

ЗАЩО И КОГА МАНУАЛНА ТЕРАПИЯ?

Тодор Тодоров, Илко Тодоров, Евгения Владева

Клиника по физикална и рехабилитационна медицина, Катедра по физиотерапия, рехабилитация, морелечение, професионални заболявания и бедствени ситуации, Медицински университет-Варна

MANUAL THERAPY - WHY AND WHEN?

Todor Todorov, Ilko Todorov, Evgenia Vladeva

Clinic of Physical and Rehabilitation Medicine, Department of Physiotherapy, Rehabilitation, Thalassotherapy, Occupational Diseases and Disaster Medicine, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

В настоящия обзор се акцентира върху съвременните схващания за патогенезата на функционалните блокажи. Разглеждат се два основни кръга от причини, водещи до този хипомобилитет - механичен и нервно-рефлекторен. Обсъждат се и най-честите показания за мануална терапия, засягаща три основни групи мануална патология: а) вертеброгенни функционални нарушения; б) периферни функционални нарушения и в) спондилогенни оплаквания. Съобщават се и най-честите нива на блокажи, верижни връзки и мускулен дисбаланс, свързани с тази патология.

Ключови думи: функционални блокажи, патогенеза, мануална диагностика, мануална терапия, верижни връзки

ABSTRACT

In this survey, the accent is placed on the modern apprehension of the pathogenesis of functional blockages. Two major circles of reasons for this hypomobility are discussed, i. e. mechanical and neuroreflexive. The most common indications for manual therapy concerning three main manual pathologies are considered, too: a) vertebrogenic functional disorders; b) peripheral functional disorders, and c) spondylogenic complaints. The most frequent levels of blockages, chain connections and muscle disbalance related to this pathology are mentioned, too.

Key words: functional blockages, pathogenesis, manual diagnosis, manual therapy, chain connections

ВЪВЕДЕНИЕ

Мануалната терапия е толкова стара, колкото и историята на човечеството. За съжаление това старо народно изкуство попада късно в ръцете на лекарите, най-вероятно поради големите открития на медицината в областта на фармакологията и хирургията през 19. и 20. век. Имайки предвид зачестяването на функционалните нарушения на двигателния апарат на човека и неговия променен начин на живот и свързаната с това патология, мануалната терапия през последните 15-20 години преживява своето възраждане и възход (1).

Съвременната мануална медицина, състояща се от мануална диагностика и мануална терапия, се занимава с възвратимите нарушения на двигателния и поддържащ апарат. Тя използва диагностични и терапевтични техники за гръбначния

стълб и периферните стави, с които се диагностицират и отстраняват функционалните нарушения (1,3,4). В основата на патогенезата на тези функционални нарушения стои терминът „блокаж“ или „сегментарна дисфункция“. Той обяснява най-добре причината за тези сегментарни или псевдорадикулерни болеви състояния. Двигателният сегмент по Junghans, където рефлектират тези функционални нарушения, е най-малката подвижна единица на гръбначния стълб. От дидактична гледна точка патологията на блокажите на интервертебралните стави (ИВС) представлява „механичния кръг“ на тези причини за нарушения. Kos и Wolf считат за механична причина и обясняват блокажите с теорията за „заклещване на менискоиди“. Това обаче не е достатъчно за обяснението на тази патология. Поради това ние трябва да имаме предвид новите

неврофизиологични проучвания и втория кръг на патогенезата на блокажите - т. нар. „нервно-рефлекторен кръг”. Той включва соматовисцерални и висцеросоматични рефлексни връзки с митоми, дерматоми и др., тяхната оценка и модулация, както и участието на психиката и централната нервна система. Поради тази причина успешната мануална терапия повлиява не само механичната функция на една става, но и идващата от проприо- и ноцицептори раздразна с техните рефлекторни прояви и въздействия (4).

Следователно мануалната терапия представлява и една мощна рефлекторна терапия. Основните ѝ показания, при които тя е с доказан успех, включват:

- а) вертебрални функционални нарушения;
- б) периферни функционални нарушения и
- в) спондилогенни оплаквания и предизвикания от тях хипомобилитет.

ВЕРТЕБРАЛНИ ФУНКЦИОНАЛНИ НАРУШЕНИЯ

Тук спадат следните нарушения:

- цервикокраниален болев синдром
- *torticollis acuta* вследствие на цервикални блокажи
- цервикална мигрена с или без вертеброгенен световъртеж
- антефлексивно (училищно) главоболие по Guttman
- ретрофлексивно главоболие
- долен цервикален болев синдром (цервикобрахиален синдром)
- мускулен дисбаланс в раменния пояс
- тораковертебрален синдром
- хипомобилитет вследствие на блокажи на костовертебралните стави (с нарушено и болезнено дишане)
- лумбовертебрален синдром
- синдром на блокаж на сакроилиачната става (СИС) и
- мускулен дисбаланс в тазовия отдел.

Кратка характеристика на нарушенията

1. Цервикокраниален болев синдром - регистрираните блокажи са най-често на C0-C1 и C2-C3, както и C/Th-преход. Според Lewit „няма локализация на главоболието, която би говорила против цервикокраниалния болев синдром”. Най-често изпадат в спазъм следните мускули: шийни екстензори с техните залавни точки, *m. trapezius*, *m. levator scapulae* и *m. sternocleidomastoideus*.

2. *Torticollis acuta* е с характерно внезапно начало след събуждане или ставане от сън. При

функционално нарушение винаги има свободна страна на блокажа, докато при възпалителна генеза движението е възпрепятствано във всички посоки. Най-честият блокаж (при над 90% от случаите) е на сегментите C2-C3, а по-рядко - на C1-C2 в комбинация с C/Th-преход.

3. *Migrena cervicalis* (Bärtshi-Rochais), Най-чести са блокажите на C0-C1, C1-C2 и C2-C3. Lewit отдава най-голямо значение на дразненето на *a. vertebralis* (2). Към цервикална генеза ни насочва тракционният тест, който повлиява симптоматиката или я прекъсва. Според нас определено влияние играе и патологията на унковертебралните стави и стесняването на *foramen intervertebrale*. Често се установяват блокажи и на C5-C7. Трябва да се изследва ретрофлексията.

4. Анте- и ретрофлексивно главоболие. При него най-често се диагностицира инсуфициенция на поддържащия лигаментарен апарат (*lig. transversum* на C1). Състоянието се облекчава значително при деблокаж на C0-C1. При ретрофлексивното главоболие се засяга задната дъга на C1 с блокажи на C0-C1. Това се повлиява по-благоприятно от антефлексивното главоболие.

5. Долен цервикален болев синдром. Най-често се намират блокажи на C6/C7, следвани от тези на C5-C6 и C7/Th1-преход. Болевата и другата симптоматика засягат тила, раменната става, мишницата и предмишницата в съответния дерматом на блокажа. Острото развитие на синдрома често налагат отлагане на мануалната терапия или най-много - тракционни методики в съчетание с ПИР-техники.

6. Мускулен дисбаланс на мускулите в раменния пояс. Най-често се установява мускулен спазъм на следните мускули: *m. supraspinatus*, *m. infraspinatus*, *m. subscapularis*, *caput longum* на *m. biceps brachii* и *m. levator scapulae*. Прилагат се много ефективни релаксиращи и обезболяващи ПИР-техники.

7. Тораковертебрален синдром. Нарушената висцеро-вертебрална рефлекторика е една от най-честите причини на гръдните блокажи.

- акутен торакален блокаж на ИВС. Пресните блокажи се освобождават манипулативно с голям успех (парадни случаи на мануалната терапия).

- синдром на Maigne с блокажи на Th/L-преход и симптоматика на дорзалгия, пубалгия и лумбалгия (2).

- гастрровертебрален синдром вследствие на стомашна и дуоденална язва с най-чести блокажи на нива Th6-Th9.

- кардиовертебрални синдроми без заболяване на сърцето. Те се появяват в спокойно със-

тояние и не зависят от физическо натоварване. Според Lewit най-чести блокажи се установяват на нивата на Th4-Th5, Th5-Th6 и болезнените периостални точки на третото и четвъртото ребро, както и в гръдния мускул (1,4). Според Rychlikova най-честите блокажи са между Th4 и Th8.

– кардиовертебрални синдроми вследствие на исхемична болест на сърцето. Най-честите блокажи са в C/Th-преход и Th5-Th8, болезнените костостернални синхондрози или костотрансверзалните стави на нивата на Th3-Th5.

– синдром на Tietze. Честите блокажи са на II-IV ребро.

8. Хипомобилитет вследствие на блокажи на костовертебралните и костотрансверзални стави (с нарушено дишане). При механично-диспноичния синдром засегнатата става и реброто към нея са палпаторно силно болезнени. Налице са локален мускулен спазъм и внезапно настъпила едностранна болка. Пациентът чувства липса на въздух, подобно на астма. Симптомите се засилват и при най-малките движения в торакалния отдел. Може би се касае за нарушена висцеро-вертебрална рефлексорика. Вертебро-пулмоналният синдром на Bergsmann-Eder отразява предимно отношенията между белия дроб и гръбначния стълб по пътя на висцеро-вертебралните връзки. Най-честите блокажи са на нивата на С6-Th3 и костотрансверзалните стави, понякога има сколиоза с конвекситет към заболялата страна. Задухът обикновено е само при натоварване. Стресът, инфекциите и свръхнатоварването провокират болката и другите симптоми. Терапията включва отстраняването на сегментарните блокажи, за да не станат хронични и автономни и да не създадат допълнителен център на дразнене (3,4).

9. Лумбовертебрален синдром. Тук спадат:

– синдромът вследствие на остър блокаж на интервертебралните стави. Най-честите блокажи са на нивата на L4-L5-S1, а по-редките - на нивото на L3-L4.

– дискогенният лумбален болев синдром се проявява най-често под три форми - остра лумбалгия, радикулерни синдроми с характерна симптоматика на дефицитите и хронично рецидивираща лумбалгия. При него най-често се засягат дисковете на нивата на L5-S1, L4-L5, а по-рядко - L3-L4. Мануалната терапия може да се приложи при диагностицирани блокажи, при симптома на Lasegue >45° и при анталгично заключване и манипулация (мобилизация).

10. Болките при СИС се появяват в проекцията на ставата, тазобедрените стави, лум-

босакралния преход и глутеалната област. Те най-често объркват лекарите, които провеждат терапия за „хронично лумбаго”. Изключително важно е разграничаването на блокажа на ставата от дисторзията на таза, тъй като при последната мануалната терапия е по-продължителна и трябва да се третира и мускулният дисбаланс (*m. iliopsoas*, *m. piriformis*, *m. iliacus* и др.). Трябва задължително да се търси контралатерален блокаж на C0-C1 (1,3).

11. Мускулен дисбаланс в тазовия отдел. Най-често засегнатите мускули са следните: *m. gluteus medius*, *m. piriformis*, *m. quadratus lumborum*, *m. tensor fascia latae* др. При тези блокажи се предпочитат ПИР-техниките (1,5).

ПЕРИФЕРНИ ФУНКЦИОНАЛНИ НАРУШЕНИЯ

Тук спадат следните нарушения:

- функционален хипомобилитет на акромиоклавикуларната и стерноклавикуларната стави
- *periarthritis humeroscapularis*
- *epicondylitis*
- хипомобилитет на костите, образуващи карпалната става
- намалена ставна игра в ставите на пръстите
- коксалгия и
- хипомобилитет в проксималната и дисталната тибιοфибуларна стави.

Кратка характеристика на нарушенията

1. Акромиоклавикуларната и стерноклавикуларна стави са разположени повърхностно. Диагнозата е лесна при болки и хипомобилитет. Може да се имитират цервикобрахиален и цервикокраниален синдроми, тендомиозит на трапецовидния мускул, делтовидния мускул, *m. levator scapule* и *m. sternocleidomastoideus* (1,2).

2. При *periarthritis humeroscapularis* се касае за смущения в мускулите и бурсите около рамената става и характерната за тях болезнена дъга на Сурiaux. Мануалната терапия включва мобилизации на рамената става и лопатката и ПИР-техники за засегнатите мускули. Трябва задължително да се отстранят блокажите в C/Th-преход, свързани с това заболяване (1).

3. При *epicondylitis* се търси мануална патология в две зони: локални блокажи в лакетната става и мускулен спазъм (на екстензори, флексори и *m. supinator*) и верижни блокажи в C/Th-преход (1-3).

4. При хипомобилитет в карпалните кости се търсят блокажи предимно при *carpal tunnel syndrome*. При този синдром съществуват инте-

ресни верижни връзки, изразяващи се с блокажи в C/Th-преход, първото ребро, ставите на главата и средната част на шийния отдел.

5. Блокажите на ставите на пръстите настъпват много често при М. Sudeck и при фрактури на радиуса и другите кости, оформящи карпуса.

6. Според Lewit коксалгията произхожда от тазобедрените стави при 20% от болните с кръстни болки. Оплакванията се засилват при натоварване, изправен стоещ или лежане на болната страна. Много често тези болки ирадиират към колянната става. Наблюдава се „капсулен модел” - най-напред се засяга вътрешната ротация, а след това се ограничава активната абдукция. Коксартроза се развива рядко от функционалната коксалгия, ако няма рентгенова находка. Тракционната манипулация и ПИР-техниките за засегнатите мускули около тазобедрената става (*m. iliopsoas*, *m. piriformis* и др.) имат изключително добър ефект. Ограничената външна ротация насочва по-скоро към спазъм на *m. tensor fasciae latae*, нарушение в лумбалния отдел, вкл. радикулерни компресионни синдроми (2).

7. Хипомобилитет в проксималната и дистална тибιοфибуларна става. Много често при радикулерни синдроми в лумбосакралния преход се блокира движението на *caput fibulae* и се оказва компресия върху *n. peroneus*. Мануалната терапия притежава много нежни и елегантни техники за деблокаж на тези две стави.

СПОНДИЛОГЕННИ ОПЛАКВАНИЯ

Спондилогенните промени в прешлените и ставите са една от най-честите причини за функционалните блокажи и техния рецидив. В резултат на тези промени настъпват някои най-чести синдроми, при които се налага да се включат допълнително и техниките на мануалната терапия:

– цервико-спондилогенен синдром с различна ирадиация на болката (тилно, фронтално, париеално и др.), световъртеж от типа „декресчендо”, *tinnitus*, лицеви болки и в темпоромандибуларната става и чувство за чуждо тяло в гърлото (*globus*)

– цервико-краниален синдром с нарушения в концентрацията и цервикална мигрена

– цервико-брахиален и цервико-торакален синдроми

– торакален спондилогенен синдром с нарушения в дишането и псевдоангинозни оплаквания

– лумбо-спондилогенен синдром с псевдовисцерални оплаквания

– лумбо-ишиалгичен синдром.

Клиничната им картина много често се припокрива с тази на първичните функционални блокажи. Мануалната диагностика установява нарушената ставна игра и другата симптоматика на блокажите, а мануалната терапия отстранява диагностицирания хипомобилитет и повлиява благоприятно клиничната симптоматика на конкретния синдром (2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Левит, К. Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитация. София, Медицина и физкултура, 1981.
2. Тодоров Т. Мануална медицина - диагностика и терапия. Варна, ВСУ „Черноризец Храбър”, Университетскоиздателство, 2005.
3. Dvorak, J., F. von Orelli. Wie häufig sind Komplikationen nach Manipulationen der Halswirbelsäule. Fallbericht und Ergebnisse einer Umfrage.- *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.*, 71, 1982, No 2, 64-69
4. Lewit, K. Bemerkungen zur Arbeit von J. R. Bayerl et al. Nebenuntersuchungen und Kontraindikationen der manuellen Therapie im Bereich der Halswirbelsäule.- *Manuelle Med.*, 25, 1987, No 1, 42-43.
5. Tilscher, H., M. Eder. *Chirotherapie*. Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1990.

Адрес за кореспонденция:

д-р Илия Тодоров, д.м.

Клиника по физикална и рехабилитационна медицина, Катедра по морелечение, физиотерапия и рехабилитация, професионални заболявания и бедствени ситуации

УМБАЛ „Св. Марина” ЕАД-Варна

гр. Варна 9010, ул. „Христо Смирненски“ № 1

E-mail: ilkotodorov@gmail.bg