

## **Die Selektive und Perkutane Multilevel-Myotenofasciotomie durch Dr. NAZAROV**

Jede physiologische Bewegung bedarf einer uneingeschränkten myofascialen Freiheit, Elastizität und Dehnbarkeit der Muskulatur.

Bewegungen realisieren sich im Verlauf sog. myofascialer Funktionslinien. Die Funktion des Einzelmuskels ist nur im Verbund funktioneller Bewegungsketten realisierbar und sollte niemals isoliert betrachtet werden.

Es werden fünf myofasciale Funktionslinien unterschieden, die miteinander in enger Kommunikation stehen.

Jegliche pathologischen myofascialen Veränderungen aufgrund ungünstiger Stoffwechselverhältnisse, wie sie auch durch die hyper- sowie hypotonen Spannungsabweichungen im Rahmen der Infantilen Zerebralparese (und vieler anderer koordinativer Bewegungsstörungen) bedingt sind, resultieren in der Ausbildung pathologischer myofascialer Retraktionen/Kontrakturen.

Diese limitieren schon ab der frühen Kindheit die kleinen Patienten in ihrer zentral koordinativen muskulären Bewegungsfreiheit und deformieren ihre Körper in wohlbekannter Art und Weise.

Jede Abweichung der Gesamtkörperhaltung sowie ungünstige Ausgangstellungen in den Gelenken von der Norm führen dazu, dass physiologische Bewegung nur erschwert oder in Abweichung oder auch gar nicht initiiert und realisiert werden kann.

Es muss streng zwischen myofascialer Retraktion/Kontraktur und spastischer Hyperaktivität unterschieden werden!

Eine positive zentral-koordinative Entwicklung ist bei harmonischen, möglichst physiologischen myofascialen Spannungsverhältnissen unter therapeutischer und orthetischer Begleitung und Führung leichter erreichbar.

Der Einsatz pathologischer Bewegungsschablonen sowie das Ausmaß spastischer Komponenten sind unter diesen Voraussetzungen in reduzierter Ausprägung beobachtbar.

Minimal invasive Operationstechniken werden seit 150 Jahren in den unterschiedlichsten chirurgischen Disziplinen weltweit angewandt.

Es handelt sich hierbei um international anerkannte Operationstechniken.

In Österreich und Deutschland wird eine „quere Myofasciomyotomie“ in Anlehnung an eine in Deutschland entwickelte Technik angewandt, die nicht mit der selektiven Technik Dr. Nazarovs gleichzusetzen ist.

Die geschlossene selektive Multilevel-Myotenofasciotomie ist ein minimal invasiver Eingriff, bei dem mit einem sehr feinen und spitzen Skalpell ein zarter, stichförmiger Zugang durch die Haut geschaffen wird.

In Folge werden subkutan und selektiv ausschließlich jene oben beschriebenen pathologisch verkürzten Fascienfasern transversal eröffnet, die Bewegungseinschränkungen verursachen. Kleine Kompressionstopfer schützen den Wundbereich für 24 Stunden, danach wird in häuslicher Pflege lediglich mit lokalen Desinfektionsmitteln für vier Tage gepflegt.

Abstrakt: Mag. Marianne López Sánchez

### **3. Symposium Pädiatrie - Komplexe Verbindungen**

06.10.2023 bis 07.10.2023, Graz, Fachliches Netzwerk Pädiatrie- Physio Austria

Postoperativ ist mit einer Annäherung der aktiven und passiven Beweglichkeit sowie der Funktionsentwicklung der Muskulatur an die physiologische Norm zu rechnen.

Gesunde Strukturen des Muskel-Sehnen-Apparates bleiben vollkommen unberührt! Eine postoperative Ruhigstellung ist nicht erforderlich.

Für den Eingriff ist eine Anästhesie in Form einer Vollnarkose (Sedierung ohne Intubation) erforderlich.

In der Regel verbringen die Patienten 24 Stunden in der Klinik. Diese Operation könnte auch im Rahmen eines ambulanten Aufenthalts realisiert werden.

In einem einzigen operativen Vorgang können bis zu 28 Zonen sog. primärer (d.h. zum Zeitpunkt der OP wirksame) myofaszialen Retraktionen behandelt werden.

Sollte eine größere Anzahl dieser primären Retraktionen vorliegen oder werden im Laufe des kindlichen Längenwachstums sog. sekundäre Retraktionen wirksam (die während der ersten Behandlungsphase nicht zu palpieren waren), ist es möglich, in einer zweiten, in seltenen Fällen einer dritten Phase, in Abständen von mindestens (!) acht bis zehn Monaten zu operieren. Die Anzahl der zu behandelnden Zonen und die Häufigkeit der Eingriffe variieren mit den individuellen Merkmalen des Krankheitsverlaufs jedes einzelnen Patienten.

Entscheidend für den positiven Rehabilitationsverlauf ist auch eine qualitativ optimale postoperative therapeutische und orthetische Führung, die allerdings nicht das übliche quantitative Maß übersteigt! Die orthetische Versorgung ist insbesondere zur Lenkung pathologischer Bewegungsmuster erforderlich, insb. bei den sehr jungen Patienten.

Nur in wenigen Ausnahmefällen muss mittels Orthesentherapie einem Längengewinn der Strukturen in Form einer passiven Dehntherapie nachgeholfen werden! In der Regel erreichen die fascialen Strukturen über den Zeitraum von bis zu einem Jahr physiologische Längenverhältnisse.

Die postoperativen Empfehlungen exakt einzuhalten.

Die Annahme, dass durch diese Technik der selektiven und perkutanen Multilevel-Myotenofasciotomie ein Kraftverlust induziert wird, ist nicht korrekt! Ganz im Gegenteil: da durch die myofasciale Liberation des muskulären Funktionsgewebes in der Regel mit einer möglichen muskulären Funktions-, Koordinations- und Kraftverbesserung gerechnet werden könnte.

Die Selektive und Perkutane Multilevel-Myotenofasciotomie stellt eine sensationelle Chance für die Neurorehabilitation dar.

Mag. Marianne López Sánchez, [marianne@praxislopez.at](mailto:marianne@praxislopez.at), +436644507030