

# МАНУАЛНО-ТЕРАПЕВТИЧЕН КЛИНИЧЕН ПОДХОД ПРИ БОЛЕЗНЕН И СПАСТИЧЕН M.ILIOPSOAS

Илия Тодоров, Марияна Михайлова, Тодор Тодоров

*Катедра по физиотерапия, рехабилитация и професионални болести  
Медицински Университет – Варна  
УМБАЛ „Света Марина“ – Варна*

## MANUAL-THERAPEUTIC CLINICAL APPROACH IN CASES OF PAINFUL AND SPASTIC M.ILIOPSOAS

Iliia Todorov, Mariana Mihaylova, Todor Todorov

*Department of Physical Medicine, Rehabilitation and Professional Diseases  
Medical University – Varna  
Saint Marina University Hospital – Varna*

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Авторите разглеждат възможностите за диагностика и повлияване с методиките на мануалната медицина на един от мускулите, най-често отговорни за възникването на мускулен дисбаланс в тораколумбален преход, лумбален отдел и долни крайници. Допълнително анатомичното положение и функция на мускула са предпоставка за погрешното свързване на наличната клинична симптоматика с редица други нозологични единици.

**Цели и задачи:** Постигане на ефективен лечебен алгоритъм за справяне с проблема.

**Материал и методи:** Върху група пациенти са приложени най-честите мануално-диагностични прийоми, установени са верижните връзки на посочената патология с други отдели от гръбначния стълб – тораколумбален и лумбосакрален преходи, отчетени са резултатите от приложените мануално-терапевтични техники – постизометрична релаксация на засегнатите мускули, както и отстраняване на верижно свързаните блокажи. Засегнати са и възможностите за комбинация от мануална медицина с други физикални фактори.

**Резултати:** От проучените 44 пациенти при 37 (84,09%) бе установена патология на m.iliopsoas. При 36 от споменатите 37 пациенти бе постигнато елиминиране на болковата симптоматика като при 100% от третираните пациенти с промяна в стойката бе постигнато възстановяване на нормата.

### ABSTRACT

**Introduction:** The authors reveal the opportunities for a diagnosis and treatment with the methods of manual medicine of a muscle very often responsible for the cases of muscle dysbalance in the thoracolumbar passage, lumbar region and the lower extremities. In addition, the anatomic position and function of the muscle very often lead to the association of the clinical symptoms with other deceases.

**Objectives and tasks:** Accomplishment of an effective treatment algorithm for dealing with the problem.

**Materials and methods:** We have executed on a group of patients the most common techniques of manual diagnostics and have discovered the chain links between the observed pathology and other regions of the vertebral column – the thoracolumbar and lumbosacral passages. We also have shown the results of the manual therapy techniques applied – postisometric relaxation (PIR) as well as manual manipulation for the chain-linked blockages. The authors reveal the possible combinations of manual medicine and physical factors.

**Results:** Of the 44 patients included in the study by 37 (84,09%) a pathology of the iliopsoas muscle has been found. By 36 of the mentioned 37 patients a complete relief of the pain symptoms has been achieved and by all of the patients with a change of the posture normalization occurred.

**Conclusion:** The final results of the investigation prove the effectiveness of the exercised clinical approach in dealing with the pathology of m.iliopsoas. The manual diagnostics has proven itself as a lead-

**Обсъждане:** Получените крайни резултати доказват ефективността от приложения клиничен подход при справянето с патологията на *m.iliopsoas*. Мануалната диагностика се доказва като водещ прием при откриване на соматичната дисфункция на мускула, а ефектът от приложена ПИР безспорно превъзхожда медикацията с НСПВС.

**Ключови думи:** мануална медицина, постизометрична релаксация, соматична дисфункция

Хроничната рецидивираща болка ниско в кръста често се явява сериозно предизвикателство за съвременната медицина. Наличието на множество вероятни патогенетични фактори и верижни връзки между компонентите на лумботазовата област понякога може сериозно да затрудни поставянето на точна диагноза. Един от мускулите, обичайно въвличен в патологията на тази област, е *m.iliopsoas*. Особената му анатомична структура и топографско разположение изискват прилагането на специфични диагностични прийоми.

**Кратка кинезиологична и топографска анатомия на *m.iliopsoas*:**

Мускулът е съставен от *m.iliacus* и *m.psoas major*. Първият запълва едноименната яма на *os ilium*, като има триъгълна форма с връх, насочен надолу. *M.psoas major* започва от телата и напречните израстъци на L1-L4, както и от тялото на Th12. Те са част от задната коремна стена, като са достъпни само откъм вентрално при дълбока палпация. Двата мускула се обединяват в общо сухожилие, което напуска таза през *lacuna musculorum* (съвместно с *n.femoralis*, който заляга по предномедиалната му повърхност), и се захващат за *trochanter minor femoris*. При фиксиран долен крайник *m.iliopsoas* навежда лумбалния отдел и таза напред, докато при свободен долен крайник флектира и ротира външно тазобедрената става от съответната страна, като е изключително важен за походката. Мускулът се инервира от *plexus lumbalis* (L2-L4) (3).

**Диагностика:**

При соматичната дисфункция на *m.iliopsoas* се откриват миофасциални тригерни точки. Тази патология е честа причина за мускулен дисбаланс, като проява на соматична дисфункция при пациенти с хронична болка ниско в кръста. Болезнените точки могат да бъдат открити на 2-3 см

*ing method of tracking of the somatic dysfunction of a muscle, the effects of the applied PIR techniques decisively excelling the medication with non-steroid drugs.*

**Keywords:** manual medicine, postisometric relaxation, somatic dysfunction

медиално от *spina iliaca ant. sup.* с натиск върху залавното място на *m.iliacus* за *fossa ilaca*. Болезнените точки на *m.psoas major* се палпират паралелно до гръбначния стълб в поясния отдел.

Мускулната асиметрия довежда до характерна промяна в стойката, която обикновено е съпроводена с остра болка в проекцията на *m.psoas* или на *m.iliacus*. При засягане на примерно левия *m.iliopsoas* пациентът е наклонен напред, завъртян наляво и наклонен наляво.

Верижна връзка – соматичната дисфункция на *m.iliopsoas* може да бъде комбинирана с дисфункция на *m.piriformis* от противоположната страна.

В диференциално-диагностичен план трябва да имаме в предвид евентуални висцеросоматични рефлексии, свързани с L1 и L2, както и случаите на директна раздразна на *m.psoas* (напр. конкремент в долната част на уретера или апендицит). В практиката са установени верижни връзки между спазъма на *m.psoas major* и блокажи в тораколумбален преход, както и между спазъма на *m.iliacus* и блокажите в лумбосакралния сегмент (1,2,4).

**Терапия:**

Най-ефективна е ПИР техниката. Пациентът лежи по гръб. Контралатералният крак е сгънат максимално в колянната и тазобедрена стави, като пациентът го придържа стабилно с двете ръце. Хомолатералният крак е повесен през края на кушетката, като терапевтът допълнително екстензира до максимум бедрото на пациента с ръка, поставена проксимално от колянната става.

От посочената изходна позиция пациентът се приканва да осъществи лек, постоянен контра-натиск с бедрото си срещу ръката на терапевта, като изометричната фаза е с продължителност 10 до 30 сек. (2).

Друг терапевтичен прием е техниката на авторелаксация, която е с изходно положение, идентично с теста на Mennel. Пациентът лежи на ръба на кушетката и придържа сам противоположния на скъсяването крак. При спазъм противоположният крак, поради изгладената лордоза, се повдига над хоризонталната равнина на тялото. Най-често асиметричното и едностранно скъсяване говори за допълнителни блокажи в долната част на гръдния отдел.

При спастичен m.iliopsoas двустранно посочените техники се прилагат последователно и от двете страни.

В клиниката проучихме 44 пациенти на средна възраст 40,2 ( $\pm 8$ ) г., оплакващи се от рецидивиращи над 3 месеца болки ниско в кръста с неясна етиология. Всички пациенти бяха провели компютър-томографско изследване, на което бе отхвърлена евентуална дискова херния като причина за оплакванията. При 23 от пациентите бяха открити и елиминирани блокажи на интервертебралните стави на нива Th12-L1 и/или L1-L2 едностранно и/или двустранно. При 37 от пациентите бе установено наличието на болезнени точки в проекцията на m.iliopsoas, като при 26 от тях двустранно. При 23 пациенти бе видима промяната на стойката с характерните наклон напред, съпроводен с ротация и латерофлексия на торакалния и лумбален отдели на страната на мускулната патология. При 28 от пациентите със соматична дисфункция поне на единия m.iliopsoas бяха установени болезнени точки в проекцията на m.piriformis контралатерално (Фиг. 1). При всички пациенти бяха приложени ПИР техники (вкл. техники за авторелаксация) за спастичните мускули през ден в продължение на 10 дни, общо 6 пъти. При 36 от 37-те пациенти с установена патология на m.iliopsoas бе постигнато елиминиране на болковата симптоматика, като при 100% от третираните пациенти с промяна в стойката бе постигнато възстановяване на нормата.

Всички пациенти бяха извикани на контролен преглед 40 дни след терапията. Рецидив на

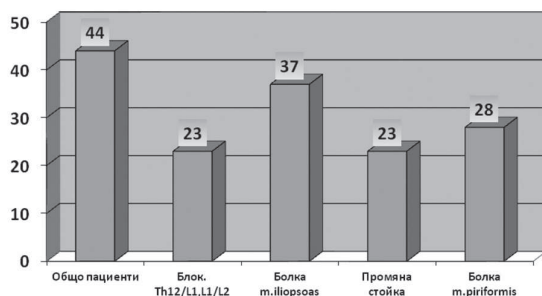
соматичната дисфункция на m.iliopsoas бе установен при 8 пациенти, което е 21%. От анамнестично снетите данни при първоначалния прием 42 пациенти съобщиха за проведен курс медикаментозна терапия с НСПВС с временен или без ефект. При 40 от тях (95%) до 10 дни след приключване на медикаментозната терапия болковата симптоматика се бе възстановила.

## ИЗВОДИ

1. Соматичната дисфункция на m.iliopsoas се повлиява отлично с техниките на ПИР, на фона на почти липсващото дългосрочно повлияване с НСПВС.
2. Методиката е щадяща, атравматична, не изисква специализирана апаратура и консумативи.
3. M.iliopsoas е един от ключовите мускули за кинезиологията на лумботазовата област. Нехарактерните оплаквания на пациентите и липсата на обективна находка при образни изследвания прави мануалната диагностика водеща при откриването на соматичната дисфункция на мускула. Правилно поставената диагноза и приложените адекватно ПИР техники спестяват на пациента ненужни курсове медикаментозна терапия, която те безспорно превъзхождат по ефективност.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тодоров, Т. Мануална медицина – диагностика и терапия. Варна, Унив. изд. ВСУ, 2005.
2. Левит, К. Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитация. София, Медицина и физкултура, 1981.
3. Dvorak J, Dvorak V, et al. Manuelle Medizin. Diagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 1997.
4. Frisch H. Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates. Springer, 1998.



Фиг. 1

### Адрес за кореспонденция:

д-р Илия Тодоров  
Варна, 9000

„Цар Освободител“ 70  
ilkotodorov@gmail.com