

**ДОННА ФИАНДО
СТИВЕН ФИАНДО**



специалисты по терапии
миофасциальных
триггерных точек

Терапия триггерных точек

Избавление
от боли
в связках,
мышцах
и фасциях

УДК 616.7
ББК 54.18
Ф59

Trigger Point Therapy for Myofascial Pain: The Practice of Informed Touch
by Donna Finando L.Ac. L.M.T., Steven Finando Ph.D. L.Ac.
Copyright © 1995, 2005 by Donna and Steven Finando
Published by permission of Inner Traditions International (USA)
via Igor Korzhenevskiy of Alexander Korzhenevski Agency (Russia)

Финандо, Донна.

Ф59 Терапия триггерных точек : избавление от боли в связках, мышцах и фасциях / Донна Финандо, Стивен Финандо ; [перевод с английского А. В. Захарова]. — Москва : Эксмо, 2025. — 256 с. : ил. — (Лучшие медицинские техники. Практические атласы для специалистов).

ISBN 978-5-04-217975-4

Эта книга — пособие для любого специалиста, встречающегося в своей практике с синдромом мышечно-фасциальных болей. Ее цель состоит в систематизации безбрежного моря информации, касающейся диагностики и лечения болей в мышцах, связках и фасциях. Клиническое справочное руководство по оценке и лечению мышечной боли содержит подробные иллюстрации, позволяющие определить характер боли и расположения триггерных точек. Данное руководство поможет профессионалам, специализирующимся в данной отрасли, своевременно и адекватно диагностировать и эффективно лечить синдром мышечно-фасциальных болей.

УДК 616.7
ББК 54.18

ISBN 978-5-04-217975-4

© Захаров А.В., перевод на русский язык, 2025
© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2025



Посвящается нашим пациентам, от которых мы узнали многое
о природе боли и о том, как ее лечить. И нашим ученикам,
благодаря которым нам пришлось обдумать, упорядочить и объяснить
все то, чем мы занимаемся.

СОДЕРЖАНИЕ

	Благодарности	6
Введение	Объединение усилий	7
Глава 1	Мышцы и триггерные точки	9
Глава 2	Ци, движение и здоровье	15
Глава 3	Осознанное прикосновение	26
Глава 4	Диагноз и лечение	30
Глава 5	Как пользоваться настоящим руководством	36

Мышцы головы и шеи

	Грудинно-ключично-сосцевидная мышца	41
	Лестничные мышцы	45
	Ременная мышца головы	49
	Ременная мышца шеи	51
	Задняя группа мышц шеи	53
	Височная мышца	57
	Жевательная мышца	59
	Крыловидные мышцы	61

Мышцы плечевого пояса

	Трапециевидная мышца	67
	Мышца, поднимающая лопатку	71
	Ромбовидные мышцы	75
	Передняя зубчатая мышца	77
	Малая грудная мышца	81

Мышцы верхних конечностей

	Большая грудная мышца	87
	Дельтовидная мышца	91
	Широчайшая мышца спины	95
	Большая круглая мышца	99
	Надостная мышца	103
	Подостная (подгребневая) мышца	107
	Малая круглая мышца	111
	Подлопаточная мышца	115
	Двуглавая мышца плеча	119
	Трехглавая мышца плеча	123
	Плечевая мышца	125

Плечелучевая мышца	127
Разгибатели кисти и пальцев	131
Сгибатели кисти и пальцев	135

Мышцы туловища

Мышца, выпрямляющая позвоночник	141
Квадратная мышца поясницы	145
Подвздошно-поясничная мышца	149
Прямая мышца живота	153
Мышцы живота	157

Мышцы нижних конечностей

Большая ягодичная (седалищная) мышца	163
Средняя ягодичная мышца	167
Малая ягодичная мышца	171
Напрягатель широкой фасции бедра	175
Грушевидная мышца	179
Задняя поверхность бедра	183
Четырехглавая мышца бедра	187
Приводящие мышцы	193
Гребешковая мышца	197
Стройная (нежная) мышца	201
Портняжная мышца	203
Подколенная мышца	205
Икроножная мышца	209
Камбаловидная мышца	213
Задняя большеберцовая мышца	217
Передняя большеберцовая мышца	219
Малоберцовые мышцы	223
Длинные разгибатели пальцев ног	227
Длинные сгибатели пальцев ног	231



Приложение 1 Система меридианов	235
Приложение 2 Кожные зоны	239
Приложение 3 Акупунктурные точки	240



Указатель болевых паттернов	242
Предметный указатель	250
Библиография	251

БЛАГОДАРНОСТИ

Джанет Трэвел, доктор медицины, которая посвятила всю жизнь исследованию и классификации мышечно-фасциальных болевых синдромов, создала реалистичный фундамент, который не покорился столь многим. Ее работа показала вне всяких сомнений, что боль — это результат мышечной дисфункции. Столь многие в медицинском сообществе до последнего времени даже не рассматривали мускулатуру как источник боли и страданий. Благодаря работам Джанет Трэвел — ее систематическим усилиям по идентификации и составлению диаграмм паттернов боли, ассоциированных с мышечными триггерными точками, а также поиску разнообразных средств избавления от них — мы получили фундамент, необходимый для лечения хронической боли, от которой так долго страдали столь многие.

Марк Сим, кандидат наук, стал применять работы доктора Трэвел в области акупунктуры. Понимая ценность акупунктуры как физической методики лечения и избавления от боли, Марк приложил немалые усилия, чтобы вывести акупунктуру на передний план в американском здравоохранении. Благодарим Марка еще и за то, что он сформулировал фразу *«осознанное прикосновение»*, которая так хорошо описывает то, чего мы стремимся добиться в нашей работе.

Арья Нильсен, лицензированный акупунктурист, Стивен Розенблатт, доктор медицины, и Роберт Руффало, доктор хиропрактики, — ваша обратная связь помогла сделать эту книгу полезной для специалистов и по восточной, и по западной медицине.

Благодарим Джейн Уоски, на чьих умелых рисунках растяжения изображены так великолепно, что мы буквально чувствуем и ощущаем растяжение мышц, когда смотрим на них;

Сьюзен Бубенас и сотрудников Polan and Waski, чьи графические навыки помогли создать изображения, так четко показывающие и мышцы, и триггерные точки;

Сьюзен Дэвидсон из Healing Arts Press, которая помогла нам прояснить, упорядочить и развить эту работу. Ее помощь, поддержка, внимательный и критический редакторский взгляд, терпение и приверженность этому проекту были бесценны для нового издания этого справочника.

ВВЕДЕНИЕ

ОБЪЕДИНЕНИЕ УСИЛИЙ

*На пути к междисциплинарному
сотрудничеству*

Борьба с болью и, в первую очередь, лечение мышечно-фасциального болевого синдрома стала той областью охраны здоровья, в которой пересекаются усилия профессионалов самых различных специальностей. Иглотерапевты, хирурги, физиотерапевты, невропатологи, мануальные терапевты, которые совсем недавно не могли найти общий язык, теперь успешно сотрудничают. Причина развития таких междисциплинарных связей заключается в осознании того факта, что мышечно-фасциальный болевой синдром лежит в основе страданий, испытываемых значительной частью пациентов, обращающихся к врачам, и заметно влияет на распределение ресурсов в нашем здравоохранении.

Люди, страдающие мышечно-фасциальным болевым синдромом, ищут помощи у семейных врачей, ортопедов, терапевтов, невропатологов, ревматологов, остеопатов, физиотерапевтов, психиатров и анестезиологов. Стоматологи, особенно специализирующиеся на поражениях нижнечелюстного сустава, регулярно сталкиваются с пациентами, страдающими от мышечно-фасциальных болей. То же относится к иглотерапевтам, хиропрактикам, физиотерапевтам, массажистам и психотерапевтам. Именно поэтому научные конференции по проблемам лечения боли все в большей степени приобретают полипрофессиональный характер.

Вполне возможно, что общие интересы различных специалистов в лечении мышечно-фасциального болевого синдрома приведут к созданию истинной комплементарной медицины. *Комплементарной медициной* мы называем здесь применение методов традиционной медицины в сочетании с методами восточной медицины и других школ оздоровительного воздействия, что позволит выработать оптимальную для пациентов скоординированную стратегию лечения. Такой подход отличается от моделей, принятых в альтернативной медицине, для которых характерны конкурентные взаимоотношения с традиционной медициной, не идущие на пользу пациентам. На данном этапе истории медицины уважительные взаимоотношения специалистов, представляющих различные дисциплины, помогут становлению духа сотрудничества и в конечном итоге принесут облегчение миллионам людей, страдающих от боли.

Эта книга является пособием для любого специалиста, встречающегося в своей практике с синдромом мышечно-фасциальных болей. Ее цель состоит в систематизации безбрежного моря информации, касающейся диагностики и лечения болей мышечно-фасциального происхождения. Многолетний клинический и преподавательский опыт позволяет надеяться, что данное руководство поможет профессионалам, специализирующимся в данной отрасли, своевременно и адекватно диагностировать и эффективно лечить синдром мышечно-фасциальных болей. Авторы предполагают, что читатель имеет представление о миологии, и поэтому не пытаются углубляться в теоретические дискуссии, которые можно встретить в фундаментальных трудах таких авторов, как Дж. Трэвэлл и Д. Симонс или П. Е. Болдри¹. Вместо этого мы предлагаем в дополнение к основным практическим главам настоящего руководства несколько вводных глав с обсуждением тем, которые помогут укрепить связи между профессионалами различных специальностей, практикующими в этой отрасли охраны здоровья.

Мы начинаем нашу книгу с обзорной информации о мышцах и триггерных точках, которая может быть полезна как для специалистов, знакомых с нашей точкой зрения, так и для тех, кто впервые вступает на стезю лечения мышечно-фасциальных болей. Далее мы обсуждаем феноменологию ци — этой расплывчатой концепции «энергии», лежащей в основе всех восточных медицинских практик. Ци здесь рассматривается применительно к синдрому мышечно-фасциальной боли, и, как нам кажется, это понятие может послужить полезной метафорой для всех профессионалов, работающих

¹ Janet Travell, M.D., and David Simons, M.D., *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*, 2 vols. (Baltimore: Williams and Wilkins, 1982–92); Peter E. Baldry, *Acupuncture Trigger Points and Musculoskeletal Pain* (Edinburgh/London: Churchill Livingstone, 1989).

в сфере здоровья человека. Мы надеемся, что заинтересованный подход к концепции ци поможет наладить связи между специалистами восточной и западной медицины, вместо того чтобы затрунить их.

Поскольку мастерство пальпации мышц является решающим для правильной диагностики и эффективного лечения синдрома мышечно-фасциальной боли, один из разделов книги посвящен пальпации. В связи с тем, что лишь небольшая часть специалистов придерживается предлагаемой нами техники, мы описываем основные принципы пальпации в помощь желающим повысить свой профессиональный уровень. Глава, содержащая фундаментальные принципы диагностики и лечения синдрома мышечно-фасциальной боли, поможет профессионалам разных специализаций найти общий язык и, независимо от их предыдущей подготовки, познакомит с используемыми нами приемами лечения. Иглотерапевты, невропатологи и другие специалисты, имеющие разные подходы к проблеме мышечно-фасциальной боли, смогут овладеть нашими методиками, необходимыми для ее диагностики и лечения. Завершает теоретическую часть краткий обзор структуры клинической части настоящего руководства с описанием информации о каждой мышце.

Эта книга написана для профессионалов, ежедневно имеющих дело со страдающими от боли пациентами, и отражает подход к проблеме, который можно назвать прагматическим и направленным на действие. Мы испытывали соблазн дать описание глубинных механизмов возникновения боли с целью распространения научной информации и углубления теоретического понимания проблемы. Однако для практикующего специалиста гораздо важнее понять, что требуется пациенту и какими манипуляциями ему можно помочь. Эта книга, прежде всего, призвана ответить на вопрос «как», а не «почему».

ГЛАВА 1

МЫШЦЫ И ТРИГГЕРНЫЕ ТОЧКИ

Движение относится к основополагающим свойствам живого, и мышцы играют ключевую роль в его осуществлении. Движения, независимо от их амплитуды, являются неотъемлемой функцией организма и определяются сокращением и расслаблением мышц. У человека мышцы составляют от 40 до 50% массы тела. Если рассматривать мускулатуру как единое целое, то она является самым большим из внутренних органов.

Мышечная система имеет три важнейших функции. Первая: поддержание тела и внутренних органов. Вторая: движение тела в целом и его отдельных частей и органов. Многие виды движения основаны на взаимодействии костей, суставов, мышц, сухожилий, связок и фасций. Удержание тела в вертикальном положении, как и разнообразные движения: ходьба, письмо, жевание, дыхание и т. д., — являются результатом соответствующей мышечной активности. Внутреннее органическое движение, являющееся отличительным признаком жизни, тоже зависит от соответствующей мышечной активности: биение сердца и течение крови по артериям; пищеварение, перистальтика и дефекация, мочеиспускание, даже сама возможность дышать. Наконец, мышцы в результате своей деятельности производят тепло, участвуя тем самым в терморегуляции организма, — это третья из основных функций мышечной системы.

Эти функции обеспечиваются тремя типами мышц: скелетными, висцеральными и сердечной мышцей. Каждый из этих типов мышц обладает четырьмя основными свойствами.

1. Возбудимость — способность воспринимать нервный импульс и отвечать на него.
2. Сократимость — способность укорачиваться при получении соответствующего внутреннего или внешнего стимула.
3. Растяжимость — способность удлиняться.
4. Эластичность — способность возвращаться к нормальной форме после сокращения или растяжения.

Объектом данного руководства являются произвольные (т. е. их сокращение подчинено воле) скелетные мышцы. Они делятся на два типа: фазические мышцы и тонические, или постуральные.

Фазическое сокращение мышцы приводит к перемещению структуры, к которой эта мышца прикреплена; фазические мышцы большей частью состоят из т.н. быстрых волокон, способных к быстрому сокращению, и их функцией, соответственно, является выполнение быстрых движений. В них в целом относительно мало кровеносных капилляров, вследствие чего они подвержены сравнительно быстрому утомлению. Фазические мышцы имеют тенденцию к быстрому накоплению молочной кислоты. При мышечных дисфункциях фазические мышцы, как правило, ослабевают.

К фазическим мышцам относятся следующие: торакальная порция мышцы, выпрямляющей позвоночник, ромбовидные мышцы, трапециевидная мышца, брюшная часть большой грудной мышцы, трехглавая мышца плеча, широкие медиальная и латеральная мышцы бедра, большая, средняя и малая ягодичные мышцы, прямая мышца живота, а также наружная и внутренняя косые мышцы живота.

Тонические, или постуральные, мышцы обладают способностью к длительному частичному сокращению. При тоническом сокращении в каждый момент времени лишь часть мышечных волокон напряжена, а остальные расслаблены. Это приводит к некоторому сокращению мышцы, но, поскольку часть волокон расслаблена, перемещения структуры, к которой прикреплена мышца, не происходит.

При тоническом сокращении отдельные мышечные волокна функционируют асинхронно: участки напряжения плавно чередуются с участками расслабления, в результате мышечное напряжение может поддерживаться в течение длительного

времени. В соответствии со своим названием постуральные (обусловленные положением тела, позой) мышцы удерживают тело в вертикальном положении; о них говорят, что они «работают против силы тяжести». Эти мышцы состоят преимущественно из т.н. медленных волокон; они, как правило, обильно снабжены кровеносными капиллярами и потому способны долгое время работать без утомления. Для них характерна низкая скорость накопления молочной кислоты. При мышечных дисфункциях тонические мышцы, как правило, укорачиваются.

К тоническим мышцам относятся следующие: лестничные мышцы, грудинно-ключично-сосцевидная мышца, мышца, поднимающая лопатку, большая грудная мышца, двуглавая мышца плеча, поясничная и шейная порции мышцы, выпрямляющей позвоночник, квадратная мышца поясницы, подвздошно-поясничная, мышцы задней поверхности бедра (двуглавая, полусухожильная, полуперепончатая), напрягатель широкой фасции бедра, длинная, короткая и большая приводящие мышцы бедра, тонкая, гребенчатая, грушевидная, икроножная и камбаловидная мышцы, прямая мышца бедра.

Скелетные мышцы (и фазические, и тонические) легко подвергаются повреждению как из-за избыточных нагрузок, так и вследствие перипетий обыденной жизни. Они нередко становятся источником боли и причиной нарушения различных функций организма, однако эта их роль зачастую специалистами недооценивается.

Чтобы отличить поврежденную мышцу от здоровой, необходимо знать свойства мышцы нормальной. Нормальная здоровая мышечная ткань при пальпации воспринимается мягкой и эластичной. Легко пальпируются через них и подлежащие структуры: кости, суставы, внутренние органы. Консистенция и пластичность нор-

мальных мышц постоянны; они не дают болезненных ощущений при пальпации. Здоровая мышца сокращается в ответ на нервный импульс, а затем возвращается к своим исходным форме и размерам. Отдельные пучки мышечных волокон в норме не пальпируются.

При дисфункции мышца способна сокращаться, но она не возвращается к нормальной форме. Она остается укороченной, что часто приводит к нарушению крово- и лимфотока и ограничению подвижности. Длительное напряжение мышцы может вызывать изменения в мышечной ткани как на уровне отдельных функциональных единиц, так и в пучках мышечных волокон. Эти изменения часто приводят к повышению мышечного тонуса, увеличению сопротивления при пальпации и уменьшению эластичности ткани. Мышца в состоянии напряжения теряет способность к оптимальному выполнению своих функций и не может в полной мере сокращаться и расслабляться.

Участки локального сокращения отдельных пучков мышечных волокон могут быть определены при пальпации. В мышцах могут выявляться участки, напоминающие веревку толщиной от тонкой струны до каната диаметром в несколько сантиметров. (Как правило, сравнительно тонкие «струны» образуются в мелких мышцах, а «канаты» — в более крупных и мощных.) Мышцы со спазмированными участками нередко болезненны даже при мягком нажатии. Пальпация подлежащих структур затруднена, а в случае сильного сокращения мышц невозможна.

У каждого человека в процессе жизнедеятельности появляются уплотненные участки мышц с разной степенью напряжения, это происходит при длительной постоянной нагрузке. Обычно это нагрузки, связанные с положением тела: поднятые плечи, опущенная и напряженная грудная

клетка, горбление спины, чрезмерный прогиб в пояснице. Наличие и локализация спазмированных мышц влияет через физические и эмоциональные факторы на позу человека, его способность к движению и возможность действовать физиологически оптимальным способом. При длительно существующих участках мышечного напряжения могут страдать и другие физиологические параметры, такие как кровоснабжение, лимфоток и иннервация. Таким образом, наше здоровье во многом определяется здоровьем наших мышц.

Одним из факторов, участвующих в развитии болевого синдрома и мышечной дисфункции, является образование в мышцах триггерных точек. Дж. Трэвэлл в энциклопедической работе по терапии триггерных точек определяет их как «гипервозбудимые участки с локальным мышечным напряжением, располагающиеся в скелетных мышцах и/или в ассоциированных с ними фасциях»¹. Мышечно-фасциальные триггерные точки — те, которые находятся в мышцах (обычно скелетных) или мышечных фасциях, — встречаются наиболее часто и характеризуются яркой симптоматикой. Однако триггерные точки могут локализоваться также в связках, подкожных, периостальных и немускульных фасциях. Мышечно-фасциальная триггерная точка — это то место в области локального мышечного напряжения, в котором чувствительность при прикосновении достигает своего максимума. Пациент отмечает в триггерной точке высшую степень чувствительности, а терапевт отмечает там максимальное сопротивление при пальпации (это самое твердое место в области локального мышечного напряжения). Триггерная точка болезненна при надавливании на нее, что, в свою очередь, может быть причиной

¹ Travell and Simons, *Myofascial Pain and Dysfunction*, 1:12.

возникновения иррадиирующих болей и других проявлений, таких как расстройство зрения, покраснение глаз и слезотечение, вестибулярные расстройства, нарушение восприятия пространства, воспаление слизистых оболочек, локальное нарушение кровоснабжения и изменение кожной температуры. Учет подобных взаимосвязей крайне важен для диагностики и лечения многих расстройств здоровья, для которых возможность участия мышечных нарушений в их развитии, как правило, не рассматривается.

Интенсивность, характер и область распространения боли, вызванной наличием в мышце триггерной точки, не зависят от размеров мышцы. Эти характеристики определяются степенью гипервозбудимости триггерной точки: чем она выше, тем выраженнее болевые ощущения.

Пусковым моментом возникновения триггерной точки может стать перенапряжение мышцы или длительная нагрузка, приводящие к образованию участков с повышенной нервной чувствительностью, активизацией клеточного метаболизма и снижением кровоснабжения. С анатомической точки зрения триггерные точки чаще всего образуются там, где физическая активность или поструральный стресс вызывают выраженное механическое напряжение или нарушение кровообращения. Наиболее часто триггерные точки образуются в грудинно-ключично-сосцевидной мышце, верхних пучках трапециевидной мышцы, мышце, поднимающей лопатку, подостной мышце, грудных и поясничных отделах околопозвоночных мышц, квадратной мышце поясницы, средней и малой ягодичных мышцах. Однако следует иметь в виду, что триггерные точки могут локализоваться в любых мышцах тела.

Триггерные точки подразделяются на латентные и активные. Для тех и дру-

гих характерны ригидность пораженной мышцы, ограничение диапазона и интенсивности движений. (Ригидность более заметна после периода бездействия мышцы, мышечная слабость может проявляться безотносительно к нагрузкам.) И активные, и латентные триггерные точки болезненны при пальпации.

Активные триггерные точки отличаются от латентных тем, что продуцируют болевые ощущения, поэтому их клиническая значимость расценивается как более высокая. Болевые ощущения могут иррадиировать от пораженной мышцы в отдаленные области, образуя характерную схему локализации боли — болевой паттерн. Взаимоотношения активных триггерных точек и характерных болевых паттернов были подробно исследованы Дж. Трэвэлл и Д. Симонсом. Если боль или мышечная дисфункция возникают остро, то в таких случаях может быть идентифицирована причина развитая расстройства; в других же случаях боль или дисфункция развиваются постепенно, что характерно для длительной избыточной нагрузки мышцы. Мышечно-фасциальные боли описываются как постоянные, тупые, глубокие и ноющие; редко встречаются боли жгучие, пульсирующие, колющие и сопровождающиеся онемением. Интенсивность боли может варьироваться от слабой до жестокой; она может наблюдаться как в покое, так и при активности мышцы.

Болезненность при пальпации может проявляться в болевом паттерне, хотя без пальпации иррадиирующих болей может не наблюдаться. Эта болезненность проходит при устранении триггерной точки. Боли и болезненность при пальпации часто усиливаются под влиянием следующих факторов: активность пострадавшей мышцы; ее растяжение; надавливание на триггерную точку; длительное укорочение мышцы; сокращение мышцы, повто-

ряющееся в течение длительного времени; холодная или сырая погода, вирусные инфекции; стресс. Симптомы ослабевают после короткого периода легкой активности, сопровождаемой отдыхом, а также после плавного, равномерного пассивного растяжения мышцы, особенно если оно сопровождается наложением влажного теплого компресса.

Латентные триггерные точки встречаются много чаще, чем активные. Как правило, они обнаруживаются в областях мышечного напряжения, когда пациент принимает позу, которую он считает для себя «нормальной». Латентные точки могут становиться активными под действием многих факторов. Прямая активизация триггерной точки может произойти при острой перегрузке мышцы; при хроническом утомлении мышцы, вызванном нагрузкой, или повторяющимися действиями, или ее длительным сокращением; травмой мышцы; ее сжатием или охлаждением. Непрямая активизация может произойти в результате длительного пребывания мышцы в укороченном состоянии, например, при сидении или во сне, или при зажимании телефона между плечом и ухом. Непрямая активизация может быть следствием заболеваний внутренних органов, вирусных инфекций, эмоционального стресса, хронического мышечного напряжения, например, при разрабатывании артритического сустава; причиной может быть и расположение латентной точки в болевом паттерне, продуцированном другой активной триггерной точкой. Станет ли латентная точка активной, в большинстве случаев определяется состоянием мышцы: чем сохраннее мышца, тем ниже ее восприимчивость к активизации триггерной точки. Следует отметить, что хотя активные триггерные точки часто переходят в латентное состояние со значительным снижением симптоматики, их полная ре-

дукция практически невозможна без клинического вмешательства.

Только адекватная техника сфокусированной пальпации позволяет правильно идентифицировать триггерные точки. Во время пальпации следует определить общую упругость мышц для сравнения с областью, в которой подозревается наличие триггерной точки. Пальпацией мы определяем сокращенную мышцу, а затем находим в ней область локального мышечного уплотнения. Продолжая сфокусированную пальпацию, исследуем регион уплотнения и находим самое плотное, крайне чувствительное место. Это и есть триггерная точка. Непосредственное надавливание на точку приводит к феномену, который доктор Дж. Трэвэлл назвала локальным судорожным ответом, — мышца буквально дергается под рукой специалиста, и это иногда можно увидеть (в зависимости от расположения мышцы). Часто такая мышечная реакция подтверждается ощущениями пациента¹. Есть и еще один признак обнаружения триггерной точки: т.н. «скачок пациента» — пациент от резкой боли пытается вскочить или вскрикивает². Боль, испытываемая пациентом, часто бывает гораздо более сильной, чем мог предположить врач, исходя из силы нажатия на мышцу. При увеличении времени воздействия на триггерную точку пациент ощущает все зоны болевого паттерна как единое целое.

Идентифицированную болевую точку необходимо устранить. Это можно выполнить с помощью точечного воздействия или методом ишемической компрессии. В зависимости от специализации врача точечное воздействие может включать в себя собственно акупунктуру или принятое медицинским сообществом применение местной анестезии, или же инъек-

¹ Travell and Simons, *Myofascial Pain and Dysfunction*, 1:16.

² Там же.

ции анальгетиков или физиологического раствора. Ишемическая компрессия предусматривает надавливание на триггерную точку в течение 15–20 секунд, сопровождаемое манипуляциями с близлежащими мышечными тканями для уменьшения локальных мышечных сокращений и расслабления уплотненных участков. Полезным приемом, применяемым после точечного воздействия или ишемической компрессии, часто оказывается наложение холода на пораженную мышцу с одновременным пассивным ее растяжением. Лечение завершается наложением влажного согревающего компресса для улучшения кровообращения в пораженной мышце.

Добившись исчезновения триггерных точек и ассоциированных участков мышечного напряжения, пациента следует обучить выполнению упражнений на растяжку, специфичных для каждой мышцы. Цель выполнения таких упражнений — не допустить повторного мышечного спазма. Растяжка мышцы несколько раз в день, несомненно, является одним из важнейших

компонентов лечения. По завершении лечения, когда становится ясно, что мышца утратила готовность вернуться в сокращенное состояние, в зависимости от степени мышечной слабости пациента следует обучить укрепляющим упражнениям. Их цель — помочь пациенту вернуться к оптимальному уровню физической активности и не допустить снижения функциональных возможностей мышцы.

Необходимо отметить, что состояние мышцы непосредственно зависит от состояния здоровья всего организма. Жизненно важно помочь каждому пациенту достичь оптимального уровня здоровья, составив для него программу, включающую упражнения, укрепляющие как мускулатуру, так и сердечно-сосудистую систему. Отдельная часть не может быть жизнеспособнее, чем целое. Обследование и лечение изолированных мышц или мышечных групп без учета состояния всего организма не принесет желаемого эффекта. Внимание к организму в целом должно стать неотъемлемой частью заботы о каждом пациенте.

ГЛАВА 2

ЦИ, ДВИЖЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

В течение двадцати пяти лет мы занимались акупунктурой и применяли методы восточной мануальной терапии, и хотим представить читателю точку зрения восточной медицины, на диагностику и лечение. В отличие от современной западной медицины восточная медицина развивалась тогда, когда еще не было систематизированных данных об анатомии и физиологии, не были заложены основы анализа глубинных физиологических процессов, лежащих в основе современной диагностики и лечения. В результате была создана сугубо практическая медицина, основанная на тысячелетнем опыте.

Изучение восточной философии привело нас к пониманию того, как метафора использовалась для описания природы мироздания. Многие студенты, изучающие восточную медицину (как на Востоке, так и на Западе), ошибаются, полагая, что ее принципы содержат описание физической картины мира, тогда как это метафоры, используемые для обучения лечебному искусству. Эта книга, опирающаяся на древнейшие корни восточной медицины, описывает то, что мы как практикующие специалисты *непосредственно делаем*, чтобы изменить состояние мышц и фасций для максимального уменьшения или прекращения страданий наших пациентов. Поэтому настоящее руководство построено так, чтобы дать ответы на следующие вопросы: каков наш подход к испытывающему боль пациенту? Что мы хотим найти? Что мы осязаем? Как нам разрубить гордиев узел мышечно-фасциальной боли, от которой страдают наши пациенты, — не исключено, что уже довольно долго? Именно эти вопросы определяют наше отношение к пациентам.

По-видимому, ни одна из областей западной медицины не является настолько близкой к прагматическому подходу восточной медицины, как лечение мышечно-фасциальных болей. Великолепный специалист, доктор Джанет Трэвэлл, для которой изучение мышечно-фасциальных структур и триггерных точек стало делом всей жизни, была всегда настроена на действие. Ее тщательно выполненные записи о паттернах мышечно-фасциальной боли, об ассоциированных болевых зонах, о причинах и поддерживающих факторах обобщают многолетний клинический опыт. Не будучи знакома с восточной медициной, она самостоятельно открыла