

производилась в один этап, причем лучшие результаты достигались, если сначала выполнялась коррекция мышечных дисфункций. Проведение первоочередной коррекции суставных дисфункций в ряде случаев приводило к усилению болевого синдрома, полностью купирующегося после устранения миофасциальных изменений. Мы расценили этот феномен как проявление наличия в мышцах вторичных патобиомеханических изменений, таких как триггерные точки и зоны и компрессионных невропатий. На фоне мануальной коррекции уже после первой процедуры было отмечено существенное уменьшение или купирование болевого синдрома, средний уровень составил  $2,05 \pm 0,25$  балла ( $p < 0,001$ ), уменьшение выраженности дыхательного дискомфорта, улучшение осанки. У 4 (9,30%) пациентов отмечалось незначительное снижение болевого синдрома. После повторного тщательного обследования было сделано предположение о нейропатическом генезе боли с участием центральных механизмов, с учетом которого назначался прегабалин в дозе 75 мг 2 р/д. На фоне указанной терапии было отмечено купирование болевого синдрома в течение 7-10 дней.

Выводы: Наличие послеоперационных биомеханических изменений оказывает существенное отрицательное влияние на качество жизни и реабилитационный потенциал больных, перенесших торакальные операции. Рекомендуется включение мануальной диагностики и коррекции постторакалотомических дисфункций в схему ведения больных, перенесших полостные торакальные операции на любых сроках после оперативного вмешательства. При определении схемы коррекции необходимо учитывать не только характер дисфункций, обусловленных операционным доступом, но и вторичные патобиомеханические изменения. При наличии болевого синдрома, не купирующегося с применением классической схемы лечения и мануальной терапии необходимо дообследование (онкопоиск и т.д.), в случае отрицательных результатов последнего показана консультация невролога для решения вопроса о необходимости курсового лечения антиконвульсантами.

## О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ОЦЕНКЕ РЕНТГЕНОГРАММ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА

**Васильева В.В. (1), Васильев А.С. (2), Шмырев В.И. (1,2)**  
1) ФГУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ, 2) ФГУ УНМЦ УД  
Президента РФ, г. Москва

Рентгенография костей и суставов является широкодоступным рутинным методом диагностики. Мы полагаем, что его информативность и клиническое значение могут существенно возрасти при некотором изменении традиционного подхода к изучению рентгенограмм. Смещение суставных поверхностей в пределах анатомического барьера, клинически значимые функциональные дистопии костей, обусловленные суставно-капсулярными и миофасциальными дисфункциями различного генеза, легко могут быть выявлены при функциональном подходе к оценке рентгенограмм. Вместе с тем эти изменения обычно не привлекают внимания специалистов-рентгенологов и не находят своего отражения в описаниях снимков даже в тех случаях, когда исследование было назначено вследствие жалоб пациентов на наличие болевого синдрома. Наши многолетние наблюдения показали, что неоптимальный двигательный стереотип, компенсаторные двигательные паттерны, замещение ими физиологических с последующим формированием патологических двигательных паттернов проявляются множеством рентгенологических изменений, что, несомненно, имеет большую диагностическую значимость.

При изучении рентгенограмм хорошо выявляются: дисфункции тазового кольца, внутренняя и наружная ротации бедренных костей

на фоне мышечно-тонического и связочного дисбаланса; дисфункции тазобедренных, коленных, голеностопных, плечевых, локтевых и других суставов, развившиеся вследствие перерастяжения суставных капсул и связочного аппарата, субклинических проявлений бурситов; посттравматические дистопии костей в суставах стопы и кисти и, что особенно важно, запястья и предплюсны; проявления синдрома функционального блока верхней апертуры грудной клетки (высокое стояние лопаток и задних сегментов I и II пар ребер в сочетании с их ротационными дисфункциями, уменьшение I межреберного промежутка, высокое стояние ключиц, ротация или разворот их нижнего края кпереди и верхнего кзади в сочетании с внутренней ротацией головок плечевых костей), а также многие другие функциональные нарушения.

Весьма информативно и диагностически ценно выявление на рентгенограммах суставов функциональных нарушений взаиморасположения костных образований, когда форма сустава еще не изменена, грубых нарушений конгруэнтности суставных поверхностей не определяется, но имеющиеся отклонения от нормы уже влияют на функцию сустава и всю биокинематическую цепь, в которую он включен.

В качестве иллюстрации можно привести следующий клинический пример.

Пациент в возрасте 42 лет, обратился с жалобами на боль и ограничение объема движений в правом плечевом суставе. Отека и гиперемии в области сустава нет. Со слов больного травмы в анамнезе отсутствуют. При рентгенологическом обследовании травматических, воспалительных и костно-деструктивных изменений не выявлено. Пациент обследован неврологом, травматологом, артрологом. Поставлен диагноз «артралгия правого плечевого сустава неясного генеза». В течение 2-х месяцев проводилась терапия нестероидными противовоспалительными препаратами, физиотерапевтическое лечение без существенного улучшения. Пациент был направлен на консультацию к мануальному терапевту для обследования и лечения. После опроса больного и изучения рентгенограммы правого плечевого сустава клиническая ситуация стала ясна еще до осмотра пациента. В анамнезе занятия волейболом 20 лет назад. Боль возникла после сильного замаха рукой. При анализе рентгенограммы выявлены следующие функциональные изменения: ротация ключицы (верхний край сместился кзади и вниз, нижний кпереди и вверх); суставная поверхность акромиального конца ключицы не вышла за рамки анатомических границ, но связочно-капсулярные взаимоотношения в зоне сустава существенно изменились, что и стало причиной болевых ощущений и ограничения объема движений. Результаты мануальной диагностики подтвердили источник боли. Проведена мануальная коррекция функционального блока ключицы, ключично-акромиального и грудино-ключичного сочленений, лестничных и грудино-ключично-сосцевидной мышц на стороне поражения. Болевой синдром купирован, объем движений в плечевом суставе восстановлен полностью.

Таким образом, было установлено, что у данного пациента болевой синдром возник вследствие декомпенсации ранее существовавшей дисфункции в области правого плечевого сустава. При этом мы полагаем, что использование функционального подхода при первичной оценке рентгенограммы могло способствовать более раннему определению генеза болевых ощущений, выбору терапии, уменьшению страданий пациента, сокращению сроков лечения.

Вследствие действия принципа функциональной детерминированности любое отклонение от физиологической нормы ведет к формированию сначала компенсаторных, а после их истощения, и/или декомпенсации, - патологических двигательных паттернов.

Функциональные дистопии и особенности взаиморасположения костей, дисфункции суставов, их функциональные блоки, наличие которых влияет на биокинематическую цепь, создавая и/или усугубляя дефект физиологических двигательных паттернов, хорошо выявляются на рентгенограммах, что, с нашей точки зрения, может широко использоваться для дифференциальной диагностики болевых синдромов и патологии суставов, как мануальными терапевтами, так и врачами, не владеющими мануальной диагностикой.