

Содержание

Предисловие	5
Введение	5
Глава 1	
Причины и механизмы тканевых повреждений	7
1.1. Воспаление	13
1.2. Фиброз (разрастание волокнистой соединительной ткани)	15
1.3. Склероз (фиброзное уплотнение)	15
Глава 2	
Анатомия и эмбриология соединительной ткани	
и основных фасциальных структур	17
2.1. Кожа	19
2.1.1. Дерма	20
2.1.2. Гиподерма	21
2.2. Функции кожи	21
2.3. Миофасциальная система	22
2.4. Поверхностные фасции	25
2.5. Система фасций поверхностного апоневроза	25
2.6. Фасции на уровне головы и шеи	26
2.6.1. Передняя часть апоневроза	26
2.6.2. Задняя часть апоневроза	28
2.7. Фасции на уровне туловища	30
2.7.1. Вентролатеральная часть фасций туловища	30
2.8. Фасции на уровне живота	31
2.8.1. Дорсальная часть фасций туловища	32
2.9. Фасции на уровне верхних конечностей	33
2.9.1. Поясничный апоневроз	34
2.10. Фасции на уровне нижних конечностей	36
Глава 3	
Краткий обзор лимфатической системы	39

Глава 4

Механизмы формирования типичных эстетических дисфункций тела .. 45

- 4.1. Гравитация и модель тела..... 45
- 4.2. Проприорецепторы 48
- 4.3. Организация мышечной активности на уровне спинного мозга..... 50
- 4.4. Механизмы развития типичных дисфункций различных регионов..... 52

Глава 5

Техники диагностики и лечения.....64

- 5.1. Техники диагностики 64
 - 5.1.1. Пальпация..... 65
 - 5.1.2. Перкуссия..... 66
 - 5.1.3. Специальные техники диагностики тканевых повреждений..... 66
 - 5.1.4. Единичные и глобальные тканевые повреждения 69
- 5.2. Техники коррекции 71
 - 5.2.1. Техника развертывания тканей..... 71
 - 5.2.2. Техника сепарации (растяжения) тканей..... 73
 - 5.2.3. Энергетическая аппликационная техника (V-spread) 73

Глава 6

Эстетическое мануальное моделирование лица и шеи.....75

- 6.1. Активные лимфодренажные техники 76
- 6.2. Коррекция миофасциальных структур
вентральной шеи и дна полости рта 79
- 6.3. Коррекция глобальных лицевых паттернов..... 86
- 6.4. Эстетическое мануальное моделирование мимической мускулатуры .. 89

Глава 7

Эстетическое мануальное моделирование регионов тела (эстетическая интеграция тела).....104

- 7.1. Активный лимфодренаж тела..... 106
- 7.2. Коррекция стоп и голеней 109
- 7.3. Коррекция таза, ягодиц и бедер 115
- 7.4. Коррекция рук 121
- 7.5. Коррекция молочной железы..... 128

Глава 5

Техники диагностики и лечения

5.1. Техники диагностики

В этой главе подробно описаны диагностические и лечебные техники, которые применяются в эстетической интеграции.

Говоря о техниках обследования, я решил не отклоняться от устоявшейся медицинской схемы: жалобы – осмотр – пальпация – специфические техники диагностики.

Не вдаваясь в подробности описания рутинных протоколов опроса и осмотра, хочу заострить ваше внимание на некоторых актуальных моментах.

Так, при выслушивании жалоб пациентов на «неправильность» или «некрасивость» какой-либо части тела и их пожеланий по исправлению этих дефектов, следует помнить о безусловной невротической окрашенности этих высказываний, которые являются телесной проекцией личностных и эмоциональных проблем. Пациенты думают, что после улучшения их «телесных показателей», личностные проблемы (как правило, даже и не осознаваемые), исчезнут сами собой.

Довольно часто встречается вульгарно-потребительское отношение к специалистам–практикам по принципу «я деньги плачу, вот и делайте меня худой, красивой, моложе на 40 лет и т.д., и все это желательно быстро, сразу и за один сеанс». Создается ощущение, что доктор носит в кармане халата красоту и здоровье и в обмен на гонорар тут же его достает оттуда. Такая ситуация называется «неоправданные ожидания» от лечебного сеанса (неважно от какого – будь то «чудо-кремы», аппаратные или ручные косметические технологии), и об этом надо говорить сразу, не откладывая неприятное для вас выяснение отношений на конец курсалечения.

Подводя черту под вышесказанным, – не стоит клятвенно обещать пациенту избавления от лишних килограммо-сантиметров, называя при этом конкретные цифры. Лучше прямо сказать: «Случай не из легких, давайте проведем несколько сеансов (после первого сложно говорить о каком-либо эффекте, мы обычно советуем не менее 4-х). Говоря о результатах нашей работы с другими пациентами – статистика по килограммо-сантиметрам такая-то и такая-то.... Мы будем квалифицированно делать для вас (пациента) все необходимое, если вас все устроит, мы рекомендуем

курсовое лечение – не менее 10 посещений с последующим поддерживающим лечением от одного до нескольких посещений в месяц...»

Кроме этого следует помнить, что жалобы пациента часто бывают достаточно путанные. Когда после длинного монолога пациента мы задаем уточняющий вопрос: «Так чего же конкретно вы хотите?» – очень часто мы слышим от пациента совсем другое, а не то, что он нам рассказывал до этого. Поэтому рекомендуется задавать этот вопрос регулярно, как только вы почувствовали, что рассказ пациента затянулся, отклонился в сторону или не касается сути его проблемы.

Осмотр контуров тела и состояния тканей подробно описан в разделах, посвященных методам эстетической интеграции лица и тела. Рекомендуется обращать внимание на цвет кожи, степень гидратации не только кожи, но и более глубоких слоев, различные сосудистые и трофические дисфункции.

NB! Следует помнить, что причины большинства наружных проблем находятся глубоко внутри. Поэтому не стоит торопиться с преждевременными выводами и, что особенно важно, с действиями, помня о «принципе айсберга» – невидимая (у айсберга – подводная) часть проблемы больше, чем видимая, и не всегда предсказуема при обычном беглом осмотре.

Поэтому, чтобы иметь реальное представление о причинах эстетической дисфункции пациента, мы делаем упор на специальных пальпаторных техниках обследования

В любом месте тела, будь то лицо, грудь или ягодицы, можно идентифицировать и локализовать все тканевые повреждения (а именно тканевые повреждения и являются истинной причиной внешних эстетических проблем!) достаточно несложными способами тестирования.

5.1.1. Пальпация

Пальпацией прежде всего обнаруживается увеличение напряженности и набухание поврежденной ткани. Мы рекомендуем проводить мягкую скользящую пальпацию, постепенно вовлекая более глубокие ткани. При самой легкой и поверхностной пальпации рекомендуется обращать внимание на феномен прилипания пальцев к коже. Как правило, тканевое повреждение будет локализовано в этом месте, но только несколько глубже. При более глубокой пальпации участков тканевого повреждения, как правило, обнаруживается напряженность и набухание ткани, в сочетании с ее легкой ригидностью.

Кроме скользящей пальпации я рекомендую проводить щипковую пальпацию, пытаясь взять кожу и подкожную клетчатку в складку толщиной 1–2 см. Обращаем внимание на ригидность тканей, болезненность, а порой и невозможность взять саму складку. Эти признаки указывают на наличие тканевых повреждений и лимфостатических процессов.

5.1.2. Перкуссия

Перкуссия тканей проводится с разной частотой и силой. Само перкутирующее движение рекомендуется проводить указательным и средним пальцами, движение кисти – от запястья. При перкуссии тканей, имеющих рестрикции, отмечается ее вязкость, ригидность, а также очень специфичный феномен, такой как скорость отдачи пальцев от ткани. При перкуссии тканей возможно отличить степень тканевого повреждения – отек или фиброз. К самому чувствительному перкуторному феномену, указывающему на наличие тканевого повреждения, относятся легкая болезненность или напряжение у корня ногтя пальпирующего пальца терапевта (попробуйте легонько постучать третьим пальцем себе по животу, а потом по письменному столу, и вы сразу поймете, чем идет речь).

5.1.3. Специальные техники диагностики тканевых повреждений

На своих семинарах я уделяю много времени практическому освоению навыков биомеханического контроля процессов, которые происходят в тканях, имеющих рестрикции (тканевые повреждения). Эти биомеханические особенности характеризуются центростремительным дрейфом тканей в сторону тканевого повреждения.

Если положить руку (палец) на ткань, предположительно имеющую рестрикцию в ближайшем окружении, то мы обязательно ощутим мед-

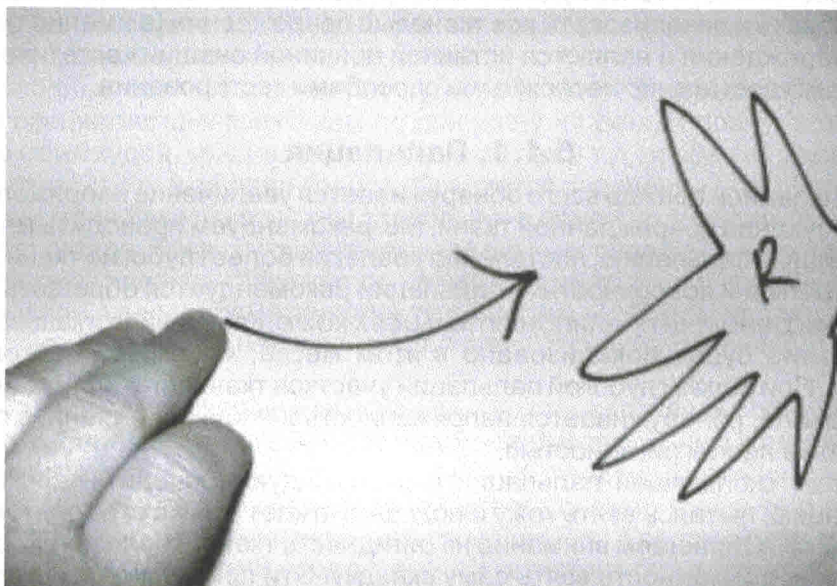


Рис. 39 — Техника локального прослушивания. Ткань сама «уводит» палец в сторону рестрикции (на фото обозначена буквой R)

ленный, но достаточно уверенный дрейф ткани в каком-то одном направлении. Это смещение ткани происходит вследствие изменения биомеханических свойств соединительнотканых структур в центре рестрикции (подробно суть этих изменений описана в соответствующей главе). Этот метод диагностики рестрикций называется *локальным прослушиванием*.

Дрейф тканей проявится быстрее и увереннее, если мы приложим на ткань небольшую нагрузку, а лучше всего начнем тестировать подвижность ткани в различных направлениях (рис. 40).

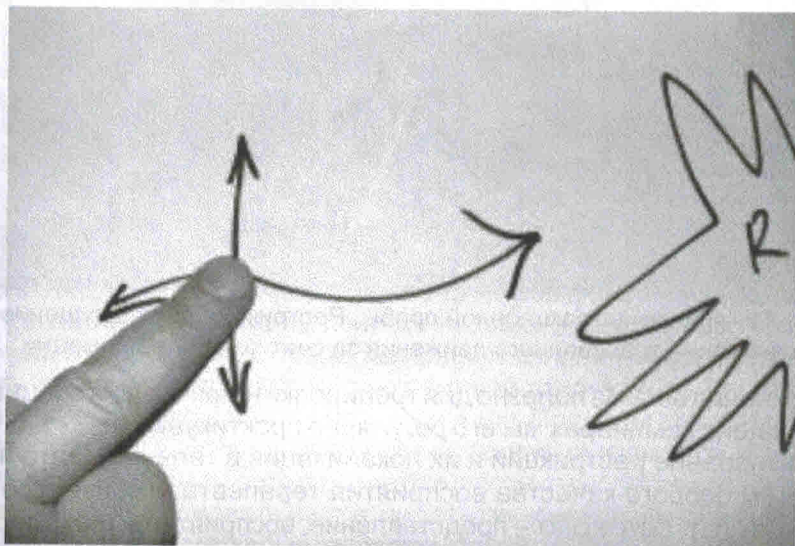


Рис. 40 — Техника креста координат. Поочередно тестируются все возможные направления движения и выбирается наиболее легкое направление. Это наиболее легкое направление движения и соответствует локализации рестрикции.

Нас будет интересовать то направление, в котором смещение ткани будет происходить легче всего. Название этой диагностической техники «крест координат». Мы будем использовать комбинацию этих двух специальных техник, которые будут плавно переходить в лечебные. Это характерная особенность разработанных мною алгоритмов эстетической интеграции.

Локализовать рестрикцию и цепи рестрикций можно при помощи так называемой тракционной пробы (рис. 41).

На рисунке 41 простыня представляет собой модель фасции, монетка на простыне — модель фасциальной рестрикции, а складки на простыне — модель деформирующего влияния рестрикции на фасцию при тракции. Прикладывая незначительное тракционное усилие за края простыни (тканителя), мы можем ощутить разницу в напряжении наших рук и с закрытыми глазами определить локализацию монетки (т.е. рестрикции в тканях).

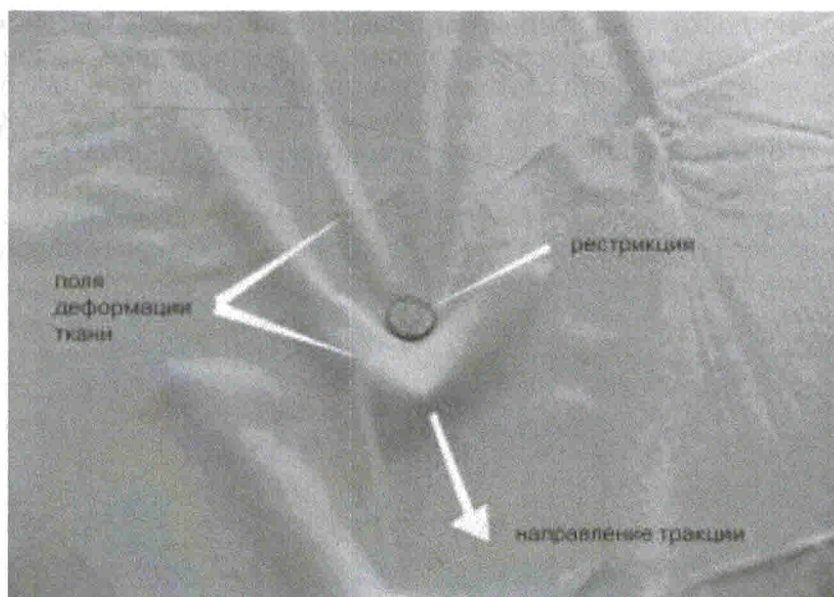


Рис. 41 — Модель тракционной пробы. Рестрикция дает ощущение ограничения тракционного движения за счет полей деформации

Это упражнение весьма полезно для тренировки начинающих специалистов, и на наших семинарах мы его регулярно практикуем.

Распознавание рестрикций и их локализация в теле пациента проводится путем особого качества восприятия терапевта, именуемого *перцепцией* (от лат. *perceptio* — представление, восприятие — целостное, интегральное отражение явлений внешнего мира, а в нашем случае — сопротивление тканей), возникающего при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные уровни сенсорных систем живого организма.

Г. Лейбниц понимал перцепцию как смутное бессознательное восприятие, т.е. на лицо наличие так называемых метафизических феноменов или иными словами — ноуменов (явлений нематериального мира). В начале двадцатого века эта проблема волновала многих философов «серебряного века». Они понимали, что есть что-то, стоящее за этим миром материальной действительности. Ещё Кант или до него уже многие философы говорили, что существует внешнее и внутреннее. Явление и сущность. Феномен и ноумен.

Чтобы нагляднее проиллюстрировать наши мысли, можно привести такой простой пример. Возьмите компьютер. Если заглянете внутрь, то вы увидите множество проводников, множество деталей. И если вы даже будете изучать эти детали досконально методами физики, вы всё равно не поймёте, что такое компьютер, что составляет его сущность. Так вот, сущность компьютера составляет программа. Программа — это нечто иное, чем те самые детали, без которых компьютер не будет работать. Но

Глава 7

Эстетическое мануальное моделирование регионов тела (эстетическая интеграция тела)

Эстетическая интеграция тела представляет собой принципиально новый физический метод воздействия (имеется в виду мануальное воздействие специальными мягкими техниками) на ткани пациента, имеющий своей целью придание упорядоченности и оптимального взаиморасположения различных тканей и частей тела. Это «оптимальное взаиморасположение» является обязательным условием хорошего здоровья и соответственно внешнего вида человека. Следует отметить, что ничего общего с различными массажными техниками метод не имеет. Результатом применения специальных коррекционных техник является нормализация миофасциального тонуса телесных и мимических структур, улучшение лимфоотока и кровообращения тканей. Основные внешние эффекты при использовании метода эстетической интеграции тела следующие:

- Уменьшение объема в проблемных зонах
- Контурирование тела
- Устранение эффекта «апельсиновой корки» дряблости кожи, выравнивание рельефа кожи
- Осуществление эффективного лимфодренажа
- Улучшение венозного кровотока и активизация тканевого обмена
- Равномерное распределение и частичное удаление жидкости из организма
- Энергичность, жизненный тонус, высокая работоспособность и хорошее настроение (так называемое улучшение качества жизни)

В основе метода эстетической интеграции находятся базовые принципы остеопатических и краниосакральных техник, ортосоматической терапии, рольфинга (структурной интеграции) и телесно ориентированной психотерапии. Лечебные техники, применяемые в эстетической интеграции лица и тела, разработаны на основе вышеперечисленных базовых принципов и адаптированы специально под задачи эстетической коррекции. Проведение лечебных техник возможно не только на обнаженное тело, но и через легкую одежду.

Наиболее часто я рекомендую применять следующие лечебные техники и их комбинации:

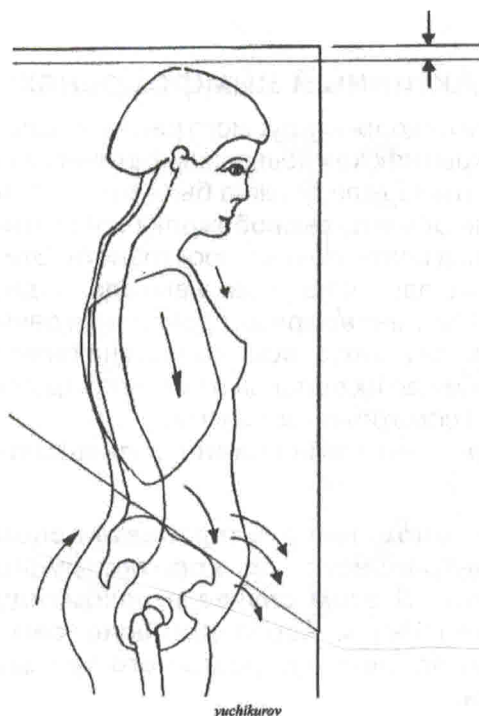
1. ТЕХНИКА РАЗВЕРТЫВАНИЯ. Смысл этой техники заключается в манипулировании тканью в наиболее свободном направлении, в трехмерном пространстве, до точки баланса тканей. Буквально — ткань движется туда, где она должна быть в настоящий момент времени

2. ТЕХНИКИ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ СЕПАРАЦИИ (РАСТЯЖЕНИЯ). Основной смысл — «тянем с усилием не более, чем тянется» с последующим переходом в технику разворачивания, а в ряде случаев используя соматический ритм и дыхание.

3. ТЕХНИКИ РАБОТЫ С СОМАТИЧЕСКИМ РИТМОМ. Все части тела человека ритмически (примерно 0,1 Гц) движутся, причем каждая часть тела двигается по своей траектории. Основным смыслом техники работы с соматическим ритмом заключается в нормализации ключевых показателей ритма, таких как фаза, амплитуда, частота и геометрия движения.

В качестве примера применения техник эстетической интеграции тела приводятся алгоритмы коррекции некоторых проблемных зон тела — региона ягодиц, бедер, молочной железы, кистей и стоп.

Тактика эстетического моделирования тела становится понятной после внимательного рассмотрения рисунка 87.



yuchikurov

Рис. 87 — Схема типичной эстетической дисфункции тела

Основная причина этой дисфункции – несогласованная работа внутренних стабилизирующих факторов и приспособительный «дрейф» нервно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата под влиянием гравитации.

Основные коррекционные шаги выглядят следующим образом:

1. Коррекция стопы и голени повышает качество опорной функции стопы, а также активизирует поток афферентных (восходящих) импульсов от проприорецепторов стопы в структуры спинного и головного мозга, участвующие в регуляции двигательного стереотипа. Все это способствует повышению резервов нейромышечной системы и как следствие – стабилизирует передний разворот таза и гравитационный провал грудной клетки.

2. Регионарная коррекция позиции таза и грудной клетки способствует нормальной физиологической позиции этих регионов, когда контрольные точки совпадают с гравитационной вертикалью.

3. Регионарная коррекция поверхностного апоневроза и миофасциальных групп (живота, молочной железы) использует функции формообразования этих структур, что логично приводит к уменьшению объема в проблемных зонах, физиологичному контурированию тела, устранению эффекта «апельсиновой корки» дряблости кожи, а также выравниванию рельефа кожи.

7.1. Активный лимфодренаж тела

Вне зависимости от корректируемого региона тела я рекомендую всегда начинать с «открытия» ключевых лимфатических коллекторов тела. Лимфатическая система тела должна быть готова принять и пропустить через себя большие объемы высвобождающейся тканевой жидкости из подапоневротических клетчаточных пространств. Эти ключевые лимфатические «краны» находятся на уровне выхода грудной клетки, грудной диафрагмы и таза. Пациент во время проведения данных трех техник лежит на спине. Во всех случаях, здесь и далее, сначала проводится техника разворачивания тканей до их баланса и остановки движения, а затем коррекция показателей соматического ритма.

Шаг №1 – коррекция зоны главного лимфатического протока (рис. 88).

NB! Это же расположение рук терапевта используется при коррекции вентрального «проворота» грудной клетки и наличии «холки». В этом случае я рекомендую использовать технику коррекции через длинную соматическую волну (LSW) в направлении дорсального вращения выхода грудной клетки.

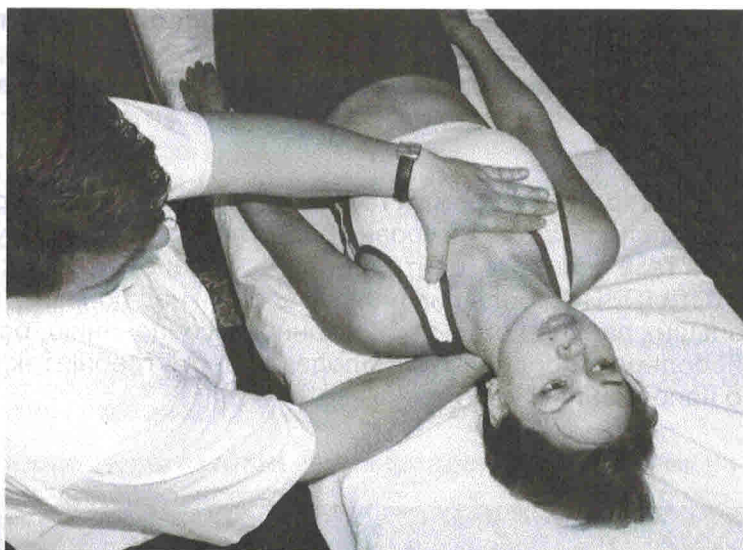


Рис. 88 — Открытие грудного лимфатического протока — одна рука терапевта на груди, ключицах (терапевт располагается сбоку либо у головного конца кушетки), другая подпирает шейно-грудной переход

Шаг №2 — коррекция зоны брюшной лимфатической цистерны.

Положение пациента — лежа на спине, одна рука терапевта кладется на пояснично-грудной переход, а другая — мягко фиксирует ткани эпигастальной области и реберную дугу (рис. 89).

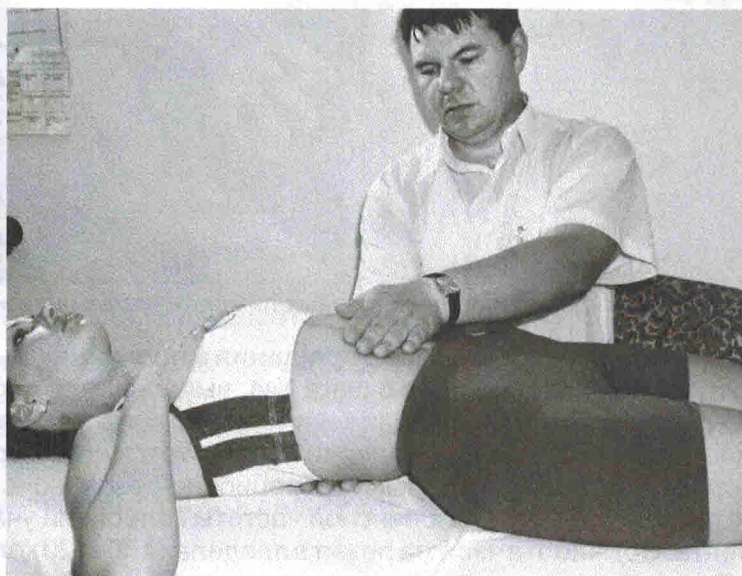


Рис. 89 — Открытие лимфатического протока и дренаж тканей на уровне диафрагмы грудной клетки

NB! Это же расположение рук терапевта используется при коррекции вентрального «проворота» грудной клетки, опущении нижних ребер и наличии выбухающего живота в нижних отделах.

Шаг №3 – открытие и дренаж тазовых лимфатических протоков.

Терапевт располагается на уровне бедер пациента, кисти рук располагаются на тазе пациента, центр ладони – на передней верхней подвздошной ости (ПВПО), большие пальцы вдоль и над лонными костями, концы больших пальцев стремятся к лонному сочленению, остальные пальцы свободно распределяются по подвздошному гребню так, чтобы не возникало напряжения в кистях.



Рис. 90 — Открытие и дренаж тазовых лимфатических протоков

Шаг №4 – стимуляция лимфообращения в подмышечных зонах.

Последующие шаги, начиная с шага №4, выполняются особой вибрационно-резонансной техникой. Движения осуществляются через 2-й–4-й пальцы кисти терапевта. Большой палец используется для опорной фиксации кисти на теле пациента. Смысл вибрационно-резонансной техники заключается в нахождении резонансной частоты колебаний участка тканей пациента. Обычно эта частота лежит в пределах 100–120 колебаний в минуту. Доказано, что воздействие частотой такой вибрации на ткани резко усиливает лимфоциркуляционные тканевые процессы.

Направление вектора вибрации от подмышечной впадины к надключичной зоне. Сначала отрабатывается левая подмышечная зона, а затем правая. Время воздействия до 2-х минут. При правильном исполнении процедуры у пациента появятся характерные «распирающие» ощущения в надключичной области.

Шаг №5 – вибрационно-резонансная стимуляция грудной лимфатической цистерны. Расположение кисти терапевта — на расстоянии двух поперечных пальцев под мечевидным отростком. Вектор воздействия в направлении тела 12 грудного позвонка.

Шаг №6 – вибрационно-резонансная стимуляция паховых лимфатических зон. Расположение пальцев рук терапевта вдоль паховой связки. Вектор воздействия вглубь живота и к пупку. Сначала отрабатывается левая паховая зона, а затем — правая.

ВНИМАНИЕ! Проведение активных лимфодренажных техник на теле может сопровождаться учащенным диурезом, реже диареей (поносом), иногда легкой тошнотой. Не надо пугаться этих дренажных явлений. Они свидетельствуют об успешно проведенной процедуре.

После проведения общих лимфодренажных техник можно переходить к коррекции регионарных дисфункций. Нейрофизиологические особенности формирования этих дисфункций таковы, что начинать их коррекцию лучше всего со стопы (почему!? См. выше).

7.2. Коррекция стоп и голеней

При коррекции стоп и голеней следует всегда помнить о биомеханических процессах этого региона. Их нарушение всегда будет приводить к болям, отечности стопы и голени, усталости при ходьбе, а также деформации стопы. Кратко биомеханику стоп, нижних конечностей и таза можно представить следующим образом:

- Пронация стопы и уплощение медиального продольного свода сопровождается внутренней ротацией большеберцовой и бедренной костей, а также передним разворотом подвздошной кости.
- Супинация стопы и подъем медиального продольного свода сопровождается наружной ротацией большеберцовой и бедренной костей, а также задним разворотом подвздошной кости.
- Пронация/супинация стопы осуществляется вдоль оси, проходящей через таранную, пяточную и ладьевидную кости.

Механизм амортизации ходьбы осуществляется следующим образом:

1. Стопа в легкой супинации, колено в экстензии, удар пятки о поверхность.

2. Амортизация удара путем флексии коленного сустава первые 15% за счет подколенной мышцы, сопровождающейся внутренней ротацией большеберцовой кости и разворотом стопы в пронацию.

3. Удар пятки – включение задней большеберцовой мышцы – плавное торможение пронации стопы.

NB! Если в момент удара пяткой стопы избыточно прониорована, то амортизационного сгибания колена не происходит! Таким образом, при осмотре всегда обращаем внимание на гиперпронацию стопы. Это неблагоприятный признак для биомеханики всего региона.

Диагностику и коррекцию дисфункций стопы я рекомендую проводить отдельно для каждого ее региона (в руководстве представлен вариант коррекции медиального региона стопы). Принято выделять следующие регионы стопы:

- Задний (таранная и пяточная кости)
- Средний (кости предплюсны)
- Передний (плюсневые кости и фаланги)
- Латеральный (кубовидная кость + 4-5 плюсневые и фаланги)
- Медиальный (ладья + клиновидные кости + 1-3 плюсневые и фаланги)

Предложенный алгоритм коррекции нарушений стопы и голени позволяет нормализовать пространственное взаимоотношение костей и суставов стопы и лодыжки, а также нормализовать работу мышц голени. Регулярно воспроизводимые эффекты такой коррекции выражаются в:

- быстрой ликвидации болей и жжения;
- значительном уменьшения отека тканей;
- изменении внешней формы стопы и голени, уменьшении плоскостопия;
- появлении ощущения легкости в ногах.

Саму процедуру лучше всего начинать со стимуляции проприорецепторов суставов стопы, так как это улучшит баланс миофасциальных антагонистических пар, расположенных на голени и значительно облегчит их последующую коррекцию. Используемые техники – разворачивание (трехмерная настройка ткани, представляющая собой целенаправленную стимуляцию механизмов аутокоррекции тканей), а также настройки соматического ритма. Мною была разработана и апробирована на большом количестве пациентов различного пола и возраста наименее трудоемкая и наиболее эффективная последовательность коррекционных шагов:

Шаг №1 – коррекция голеностопного сустава (рис. 91). Пациент располагается на животе (здесь и далее), одной рукой терапевт охватывает лодыжки, а пальцами другой руки – таранную кость пациента.



Рис. 91 — Коррекция голеностопного сустава

Шаг №2 – коррекция пяточно-таранного сочленения (рис. 92). Расположение пальцев рук терапевта – пяточная и таранная кости.



Рис. 92 — Коррекция пяточно-таранного сочленения

Шаг №3 – коррекция таранно-ладьевидного сочленения (рис. 93). Расположение пальцев рук терапевта на таранной и ладьевидной костях.

NB! Еще раз хочу напомнить о необходимости знаний анатомии



Рис.93 – Коррекция таранно-ладьевидного сочленения

Шаг №4 – коррекция ладьевидно-клиновидного сочленения (рис. 94). Расположение пальцев рук терапевта на ладьевидной и медиальной клиновидной костях.

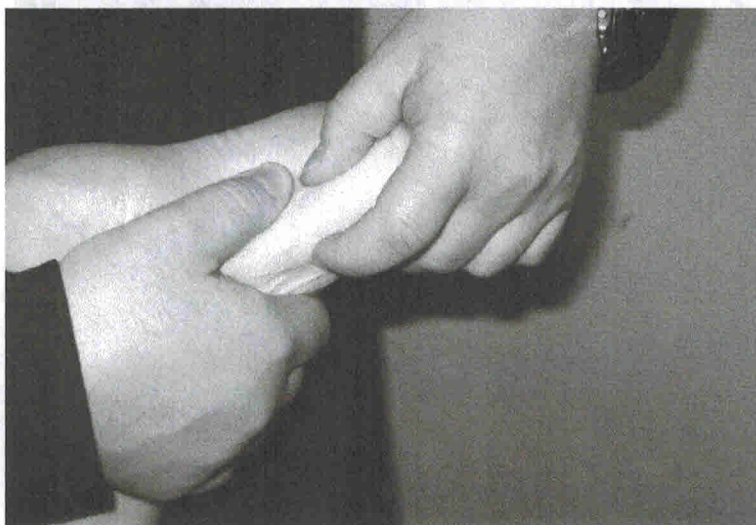


Рис. 94 — Коррекция ладьевидно-клиновидного сочленения