным сколиозом и ортодонтическими проблемами пациентов.

Материалы и методы.

В исследовании принимало участие 2567 чел. (с 2011 по 2019 гг.). Цель визита к врачу – жалобы на боли в области стопы, пояса верхних и нижних конечностей, крупных суставов, видимые нарушения осанки. Возраст от 7 лет (среднее время сменного прикуса; начало школьного возраста и активизации стресса постуральной монотонии – поза сидя за рабочим столом в классе, возраст начала активного восстановления всех уровней системы постуральной устойчивости и всех функциональных звеньев опорно-двигательного аппарата на регулярных занятиях по физическому воспитанию, в т.ч. на занятиях в спортивных секциях). Предельный возраст исследуемой группы – 30-35 лет (проявление и закрепление в патологических двигательных стереотипах последствий асимметрии длины нижних конечностей, развитие начальных дегенеративно-дистрофических проявлений в суставных хрящах коленных и тазобедренных суставов, в межпозвонковых дисках; развитие клинически значимых и аппаратно (МРТ/МСКТ/КЛКТ) подтверждаемых изменений суставного мышечка ВНЧС).

Использовался сбор анамнеза, включая родовой и раннего детства, физикальный осмотр в объеме по возрасту и текущему физическому развитию пациента, подиатрический осмотр, мануальное кинезиологическое мышечное тестирование в условиях изометрической преднагрузки в статической позиции и в имитации гетеролатерального двигательного стереотипа стоя, сидя, лежа, определение в рамках визуального осмотра положения реперных точек костных ориентиров регионов тела, аппаратная диагностика (МРТ/МСКТ/КЛКТ).

Результаты.

При костном укорочении нижней конечности от 6-8 мм (1005 чел.; 39,15 %) развивался наклон базиса крестца в сторону укорочения и реакция тел позвонков поясничного (в большей степени) и грудного отделов в виде формирования адаптационных (чаще двойных) сколиотических дуг, позволяющих удерживать тело в вертикальном положении. При формировании трех дуг последняя, в шейном отделе позвоночника, с помощью реакции системы позотонических рефлексов, устанавливающих линию зрачков на линию горизонта, формировала функциональный блок C1-C2. Сколиозы в пределах реакции системы постуральной устойчивости выполняли саногенетическую функцию с целью статодинамической стабилизации человека в пространстве. При выявлении укорочения одной из нижних конечностей от 8 до 10 мм (986 чел.; 38,4 %) все указанные выше изменения носили более выраженный характер; физикально определялась клинически значимая дисфункция ВНС, отсутствие окклюзии на стороне укорочения нижней конечности, требовавшая консультации ортодонта и аппаратного исследования. При выявлении укорочения от 10 до 15 мм (458 чел.; 17,8%) определялась разница в амплитуде выноса вперед ноги при исследовании паттерна шага, имелась разница в объеме мышечных масс икроножной группы и бедра, требовалась ортопедическая коррекция разницы в длине ног с восстановлением соосности реперных точек костных ориентиров регионов тела и коррекцией степени выраженности сколиотических дуг посредством дополнительного увеличения высоты подошвы всей носимой обуви в специализированной ортопедической обувной мастерской. Также наблюдались тоннельные синдромы тазового региона и нижних конечностей из-за выраженной торзии тазового кольца. В данной группе из-за отсутствия должного смыкания зубных рядов на стороне укорочения нижней конечности формировался синдром привычного жевания на одной стороне (как правило, на длинной ноге), что, в свою очередь, с течением времени (с учетом возраста пациента) вызывало и необходимость стоматологического терапевтического вмешательства. В особую группу (136 чел.; 5,3 %) были выделены дети и подростки с признаками нейроортопедического функционального дефицита, связанного, как правило, с перенесенной перинатальной или внутриутробной гипоксией и/или механической родовой травмой черепа и/или шейного отдела позвоночника (дистоция плечиков, патологический асинклитизм головки, роды крупным плодом, кесарево сечение по острым показаниям, острая слабость родовой деятельности, длительный безводный период, агрессивное ведение родов, избыточные ручные пособия и т.п.). Пациенты данной группы характеризовались следующими особенностями: последствия кривошеи (прямое механическое повреждение кивательной мышцы или компрессия добавочного нерва с развитием соответствующей клинической картины, видимая торзия черепной коробки, асимметрия лицевого скелета, готическое небо, асимметрия твердого неба, асимметрия небной занавески, асимметрия развития/недоразвития придаточных пазух носа (чаще гайморовой), асимметрия спинки языка при его напряжении, нарушение артикуляции и фонации, дизартрия, различные виды дизоокклюзии и дисфункции ВНС. У всех пациентов данной группы выявлялись: функциональная разница в длине ног, требовавшая не только физикального, но и аппаратного подтверждения (панорамная рентгенография нижних конечностей), специфические нарушения походки и осанки как следствия неправильно встроенных в систему локомоции симметричного/асимметричного шейного тонического рефлекса, гипоксическое повреждение прецентральной коры, синдром пирамидной недостаточности (выраженная перегрузка переднего отдела стоп с ранним развитием поперечного плоскостопия и гравитационной перегрузки в фазу опорной ходьбы (окончание переката и начало отрыва от опоры) I плюсне-фалангового сустава. Выводы. Синдром короткой ноги является частью глобальных нарушений опорно-двигательного аппарата, вызывающий каскад причинно-следственных изменений от стопы до шейного отдела позвоночника, формируя, в ряде случаев, ортодонтические дисфункции. Физикальное, аппаратное и инструментальное выявление синдрома, оценка его клинической значимости охватывает широкий круг врачей разных специальностей – ортопеды, врачи-подиатры, мануальные терапевты, невропатологи, остеопаты, кинезиологи, а также

логопеды, фонопеды, фониатры, ЛОР-врачи и ортодонты. Выявленная в ходе исследования тенденция к интеграции в единую морфо-функциональную линию всех клинически значимых признаков цепи причинно-следственных нарушений опорно-двигательного аппарата от стопы до шейного отдела и ВНЧС требует от врачей указанных специальностей тесного взаимного сотрудничества для определения оптимального медицинского маршрута пациента.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПОДАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



Иванов Е. Г.

Ортопедические центры «Поступь», Московская область, Россия
г. Мытищи, ул. Сукромка, д. 6, 89295603822, walavrach@yandex.ru

В рамках врачебно-консультативного приема с 2011 по 2018 г. принято пациентов в возрасте от 2 до 18 лет – 3024 человек. Причины обращения за врачебной помощью – нарушения походки, осанки, плоскостопие, боли в области голеностопов и т.п.

На основании и по результатам сбора анамнеза, включая родовой и раннего детства, по результатам физикального осмотра по возрасту и текущему физическому развитию пациента, подиатрического осмотра, мануального мышечного тестирования в условиях изометрической преднагрузки в статической позиции и в имитации гетеролатерального двигательного стереотипа стоя, сидя, лежа, а также по результатам определения положения реперных точек костных ориентиров регионов тела выявлено следующее:

- остаточные явления шейного симметричного тонического рефлекса (синдром «ходьбы на цыпочках» разной степени выраженности, отсутствие фазы ползания, ранняя вертикализация и снижение возможности реализации гетеролатерального стереотипа движения, гравитационная перегрузка переднего отдела стопы с ранним развитием поперечного плоскостопия, подвывих в первом плюсне-фаланговом сочленении, гиперсупинация заднего отдела стопы с развитием синдрома полой стопы, отсутствие должной последовательности фаз опорной ходьбы, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, нарушения прикуса);
- остаточные явления асимметричного шейного тонического рефлекса (отсутствие должной функциональной латерализации полушарий головного мозга, влияющее на возможность полноценной реализации гетеролатерального стереотипа движения – гомолатеральная походка, амбидекстрия);
- остаточные явления нижнего хватательного рефлекса (ранние деформации переднего отдела стопы, вросший ноготь, раннее развитие молоткообразных пальцев, раннее развитие стопы Мортон);
- остаточные явления рефлекса Галанта (функциональные сколиозы, влияющие на походку и осанку, тонусно-силовой дисбаланс между флексорами и экстензорами, наружными и внутренними ротаторами бедра);
- вальгусная установка стоп на опорную поверхность разной степени выраженности (недифференцированная дисплазия соединительной ткани (фенотипически) в форме синдрома гипермобильности, выраженная функциональная гипотония больших ягодичных мышц и наружных ротаторов бедра на фоне общей мышечной слабости, прогнатизм, узкая челюстная дуга и скученность зубного ряда, привычное ротовое дыхание и т.п.).

У подавляющего большинства детей и подростков (2346 чел.) в анамнезе были выявлены: клинический или анатомически узкий таз у матери, затыжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, преждевременная отслойка плаценты, обвитие пуповиной, неправильные предлежания плода, хроническая или острая гипоксия плода, задержка моторного и психоречевого развития, нарушение этапности вертикализации и отсутствие фазы ползания и т.п. Представляется, что за исключением пороков развития, многие нарушения опорно-двигательного аппарата у детей и подростков в основе своей имеют неврологический характер (связанный чаще с перинатальной гипоксией) и лишь со временем (при отсутствии должной осторожности) превращаются в собственно ортопедические.

ЛАЗЕРНЫЙ ХРОМОФОРЕЗ ГЕЛЯ «РЕЛИКТ-05» В ЛЕЧЕНИИ АБСОЛЮТНОГО УКОРОЧЕНИЯ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М. А. Ковалева

ООО «Медицинский центр «Далинь», г. Хабаровск

Е. В. Головкова

ООО «Медуница», г. Хабаровск

В. И. Яхонтов

Дальневосточный Государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Данное исследование посвящено изучению возможности стимуляции ростковых зон костей нижних конечностей у детей и подростков методом лазерного хромофореза геля «Реликт-05». Обследовано 7 подростков в возрасте 12-14 лет с абсолютным укорочением костей голени и бедра. Абсолютная разница длины составила 10-33 мм (в среднем 17,4 мм).

Результат: после курса лечения из 10 процедур лазерного хромофореза геля «Реликт-05» происходит опережающий рост костей нижней конечности на 5-7 мм (в среднем на 5,4 мм).

Результаты данного исследования открывают возможность неинвазивного исправления анатомического укорочения нижних конечностей у детей и подростков до возраста физиологического закрытия зон роста костей, а также возможность профилактики нарушений статики и динамики этих пациентов в дальнейшем.

Синдром «короткой ноги» с соответствующим перекосом таза, «очевидным» неравенством длины ног и нарушениями осанки – это очень часто встречающаяся ситуация в клинической практике. По данным разных авторов, разница длины ног наблюдается у 40-90 % населения. С неравенством длины ног связывают стойкие люмбо- и пельвикалгии, цервикалгии, нарушения окклюзии, сколиотические деформации, грыжи дисков, хроническую усталость, дискомфорт, первопричиной которых является постоянная механическая перегрузка костно-мышечной системы в результате неоптимальной статики тела.

В большинстве случаев разница длины ног является функциональной (относительной), что может быть вызвано асимметричным плоскостопием, асимметричным варусом или вальгусом пятки и/или колена, односторонней или асимметричной рекурвацией коленного сустава, несоосностью аксиальных структур (скрученный таз). В меньшем количестве случаев встречается сочетанное укорочение нижней конечности, когда присутствует функциональная (относительная) и анатомическая (абсолютная) разница длины. Анатомическая разница длины может быть следствием переломов костей голени или бедра, травм зон роста, неврологической патологии, а также идиопатических аномалий развития.

Данное исследование посвящено изучению возможности стимуляции ростковых зон костей нижних конечностей у детей и подростков методом лазерного хромофореза геля «Реликт-05». Методика лазерного хромофореза геля «Реликт-05» является авторской (В. И. Яхонтов, Е. В. Головкова, 2003-2007).

Механизмы воздействия лазерного излучения (ЛИ) различных длин волн на гуминовые молекулы, супрамолекулы, коллоидные частицы, присутствующие в средстве «Реликт-05», объясняются процессом фотодиссоциации данных веществ. В процессе фотодиссоциации происходит уменьшение размеров и молекулярного веса гуминовых веществ (ГВ) почти вполовину, что облегчает их проходимость через клеточную мембрану внутрь клетки (В. И. Яхонтов, Е. В. Головкова, Т. П. Климова, 2003-2007).

В новой модификации метода (2018 г.) применена схема последовательного воздействия ЛИ «зеленого» (λ 525 нм) и инфракрасного спектра (λ 904 нм) на фоне постоянного действия «красного» диапазона (λ 635 нм) во время проведения процедуры. «Красное» излучение переводит молекулы биопрепарата в электронно-возбужденное состояние, «зеленое» усиливает фрез фрагментов ГВ на большую глубину в ткани, а инфракрасное излучение активирует элементы $\text{COOH}(-)$, $\text{OH}(-)$. Кроме того, инфракрасный лазер вызывает тепловые эффекты, способствующие усилению кровоснабжения и активации обменных процессов в интересующем локусе (в нашем случае – в ростковых зонах кости).

Учитывается, что гуминовые коллоидные частицы имеют высокую степень пигментации и при воздействии светового излучения происходит повышение биостимулирующей способности в тканях. Например, каталазная активность в тканях при лазерофрезе геля «Реликт-05» увеличивается на 33%. Такое сочетание применения природного средства в виде гуминовых веществ и электромагнитных полей вызывает ускорение репаративных процессов в костно-хрящевой ткани, и этим достигается клинический эффект ускорения темпов роста кости.

Данное исследование является пилотным, группа наблюдения включает 7 пациентов в возрасте от 12 до 14 лет (в среднем 13 ± 1 год). В 2 случаях выявлено абсолютное укорочение костей голени, в 2 случаях – бедренной кости, в 3 случаях – укорочение костей и бедра, и голени. Итоговая абсолютная разница длины нижней конечности составила от 10 до 33 мм (в среднем $17,4 \pm 7,9$ мм).

Диагноз абсолютного укорочения костей голени и/или бедра ставился после коррекции всех выявленных функциональных нарушений методами мануальной терапии, терапевтического тейпирования, индивидуального ортезирования стоп.

Диагностика абсолютного укорочения нижней конечности основывалась на 4 категориях тестов:

- тесты сопоставления;
- измерение;
- мануальное тестирование;
- функциональное мышечное тестирование.

Тесты сопоставления включали осмотр стоя, сидя и лежа с определением положения ладьевидных костей, внутренних лодыжек, суставной щели коленного сустава, вертела бедренной кости, ПВПО, ЗВПО, гребней подвздошных костей.

Измерение проводилось в положении лежа на спине по классической методике: абсолютная длина бедра от большого вертела до суставной щели коленного сустава с латеральной стороны, абсолютная длина голени от суставной щели коленного сустава с медиальной стороны до выступа внутренней лодыжки, относительная длина нижней конечности – от ПВПО до выступа внутренней лодыжки.

Функциональное мышечное тестирование включало стандартный «арм-стронг» тест и тест широчайшей мышцы. Мануальное тестирование включало флекссионный тест. Мануальное и функциональное мышечное тестирование проводилось стоя в исходном состоянии, а также на подпяточниках различной высоты.

Решение о назначении курса лазерного хромофреза геля «Реликт-05» принималось только при точном совпадении результатов всех групп тестов. Контрольный осмотр и тестирование пациентов проводилось через 2-3 недели после окончания курса лечения.

У всех пациентов диагностирован опережающий рост сегмента нижней конечности, на который было оказано воздействие методом лазерного хромофреза геля «Реликт-05», на 5-7 мм (в среднем $5,4 \pm 0,7$ мм). В одном наблюдении измерения проводились в срок 2 недели после окончания курса

(прирост длины голени составил 5 мм) и повторно через 5 месяцев. При повторном осмотре у данного пациента выявлен прирост длины голени еще на 2 мм (суммарно – 7 мм), что говорит о более длительном эффекте последствия лазерного хромофореза. Коллектив авторов работает над дальнейшим изучением данного феномена.

Результаты данного исследования открывают возможность неинвазивного исправления анатомического укорочения нижних конечностей у детей и подростков до возраста физиологического закрытия зон роста костей, а также возможность профилактики нарушений статики и динамики этих пациентов в дальнейшем.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ ТРИГГЕРНЫЕ ТОЧКИ: УСТРОЙСТВО И СПОСОБЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ



Костас Киприотис

PT, MSc, инструктор Bobath (IBITA)
и IMTT® (Греция)

Сведения о докладчике:

Костас Киприотис – сфера интересов: нейрореабилитация, лечение миофасциальных нарушений, Бобат-терапия, ПНФ, кинематическое тейпирование. Окончил Школу физиотерапии Афинского Технологического образовательного института. Получил два диплома магистра наук: Лондонский Университет Брунеля (2005, нейрореабилитация) и Афинский Университет (2011, метаболические костные нарушения). Имеет дипломы: концепция Maitland (IMTA), ПНФ (IPNFA), клиническая нейродинамка (NDS), акупунктура (Norris Health), кинематическое тейпирование (IKTA), фасциальная манипуляция (Stecco).

Исследования миофасциальной проблематики, в основном, посвящены двум областям: купированию боли и биомеханике. Первая затрагивает, как правило, очаговые пальпируемые участки, в которых воспроизводится боль у пациента, – так называемые триггерные точки. Вторая область исследований описывает, прежде всего, роль миофасциальных тканей с точки зрения мобильности и передачи миофасциальных сил.

Что касается первой категории, когда триггерные точки пальпируются на скелетных мышцах, они называются «миофасциальными триггерными точками» (МТТ). Авторы исследований обозначают боль, связанную с МТТ, как «миофасциальный болевой синдром» (МБС). Есть несколько возможных теорий, объясняющих природу триггерных точек, этиологию и болевые взаимосвязи, включая, среди прочих, нарушение функции нервно-мышечных синапсов. В настоящий момент большинство исследований свидетельствуют в поддержку гипотезы о нарушении функции нервно-мышечных синапсов. Таковая была выведена в качестве «объединяющей гипотезы», описывающей появление МТТ и воспроизведение боли.

Существует несколько способов терапии, направленной на лечение МБС. Несмотря на публикацию недавних систематических обзоров и мета-анализов, их выводы не являются окончательными для однозначной трактовки эффективности и параметров включенных в них методов лечения. На данном этапе можно отметить рассуждения, связанные с вопросами методологии. Вместе с тем, как указано выше, начальные данные первичных исследований и мелкомасштабные клинические испытания дают общую рациональную основу для предложений по миофасциальному лечению.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРНЫХ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ



О. Г. Сухоруков

MD, DIBAK. Рига, Латвия, медицинский и образовательный центр «VOKS».

info@voks.lv, olegs.suhorukovs@tos.lv+371-29549157.

O. Suhorukovs, MD, DIBAK, Medical and Education Center "VOKS", Riga, Latvia. info@voks.lv, olegs.suhorukovs@tos.lv+371-29549157.

В основе холистического (целостного) подхода к организму лежит модель треугольника здоровья, каждой стороне которого соответствует структурная, эмоциональная (ментальная) и биохимическая составляющие. Человек здоров, если треугольник равнобедренный, т.е. все аспекты здоровья сбалансированы. В случае приоритетных нарушений одного из аспектов здоровья модель деформируется, треугольник перестаёт быть равнобедренным. Нарушение в одной из трёх составляющих неизбежно будет приводить к изменениям других аспектов здоровья. Такой подход позволяет быстро определить приоритетное направление лечебного воздействия, не упуская из виду и дополняя лечение сопутствующих составляющих здоровья.

Все изменения нарушения здоровья отражаются на функциональном состоянии мышц. Удлинение или укорочение мышц возникает как адаптационный ответ, направленный на уменьшение последствий разрушающих воздействий среды, и переводит орган, мышцу с ним связанную, посредством моторно-висцерального рефлекса на энергосберегающий режим. Существование на менее затратном уровне предохраняет от повреждений непосредственно в момент травмирующего воздействия и обеспечивает выживание, сохранение базовых функций во временной перспективе. Однако длительное функционирование в неоптимальном режиме изнашивает используемый ресурс, что проявляется переходом функциональных нарушений в стойкие расстройства, приобретающие форму различных заболеваний. Лечение в этих случаях будет направлено на включение в работу бездействующего ресурса, осуществляя переход с режима ожидания на оптимальный уровень. Переход с оптимального режима на режим ожидания (и наоборот) осуществляется через посредство нервной системы и происходит моментально и автоматически. Иллюстрацией такого процесса адаптации может служить феномен моментального восстановления мышечного тонуса при проведении терапевтической локализации или подборе лечебных средств. Терапевтическая локализация (ТЛ) представляет собой неврологический феномен и используется прикладной кинезиологией для поиска проблемных зон организма. ТЛ выполняется рукой пациента на одну из таких областей. Восстановление мышечного тонуса на область прикрепления мышцы, локализации сустава в большинстве случаев будут указывать на наличие местных, структурных проблем. Подтверждением наличия биохимических, метаболических проблем будет положительная терапевтическая локализация на одну из зон проекции лимфатических протоков слева и справа или на другое месторасположение лимфатической ткани. Прикосновение пациента к области лобных бугров, местам расположения невровакулярных точек больших грудных мышц приведёт к восстановлению или улучшению силы мышцы, что укажет на эмоциональные проблемы. Таким образом, с помощью ТЛ разных зон, ответственных за структурную, биохимическую или эмоциональную составляющие, можно определить приоритетную сторону треугольника здоровья, требующую первоочередной коррекции. Восстановление тонуса мышц при ТЛ всех трёх зон укажет на равнозначную вовлеченность в дисфункцию биохимических, структурных и эмоциональных составляющих здоровья. Следовательно, при лечении необходимо воздействовать на эти три части одновременно.

Автор познакомит с алгоритмом тестирования, приведёт примеры использования, проведёт демонстрацию, иллюстрирующие данный подход.

8 (800) 550-53-38

office@podiatr.ru

WWW.FOOTSEMINARS.COM

WWW.FOOTFORUM.RU

WWW.PODIATR.RU

ПЛОСКОСТОПИЕ.РФ

ФОРМТОТИКС.РФ

МЕДТЕЙП.РФ

ПОДОСКОП.РФ

