

РАЗВИТИЕ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В УКРАИНЕ

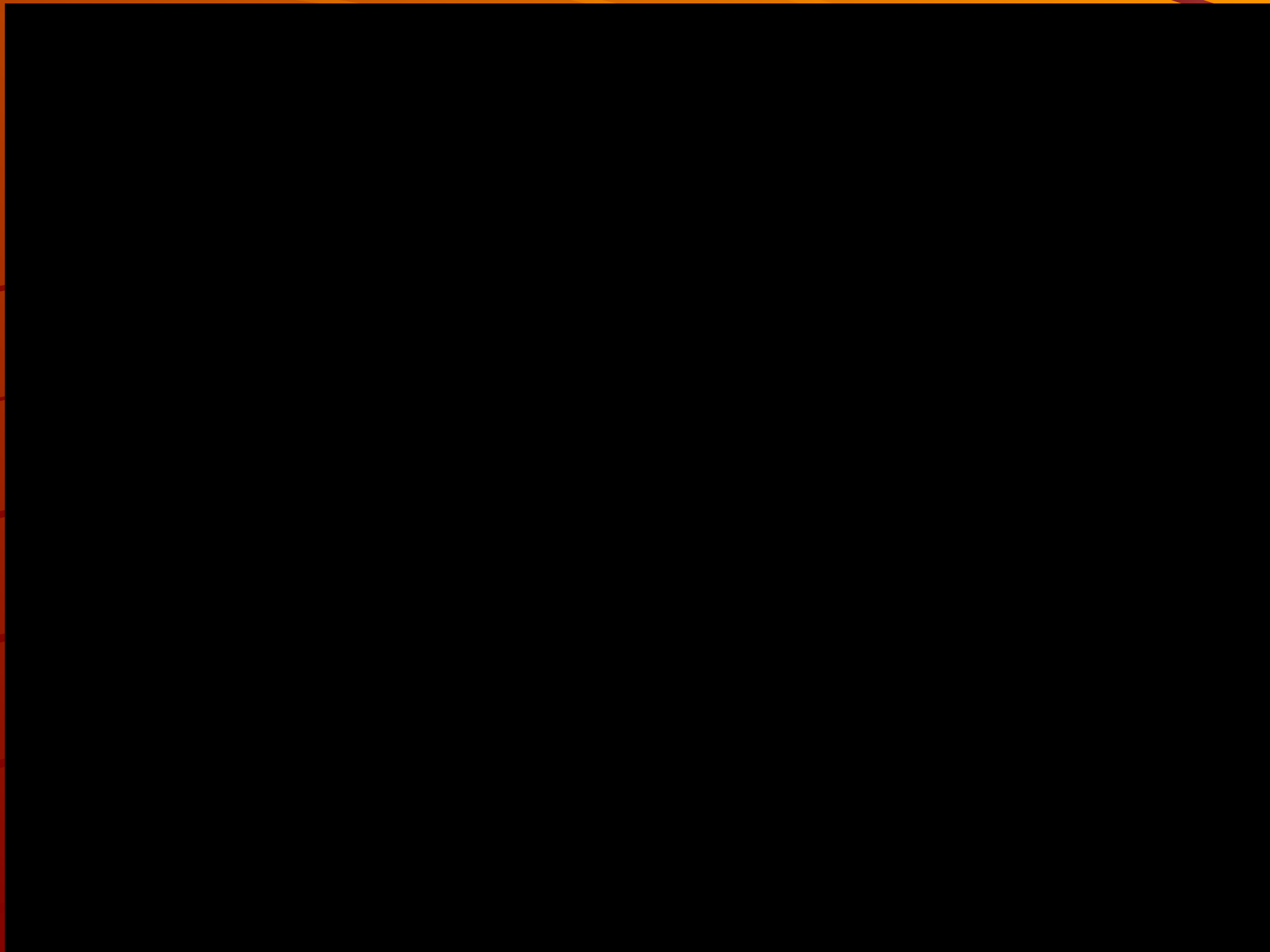
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНО-ТАЗОБЕДРЕННОГО СИНДРОМА С ПОЗИЦИЙ ПК



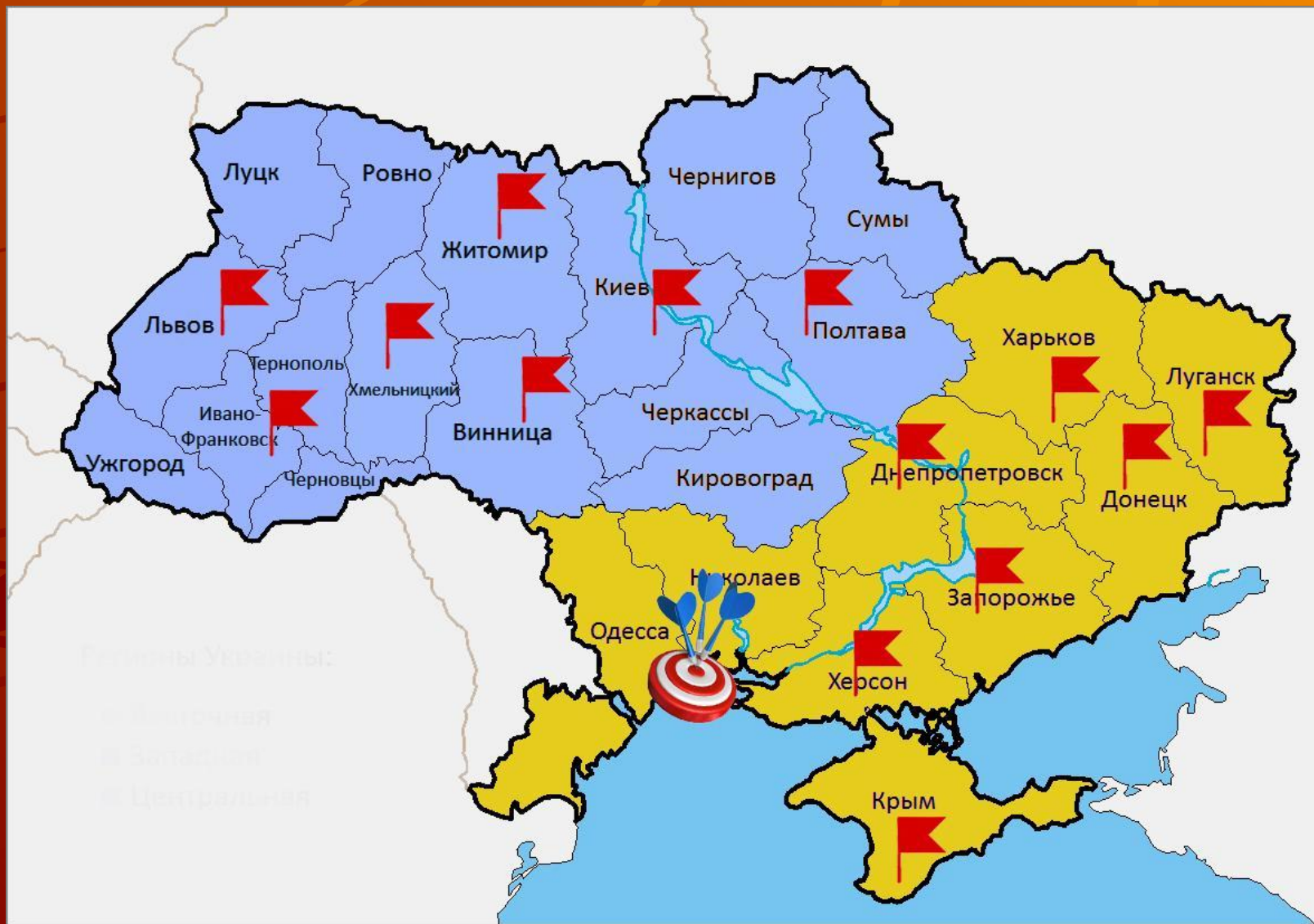
Кирдогло Г.К.
ГУ «Украинский НИИ мед. реабилитации и
курортологии
МЗ Украины»

Центр кинезиотерапии и реабилитации

Одесса-Москва 2014



География участников семинаров по ПК за 2011-2014 гг.



ПРОШЕДШИЕ СЕМИНАРЫ ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРОФ. ВАСИЛЬЕВОЙ Л.Ф. В УКРАИНЕ

ДАТА	ТЕМА
АПРЕЛЬ 2012 г.	<i>Компрессионные синдромы поясничного отдела позвоночника</i>
АВГУСТ 2012 г.	<i>Мануальная терапия шейного отдела позвоночника с Основами ПК</i>
МАРТ 2013 г.	<i>Миофасциальные цепи и мануальное мышечное тестирование</i>
АВГУСТ 2013 г.	<i>Визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики</i>
ДЕКАБР 2013 г.	<i>Мышечно-фасциальные цепи верхней конечности и плечевого пояса</i>
АПРЕЛЬ 2014 г.	<i>Вертебральная мануальная терапия с основами ПК на уровне таза</i>
АВГУСТ 2014 г.	<i>Функциональные сколиозы (мышечного, связочного, краниального, висцерального генеза)</i>



ПРЕДСТОЯЩИЕ СЕМИНАРЫ ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРОФ. ВАСИЛЬЕВОЙ Л.Ф. В УКРАИНЕ

НОЯБРЬ 2014	<i>Вертебральная мануальная терапия с основами ПК поясничного отдела позвоночника. Грыжи и нестабильность</i>
3,4,5 АПРЕЛЯ 2015	<i>Вертебральная мануальная терапия с основами ПК грудного отдела позвоночника, грудной клетки,</i>
7,8,9 АВГУСТА 2015	<i>Висцеральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии органов брюшной полости</i>
4,5,6 ДЕКАБРЯ 2015	Кранио-сакральная терапия. Особенность коррекции после черепно-мозговой травмы
8,9,10 АПРЕЛЯ 2016	<i>Висцеральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии органов грудной полости и малого таза</i>
5,6,7 АВГУСТА 2016	<i>Компрессионные синдромы грудного и шейного регионов. Висцеральная, вертебральная, кранио-сакральная терапия</i>
2,3,4 ДЕКАБРЯ 2016	Вегетативная нервная система 8 уровней компрессии блуждающего нерва, 7 уровней компрессии диафрагмального нерва. Дисбаланс диафрагм тела и его роль в поражении



Семинар проф. Васильевой Л.Ф. Одесса, Центр кинезитерапии и реабилитации



Семинар проф. Васильевой Л. Ф. Одесса. Центр Кинезитерапий и реабилитации



Семинар "Функциональные сколиозы" Одесса 8-10 августа 2014 г.

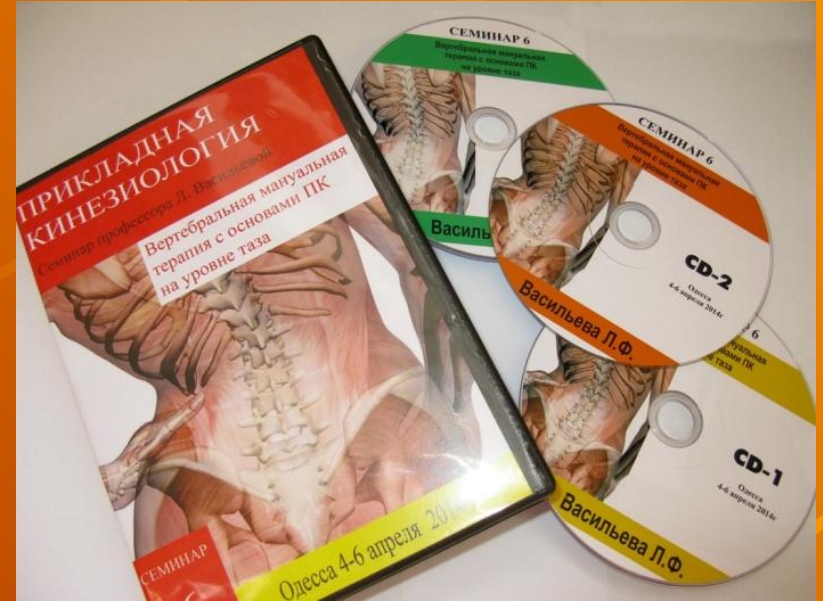


ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины»



Кол-во участников





ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ В УКРАИНУ



АКТУАЛЬНОСТЬ

- Дегенеративно-дистрофические процессы в тазобедренных суставах в 95% случаев сопровождаются люмбалгией или ишиалгией, а остеохондроз позвоночника у 10-15% больных сопровождается болевым синдромом, нарушением функции одного, либо обоих тазобедренных суставов. Сочетание поражения позвоночника и тазобедренного сустава отягощает течение каждого из них. Изучение отдаленных результатов оперативного лечения показывает, что **положительные результаты отмечаются у 76-89% больных, у 15,1% пациентов возобновляются боли в поясничном отделе позвоночника, 14,9% больных испытывают новые болевые ощущения.**



АКТУАЛЬНОСТЬ

- «Сочетанная патология тазобедренного сустава и пояснично-крестцового отдела позвоночника именуется «hip-spine syndrome» или коксо-вертебральный синдром. По мере прогрессирования заболевания тазобедренного сустава нарастает ограничение движений, возникает контрактура в порочном положении конечности, что приводит к увеличению наклона таза, усилению поясничного лордоза и к функциональному укорочению конечности на стороне поражения. При этом возникают функциональные нарушения, а затем деформация суставов позвоночника и его заболевания – остеохондрозы и сколиозы».

ТРАВМАТОЛОГИЯ И
ОРТОПЕДИЯ РОССИИ
2012 – 1 (63)

НИЖНИЙ ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИНДРОМ (К. Левит, 1993)

Расслаблены:

- 1) большая ягодичная мышца
- 2) прямая мышца живота
- 3) средняя ягодичная мышца

Укорочены:

- 1) подвздошно-поясничная мышца
- 2) выпрямитель спины
- 3) напрягатель широкой фасции бедра - TFL
- 4) квадратная мышца поясницы

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА

(Хвисюк Н.И., Хвисюк А.Н., 2011)

Три парциальных
вида
нестабильности –

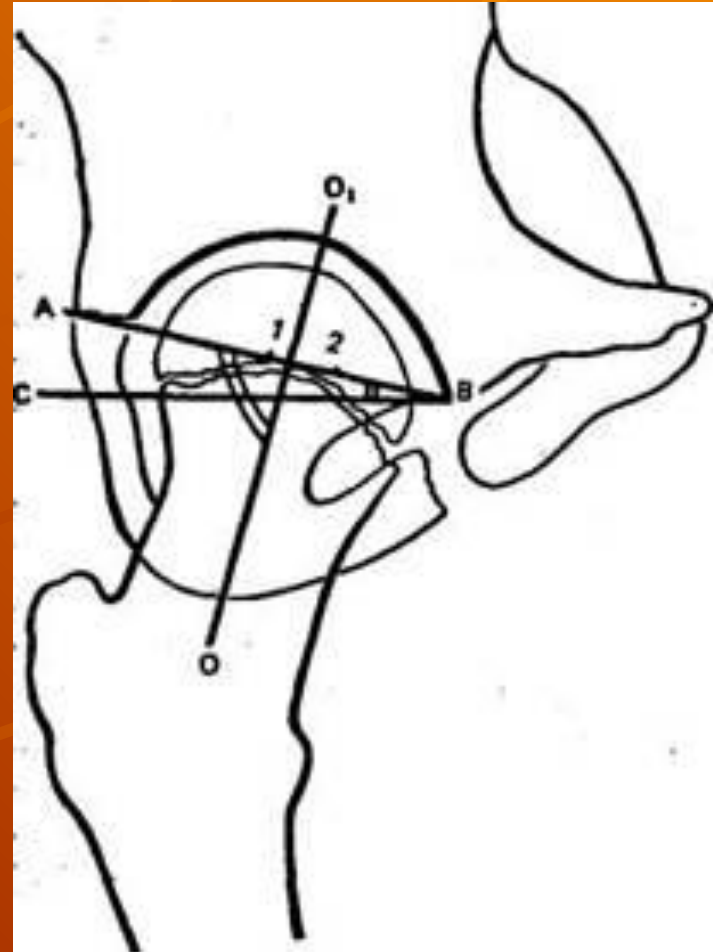
- дискогенная
- артрогенная
- остеогенная

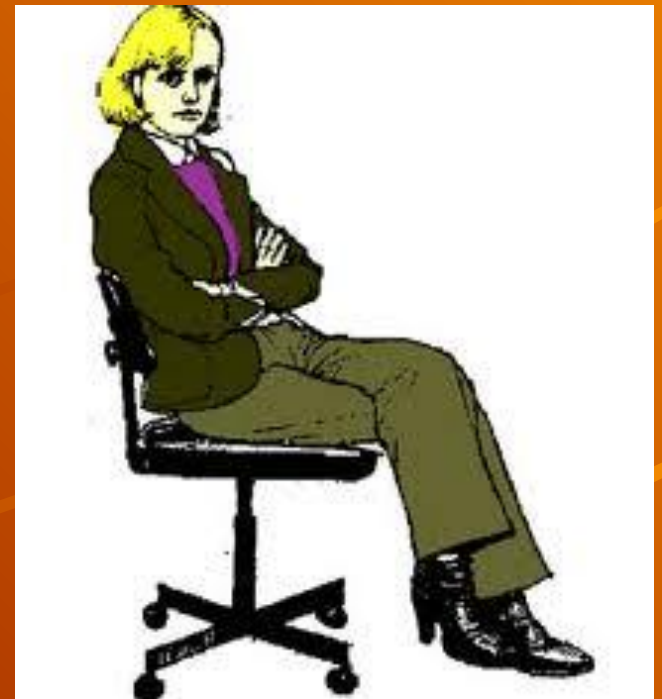
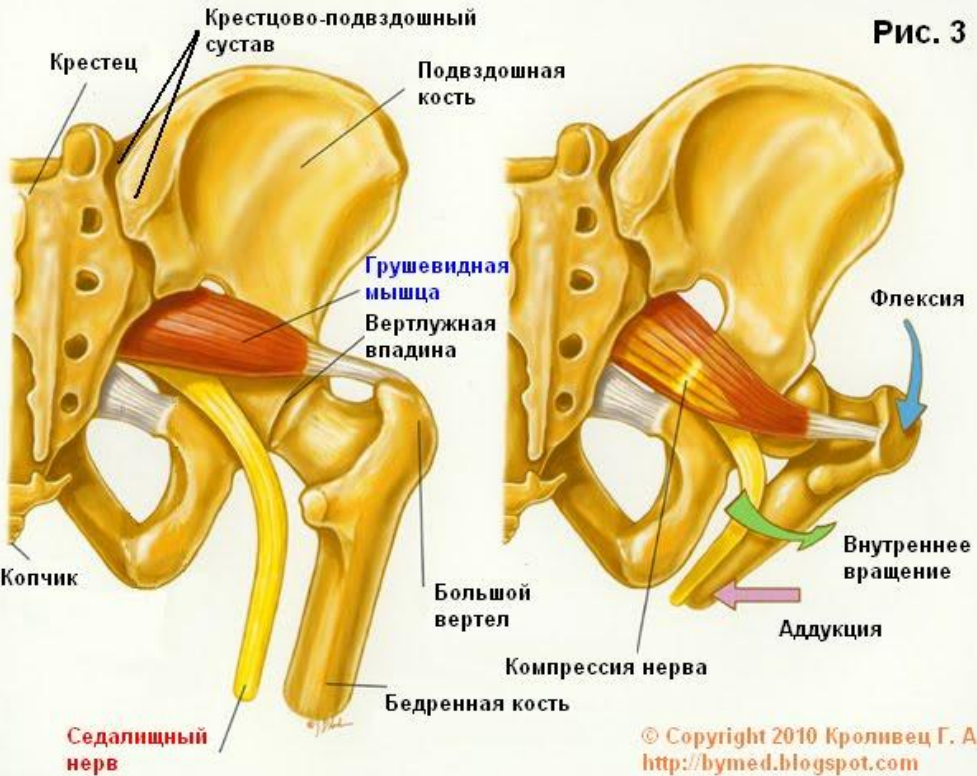
При поражении всех
составляющих сегмент
тканей –

- дискартрогенная
- дискостеогенная,
- дискартроостеогенная

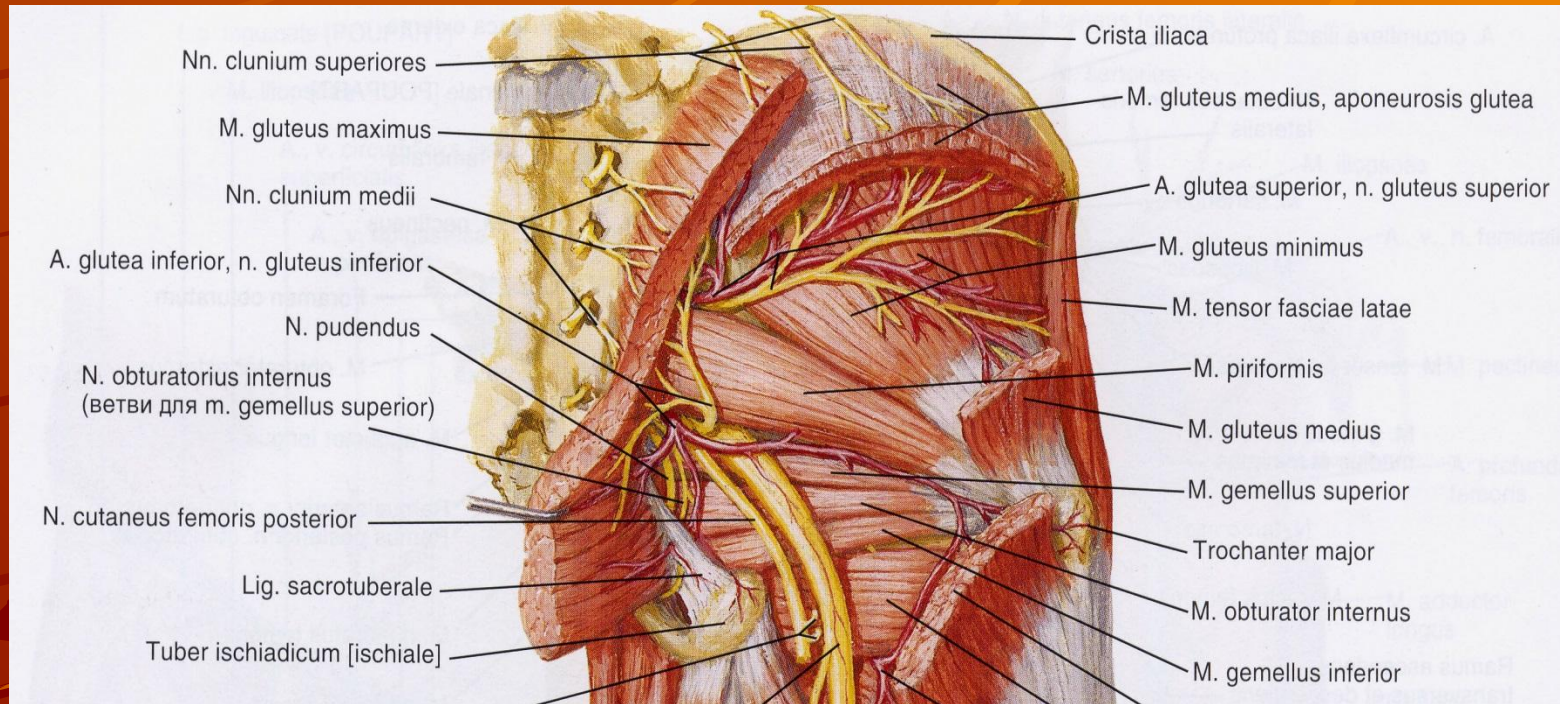
ИНДЕКСЫ СТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

- угол вертикального соответствия
- степень костного покрытия
- коэффициент костного покрытия
- угол горизонтального соответствия





Компрессия нижнего ягодичного нерва

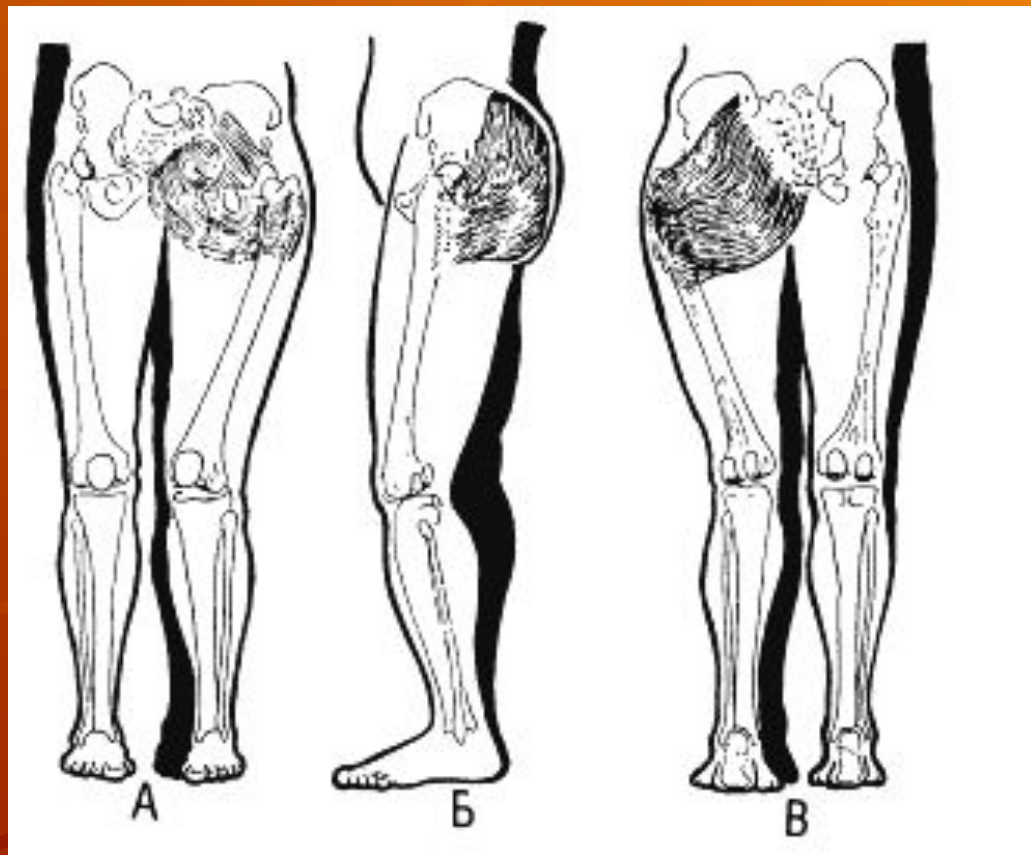
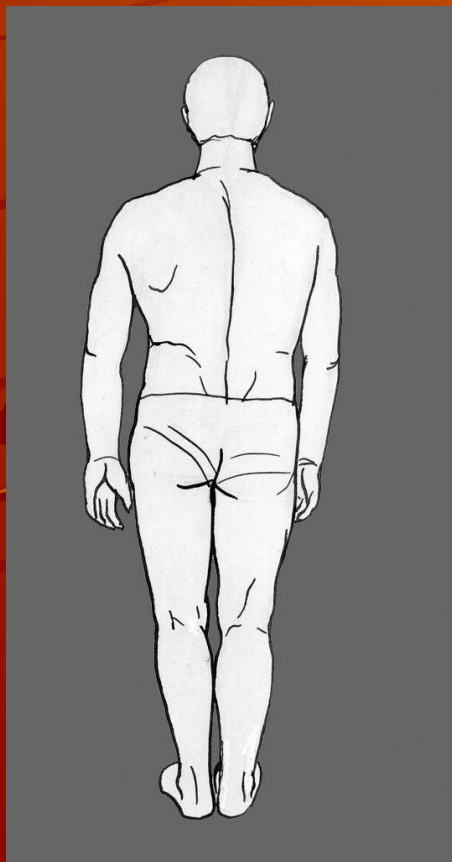


наблюдается гипорекфлексия
большой ягодичной мышцы

Визуальные критерии расслабления

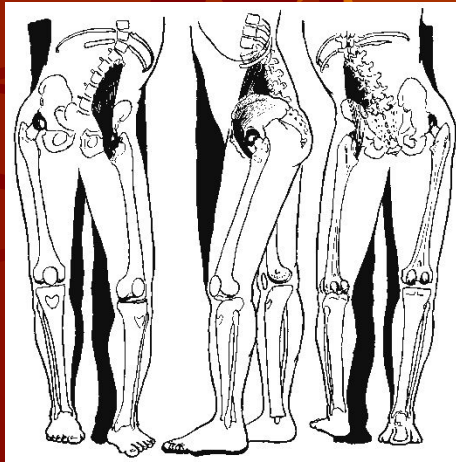
БОЛЬШОЙ ЯГОДИЧНОЙ МЫШЦЫ

(внутренняя ротация, аддукция и флексия крыла подвздошной кости; аддукция, внутренняя ротация и флексия бедра небольшая флексия ноги во всех крупных суставах; гиперлордоз поясничного отдела, таз смещается в сторону расслабленной мышцы, увеличивается поперечный размер тазобедренного сустава, ягодичная складка опущена, сглажена, сгибание и торзия в коленном суставе.



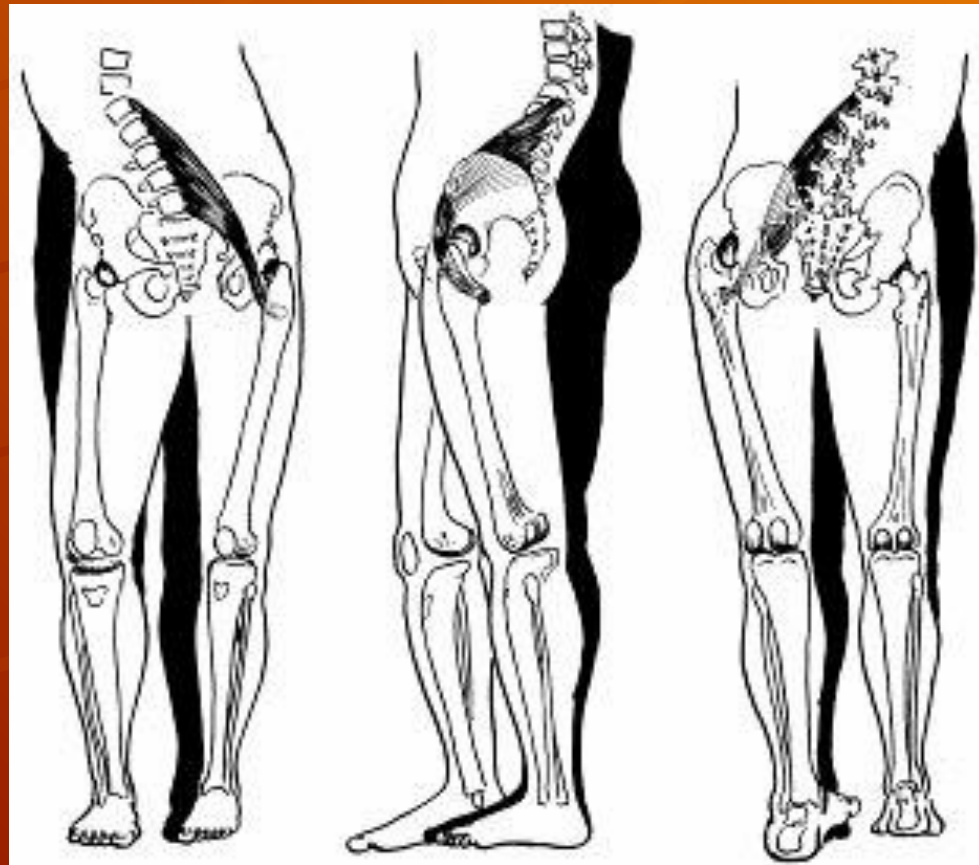
Визуальные критерии укорочения ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ

(флексия, отведение и наружная ротация бедра; флексия поясничного отдела позвоночника и его латерофлексия в сторону укороченной ППМ, ротация в противоположную сторону; флексия и внутренняя ротация полутаза)



Визуальные критерии расслабления ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ

(экстензия, приведение и внутренняя ротация бедра; экстензия, абдукция и наружная ротация полутаза; экстензия поясничного отдела позвоночника, его ротация в сторону слабости и латерофлексия в противоположную сторону)



Визуальные критерии укорочения квадратной мышцы поясницы

(латерофлексия поясничного отдела позвоночника в сторону противоположную укорочению; аддукция, наружная ротация полутаза.

на стороне укорочения углублена талия, за счет сближения ребер и крыла таза, тело пациента наклонено в сторону укорочения. Сколиоз в поясничном отделе не выражен, но появляется сколиоз грудного отдела.



ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ



МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ



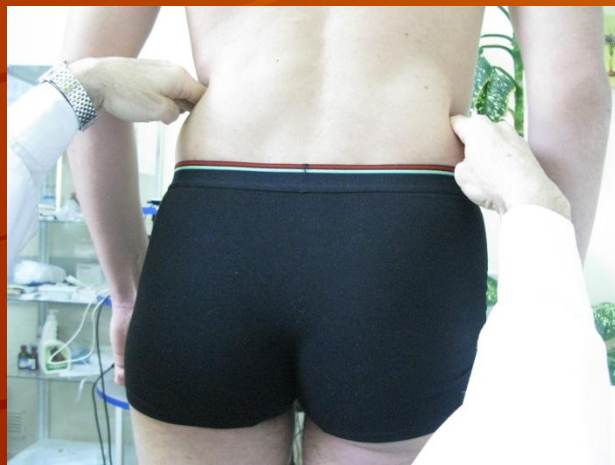
МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ



Клинический пример 1



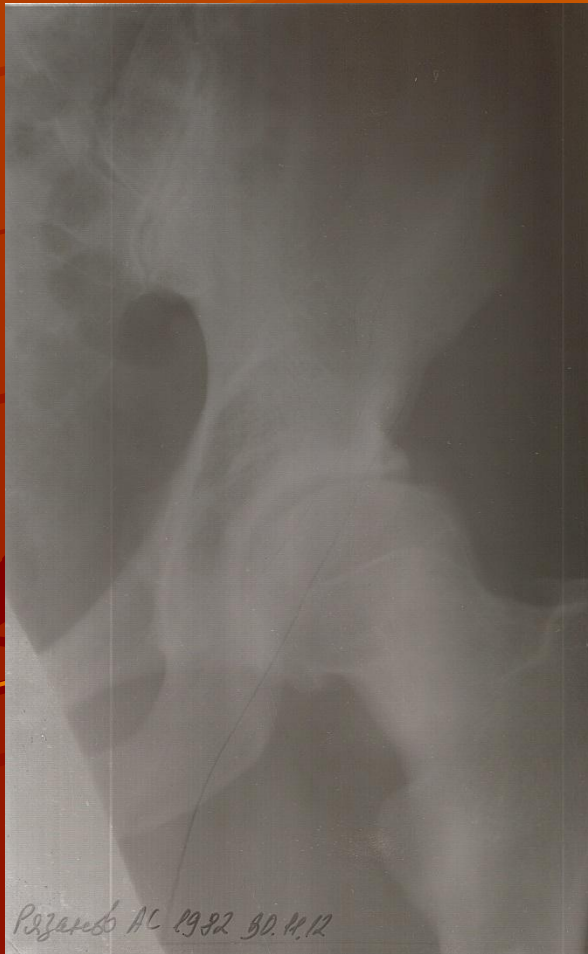
Клинический пример 1



Клинический пример 1



Клинический пример 1



Клинический пример 2



Клинический пример 2



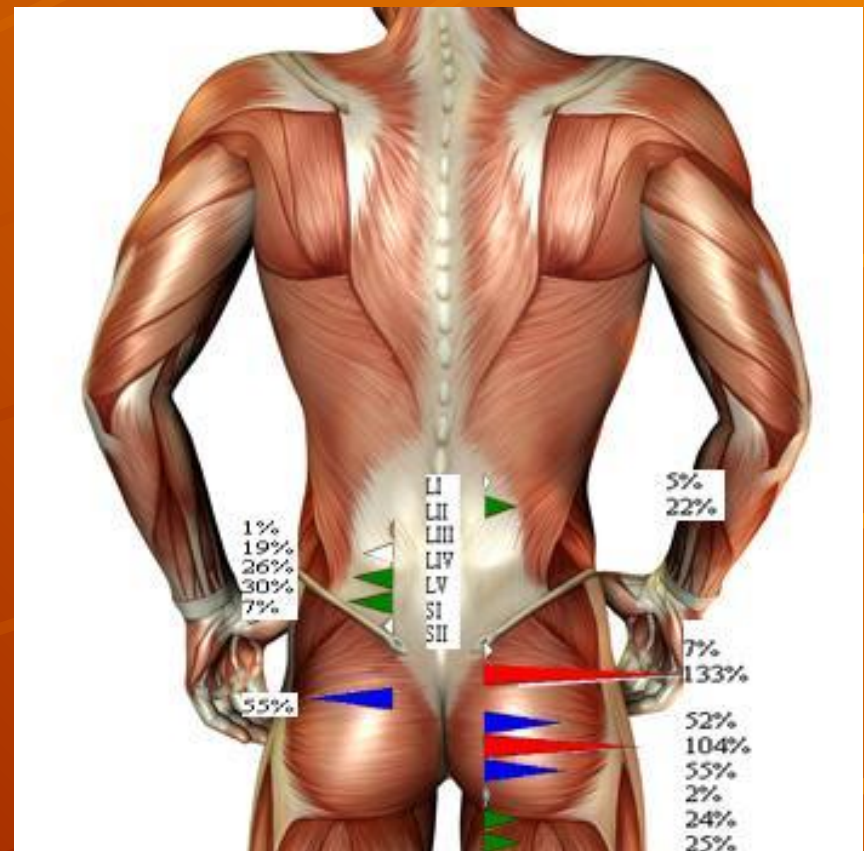
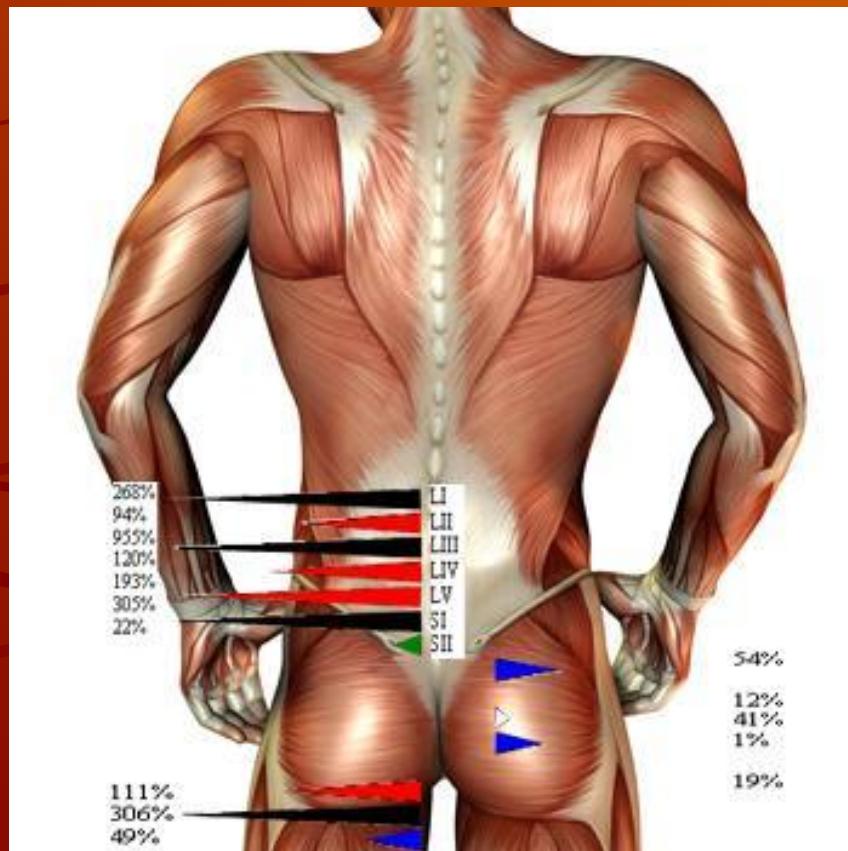
Клинический пример 2



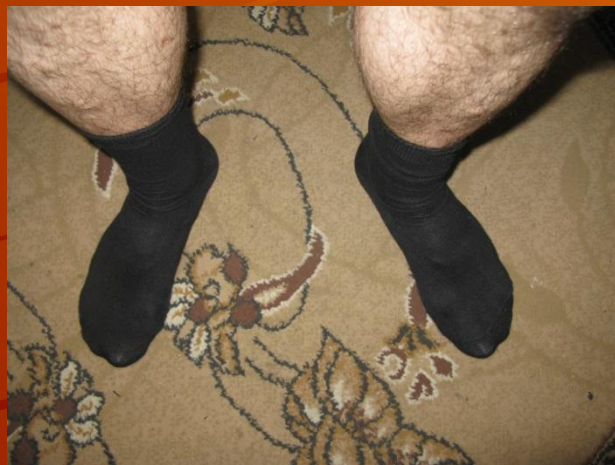
Клинический пример 2

Электромиография

стоя лежа



Клинический пример 3



Клинический пример 3



Клинический пример 3



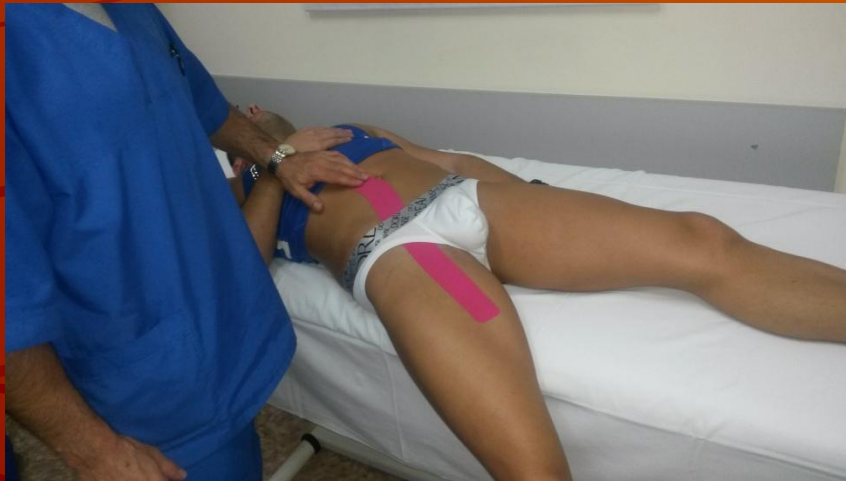
Клинический пример 4



Клинический пример 4



Кинезиотейпирование ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ



-СТАБИЛИЗАЦИЯ ТАЗА ПОЯСОМ
- ИЗОМЕТРИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В
ТРЕНАЖЕРЕ
(С ПРЯМЫМ КОРПУСОМ И В НАКЛОНЕ)



-СТАБИЛИЗАЦИЯ ТАЗА ПОЯСОМ - ТЯГОВЫЕ И ЖИМОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬШОЙ ЯГОДИЧНОЙ МЫШЦЫ



- СТАБИЛИЗАЦИЯ ТАЗА ПОЯСОМ
- ТЯГОВОЕ УПРАЖНЕНИЕ ДЛЯ ГРУШЕВИДНЫХ МЫШЦ
- ЖИМОВОЕ УПРАЖНЕНИЕ ДЛЯ БОЛЬШОЙ ЯГОДИЧНОЙ МЫШЦЫ



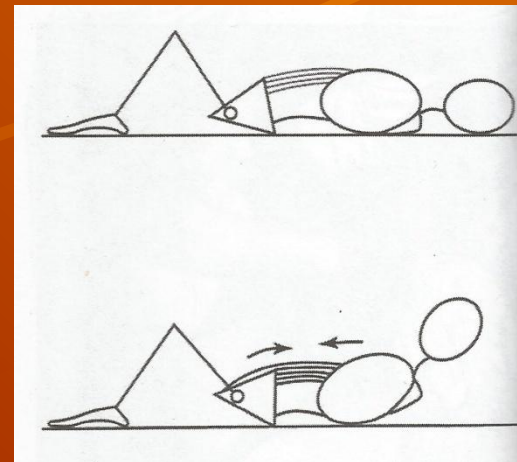
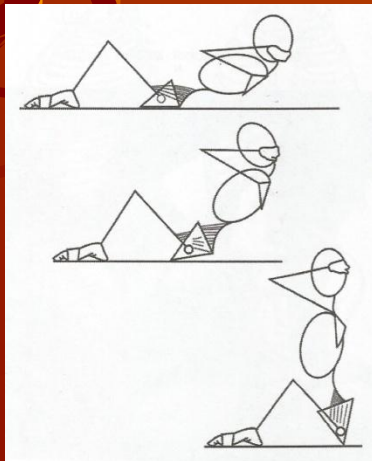
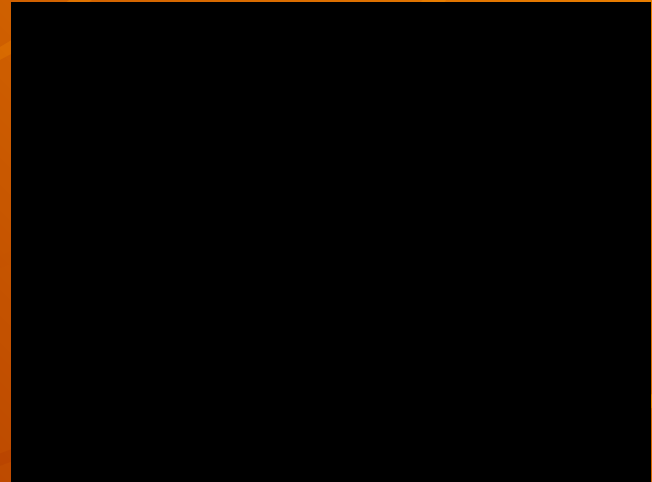
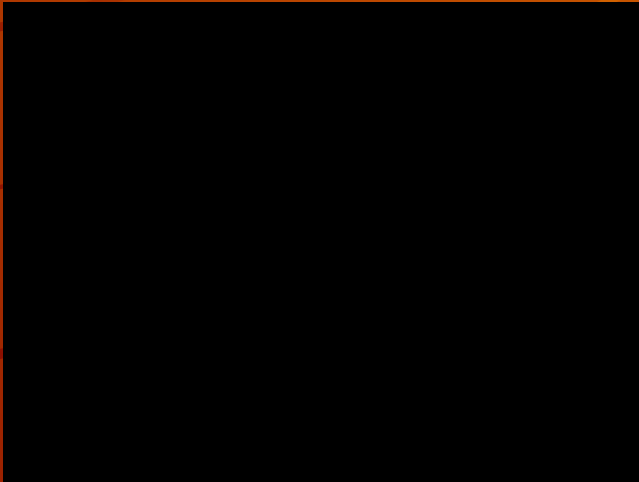
ДВА ВАРИАНТА УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ РАСТЯЖЕНИЯ КВАДРАТНОЙ МЫШЦЫ ПОЯСНИЦЫ



Упражнения для подвздошно-поясничной мышцы



Упражнения с переходом в сидячее положение усиливают подвздошно-поясничную мышцу. При помощи упражнения с подъемом плечевого пояса мышцы живота удерживают изометрическое сокращение.



ВЫВОДЫ:


- 1. Применение методов ПК (визуальная диагностика, ММТ) позволяет выявить **этиологические факторы** заболевания на стадии функциональных нарушений;
- 2. Раннее выявление признаков изменения в структуре, тонусе и функции мышц тазового региона (квадратная мышца поясницы, подвздошно-поясничная мышца, грушевидная, большая и средняя ягодичная мышцы, экстензоры бедра) позволяет предотвратить прогрессирование дегенеративно-дистрофических процессов в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и т/б суставе, что повышает эффективность консервативного лечения;
- 3. Методы лечения и манипуляции, не преследующие цель и не приводящие к нормализации тонусно-силовых взаимоотношений мышц тазового региона, не стабилизирующие суставы позвоночника и таза **НЕЛЬЗЯ** признать прогностически эффективными;

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 5



Пациент К-ов В.В., 28 лет, **солист балета**, обратился с жалобами на выраженные боли в нижней части спины, иррадиирующие в левую ногу, невозможность стоять, сидеть, лежать на спине, ограничение движений в левом т/б суставе



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 5



МАГНИ ТАЙМ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ
ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Дата исследования 15-08-12

Ф.И.О. пациента КУЗНЕЦОВ В.В.

Год рождения 16-03-79

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

На МР – томограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника в сагиттальных, фронтальных, аксиальных плоскостях на T1 – и T2 – взвешенных изображениях определяется: пояснично-крестцовый отдел позвоночника имеет выпрямленный лордоз, с шириной спинномозгового канала в пределах нормы.

Маловыраженные дегенеративные изменения в смежных отделах тел L5,S1, а также в телах Th12, L1, L2, L4. Кортикальный слой несколько утолщен, с наличием небольших краевых остеофитов. Замыкательные пластинки тел позвонков четко прослеживаются.


Межпозвоночный диск L5-S1 с неоднородно-гипоинтенсивным сигналом на T2ВИ. В сегменте L5-S1 определяется задняя срединная грыжа диска, выступающая в просвет позвоночного канала на 0,55см с деформацией дурального мешка и сужением корешковых каналов.

Дуотроостчатые суставы с умеренным субхондральным остеосклерозом.

Нижние отделы спинного мозга обычной формы и ширины, без очаговых изменений или его диффузного увеличения. Кокус спинного мозга занимает нормальное положение на уровне L1, с нормальным продолжением и разделением на составные конского хвоста. Твердая мозговая оболочка не утолщена.

Пре- и паравerteбральные мягкие ткани не изменены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МРТ–признаки остеохондроза L5-S1. Задняя срединная грыжа диска L5-S1. Маловыраженные дегенеративные изменения смежных отделов тел L5-S1, а также в телах Th12, L1, L2, L4. Выпрямленный лордоз.



Врач, к.м.н.

Гладких И.В.

МРТ √ МРТ √

65044, Украина, г.Одесса, ул. Марининская, тел.: (0482) 37-20-20, 37-21-21, 37-20-22 www.magnetime.com.ua

Лицензия МСО Украины № 511258 от 03.12.2009 г.





Единственным доказательством
верности тех или иных идей в
медицине является состояние
здоровья пациента.



Эндрю Тейлор Стилл

СПАСИБО за ВНИМАНИЕ!



- Стабильность – способность выдержать нагрузку с сохранением жесткости, не подвергаясь избыточной деформации.
- Нестабильность – это патологическая подвижность или патологическая фиксация.

Я.Ю.

Попелянский

- Нестабильность – снижение прочности анатомических структур двигательного сегмента и их жесткости, т.е. уменьшение их способности препятствовать нефизиологическим перемещениям, избыточным деформациям.

Н.И.Хвисюк, Н.А.Корж, С.Д.

Шевченко

(1988, 1992)

- Нестабильность – несоответствие питания тканей требованиям механики. Нестабильность имеет 2 причины: недостаточное питание тканей или избыточная механика. Если в основе лежит недостаточное питание, то будет генерализованный процесс, если страдает механика – локальная реакция организма.

