

# Osteopathic Techniques

## The Learner's Guide

### **Sharon Gustowski, DO, MPH**

Chair and Associate Professor

Department of Osteopathic Principles, Practices, and Integration

University of the Incarnate Word School of Osteopathic Medicine

San Antonio, Texas

### **Maria Budner-Gentry, DO**

Osteopathy Matters PLLC

Ithaca, New York

### **Ryan Seals, DO**

Assistant Professor

OMM Department

Texas College of Osteopathic Medicine

University of North Texas Health Science Center

Fort Worth, Texas

Illustrations by

**Markus Voll**

**Karl Wesker**

153 illustrations

Thieme

New York • Stuttgart • Delhi • Rio de Janeiro

# Остеопатические техники

## Практическое руководство

**Шэрон Густовски  
Мария Баднер-Джентри  
Райан Силс**

*Перевод с английского  
под редакцией С.В.Новосельцева*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2020

УДК 615.828  
ББК 53.54  
Г96

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Книга печатается в авторской редакции.*

*Перевод с английского: А.О.Дяченко*

**Густовски, Шэрон.**

Г96

Остеопатические техники: практическое руководство / Шэрон Густовски, Мария Баднер-Джентри, Райан Силс ; пер. с англ. ; под ред. С.В.Новосельцева. – Москва: МЕДпресс-информ, 2020. – 368 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-779-3

Книга содержит сведения, выходящие за рамки только лишь обучения принципам и практике остеопатии и остеопатической манипуляционной медицины. В нее также входит информация о правилах обучения и об основных этапах, указывающих на развитие навыков от новичка до эксперта. Кроме того, издание содержит вопросы для самоконтроля, которые приведены в конце каждой главы. Это поможет читателю проверить свои знания. При помощи QR-кодов можно перейти на сайт издателя оригинала книги и ознакомиться с видеoinструкцией согласно тематике разделов.

УДК 615.828  
ББК 53.54

ISBN 978-1-62623-425-3

© 2017 of the original English language edition by Thieme Medical Publishers, Inc. Original title: "Osteopathic Techniques. The Learner's Guide", 1<sup>st</sup> edition, by Sharon Gustowski, Maria Budner-Gentry, Ryan Seals.

ISBN 978-5-00030-779-3

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2020

---

## Содержание

Сокращения	11
Общепринятые аббревиатуры для обозначения соматической дисфункции	11
Об авторах	12
Вступительное слово	14
Предисловие	16
Благодарности	17
1. Принципы остеопатии и обучение методам остеопатической манипуляционной терапии	19
2. Обзор остеопатической манипуляционной терапии	37
3. Скрининговые исследования в остеопатии	49
4. Диагностика соматической дисфункции	61
5. Мягкотканые техники	133
6. Техники миофасциального релиза	152
7. Лимфатические техники	178
8. Непрямые техники	193
9. Артикуляционные техники	216
10. Техники преодоления барьера	235
11. Мышечно-энергетические техники	247
12. Высокоскоростные низкоамплитудные толчковые техники	277
13. Техники остеопатической краниальной манипуляционной медицины	299
14. Висцеральные техники	318
15. Техники противонатяжения	340

## Список сопровождающих видео\*

Видео 2.1	Подъем пациента с кушетки . . . . .	44
Видео 3.1	Полное ИОПС – с комментариями . . . . .	55
Видео 3.2	Полное ИССДС – с комментариями . . . . .	56
Видео 4.1	Послойная пальпация тканей – с комментариями . . . . .	67
Видео 4.2	Исследование по выявлению соматической дисфункции ВНЧС . . . . .	70
Видео 4.3	Исследование по выявлению соматической дисфункции АЗС, АОС, суставов С <sub>2</sub> –С <sub>7</sub> . . . . .	75
Видео 4.4	Исследование по выявлению соматической дисфункции в грудном и поясничном отделах позвоночника, Th <sub>1</sub> –L <sub>5</sub> . . . . .	80
Видео 4.5	Исследование по выявлению соматической дисфункции I ребра . . . . .	85
Видео 4.6	Исследование по выявлению соматической дисфункции II–XII ребер . . . . .	87
Видео 4.7	Тест сгибания в положении стоя . . . . .	94
Видео 4.8	Исследование по выявлению соматической дисфункции в костях таза и лобковом сочленении . . . . .	96
Видео 4.9	Тест сгибания в положении сидя . . . . .	100
Видео 4.10	Обратное разгибание в пояснично-крестцовом отделе/тест сфинкса . . . . .	101
Видео 4.11	Пояснично-крестцовый тест пружинения . . . . .	102
Видео 4.12	Исследование по выявлению соматической дисфункции крестца . . . . .	103
Видео 4.13	Исследование по выявлению соматической дисфункции ключиц . . . . .	105
Видео 4.14	Исследование по выявлению соматической дисфункции плечевого сустава . . . . .	108
Видео 4.15	Исследование по выявлению соматической дисфункции лучелоктевого сустава . . . . .	111
Видео 4.16	Исследование по выявлению соматической дисфункции запястья . . . . .	114
Видео 4.17	Исследование по выявлению соматической дисфункции тазобедренного сустава . . . . .	116
Видео 4.18	Исследование по выявлению соматической дисфункции большеберцово-бедренного сустава . . . . .	119
Видео 4.19	Исследование по выявлению соматической дисфункции проксимального большеберцово-малоберцового сустава . . . . .	121
Видео 4.20	Исследование по выявлению соматической дисфункции таранно-большеберцового сустава . . . . .	123
Видео 4.21	Исследование по выявлению соматической дисфункции кубовидной и ладьевидной костей . . . . .	125
Видео 4.22	Исследование по выявлению соматической дисфункции торакоабдоминальной диафрагмы . . . . .	127
Видео 5.1a	Голова/шейный отдел позвоночника, ингибирующее давление, – видео в реальном времени . . . . .	136
Видео 5.1b	Голова/шейный отдел позвоночника, ингибирующее давление, – с комментариями . . . . .	136
Видео 5.2a	Шейный отдел позвоночника, продольное растяжение, – видео в реальном времени . . . . .	138
Видео 5.2b	Шейный отдел позвоночника, продольное растяжение, – с комментариями . . . . .	138
Видео 5.3	Грудной и поясничные отделы позвоночника, ингибирующее давление, – с комментариями . . . . .	140

\* Ознакомиться с видеопроцедурой можно, отсканировав уникальный QR-код, указанный под каждым видео, при помощи мобильного приложения (для Android) или камеры (для IOS).

Видео 5.4a	Грудной и поясничный отделы позвоночника, продольное растяжение, – видео в реальном времени. . . . .	141
Видео 5.4b	Грудной и поясничный отделы позвоночника, продольное растяжение, – с комментариями . . . . .	141
Видео 5.5a	Грудной и поясничный отделы позвоночника, поперечное растяжение, – видео в реальном времени. . . . .	143
Видео 5.5b	Грудной и поясничный отделы позвоночника, поперечное растяжение, – с комментариями . . . . .	143
Видео 5.6a	Верхняя часть грудного отдела позвоночника/лопатки, продольное и поперечное растяжение, – видео в реальном времени. . . . .	145
Видео 5.6b	Верхняя часть грудного отдела позвоночника/лопатки, продольное и поперечное растяжение, – с комментариями . . . . .	145
Видео 5.7a	Поясничный отдел позвоночника, поперечное растяжение с использованием бедра в качестве рычага, – видео в реальном времени . . . . .	147
Видео 5.7b	Поясничный отдел позвоночника, поперечное растяжение с использованием бедра в качестве рычага, – с комментариями . . . . .	147
Видео 6.1	Шея, фасция поднижнечелюстной области, – с комментариями . . . . .	156
Видео 6.2	Фасции верхней части грудного отдела позвоночника и грудины – с комментариями. . . . .	158
Видео 6.3	Грудной отдел позвоночника, верхняя апертура грудной клетки, – с комментариями. . . . .	160
Видео 6.4	Живот, передняя часть ТАД, – с комментариями . . . . .	162
Видео 6.5	Живот, половина торакоабдоминальной диафрагмы, – с комментариями. . . . .	163
Видео 6.6	Живот, белая линия, – с комментариями . . . . .	166
Видео 6.7	Грудной/поясничные отделы позвоночника, ТАД, – с комментариями . . . . .	167
Видео 6.8	Таз, фасция газовой диафрагмы, – с комментариями . . . . .	169
Видео 6.9	Верхняя конечность, грудная фасция, – с комментариями. . . . .	170
Видео 6.10	Верхняя конечность, удерживатель сухожилий сгибателей, – с комментариями. . . . .	171
Видео 6.11	Нижняя конечность, подколенная ямка, – с комментариями . . . . .	173
Видео 6.12	Нижняя конечность, подошвенная фасция, – с комментариями . . . . .	174
Видео 7.1a	Голова, помпа евстахиевой трубы, – видео в реальном времени . . . . .	182
Видео 7.1b	Голова, помпа евстахиевой трубы, – с комментариями . . . . .	182
Видео 7.2	Шея, переднее шейное поглаживание, – с комментариями . . . . .	184
Видео 7.3	Грудная клетка, грудная помпа, – с комментариями . . . . .	185
Видео 7.4	Модифицированная грудная помпа – с комментариями. . . . .	186
Видео 7.5	Живот, брыжеечная помпа, – с комментариями. . . . .	187
Видео 7.6	Ножная помпа – с комментариями . . . . .	189
Видео 8.1	Шейный отдел позвоночника/верхняя часть грудного отдела позвоночника, C <sub>2</sub> –Th <sub>5</sub> , – с комментариями . . . . .	198
Видео 8.2	Грудная клетка, II–X ребра, – с комментариями . . . . .	199
Видео 8.3	Грудная клетка, XI, XII ребра, – с комментариями . . . . .	201
Видео 8.4	Таз, тазовая кость, – с комментариями . . . . .	202
Видео 8.5	Крестец – с комментариями. . . . .	203
Видео 8.6	Верхняя конечность, ключица, – с комментариями. . . . .	206
Видео 8.7	Верхняя конечность: несколько суставов и межкостная мембрана, – с комментариями. . . . .	207
Видео 8.8	Нижняя конечность, большеберцово-бедренный сустав, – с комментариями. . . . .	209

Видео 8.9	Нижняя конечность, малоберцовая кость и межкостная мембрана, – с комментариями . . . . .	210
Видео 8.10	Нижняя конечность, пяточно-кубовидная связка, – с комментариями . . . . .	212
Видео 9.1a	Шейный отдел позвоночника, $C_2-C_7$ , – видео в реальном времени . . . . .	220
Видео 9.1b	Шейный отдел позвоночника, $C_2-C_7$ , – с комментариями . . . . .	220
Видео 9.2a	Грудная клетка, I ребро, – видео в реальном времени . . . . .	222
Видео 9.2b	Грудная клетка, I ребро, – с комментариями . . . . .	222
Видео 9.3	Грудная клетка, II–XII ребра, – с комментариями . . . . .	224
Видео 9.4a	Таз, тазовая кость, – видео в реальном времени . . . . .	225
Видео 9.4b	Таз, тазовая кость, – с комментариями . . . . .	225
Видео 9.5a	Крестец – видео в реальном времени . . . . .	227
Видео 9.5b	Крестец – с комментариями . . . . .	227
Видео 9.6a	Верхняя конечность, плечевой сустав, – видео в реальном времени . . . . .	229
Видео 9.6b	Верхняя конечность, плечевой сустав, – с комментариями . . . . .	229
Видео 9.7a	Верхняя конечность, лучезапястный сустав, – видео в реальном времени . . . . .	231
Видео 9.7b	Верхняя конечность, лучезапястный сустав, – с комментариями . . . . .	231
Видео 10.1	Голова, АЗС, – с комментариями . . . . .	240
Видео 10.2	Грудной отдел позвоночника . . . . .	241
Видео 10.3	Таз, тазовая кость, – с комментариями . . . . .	243
Видео 10.4	Крестец – с комментариями . . . . .	245
Видео 11.1a	Голова, АЗС, – видео в реальном времени . . . . .	252
Видео 11.1b	Голова, АЗС, – с комментариями . . . . .	252
Видео 11.2a	Грудной отдел позвоночника, $Th_3, ES_RR_R$ , – видео в реальном времени . . . . .	254
Видео 11.2b	Грудной отдел позвоночника, $Th_3, ES_RR_R$ , – с комментариями . . . . .	254
Видео 11.2c	Грудной отдел позвоночника, $Th_3, NS_LR_R$ , – видео в реальном времени . . . . .	255
Видео 11.2d	Грудной отдел позвоночника, $Th_3, FS_RR_R$ , – видео в реальном времени . . . . .	255
Видео 11.3a	Грудной и поясничные отделы позвоночника, $L_1, ES_RR_R$ , – видео в реальном времени . . . . .	256
Видео 11.3b	Грудной и поясничные отделы позвоночника, $L_1, ER_RS_R$ , – с комментариями . . . . .	256
Видео 11.3c	Грудной и поясничные отделы позвоночника, $L_1, NS_RR_L$ , – видео в реальном времени . . . . .	258
Видео 11.4a	Грудная клетка, I ребро, – видео в реальном времени . . . . .	259
Видео 11.4b	Грудная клетка, I ребро, – с комментариями . . . . .	259
Видео 11.5a	Таз, левая тазовая кость, поворот кпереди, – видео в реальном времени . . . . .	261
Видео 11.5b	Таз, левая тазовая кость, поворот кпереди, – с комментариями . . . . .	261
Видео 11.6a	Таз, поворот левой тазовой кости кзади, – видео в реальном времени . . . . .	261
Видео 11.6b	Таз, поворот левой тазовой кости кзади, – с комментариями . . . . .	261
Видео 11.7a	Таз, сдвиг лобковой кости, – видео в реальном времени . . . . .	264
Видео 11.7b	Таз, сдвиг лобковой кости, – с комментариями . . . . .	265
Видео 11.8a	Верхняя конечность, смещение головки лучевой кости левой руки кпереди, – видео в реальном времени . . . . .	267
Видео 11.8b	Верхняя конечность, смещение головки лучевой кости левой руки кпереди, – с комментариями . . . . .	267
Видео 11.9a	Верхняя конечность, смещение головки лучевой кости левой руки кзади, – видео в реальном времени . . . . .	268
Видео 11.9b	Верхняя конечность, смещение головки лучевой кости левой руки кзади, – с комментариями . . . . .	268

Видео 11.10a	Нижняя конечность, задняя группа мышц бедра, – видео в реальном времени . . . . .	269
Видео 11.10b	Нижняя конечность, задняя группа мышц бедра, – с комментариями	270
Видео 11.11a	Нижняя конечность, смещение головки малоберцовой кости правой ноги кпереди, – видео в реальном времени . . . . .	271
Видео 11.11b	Нижняя конечность, смещение головки малоберцовой кости правой ноги кпереди, – с комментариями . . . . .	273
Видео 11.12a	Нижняя конечность, смещение головки малоберцовой кости правой ноги кзади, – видео в реальном времени . . . . .	273
Видео 11.12b	Нижняя конечность, смещение головки малоберцовой кости правой ноги кзади, – с комментариями . . . . .	273
Видео 12.1a	Шейный отдел позвоночника, АОС, – видео в реальном времени . . . .	282
Видео 12.1b	Шейный отдел позвоночника, АОС, – с комментариями . . . . .	282
Видео 12.2a	Шейный отдел позвоночника, C <sub>3</sub> , FR <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	283
Видео 12.2b	Шейный отдел позвоночника, C <sub>3</sub> , R <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – с комментариями . . . . .	283
Видео 12.3	Шейный отдел, C <sub>3</sub> , ER <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	284
Видео 12.4a	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>9</sub> , пациент лежит на животе, FR <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	285
Видео 12.4b	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>9</sub> , пациент лежит на животе, FR <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – с комментариями . . . . .	285
Видео 12.5	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>9</sub> , положение пациента лежа на животе, NS <sub>R</sub> R <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	286
Видео 12.6a	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>6</sub> , положение пациента лежа на спине, NS <sub>R</sub> R <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	288
Видео 12.6b	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>6</sub> , положение пациента лежа на спине, NS <sub>R</sub> R <sub>L</sub> , – с комментариями . . . . .	288
Видео 12.7	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>6</sub> , положение пациента лежа на спине, FR <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	288
Видео 12.8	Грудной отдел позвоночника, Th <sub>6</sub> , положение пациента лежа на спине, ER <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	288
Видео 12.9a	Грудная клетка, II–X ребра, – видео в реальном времени . . . . .	290
Видео 12.9b	Грудная клетка, II–X ребра, – с комментариями . . . . .	290
Видео 12.10a	Поясничный отдел позвоночника, L <sub>3</sub> , NS <sub>R</sub> R <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	292
Видео 12.10b	Поясничный отдел позвоночника, L <sub>3</sub> , NS <sub>R</sub> R <sub>L</sub> , – с комментариями . . . .	292
Видео 12.11	Поясничный отдел позвоночника, L <sub>3</sub> , FR <sub>L</sub> S <sub>L</sub> , – видео в реальном времени . . . . .	292
Видео 12.12a	Нижняя конечность, таранно-большеберцовый сустав, – видео в реальном времени . . . . .	294
Видео 12.12b	Нижняя конечность, таранно-большеберцовый сустав, – с комментариями . . . . .	294
Видео 13.1	Декомпрессия АЗС – с комментариями . . . . .	305
Видео 13.2	Декомпрессия пояснично-крестцового сочленения – с комментариями	306
Видео 13.3	Высвобождение теменных костей – с комментариями . . . . .	309
Видео 13.4	Высвобождение лобных костей – с комментариями . . . . .	311
Видео 13.5	Дренажирование венозных синусов – с комментариями . . . . .	312
Видео 13.6	Компрессия IV желудочка – с комментариями . . . . .	315
Видео 14.1	Живот, гастроэзофагеальное соединение, – с комментариями . . . . .	323
Видео 14.2	Живот, печень, – с комментариями . . . . .	324
Видео 14.3	Живот, брыжейка, – с комментариями . . . . .	326
Видео 14.4	Живот, толстый кишечник, – с комментариями . . . . .	328



Видео 14.5	Живот, ганглий, ингибирующее давление, – с комментариями . . . . .	331
Видео 14.6	Техника нейролимфатического рефлекса – с комментариями . . . . .	332
Видео 15.1	Голова, БТ в левой медиальной крыловидной мышце . . . . .	346
Видео 15.2	Шейный отдел позвоночника, БТ в ПШ 1 слева . . . . .	347
Видео 15.3	Шейный отдел позвоночника, БТ в ПШ 3 слева . . . . .	348
Видео 15.4	Шейный отдел позвоночника, БТ в ЗШ 1 слева . . . . .	350
Видео 15.5	Шейный отдел позвоночника, БТ в ЗШ 5 слева . . . . .	350
Видео 15.6	Верхняя конечность, БТ в левой мышце, поднимающей лопатку . . . . .	351
Видео 15.7	Верхняя конечность, БТ в левой надостной мышце . . . . .	351
Видео 15.8	Верхняя конечность, БТ в левой подостной мышце . . . . .	351
Видео 15.9	Верхняя конечность, БТ в левой малой грудной мышце . . . . .	353
Видео 15.10	Верхняя конечность, БТ в сухожилии левой двуглавой мышцы . . . . .	354
Видео 15.11	Верхняя конечность, БТ в левой подлопаточной мышце . . . . .	354
Видео 15.12	Верхняя конечность, БТ в круглом пронаторе левой руки . . . . .	355
Видео 15.13	Верхняя конечность, БТ в супинаторе левой руки . . . . .	355
Видео 15.14	БТ в пояснице/тазу, правой поясничной мышце . . . . .	357
Видео 15.15	Нижняя конечность, БТ в правой грушевидной мышце . . . . .	359
Видео 15.16	Нижняя конечность, БТ в правой средней ягодичной мышце . . . . .	359
Видео 15.17	Нижняя конечность, БТ в подколенной мышце правой ноги . . . . .	361
Видео 15.18	Нижняя конечность, БТ в длинной малоберцовой мышце правой ноги . . . . .	362

## Сокращения

<b>DO</b>	доктор остеопатии
<b>TART</b>	Tissue texture changes (изменения структуры тканей), Asymmetry (асимметрия), Restriction of motion (ограничение движений), Tenderness (болезненность)
<b>AЗС</b>	атлантозатылочный сустав
<b>АОС</b>	атлантоосевой сустав
<b>БТ</b>	болевая точка
<b>ВНЧС</b>	височно-нижнечелюстной сустав
<b>ЗШ</b>	задняя часть шеи (задняя шейная)
<b>ИОПС</b>	исследования осанки в положении стоя
<b>ИССДС</b>	исследование сердечно-сосудистой и дыхательной систем
<b>ИСТ</b>	изменения структуры тканей
<b>МФР</b>	миофасциальный релиз
<b>НЛУ</b>	нижнелатеральный угол
<b>ОКММ</b>	остеопатическая краниальная манипуляционная медицина
<b>ОММ</b>	остеопатическая манипуляционная медицина
<b>ОМТ</b>	остеопатическая манипуляционная терапия
<b>ПШ</b>	передняя часть шеи (передняя шейная)
<b>ТАД</b>	торакоабдоминальная диафрагма

## Общепринятые аббревиатуры для обозначения соматической дисфункции

**E** – разгибание

**F** – сгибание

**L** – левый

**N** – нейтральное положение

**R** – правый

**R<sub>L</sub>** – поворот влево

**R<sub>R</sub>** – поворот вправо

**R<sub>X</sub>** – поворот в сторону X

**R<sub>Y</sub>** – поворот в сторону Y

**S<sub>L</sub>** – наклон влево

**S<sub>R</sub>** – наклон вправо

**S<sub>X</sub>** – наклон в сторону X

**S<sub>Y</sub>** – наклон в сторону Y

## Об авторах



**Sharon Gustowski – доктор остеопатии (DO), магистр здравоохранения.** В 2001 г. окончила Техасский колледж остеопатической медицины при научном центре здоровья университета Северного Техаса (UNTHSC-TCOM) и факультет общественного здравоохранения. Прошла обучение по типу традиционной чередующейся интернатуры в медицинском центре Bay Area Corpus Christi и ординатуру в UNTHSC-TCOM, в Центре нейроскелетно-мышечной патологии и остеопатической манипуляционной медицины, в котором составителем плана обучения был Jerry Dickey, DO, член Американской академии остеопатов. Свою карьеру в области классической медицины Sharon Gustowski начала сразу после ординатуры в качестве учредителя колледжа остеопатической медицины

в Университете Невады Тоуро. Спустя 7 лет, проведенных в Неваде, где Dr. Gustowski была руководителем двух курсов остеопатической манипуляционной медицины в UNTHSC-TCOM, вернулась в Техас. В 2014 г. в своем родном городе – Сан-Антонио, штат Техас, заняла должность заведующей кафедрой принципов, практики и интеграции остеопатии в школе остеопатии Университета «Воплощение слова». Упор в преподавании остеопатии Dr. Gustowski делает на изучении истории этой специальности и интеграции остеопатических манипуляционных техник в клиническую практику. Кроме того, активно участвует в работе государственных и национальных организаций остеопатии. Особый интерес Sharon Gustowski проявляет к оказанию остеопатической помощи детям и их семьям.



**Maria Budner-Gentry, DO.** В 1999 г. окончила Колледж остеопатической медицины Университета Кирксвилла им. А.Т.Стилл. По завершении интернатуры в Клинике остеопатии Riverside (Трентон, штат Мичиган) и в Больнице Генри Форда (Детройт, штат Мичиган) прошла полноценную ординатуру по специальности «семейная медицина» в медицинском центре Bay Area Corpus Christi в Корпус-Кристи (штат Техас). Во время прохождения ординатуры особый упор в своей деятельности делала на остеопатическую манипуляционную медицину под руководством Ronald Bowen, DO. Dr. M. Budner-Gentry вела практику в области семейной медицины/osteопатической манипуляционной медицины и экстренной медицины в Аризоне, прежде чем обосноваться в Итаке, штат

Нью-Йорк. Там у нее была практика в области остеопатической манипуляционной медицины, причем работала она с пациентами любого возраста – начиная от периода новорожденности и до глубокой старости. Сферой особого интереса Dr. M. Budner-Gentry являются травмы, а также ранний уход за младенцами и роженицами.



**Ryan Seals, DO.** В 2008 г. окончил колледж остеопатической медицины Государственного университетского центра медицинских наук Оклахомы. Прошел обучение в ординатуре по совмещенной специальности – «семейная медицина и нейроскелетно-мышечная патология» в Восточной больнице Флориды в Орlando (штат Флорида). По окончании ординатуры работал в Техасском колледже остеопатической медицины при Научном центре здоровья университета Северного Техаса, где в настоящее время является заведующим учебной частью 2-го года обучения по вопросам остеопатической манипуляционной медицины. В своей работе применяет остеопатические методы для лечения широкого круга состояний, одновременно обучая студентов и ординаторов на различных уровнях подготовки.

## Вступительное слово

По мере непрерывного развития остеопатии во всем мире все более актуальной становится подготовка профессиональной литературы по этой специальности для обучения начинающих специалистов всех уровней. Книга Dr. Sharon Gustowski «*Остеопатические техники: руководство для учащихся*» направлена на обучение студентов в области истории остеопатии, принципов и практики остеопатических манипуляционных техник. Данная книга удобна для прочтения, написана простым и понятным языком и, кроме того, включает онлайн-доступ к видеозаписям техник, которые помогут учащимся получить дополнительные знания о принципах и практике остеопатии (ППО) и остеопатической манипуляционной медицины (ОММ).

Учащиеся курса остеопатии перед началом клинической практики должны активно развивать свои знания и навыки в области ППО и ОММ. Содержа всю необходимую информацию, книга Dr. Gustowski может использоваться в качестве учебного пособия. На международном уровне ППО и ОММ определены Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как сферы знаний, используемые для оценки качества обучения по специальности «osteopatia». Эти разделы включают знания и навыки в таких областях, как история остеопатии, философия, фундаментальная наука, физикальные методы исследования и остеопатические манипуляционные техники. В Соединенных Штатах Америки ППО и ОММ определены Американской ассоциацией колледжей остеопатической медицины (AACOM) в публикации «*Основные сферы знаний в остеопатии для учащихся медицинских учебных заведений*» как сферы знаний, которые должны быть освоены в ходе обучения перед защитой дипломной работы. Они включают вопросы комплексной диагностики и лечения пациентов с учетом их духовного, психического и физического благополучия, понимания строения организма, функций и физиологических механизмов в контексте здоровья и болезни, смежных

принципов остеопатии для пациента и медицинских специалистов, а также мануальные навыки в диагностике соматических расстройств и остеопатической манипуляционной терапии (ОМТ). В рамках прохождения процесса лицензирования в США Национальным советом медицинских экзаменаторов в области остеопатии (NBOME) проводится оценка знаний по разделам ППО и ОММ согласно опубликованному им руководству под названием «*Основные медицинские разделы изучения остеопатии: руководство по медицинскому лицензированию в остеопатии и практике остеопатической медицины*». Каждый врач-osteopat, начинающий собственную клиническую практику, в ходе прохождения экзаменационных циклов при лицензировании по программе COMLEX-USA должен продемонстрировать хотя бы минимальный уровень знаний и навыков по таким разделам, как ППО и ОММ. Таким образом, все формальное образование в области остеопатии должно включать обучение по этим разделам с дальнейшим проведением оценки. А в приобретении этих знаний и навыков учащимся на курсе остеопатии может помочь книга, которую вы держите в руках.

Книга Dr. Gustowski содержит сведения, выходящие за рамки только лишь обучения ППО и ОММ. В нее также входит информация о правилах обучения и об основных этапах, указывающих на развитие навыков от новичка до эксперта. Эта информация внесена в документ «*Основные положения изучения остеопатии*», выпущенный Аккредитационным советом по последипломному медицинскому образованию (ACGME) по вновь установленным «Требованиям к изучению остеопатии» для программ ординатуры. Книга также включает вопросы для самоконтроля, которые приведены в конце каждой главы. Это поможет учащемуся проверить свои знания. Благодаря обширной информации по таким разделам, как история остеопатии, философия, диагностика соматических дисфункций в пределах всех десяти областей тела и не-

обходимые методы остеопатии для лечения, выбранные на основе документов, регламентирующих выбор сферы знаний и опубликованных AACOM, NBOME, ACGME и ВОЗ, этот учебник будет полезен для подготовки будущих специалистов-osteопатов по всему миру.

### Ссылки на источники литературы

- American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM). Osteopathic Core Competencies for Medical Students. August 2012 (<https://www.aacom.org/docs/default-source/core-competencies/corecompetencyreport2012.pdf?sfvrsn=4>)
- American Council for Graduate Medical Education. Osteopathic Recognition Requirements. July 2015 ([http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/Osteopathic\\_Recognition\\_Requirements.pdf](http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/Osteopathic_Recognition_Requirements.pdf))
- American Council for Graduate Medical Education. The Osteopathic Recognition milestone Project. December 2015 (<http://www.acgme.org/Portals/0/>

PDFs/Milestones/OsteopathicRecognitionMilestones.pdf)

- National Board of Osteopathic Medical Examiners. Fundamental Osteopathic Medical Competency Domains: Guidelines for Osteopathic Medical Licensure and the Practice of Osteopathic Medicine. September 2016 (<https://www.nbome.org/docs/Flipbooks/FOMCD/index.html#p=1>)
- World Health Organization. Benchmark for Training in Osteopathy. 2010 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf>)

*Karen T. Snider, DO,  
член Американской академии остеопатов,  
профессор,  
Центр нейроскелетно-мышечной  
патологии и остеопатической  
манипуляционной медицины,  
заместитель декана по принципам  
osteопатии и их внедрению в практику  
Колледжа остеопатической медицины  
Университета Кирксвилла им. А.Т.Стил,  
Кирксвилл, штат Миссури*

---

## Предисловие

В ходе изучения, применения на практике, а затем и преподавания остеопатических техник я постепенно начала понимать, что ни я, ни мои ученики, как правило, не сможем повторить все этапы лечения в том виде, в каком они представлены в учебниках. Я осознала, что многие этапы нуждаются в коррективах. Это позволило бы не только улучшить мои навыки и навыки моих студентов, но и адаптировать их для каждого конкретного случая и оптимизировать процесс лечения. Как ни крути, но мои руки и руки моих студентов или руки авторов техник различаются между собой так же, как и тела всех пациентов.

Тем не менее модифицировать методики не всегда легко, особенно когда стоит задача обучения большого числа студентов. Как правило, техники описываются в упорядоченном по времени виде, часто без акцента на принципах метода или достаточного количества необходимой информации. Вместе со своими коллегами из Колледжа остеопатической медицины в Университете Невады Тоуро я приступила к разработке основных принципов, взяв за основу то, в каком виде каждый стиль техники должен быть в конечном счете. Уже после этого планировалось связать этапы техники с принципами. Так я бы могла определить, какие этапы

вариабельны, а какие крайне важны. Кроме того, это позволило бы мне разработать универсальные критерии для оценки навыков учащихся. В данном руководстве отображено то, как я добивалась своей цели. Оно является своего рода кульминацией моей работы.

Двое моих коллег, занимающихся остеопатией, любезно предложили мне свою помощь в начале работы. Мне сложно сказать, каковы были их мотивы, но я бесконечно благодарна за те многие часы работы и идеи, которые дали этому проекту толчок и позволили завершить его чуть более чем за 1 год.

Я надеюсь, что все врачи, занимающиеся остеопатической манипуляционной терапией, делают это в соответствии со своими уникальными талантами и в согласии с телом, умом и духом пациента. Каждая встреча с пациентом – это новое открытие в таинстве исцеления и заботы о человеке. В некотором роде это эксперимент, открыто проводимый врачом на единственном пациенте. По моему убеждению, данное руководство может стать одним из помощников в качественном выполнении этого благородного эксперимента.

*Sharon Gustowski, DO,  
магистр здравоохранения*



# Принципы остеопатии и обучение методам остеопатической манипуляционной терапии

Краткая история развития остеопатических техник . . . . .	19
Философия остеопатии, остеопатическая манипуляционная терапия и уход за пациентами . . . . .	21
Стратегии преподавания навыков остеопатической манипуляционной терапии . . . . .	25
Стратегии оценки знаний и навыков в области остеопатической манипуляционной терапии . . . . .	27
Резюме главы . . . . .	35
Контрольные вопросы . . . . .	35

## ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ

1. Вкратце изучить основные этапы развития остеопатических техник.
2. Выделить ключевые фигуры в ОММ.
3. Вспомнить основные постулаты остеопатической медицины и связать их с базовым уходом за пациентом.
4. Определить общие показания к применению ОМТ.
5. Сравнить и сопоставить использование ОМТ в качестве основного и вспомогательного средства лечения.
6. Добиваться четкого взаимопонимания с пациентом.
7. Рассказать о наиболее частых эффектах, возникающих у пациентов после проведения ОМТ.
8. Подчеркнуть различия между новичками и экспертами, касающиеся клинических (психомоторных) навыков.
9. Сформировать стратегии изучения остеопатических манипуляционных техник и применения их на практике.

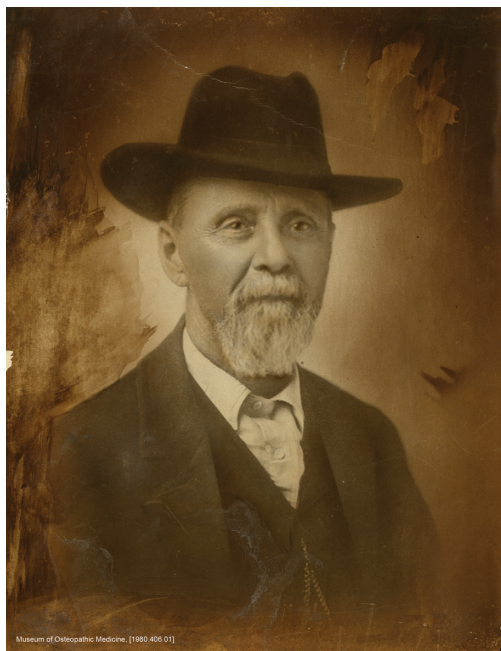
## Краткая история развития остеопатических техник

*Мы хотим (и должны стремиться к этому), чтобы все остеопаты, которые, встретившись в своей практике с пневмонией, диареей, скарлатиной или дифтерией, точно знали локализацию и причину проблемы, а также то, как с ней справиться. Остеопат не должен стремиться работать только с крупными костями и мышцами. Его задача еще и в том, чтобы уметь пользоваться самыми тонкими,*

*ювелирными инструментами, возвращая на место смещенные и разболтанные кости, нервы, мышцы, и устранять любые препятствия, восстанавливая таким образом способность к движениям, необходимым для нормального существования тела. Делать это и означает «быть остеопатом».<sup>1</sup>*

Остеопатическая медицина была и по сей день остается в значительной степени скорее философией, визитной карточкой которой являются остеопатические манипуляционные техники. В 1892 г. Andrew





**Рис. 1.1** Andrew Taylor Still, создатель остеопатии. Музей остеопатической медицины SM, Кирксвилл, Миссури [1980.406.01], ок. 1905 г.

Taylor Still, DO (1828–1917), заложил основы Американской школы остеопатии, создав новую форму лечения, которой он дал название «остеопатия» (рис. 1.1). К настоящему времени границы остеопатии расширились, и в США сформировалось такое направление, как остеопатическая медицина, выделенная как одна из двух систем оказания медицинской помощи. Врачи-остеопаты проходят полноценное медицинское обучение и получают тот же объем медицинской практики, что и остальные специалисты.

В основном Dr. Still использовал и преподавал три вида мануальных техник: артикуляционные (суставные), не прямые и техники преодоления барьера, которые в данном руководстве классифицируются как техники преувеличения (*англ.* exaggeration techniques. – *Прим. пер.*). И хотя некоторые из техник Dr. Still все-таки описал в своих четырех книгах, ни одна из них не имела полной пошаговой инструкции. Не исключено, что таким образом он старался вывести на первый план основные понятия остеопатии, подчеркивая, что у каждого

конкретного пациента остеопат должен сам найти причину заболевания, в частности в опорно-двигательном аппарате и смежных сосудистых структурах. После этого остеопат, используя свои знания анатомии, должен попытаться исправить структурные нарушения и тем самым позволить организму исцелить себя. Остеопат не мог использовать техники на свое усмотрение. Тем не менее студенты стремились подражать методикам Dr. Still, иногда получая замечательные результаты, которые в конце концов и стали той самой причиной, благодаря которой руководства по техникам все же были созданы. Одни из первых руководств были написаны Charles Hazzard, DO, и Carl McConnell, DO. Тем не менее оригинальные техники были трудны как для преподавания, так и для воспроизведения. По мере развития школы остеопатии, а также в виду разработки новых техник некоторые из них пришли на смену техникам преувеличения. Эта тенденция сохраняется и по сей день: среди учебных заведений и профессиональных сообществ методики постоянно то входят в моду, то выходят из нее.

Несмотря на то что быстрое развитие отрасли и огромное количество техник могут пугать, подобное разнообразие, безусловно, стало одной из причин успеха этой специальности. Выбор техник, в настоящее время имеющийся у врачей-остеопатов, широк как никогда. Столь широкий спектр методик позволяет остеопатам удовлетворять любые потребности их пациентов, учитывая и то, что постоянно разрабатываются новые техники. Как говорил Dr. Still: «Продолжайте искать!» Настоящее практическое руководство представляет собой лишь один из примеров среди множества других пособий, специально разработанных для новичков в остеопатической медицине.

Далее будет приведена хронология разработки некоторых основных остеопатических техник.<sup>2</sup> Дополнительная историческая информация по техникам, описанным в данном руководстве, приводится в конкретных главах книги.

## Хронология разработки основных остеопатических техник

- 1885 Непрямые и артикуляционные техники, Andrew Taylor Still, DO
- 1889 Техники преодоления барьера, Andrew Taylor Still, DO
- 1898 Лимфатические техники, Andrew Taylor Still, DO, описаны в книге «Подробный справочник остеопатии» (*Osteopathy Complete*), автор – Elmer Barber, DO
- 1921 Техники «низкого стола и скорости» (высокоскоростные низкоамплитудные техники), Earle Willer, DO
- 1929 Нейролимфатические рефлексy (рефлексy Чэпмана) (висцеральные:нейролимфатические рефлeкторные методики), Frank Chapman, DO
- 1950-е Мышечно-энергетическая техника, Fred Mitchell Sr., DO
- 1950-е Функциональная техника, Harold Hoover, DO
- 1950-е Остеопатическая краниальная манипуляционная медицина (остеопатия краниальной области), William Sutherland, DO
- 1955 Техника противонатяжения, Lawrence H. Jones, DO
- 1980-е Техника упрощенного позиционного релиза, Stanley Schiowitz, DO
- 1980-е Техника миофасциального релиза, различные стили, John Peckham, DO, Anthony Chila, DO, и Robert Ward, DO
- 1990-е Техника миофасциального релиза (биоэнергетическая модель), Judith O'Connell, DO
- 1996 Техника Still, Richard Van Buskirk, DO
- 2000 Прогрессивное торможение нервно-мышечных структур, Dennis Dowling, DO

## Философия остеопатии, остеопатическая манипуляционная терапия и уход за пациентами

Философия остеопатии обширна и целостна, ориентирована на пациента и особое внимание уделяет причине возникновения болезни. Напрямую Dr. Still об этом не говорил, но постулаты остеопатии, несмотря на их большую значимость, не являются всеобъемлющими и не обосновывают фундаментальные концепции остеопатии, такие как выявление причин заболевания. Первоначальная версия этих постулатов, преподаваемая в остеопатических медицинских колледжах, была разработана в 1952 г.<sup>3</sup> Здесь же представлены наиболее современные версии, опубликованные Felix Rogers, DO, в 2005 г.<sup>4</sup> Постулаты служат основой, которая помогает выбирать направление остеопатического лечения. Всем учащимся необходимо хорошо изучить и использовать постулаты остеопатии в своей клинической практике.

### Постулат остеопатии

Личность – это продукт динамического взаимодействия тела, разума и духа.

Каждый пациент – это личность, имеющая собственные уникальные историю жизни, социальные отношения и культурную основу. Каждый пациент имеет собственные духовные, религиозные, нравственные особенности и убеждения. Врач должен признавать и уважать ту роль, которую играет каждый из этих компонентов в здоровье и восстановлении пациента после болезни.

### Постулат остеопатии

Неотъемлемым свойством этого динамического взаимодействия является способность индивида поддерживать собственное здоровье и восстанавливаться после болезни.

Если механизмы гомеостаза и самовосстановления человека функционируют, но не могут справиться с патологическим процессом, его здоровье находится под угрозой. Часто помочь в выздоровлении пациента

могут консервативные методы, включающие физический и психический покой, употребление достаточного количества жидкости и полноценное питание, а также время. В качестве консервативной терапии среди всего спектра лечебных процедур следует также рассматривать ОММ. Если же пациенту требуется проведение другого лечения, сопряженного с более высокими рисками, врач должен оценить способность человека адаптироваться и реагировать на вмешательства, а также его моральную, физическую и духовную готовность к предстоящим испытаниям.

### **Постулат остеопатии**

Существует множество сил, как внутренних, так и внешних, которые могут негативно влиять на эту присущую человеку способность и провоцировать появление болезни.

Пребывая в постоянной борьбе за выживание, человек проявляет удивительную способность к адаптации. Тем не менее эмоциональные, физические и когнитивные стрессовые факторы, как острые, так и хронические, могут превысить возможности человека адаптироваться, и тогда это влечет за собой психические или соматические заболевания, а нередко и механические повреждения.

### **Постулат остеопатии**

Опорно-двигательная система оказывает значимое влияние на способность человека восстанавливать этот потенциал и, следовательно, сопротивляться патологическим процессам.

Если опорно-двигательная система на самом деле играет значимую роль в поддержании здоровья и профилактике заболеваний, очевидным становится тот факт, что усилия врача и пациента, направленные на исцеление этой системы, действительно важны. Остеопатические техники специально предназначены для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата путем восстановления его структурной целостности. Именно это и повышает способность организма к восстановлению, и поддерживает здоровье в целом.

## **Остеопатическая манипуляционная медицина**

ОМТ подразумевает использование одной остеопатической техники или нескольких для лечения пациента. Применяется после того, как при физикальном обследовании врач выявляет какие-либо соматические дисфункции. Формальное определение соматической дисфункции представлено здесь для того, чтобы помочь учащемуся в интерпретации обсуждений в этой и последующих главах.

### **Соматическая дисфункция**

«Нарушение или изменение функции связанных компонентов соматической (т.е. связанной со структурой тела) системы: скелетных, суставных и миофасциальных структур и связанных с ними сосудистых, лимфатических и нервных элементов. Коррекция соматической дисфункции включает применение остеопатической манипуляционной терапии. Позиционные и двигательные аспекты соматической дисфункции лучше всего можно описать с помощью как минимум одного из трех параметров: 1) положение части тела, определяемое путем пальпации с использованием прилегающих к ней определенных структур в качестве ориентиров; 2) направления, в которых движения производятся свободнее всего; 3) направления, в которых движения ограничены».<sup>5</sup>

## **Эффекты остеопатической манипуляционной терапии**

ОМТ оказывает множество полезных эффектов на состояние пациентов. С помощью пяти моделей остеопатической медицины удобно классифицировать пациентов на здоровых и больных, а также оценивать степень выздоровления пациентов под воздействием ОМТ. Имеется пять моделей: биомеханическая, неврологическая, респираторно-циркуляторная, обменно-энергетическая и поведенческая. Наиболее значимые эффекты каждой техники в данном руководстве приводятся в разделе «Введение» в каждой главе. В виде резюме эти эффекты перечислены в **таблице 1.1**.

**Таблица 1.1** Эффекты ОМТ на примере пяти моделей остеопатической медицины

Биомеханическая модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает структурное выравнивание</li> <li>• Восстанавливает нормальную работу мышц и тонус, а также напряжение фасций</li> <li>• Улучшает регионарную подвижность и объем движений суставов</li> </ul>
Неврологическая модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстанавливает нормальную работу мышц и тонус и напряжение фасций</li> <li>• Улучшает регионарную подвижность и объем движений суставов</li> </ul>
Респираторно-циркуляторная модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает артериальную, венозную и лимфатическую циркуляцию</li> <li>• Улучшает газообмен</li> </ul>
Обменно-энергетическая модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает функционирование клеток</li> <li>• Способствует эффективному использованию энергии (калорий)</li> </ul>
Поведенческая модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживает общее психическое благополучие пациента</li> </ul>

### **Внедрение остеопатической манипуляционной терапии в лечение пациентов**

Переходить к ОМТ можно только после тщательного сбора анамнеза, проведения осмотра, изучения результатов обследования и формулирования рабочего диагноза. Перед выполнением ОМТ также проводится специальное обследование для выявления соматической дисфункции, хотя некоторые техники могут применяться и эмпирически. Часто использования одной техники в ходе единственного посещения пациента недостаточно для полного устранения имеющихся у него жалоб, поскольку соматическая дисфункция редко ограничивается одним суставом/мышцей/внутренним органом или участком фасции (поскольку все части тела взаимосвязаны). Вот почему к каждому пациенту требуется индивидуальный лечебный подход либо же систематический метод диагностики соматической дисфункции, после чего уже можно будет выбрать конкретные техники и порядок их выполнения.

#### **ОМТ в качестве основного лечения**

ОМТ может применяться как основной метод лечения соматической дисфункции, если она является наиболее значимым фактором, обуславливающим жалобы пациента. К примеру, это может быть болезненная дисфункция поясничного отдела позвоночника или таза после подъема тяжестей. В таких случаях ОМТ может быть единственным необходимым методом лечения, хотя в целях достижения более полного восстановления

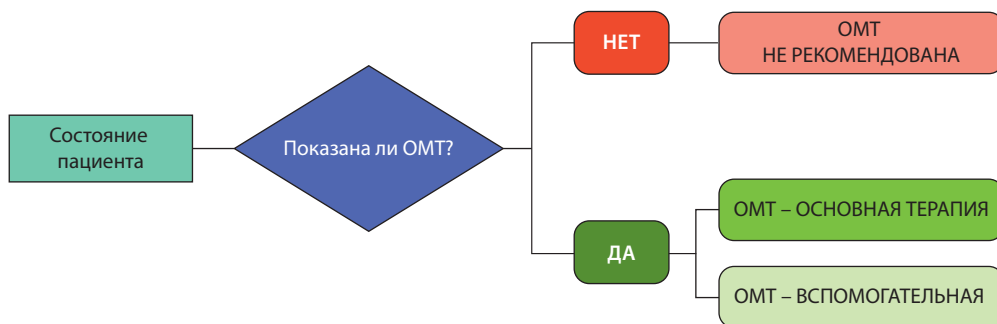
и оздоровления пациента также могут использоваться дополнительные домашние упражнения, рекомендации по питанию (например, употребление достаточного количества жидкости) или профилактические стратегии (например, соблюдение правильной техники поднятия тяжестей).

#### **ОМТ в качестве дополнительного лечения**

ОМТ может применяться в качестве дополнения к другим стандартным медицинским процедурам, в случае если соматическая дисфункция нарушает гомеостатические механизмы самовосстановления организма, но не является основной причиной жалоб пациента. Например, ОМТ области грудной клетки и лимфатической системы может улучшить состояние госпитализированного с пневмонией пациента за счет налаживания биомеханики грудной стенки (газообмен), усиления тока артериальной крови (для облегчения поступления питательных веществ и лекарств к легочной ткани) и лимфатического дренажа легких (**рис. 1.2**). В данном случае ОМТ осуществляется в качестве дополнения к стандартным медицинским процедурам и методам лечения.

#### **Клинические нюансы**

Прежде чем приступить к применению ОМТ, изучите все клинические показания, противопоказания и меры предосторожности, связанные с данной методикой. Некоторые общие рекомендации приведены в **таблице 1.2**; более конкретные рекомен-



**Рис. 1.2** Использование ОМТ для лечения пациентов.

дании даны в каждой главе, касающейся определенной техники.

### Сеанс проведения ОМТ

Количество примененных техник, время, потраченное на сеанс, и частота проведения сеансов ОМТ зависят от особенностей организма пациента, выбранного типа техники, а также от опыта врача. В целом на диагностику соматической дисфункции и выполнение ОМТ могут уйти как 3 мин, так и 45 мин (в среднем 10–20 мин). После этого пациентам лучше назначать контрольные посещения с интервалом в 1–2 нед. при острых и подострых состояниях и, при необходимости, до 4–6 нед. Выбор частоты, длительности сеансов и количества применяемых в ходе каждого посещения техник зависит от клинической ситуации. Следует помнить, что для восстановления и адаптации после каждого сеанса ОМТ организму требуется время.

### Участие пациента в проведении ОМТ

Для безопасного и успешного проведения ОМТ и ухода за пациентом общение с ним должно быть понятным и конкретным. В ходе беседы пациент не должен чувствовать скованность, возможность пациента двигаться, дышать и расслабляться должна быть сохранена. Прежде чем приступать к выполнению любой остеопатической техники, врач должен получить от пациента устное согласие на манипуляции. Пациенту следует рассказать о возможных последствиях лечения, которые в том числе включают возможные реакции со стороны тканей (см. раздел «Уход после проведения ОМТ»). Врач также должен вкратце описать основные этапы техники, которую он планирует использовать. В определенных случаях следует показать какие-либо действия, которые остеопат после попросит выполнить пациента. Кроме того, необходимо сказать пациенту, что при возникновении у него каких-либо проблем или боли в ходе сеанса он должен сообщить об этом врачу.

**Таблица 1.2** Наиболее частые показания, противопоказания и меры предосторожности при проведении ОМТ

Показания	Противопоказания	Меры предосторожности
Соматическая дисфункция	Экстренные ситуации, дестабилизирующие состояние пациента и представляющие угрозу его жизни и жизнеспособности конечностей. Не проводите ОМТ в случаях, когда признаки соматической дисфункции не выявляются при осмотре или явно отсутствуют	ОМТ должна проводиться в ограниченном объеме при состояниях, характеризующихся склонностью к травматизации опорно-двигательного аппарата, или у пациентов со сниженной способностью к продуктивному речевому контакту

### Уход после проведения ОМТ

По завершении сеанса ОМТ пациенту следует напомнить о возможных побочных эффектах, которые могут возникнуть, и дать инструкции по дальнейшему уходу. Эффективность мануальных техник, а также спектр их побочных эффектов отчасти могут зависеть от физического состояния (обмен веществ, степень гидратации, алиментарный статус), душевного состояния пациента (эмоциональное состояние, аффект, психическое здоровье) и его духа (отношение к здоровью и способность к достижению здорового состояния). Тем не менее заранее сказать, каким будет ответ организма пациента на ОМТ, нельзя, поэтому ниже приводится спектр реакций, которых можно ожидать.

- Предупредите пациента, что ответом на лечение могут быть улучшение состояния, боли в мышцах или же отсутствие изменений.
  - Болезненность является следствием высвобождения молочной кислоты и образования других продуктов обмена веществ, а также увеличения клеточной активности, необходимой для исцеления.
    - Если боль сильная или сохраняется более 2 дней, следует тщательно обследовать пациента на предмет возможного наличия другой патологии.
      - Если найти причину все же не удастся, лучше на каждом сеансе проводить ограниченное количество манипуляций, нежели «залечивать» пациента.
- Посоветуйте пациентам пить побольше воды, если позволяет состояние их здоровья.
- Рекомендуйте пациентам в течение 24 ч после ОМТ как можно больше двигаться, например ходить, чтобы облегчить циркуляцию жидкостей и продуктов жизнедеятельности клеток. Напряженной физической активности после ОМТ следует избегать. Сопутствующую лечебную физкультуру на несколько дней желательно прекратить или уменьшить ее интенсивность, чтобы позволить возникнуть биомеханическим и физиологическим изменениям.

- Родителей пациентов детского возраста стоит предупредить, что после ОМТ у детей вместо реакций на болезненные ощущения, таких как суетливость, раздражительность, изменение аппетита или сонливость, могут возникать изменения поведения. Если эти изменения сохраняются более 2 дней, пациента следует осмотреть повторно.

### Стратегии преподавания навыков остеопатической манипуляционной терапии

В своей работе врачи используют практические навыки как для лечения, так и для диагностики. Эти психомоторные навыки отличаются от интеллектуальных навыков получения и применения знаний в работе с пациентом. Учитывая это, учащиеся должны применять различные стратегии для приобретения психомоторных навыков, например изучение остеопатических техник. Процесс приобретения психомоторных навыков имеет предсказуемый характер, однако объем времени, посвящаемого учащимся каждой области знаний, может варьировать в зависимости от уже имеющегося опыта, его способностей, а также от активности попыток применения полученных знаний на практике (табл. 1.3).

Данное руководство поможет учащимся довести свои профессиональные умения и навыки до среднего уровня, который позволяет обучающемуся на курсах остеопатии безопасно проводить процедуры ОМТ под наблюдением лечащего врача или сотрудника кафедры. В целом врач становится экспертом в тот момент, когда у него появляется опыт, позволяющий ему применять свои клинические навыки в самостоятельной работе и делать это плавно, с минимальным количеством ошибок. Существует несколько обоснованных с научной точки зрения стратегий, которые позволяют учащимся развить свои знания до уровня эксперта.<sup>6</sup>

- Концептуализировать и визуализировать.
  - Просмотр видео и краткий обзор инструкций к методике с целью получения

	<b>Новичок</b>	<b>Промежуточный уровень</b>	<b>Эксперт</b>
<b>Этапы</b>	<b>Когнитивный</b>	<b>Ассоциативный</b>	<b>Автономный</b>
Что изучается?	Вербальная информация и правила выполнения методики	Исправление изначальных ошибок; развитие психомоторных связей; углубление понимания правил выполнения методики	Оттачивание знаний и навыков
Насколько просто даются знания?	Высокая трудоемкость и интенсивность изучения	Необходимость в переосмыслении для получения знаний	Не требует усилий; знания усваиваются неосознанно
Насколько высока эффективность?	Обучение методом проб и ошибок; эффективность в каждом конкретном случае разная	Более плавный процесс обучения, меньше препятствий	Плавный процесс обучения, высокие точность и скорость

Цит. по: Collins V. Psychomotor Learning – Osteopathic Manipulative Medicine, Kun Huang, Center for Innovative Learning, University of North Texas Health Science Center. – 2013, Jun; с изменениями.

общего впечатления о том, как она выполняется.

- Наблюдать и делать пометки при просмотре живых демонстраций с последующим выделением основных понятий.
- Сосредоточиться на конечной цели.
  - Определить конечную цель каждого метода. Она указана для большинства методик, исследований и тестов в данном руководстве в качестве ссылки и напоминания.
  - Конечная цель – это предполагаемый эффект от выполнения техники. Это внешний ориентир, тогда как внутренний – это когда вы фокусируетесь на механике собственного тела, необходимой для выполнения навыка. Внешний ориентир смещает концентрацию вашего внимания с механики вашего тела, т.е. того, что вы делаете, на предполагаемый эффект, что позволяет получать наилучшие результаты.
    - Например, при подаче в бейсболе игрок, отбивающий мяч, должен сосредоточиться на ударе по мячу, а не на положении собственного тела и рук.
- Вербализировать этапы методики.
  - Прежде чем перейти к практической части обучения, необходимо произнести этапы методики вслух. Можно либо читать текст руководства, либо перечислять этапы по памяти.
- При достижении должного уровня навыков потребность в этом отпадет, хотя в будущем может пригодиться снова – когда вам потребуется рассказать о ходе процедуры пациенту.
- Постоянно практиковать.
  - Как говорится, повторенье – мать ученья. Тренируя навыки каждый раз в том же ключе, как вы делали это в первые разы, вы сможете при необходимости отточить их.
  - Практикуйтесь регулярно как в учебное, так и во внеучебное время.
  - Наблюдайте за другими практикующимися, чтобы совершенствовать навыки.
  - Если у вас возникают трудности при тренировке какого-либо навыка, попросите совета у коллег и преподавателей.
- Используйте обратную связь.
  - Просите у своих сверстников и преподавателей обратную связь.
    - Иногда учащиеся не решаются узнать у окружающих, в чем может быть причина того, что какие-то методики не удается выполнить. Тем не менее легче в самом начале найти ошибку и сразу скорректировать ее, чем пытаться исправить уже сформированную привычку.

Начав пользоваться этими стратегиями, учащиеся со временем отметят эффективность и полезность тренировок психомоторных навыков, особенно когда эти знания и навыки в ОМТ необходимо будет применять уже для лечения пациентов.

## Стратегии оценки знаний и навыков в области остеопатической манипуляционной терапии

Оценка практических навыков, т.е. практический экзамен, может быть непростой задачей как для обучающихся, так и для преподавателей. При подготовке к практическим экзаменам и при их прохождении обучающиеся часто сталкиваются с тревогой, неуверенностью и страхом в отношении того, насколько положительно будут оценены их способности. Отчасти это может быть связано с характером принятия экзамена, однако усугубляется тем, что большинство учащихся вплоть до этого момента находились в условиях жесткой конкуренции в академической среде, где их способности активно подвергались оценке в ходе экзаменов и тестов. Недавние реформы в области медицинского образования привели к замене экзаменов с выставлением балльных оценок на варианты оценивания, основанные на определении уровня компетентности в определенной сфере. Подобные оценки позволяют охарактеризовать и количественно оценить развитость практических навыков, а также как учащимся, так и оценивающим лицам перейти от системы балльного оценивания к системе «зачтено/не зачтено». Критерии оценивания также позволяют преподавателям и учащимся определять области знаний, в которых учащийся силен или, наоборот, отстаёт, что в перспективе даёт возможность подготовки квалифицированных специалистов по остеопатической медицине.

Тем не менее процесс оценки компетентности в ОМТ с точки зрения практических навыков может быть непростой задачей. Учащимся нужно будет дать определенную свободу действий, чтобы они могли приспособиться к особенностям формы и размера тела пациента, а также к состоянию его здоровья. В то же время существуют некоторые общие понятия и шаги, которые должны выполняться при обследовании пациентов с любой соматической дисфункцией перед применением любой остеопатической техники. Эти понятия и шаги были разработаны на основе критериев оценива-

ния, базирующихся на уровнях компетенции обучающихся. Для преподавателей и учащихся выделяют две отдельные группы критериев оценивания. Преподаватели могут подбирать свой личный список критериев, например, используя этапы или понятия в любом порядке и в любой комбинации или видоизменяя формулировки в соответствии с учебной программой факультета и целями и задачами оценивания. Более того, преподавателям рекомендуется утверждать выбранные ими критерии, чтобы в пределах одного образовательного учреждения все оценивания среди учащихся проводились единообразно. На эту тему было проведено несколько исследований, результаты которых приведены в конце данной главы.

### Пример критериев А

*Автор: Ryan Seals, DO*

Пример критериев для оценивания, приведенный в **таблице 1.4–1.7**, был утвержден и используется в Техасском колледже остеопатической медицины при научном центре здоровья Университета Северного Техаса.

### Шаблоны градации оценок

Приведенные ниже критерии были созданы для оценки компетентности различных навыков учащегося. В **таблице 1.4** перечислены все диагностические и лечебные навыки, которые применяются специально в рамках остеопатической манипуляционной медицины и при лечении нейроскелетно-мышечной патологии.

Эти критерии могут использоваться для оценки столь разнообразных навыков, поскольку они касаются скринингового исследования, постановки конкретного остеопатического диагноза, выполнения техник ОМТ и разъяснения их сути перед выполнением. В каждом перечне критериев содержится список навыков, которые требуют оценки, благодаря чему один и тот же перечень может применяться по отношению к нескольким практическим навыкам.

Чтобы достичь определенного уровня, обучающийся/ординатор должен уметь выполнять все описанные элементы этого уровня от начала и до конца. Обучающемуся,



который способен продемонстрировать все навыки уровня 2 и лишь некоторые из навыков уровня 3, будет присвоен уровень 2. Основное правило таково: при первой оценке практических навыков все обучающиеся должны достичь уровня 2. К моменту окон-

чания обучения на II курсе остеопатической медицинской школы они должны достигнуть уровня 3 в областях знаний, которые преподаватель считает важными и основополагающими в рамках выбранной учебной программы.

**Таблица 1.4** Остеопатические лечебные и диагностические навыки

Лечебные техники в ОММ/МНМП	Диагностические навыки в ОММ/МНМП
Мягкотканые техники	Общемедицинское исследование
Мышечно-энергетические техники	Ортопедическое исследование
Высокоскоростные низкоамплитудные техники	Неврологическое исследование
Техника противонатяжения	Исследование осанки в положении стоя (ИОПС)
Артикуляционные техники	Оценка дыхательной и сердечно-сосудистой системы
Миофасциальный релиз (МФР)	Оценка по критериям TART
Висцеральные техники	Диагностика нарушения функции позвоночника по сегментам
Техника упрощенного позиционного релиза	Исследование крестца
Техника Still	Мышечно-энергетическая/структурная модель
Сбалансированное натяжение связок	Исследование черепа
Связочно-суставное натяжение	Исследование таза
Краниальная остеопатическая манипуляционная медицина	Структурное исследование
Пролотерапия	Исследование фасций
Инъекции в триггерные точки	Исследование ребер
Инъекционная терапия под ультразвуковым контролем	Исследование дыхательной системы
Гармоничность осанки	Исследование верхних конечностей
	Исследование плеч, локтей, запястий, кистей
	Исследование мышц и фасций
	Исследование нижних конечностей
	Исследование тазобедренных суставов, коленных суставов, малоберцовых костей, голеностопных суставов, стоп
	Исследование черепа
	Исследование краниального ритмического импульса, паттернов натяжения, швов
	Исследование живота, органов брюшной полости
	Исследование рефлексов Чэпмана
	Оценка осанки, измерение длины нижних конечностей
	Оценка области наибольшего ограничения, основного повреждения

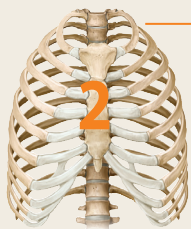
*Сокращения.* МНМП – медицина нейроскелетно-мышечной патологии. TART (английская аббревиатура): Tissue texture changes – изменения структуры тканей, Asymmetry – асимметрия, Restriction of motion – ограничение движений, Tenderness – болезненность.

<b>Таблица 1.5 Скрининговые исследования</b>	
<b>1-й год обучения</b>	<b>2-й год обучения</b>
ИОПС Исследование области наибольшего ограничения Оценка основного повреждения Местное остеопатическое исследование Исследование шейного отдела позвоночника Исследование грудного отдела позвоночника Исследование поясничного отдела позвоночника	Оценка дыхательной и сердечно-сосудистой системы Исследование сердца Исследование легких Исследование органов брюшной полости Исследование головы, глаз, ушей, носа, горла Исследование черепа Исследование опорно-двигательного аппарата Исследование плеч Исследование коленных суставов Исследование шеи Исследование спины
<b>Градации оценок по выполнению скринингового исследования</b>	
Уровень 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Навык не приобретен</li> </ul>
Уровень 1 (начальный)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Начальная стадия получения нового навыка. Способен выполнять навык на базовом уровне.</li> <li>• <i>Не помнит шаги методики.</i></li> <li>• Движения <i>не плавные</i>, руки могут располагаться на <i>существенном отдалении</i> от требуемой структуры.</li> <li>• Прикладываемые силы и применяемые контакты <i>в значительной степени мешают</i> получению необходимой диагностической информации</li> </ul>
Уровень 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Способен выполнять навык на начальном уровне. <i>Шаги были заучены</i> и могут быть правильно воспроизведены <i>без подсказок</i>.</li> <li>• Постановка рук и их движения в целом правильны, но, возможно, <i>не хватает точности</i>.</li> <li>• Прикладываемые силы и применяемые движения не мешают получению точной диагностической информации</li> </ul>
Уровень 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может выполнить навык плавно и точно, <i>без колебаний и неловкости</i>.</li> <li>• <i>Контактирует с правильными анатомическими структурами и слоями тканей</i> и использует <i>правильные движения и степень прикладываемой силы</i> для диагностики состояния анатомических структур</li> </ul>
Уровень 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может выполнить навык плавно и точно, как при уровне 3.</li> <li>• Может применить диагностические навыки в отношении различных структур в одной и той же области одновременно.</li> <li>• <i>Может правильно выявить признаки дисфункции в различных слоях тканей</i></li> </ul>
Уровень 5 (эксперт)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может выполнять навыки быстро и точно в нескольких слоях тканей, как при уровне 4.</li> <li>• Способен различать <i>тонкие детали в различных слоях тканей</i> быстро и без колебаний</li> </ul>

**Таблица 1.6** Диагностика путем пальпации

1-й год обучения		2-й год обучения	
ИОПС Оценка дыхательной и сердечно-сосудистой системы Оценка структуры тканей Диагностика нарушений функции позвоночника по сегментам Исследование крестца Исследование таза Исследование ребер Исследование верхних конечностей Исследование нижних конечностей		Все навыки из курса 1-го года Пальпация черепа с диагностикой нарушений Исследование живота, органов брюшной полости Исследование рефлексов Чэпмана Оценка области наибольшего ограничения	
Градации оценок по выполнению диагностики путем пальпации			
Уровень 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Навык не приобретен</li> </ul>		
Уровень 1 (начальный)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Начальная стадия получения нового навыка. Движения <i>не плавные</i>; шаги методики могут забываться, иногда требуются <i>подсказки</i>.</li> <li>• Руки могут располагаться на существенном отдалении от требуемой структуры.</li> <li>• Прикладываемые силы, применяемые контакты и движения <i>в значительной степени мешают</i> получению необходимой диагностической информации и могут усиливать дисфункцию или причинять пациенту боль</li> </ul>		
Уровень 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Способен выполнять навык на начальном уровне. Шаги были заучены и могут быть правильно воспроизведены/пояснены <i>без подсказок</i>.</li> <li>• Постановка рук, контакт со слоями тканей и движения рук в целом правильны, но, возможно, <i>не хватает точности</i>; тем не менее неточность движений или прикладываемых сил в целом не мешают получению терапевтического эффекта</li> </ul>		
Уровень 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может выполнить навык <i>плавно и точно</i>, без колебаний и неловкости.</li> <li>• Контактует с правильными <i>анатомическими структурами и слоями тканей</i> и использует <i>правильные движения и степень прикладываемой силы</i> для комфортного и безопасного для пациента выполнения лечебной техники</li> </ul>		
Уровень 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может выполнять навык плавно и точно, без колебаний, как при уровне 3.</li> <li>• Может <i>адаптировать</i> выполнение техники к необычной ситуации, применив некоторые усилия.</li> <li>• Величина и направление силы достаточно точны для того, чтобы <i>оптимизировать</i> терапевтический ответ</li> </ul>		
Уровень 5 (эксперт)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может выполнить навык плавно и точно, как при уровне 4, тратя на обдумывание своих действий <i>минимальные усилия (или не тратя их вовсе)</i>.</li> <li>• Способен быстро адаптироваться и подходящим образом видоизменять технику под требования конкретных пациентов или обстоятельства.</li> <li>• Получает <i>точные и эффективные результаты</i></li> </ul>		

<b>Таблица 1.7</b> Разъяснение информации	
<b>1-й год обучения</b>	<b>2-й год обучения</b>
Разъяснение шагов каждой техники Разъяснение принципа работы выполняемых техник	Обоснование причин для выполнения разнообразных остеопатических манипуляционных техник при следующих состояниях: Исследование желудочно-кишечного тракта Исследование сердечно-сосудистой системы Исследование дыхательной системы Неврологическое исследование Исследование опорно-двигательного аппарата Исследование мочеполовой системы Акушерское исследование
<b>Градация оценок по разъяснению информации</b>	
Уровень 0	• Навык не приобретен
Уровень 1 (начальный)	• Способен объяснить предназначение нескольких шагов техники/дать обоснование, но <i>ответ носит неорганизованный и неполный характер</i>
Уровень 2	• Способен объяснить шаги методики <i>полностью</i> и в правильном порядке с некоторым колебанием или упрощениями. • Дает объяснение с указанием точной анатомии и физиологии, но в описании <i>не хватает некоторых деталей</i> . Часть описания дается в слишком широком или пространным значении
Уровень 3	• Способен объяснить шаги методики полностью и в правильном порядке. • Дает объяснение с указанием точной анатомии и физиологии, соблюдая при рассказе <i>точность и специфичность повествования</i>
Уровень 4	• Может доступным языком рассказать о сути остеопатических техник и философии остеопатии <i>пациентам, лечащим врачам и студентам</i> , соблюдая при рассказе точность и специфичность повествования
Уровень 5 (эксперт)	• Может доступным языком рассказать о сути остеопатических техник и философии остеопатии <i>любому человеку</i> , используя <i>примеры, знакомые</i> для конкретного человека или группы лиц



## Обзор остеопатической манипуляционной терапии

Введение .....	37
Соматическая дисфункция и концепция барьера .....	38
Описание остеопатических техник .....	41
Остеопатические техники: подготовка, эргономика, безопасность врача и пациента .....	43
Увеличение эффективности техники: дыхательное взаимодействие .....	45
Резюме главы .....	46
Контрольные вопросы .....	47

### ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ

1. Определить понятия *соматическая дисфункция* и *барьер*.
2. Рассмотреть критерии TART для диагностики соматической дисфункции.
3. Дать определения понятиям *анатомический барьер*, *физиологический барьер*, *рестриктивный барьер*.
4. Рассмотреть прямые, непрямые и комбинированные методы выполнения остеопатических техник.
5. Разработать стратегии для эффективного взаимодействия с пациентами, чтобы они могли помочь специалисту при выполнении остеопатических техник.
6. Описать и использовать подходящие эргономические факторы для безопасного выполнения остеопатических манипуляционных техник.
7. Описать нормальный паттерн движения торакоабдоминальной диафрагмы.
8. Описать и пояснить двигательные реакции, возникающие в других областях тела в ответ на движения торакоабдоминальной диафрагмы.
9. Сравнить и сопоставить различные методы увеличения эффективности торакоабдоминальных дыхательных методик, которые могут использоваться при выполнении остеопатических манипуляционных техник.

### Введение

Материалы данной главы позволят подготовиться учащегося к выполнению ОМТ, начав с двух основных тем: концепций соматической дисфункции и барьера. В главе 4 будет приведена более подробная информация по обследованию пациентов с целью выявления соматической дисфункции в разных областях тела. В разделе описаний остеопатических техник читатель сможет ознакомиться с форматом, который будет исполь-

зоваться на протяжении всего руководства. Особое внимание уделяется эргономике врача и пациента с акцентом на соблюдении точности при выполнении техники, а также безопасности пациента и врача. Глава завершается описанием дыхательного взаимодействия – осуществляемой пациентом методики увеличения эффективности лечения, которая может быть включена практически в любую остеопатическую технику. В рамках данного руководства этап дыхательного взаимодействия включен во многие техники.

## Соматическая дисфункция и концепция барьера

Термин *соматическая дисфункция* подразумевает физическое влияние незначительного напряжения на весь организм в физическом его понимании, т.е. на мышцы, кости, связки, сухожилия, фасции и т.п. Небольшое напряжение может возникать по целому ряду причин, включая, кроме всего прочего, травматизацию, отсутствие движения тела и активность аберрантных компонентов нервной системы, например повышенный тонус вегетативной ее части. При любой соматической дисфункции происходит незначительное изменение качественных характеристик тела, включая его симметрию, качество тканей и допустимый диапазон движений. Чтобы приступить к лечению *патологии*, врач-osteопат прежде всего должен разобраться с тем, что же является *нормой*. Конечной целью выполнения остеопатических техник является достижение нормального состояния. Среди характерных особенностей соматической системы в норме можно выделить следующие:

- Симметрия тела: опорно-двигательный аппарат – это довольно симметричная структура. Существенные отклонения от этой симметрии говорят о нарушении взаимоотношения между структурой и функцией и о развитии соматической дисфункции.
- Качественные характеристики тканей: в норме ткани имеют определенные качества, включая температуру, текстуру и тонус. О развитии соматической дисфункции говорят повышение или снижение температуры, а также изменения текстуры и тонуса тканей в четко ограниченных областях. При развитии подобных изменений ткани могут становиться болезненными.
- Допустимый диапазон движений: суставы, фасции и внутренние органы имеют неограниченный, т.е. полный допустимый диапазон движений. Ограничение нормальных движений ведет к нарушению функций тела, и потому ограничение диапазона активных и особенно пассивных движений говорит о наличии соматической дисфункции.

Важно помнить, что соматическая дисфункция не выступает проявлением грубого повреждения тканей, как, например, при переломах, вывихах, разрывах мышц, фасций или связок. Несмотря на наличие нарушений, ткани с развившейся соматической дисфункцией по-прежнему сохраняют свои функциональные возможности. Таким образом, диагностика соматической дисфункции основывается не на визуализационных (ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, рентгенография) или биохимических (анализы крови) методах, а на мануальных диагностических методиках.

Для простоты запоминания критериев диагностики соматической дисфункции было разработано мнемоническое правило TART.<sup>1</sup> Оно описывает нарушения симметрии тела, качества тканей и допустимого диапазона движений. При большинстве случаев соматической дисфункции удается обнаружить более одного критерия TART.

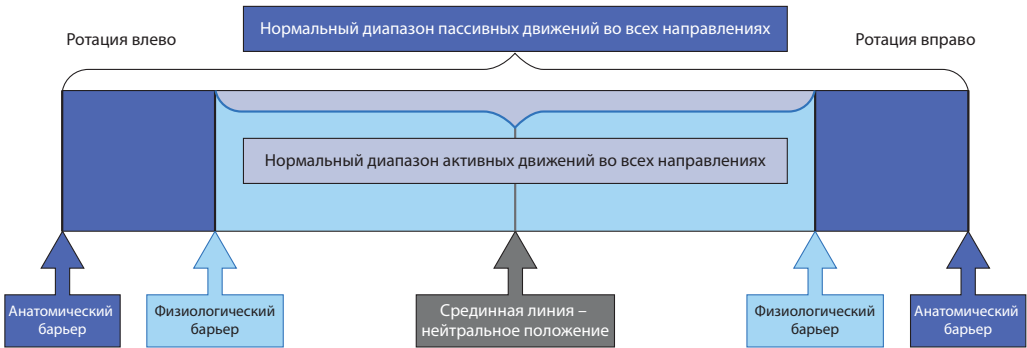
### Критерии TART:

- T** = изменения структуры тканей (*англ.* Tissue texture changes)
- A** = асимметрия (*англ.* Asymmetry)
- R** = ограничение движений (*англ.* Restriction of motion)
- T** = болезненность (*англ.* Tenderness)

Проведение исследований для выявления соматической дисфункции описано в главе 4.

## Концепция барьера и соматическая дисфункция

Ключом к диагностике соматической дисфункции и проведению остеопатических манипуляционных техник является понимание концепции барьера. При описании техник концепция барьера в данном руководстве используется для обозначения корректирующих положений, необходимых для остеопатических техник. В данном разделе будут описаны только те концепции, которые имеют наиболее важное значение для изучения методов диагностики и лечения соматической дисфункции. Как правило, чтобы проиллюстрировать концеп-



**Рис. 2.1** Концепция барьера: диапазон движений. Следует помнить, что блочная схема – это лишь инструмент, а потому она не может отображать фактический диапазон движения. О том, насколько велико расстояние (т.е. амплитуда движений) между анатомическими, физиологическими и рестриктивными барьерами, мы можем судить лишь косвенно. Движения большинства структур происходят не в одной плоскости, т.е. нелинейно. Чтобы пояснить суть концепции на примере, было выбрано вращательное движение вправо и влево (в поперечной плоскости).

цию барьера, используется блочная схема (рис. 2.1). С помощью концепции барьера демонстрируется связь между соматической дисфункцией, нормальным диапазоном движений и позиционной асимметрией структур тела. Соматическая дисфункция и техники, которые направлены конкретно на восстановление тонуса мышц, должны интерпретироваться с учетом некоторых особенностей (см. главу 4).

### Анатомические барьеры

Анатомические барьеры создают конечный предел, полностью ограничивающий диапазон движения части тела. Анатомический диапазон движения представляет собой общую амплитуду (т.е. расстояние) движения, которая возможна в суставе без возникновения разрывов, вывихов или переломов. В повседневной жизни мы редко совершаем движения, доходящие по амплитуде до анатомических барьеров. Силы, которые применяются при выполнении ОМТ, не столь велики, чтобы как-то повлиять на анатомические барьеры или даже нарушить их.

### Физиологические барьеры

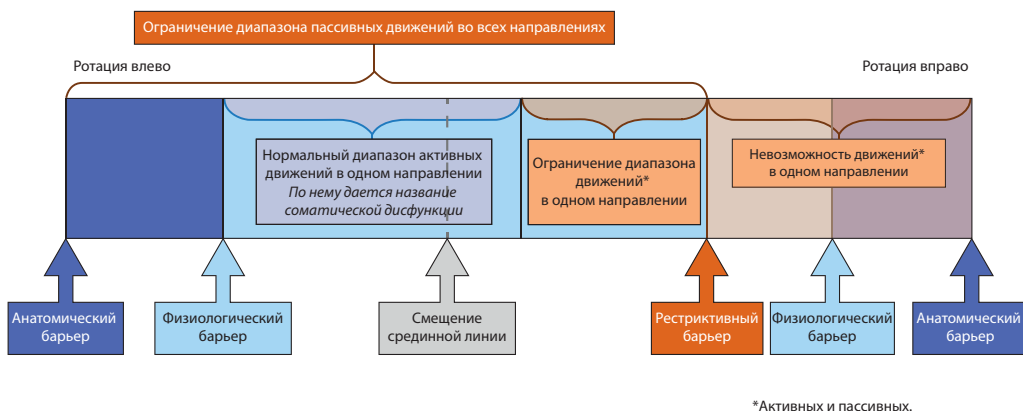
Физиологические барьеры определяют допустимый диапазон движения структур тела. Обычно их приравнивают к диапазону

активных движений. Диапазон движений для достижения физиологических барьеров меньше, чем для анатомических. Одной из конечных целей ОМТ является восстановление физиологического диапазона движения, ограничиваемого соматической дисфункцией.

### Рестриктивные барьеры

При нарушении физиологического диапазона движений формируется рестриктивный барьер. Барьер данного типа затрагивает допустимые движения во всех плоскостях и обнаруживается при тестировании диапазона как активных, так и пассивных движений. Рестриктивные барьеры могут возникать в любых тканях, имеющих допустимый объем движений, например в тканях суставов, фасций и внутренних органов.

На рисунке 2.2 показан рестриктивный барьер, затрагивающий вращательные движения в одном направлении и одной плоскости. Например, у пациента может возникнуть соматическая дисфункция в позвонке L<sub>1</sub>, вызванная чрезмерным сгибанием, скручиванием позвоночника и подъемом тяжестей. В результате всех этих воздействий L<sub>1</sub> поворачивается влево и вращение вправо ограничивается. Рестриктивный барьер в данном случае обуславливает потерю способности позвонка поворачиваться вправо. Выявить этот барьер можно путем



**Рис. 2.2** Концепция барьера – ограниченный диапазон движения и соматическая дисфункция.

статической пальпации и исследования пассивных движений.

Название соматической дисфункции дается по направлению движения, которое в целом не нарушено. Подобную ситуацию иногда также называют положением максимального расслабления (или, иначе, предпочтительным движением). Таким образом, в данном примере имеется соматическая дисфункция вращения позвонка L<sub>1</sub> влево. Выявленная соматическая дисфункция *подразумевает* ограничение поворота вправо. В данном примере весь диагноз не будет ограничен только позвонком L<sub>1</sub>, потому что он имеет три плоскости движения – вращение, изгибы в сторону (наклоны) и сгибание/разгибание. Более подробная информация касательно движений позвоночника приведена в главе 4.

В суставах и фасциях, имеющих несколько плоскостей движения, как, например, у позвонков, ограничение часто касается всех плоскостей. В данной ситуации применим третий принцип физиологических движений, который гласит, что движение

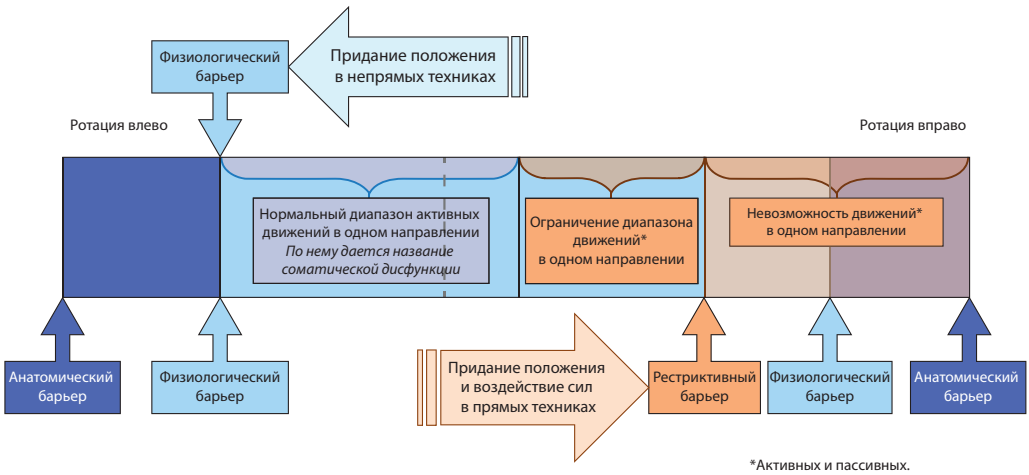
в одной плоскости влияет на движения во всех других плоскостях.

Как правило, с учетом концепции барьера остеопатические техники делятся на три группы: прямые, непрямые и комбинированные (рис. 2.3, табл. 2.1). С помощью прямых техник ткани двигаются в направлении рестриктивного барьера. Обычно для выполнения таких техник от врача требуется применение достаточной мышечной силы для перемещения тканей и коррекции соматической дисфункции. При использовании непрямых техник происходит движение тканей в направлении физиологических барьеров, которые обычно располагаются в противоположном направлении от рестриктивных барьеров. Таким образом, предпринимается попытка разрешить соматическую дисфункцию путем активизации внутренних восстановительных способностей пациента. Врач при этом, как правило, мягко удерживает ткани в расслабленном состоянии и не применяет значительной силы. С помощью комбинированных техник осуществляются движение и позици-

**Таблица 2.1** Наиболее часто применяемые остеопатические техники

Прямые техники	Непрямые техники	Комбинированные техники
Техники преодоления барьера Высокоскоростные низкоамплитудные техники Лимфатические техники Мышечно-энергетические техники Нейролимфатический рефлекс Мягкотканые техники	Сбалансированное натяжение связок Техники противонатяжения Техники упрощенного позиционного релиза Функциональные техники Непрямые техники	Артикуляционные техники Техники МФР ОКММ Техники Still Висцеральные техники





**Рис. 2.3** Концепция барьера и техники.

онирование пациента в направлении рестриктивного и физиологического барьеров, обычно поэтапно и в разные моменты времени. Несмотря на то что данное руководство не содержит исчерпывающего перечня остеопатических манипуляционных техник, ниже будут представлены наиболее часто используемые из них. Слово *непрямой* может использоваться для описания техники и конкретного типа процедуры (например, непрямая техника).

Кроме того, все остеопатические техники классифицируются на активные и пассивные. Использование активных техник требует от пациента выполнения движений (как в случае с мышечно-энергетическими техниками), в то время как при выполнении пассивных техник пациент остается в расслабленном состоянии (как при техниках противонапряжения).

## Описание остеопатических техник

В данном разделе описаны методика и формат, используемые в настоящем руководстве, а также ряд рекомендаций по подготовке к выполнению техник. Для изучения техник и отработки практических навыков можно использовать как текст, так и видео, поскольку информация, представленная в них, взаимосвязана.

## Разделы введения в технику: цели, предпосылки, клинические нюансы

Первый раздел в описании каждой категории техник уникален тем, что в нем приводится значимая контекстная информация. Параллельно с рассуждениями о клинической значимости приводится информация об истории развития техники и значимых данных исследований, проведенных по этому вопросу. Раздел «Клинические нюансы» включает показания, противопоказания и меры безопасности, которые в целом можно использовать в качестве руководства в практической деятельности. Более подробная информация приводится в таких подразделах, как «Корректируемая соматическая дисфункция», «Придание положения и подготовка», «Контакт с тканями» и «Движения, барьеры и силы». Аналогичные подразделы используются в каждом разделе, касающемся конкретной техники, и в них, соответственно, приводится информация, касающаяся ее. В конце каждого введения в технику имеется раздел «Тестирование эффективности», содержащий ряд соображений на тот случай, если после выполнения техники не удалось скорректировать соматическую дисфункцию полностью.



## Скрининговые исследования в остеопатии

Скрининговые исследования в остеопатии . . . . .	49
Скрининговое исследование осанки в положении стоя . . . . .	52
Скрининговое исследование сердечно-сосудистой и дыхательной системы . . . . .	55
Резюме главы . . . . .	56
Клинические случаи и контрольные вопросы . . . . .	57

### ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ

1. Сформулировать цель выполнения остеопатических скрининговых исследований.
2. Показать связь между теорией и практикой применительно к остеопатическим скрининговым исследованиям.
3. Выделить три вида ИОПС.
4. Выделить три части исследования сердечно-сосудистой и дыхательной системы (ИССДС), включая оценку наличия компенсации фасций.
5. Сравнить и выделить сходства и различия между ИОПС и ИССДС.
6. Провести ИОПС и ИССДС с применением подходящих для этого положений тела, контактов и документации.

### Скрининговые исследования в остеопатии

В процессе совершенствования опыта врачи-osteопаты постоянно тренируют свои руки и глаза, стараясь выделить те особые различия, которые могут иметь важное значение в контексте общего состояния здоровья. Остеопатические скрининговые исследования (ОСИ) – это та рамка, через которую врач может лучше «видеть» пациента. Регулярное и частое выполнение скрининговых исследований в ходе обучения позволяет развивать критическое отношение к своей специальности. Со временем грубые деформации становятся очевидными, а едва заметные дефекты дают почву для дальнейшего изучения. Пренебрегать подобными исследованиями нельзя, так как их результаты дают врачу информацию о том, какие

именно области нуждаются в наибольшем внимании. Одно ОСИ должно выполняться в рамках каждого полного осмотра и перед каждым целенаправленным исследованием опорно-двигательного аппарата.

В целом цель ОСИ заключается в следующем:

- Выявить отклонения со стороны структуры или функции тканей.
- Уточнить тип нарушений в опорно-двигательном аппарате, например вид соматической дисфункции.
- Помочь в разработке полноценных стратегий диагностики и лечения.
- Показать наличие прогресса или эффективности лечения.

## Исходные данные: исследование осанки в положении стоя

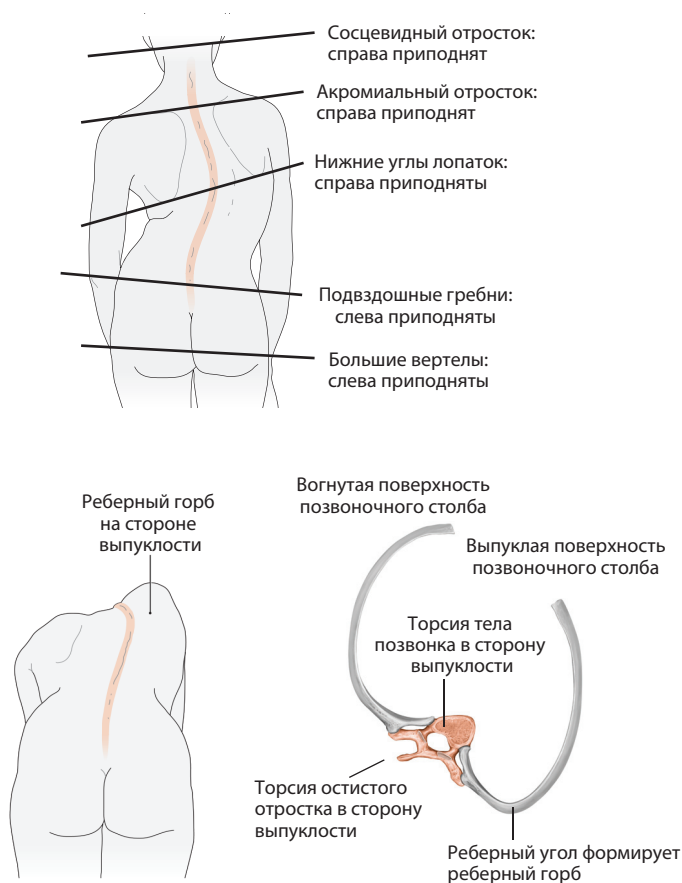
Существует множество вариантов ИОПС. Представленный в данном руководстве вариант является кратким и позволяет получить большое количество информации. ИОПС информативно в выявлении грубых нарушений осанки и оценке общего влияния расположения нижних конечностей, таза и позвоночника на осанку. Следствием нарушений осанки и неправильного расположения осей суставов могут стать снижение диапазона движения, боль при движениях, болезненность мышц, мышечный дисбаланс и неэффективность движений.

ИОПС обладает достаточно высокой чувствительностью в выявлении статической асимметрии мышц и костей. Суть этой методики заключается в визуальной оценке и статической пальпации.<sup>1</sup> В некоторых

случаях может быть достаточно и простого осмотра, но все же легкая пальпация увеличивает достоверность и надежность полученных данных.

Исследования, в которых проводилась оценка расхождения результатов осмотров между разными специалистами при выявлении различных типов асимметрии тела, показали, что в целом согласованность результатов была от низкой до умеренной.<sup>2,3,4</sup> Чтобы избежать таких существенных различий, в описании результатов оценки осанки позволительны незначительные погрешности.

Тест наклона вперед, используемый в целях скрининга для выявления сколиотической деформации позвоночника, достаточно информативен при совместном выполнении с ИОПС, поскольку подобная деформация может быть причиной выявленной асимметрии (рис. 3.1). Сколиотические деформации



**Рис. 3.1** Дисбаланс осанки, правосторонний сколиоз грудного отдела в тесте с наклоном вперед.

ции могут быть функциональными (курабельными) или врожденными (стойкими). При асимметрии осанки нижней части тела голова и шея будут повернуты и наклонены в сторону, чтобы уровень глаз оставался параллелен линии горизонта. С помощью модели баланса осанки врач в первую очередь может определить и скорректировать соматическую дисфункцию со стороны малого таза и нижних конечностей. В случае если при проведении ОМТ асимметрия осанки сохраняется или даже становится более выраженной, может потребоваться проведение лечебной физкультуры или использование ортопедической стельки с увеличенной высотой пятки или всей подошвы стопы для выравнивания уровня таза. Более подробная информация по этому вопросу приводится в статье R.E.Irvin «Причины и методы купирования наиболее частых видов боли» (англ. The Origin and Relief of Common Pain).<sup>5</sup>

### Клинические данные

ИОПС может выполняться всем пациентам, способным стоять без посторонней помощи. Оно хорошо подходит для пациентов с преобладанием жалоб на нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, а также для применения в амбулаторных условиях.

### Исходные данные: исследование сердечно-сосудистой и дыхательной системы

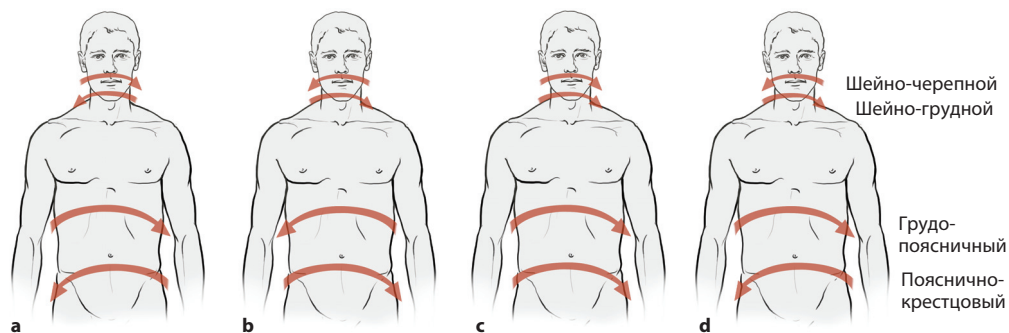
ИССДС основано на работе G.Gordon Zink, DO.<sup>6</sup> Как видно из названия, исследование предполагает оценку отношений между соматической дисфункцией, низким давлением в венозной и лимфатической системе и торакоабдоминальным дыханием. Таким образом, ИССДС отражает функциональное состояние пациента и влияние, оказываемое соматической дисфункцией на циркуляцию жидкостей. Напомним, что лимфатический и венозный возврат к сердцу за счет перепадов давления обеспечивается дыхательными движениями и сокращениями мышц. Учитывая то, что незащищенность структуры и пассивность функции сосудов делает их склонными к повреждениям, соматиче-

ская дисфункция может приводить к нарушению циркуляции жидкостей по ним, становясь причиной целого ряда симптомов, включая общее недомогание, болезненность мышц, головную боль, непродуктивность сна и вздутие живота. При наличии у пациентов подобных симптомов необходимо провести полноценное медицинское обследование, в которое должно входить также исследование для исключения соматической дисфункции.

ИССДС состоит из трех частей:

1. Оценка дыхания.
2. Исследование соединительных областей на предмет ограничения диапазона пассивных движений и легкости движений.
3. Выявление пассивного застоя жидкости.

Если обнаруживаются нарушения, необходимо провести более подробное исследование на предмет наличия соматической дисфункции, в случае ее выявления требуется проведение ОМТ. Особое внимание необходимо уделять ограничению диапазона пассивных движений в соединительных областях или переходных зонах позвоночника. В целом паттерны движений в этих областях и соответствующих диафрагмах можно разделить на два типа – компенсированный и некомпенсированный. Логично предположить, что с целью компенсации поворота в одной области тела в другой области возникнет поворот в противоположном направлении выше и ниже повернутого сегмента. При наличии любых отклонений от этой чередующейся последовательности паттерн может считаться «некомпенсированным». На **рисунке 3.2** стрелками показаны направления вращения каждой из переходных зон. Прилегающие соединительные области, вращающиеся в противоположных направлениях, считаются компенсированными. В то же время прилегающие области, вращающиеся в том же направлении, следует рассматривать как некомпенсированные. Понятие «некомпенсированный паттерн» предполагает, что соматическая дисфункция отрицательно сказывается на циркуляции как венозной крови, так и лимфы, поэтому при проведении ОМТ приоритет в лечении рекомендуется отдавать некомпенсированным областям.



**Рис. 3.2** Компенсированный (a, b) и некомпенсированный (c, d) соединительные паттерны.

### Клинические данные

ИССДС может выполняться всем пациентам, способным лежать на спине. Данный метод хорошо подходит для госпитализированных пациентов, новорожденных и грудных детей, а также больных с инфекционными или воспалительными процессами.

### Оценка эффективности

После сеанса ОМТ скрининговое исследование может быть выполнено повторно для оценки изменений со стороны отклонений, выявленных при первоначальном осмотре. Скрининговые исследования могут использоваться для отслеживания динамики в ходе лечения. Все результаты должны строго документироваться.

### Скрининговое исследование осанки в положении стоя

В данном исследовании используется три вида осмотра (сзади, сбоку и спереди), позволяющих создать трехмерное изображение пациента. В условиях клиники может быть достаточно одного вида, хотя желательно использовать как минимум два. Кроме того, чтобы сделать исследование более индивидуализированным и нацеленным на особенности конкретного пациента, можно менять как перечень действий при осмотре, так и порядок их выполнения.

Конечная цель – выявление (табл. 3.1) общей закономерности осанки и ориентиров симметрии/асимметрии.

### Придание положения и подготовка

- ▶ Пациент: стоя, в комфортном положении, босиком. Стопы должны стоять раздельно, на комфортном расстоянии, вне зависимости от того, параллельно или нет.
- ▶ Врач: стоя сразу позади пациента при использовании осмотра сзади, сбоку – для осмотра сбоку и перед пациентом – для осмотра спереди.

### Вид сзади

- Оцените визуально, а затем слегка пропальпируйте анатомические ориентиры и области тела подушечками пальцев. При осмотре используйте оба глаза, но если есть сомнения – закройте недоминантный глаз.
- Определите костные ориентиры с двух сторон. Это поможет понять текстуру поверхности в горизонтальной плоскости. Если какой-то из ориентиров приподнимается на 0,5 см или более по сравнению с противоположной стороной, укажите, что он приподнят: голова – сосцевидный отросток, плечевой пояс – акромиальный отросток, плечевой пояс – нижний угол лопатки, таз – подвздошный гребень, бедро – большой вертел (рис. 3.3).
- Оцените объем движений в суставах. Вариантов два – нормальный диапазон или измененный диапазон, причем второй вариант делится следующим образом:
  - Коленный сустав: угол между большеберцовой и бедренной костью увеличен (наружное отклонение голени, или вальгусная деформация коленных суставов) или уменьшен (внутреннее отклонение

Таблица 3.1 Форма полного ИОПС

Вид сзади			
Голова: сосцевидный отросток	<input type="checkbox"/>	Уровень расположения по высоте	Расположен выше: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Плечевой пояс: акромиальный отросток	<input type="checkbox"/>	Уровень расположения по высоте	Расположен выше: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Плечевой пояс: нижний угол лопатки	<input type="checkbox"/>	Уровень расположения по высоте	Расположен выше: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Таз: подвздошный гребень	<input type="checkbox"/>	Уровень расположения по высоте	Расположен выше: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Бедра: большой вертел	<input type="checkbox"/>	Уровень расположения по высоте	Расположен выше: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Коленные суставы: угол между большеберцовой и бедренной костями	<input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Увеличен (вальгусная деформация коленных суставов)	<input type="checkbox"/> Уменьшен (варусная деформация коленных суставов)
Голеностопные суставы: пяточный угол	R: <input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Инверсия <input type="checkbox"/>	Эверсия <input type="checkbox"/>
	L: <input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Инверсия <input type="checkbox"/>	Эверсия <input type="checkbox"/>
Вид сбоку			
Изгиб шейного отдела позвоночника	<input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Увеличен <input type="checkbox"/>	Уменьшен <input type="checkbox"/>
Изгиб грудного отдела позвоночника	<input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Увеличен <input type="checkbox"/>	Уменьшен <input type="checkbox"/>
Изгиб поясничного отдела позвоночника	<input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Увеличен <input type="checkbox"/>	Уменьшен <input type="checkbox"/>
Наружный слуховой проход	<input type="checkbox"/>	Совпадает с нормальной осью <input type="checkbox"/>	Кпереди <input type="checkbox"/> Кзади <input type="checkbox"/>
Головка плечевой кости	<input type="checkbox"/>	Совпадает с нормальной осью <input type="checkbox"/>	Кпереди <input type="checkbox"/> Кзади <input type="checkbox"/>
Большой вертел бедренной кости	<input type="checkbox"/>	Совпадает с нормальной осью <input type="checkbox"/>	Кпереди <input type="checkbox"/> Кзади <input type="checkbox"/>
Латеральный мыщелок бедренной кости	<input type="checkbox"/>	Совпадает с нормальной осью <input type="checkbox"/>	Кпереди <input type="checkbox"/> Кзади <input type="checkbox"/>
Латеральная лодыжка	<input type="checkbox"/>	Совпадает с нормальной осью <input type="checkbox"/>	Кпереди <input type="checkbox"/> Кзади <input type="checkbox"/>
Вид спереди			
Черты лица	Степень симметрии: <input type="checkbox"/> Высокая <input type="checkbox"/> Умеренная <input type="checkbox"/> Низкая		
Положение головы и шеи	<input type="checkbox"/>	Нейтральное Поворот: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	Наклон: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Положение грудной клетки	<input type="checkbox"/>	Нейтральное Поворот: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	Наклон: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Положение пояснично-тазовой области	<input type="checkbox"/>	Нейтральное Поворот: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	Наклон: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Стопа: медиальный свод	R: <input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Увеличен (полая стопа) <input type="checkbox"/>	Уменьшен (плоскостопие) <input type="checkbox"/>
	L: <input type="checkbox"/>	ВПН <input type="checkbox"/> Увеличен (полая стопа) <input type="checkbox"/>	Уменьшен (плоскостопие) <input type="checkbox"/>

Сокращения: L – левый (слева, влево); R – правый (справа, вправо); ВПН – в пределах нормы.

голену, или варусная деформация коленных суставов).<sup>7</sup>

– Голеностопный сустав: инверсия или эверсия пяточного угла.

### Вид сбоку

• Срединная линия силы тяжести – это вертикальная линия, разделяющая пополам перечисленные выше ориентиры при взгляде сбоку при сохранении нейтральной (нормальной) оси тела. Опишите анатомические ориентиры, совпадающие со срединной линией силы тяжести, как совпадающие с нормальной осью. Ориентиры, отклоняющиеся от срединной линии силы тяжести на 0,5 см и более, следует описать как смещенные кпереди или кзади: наружный слуховой проход, головка плечевой кости, большой вертел

бедренной кости, латеральный мыщелок бедренной кости и латеральная лодыжка.

- Примерно оцените каждый изгиб позвоночника на предмет отклонений от нормы (рис. 3.4). Часто требуется провести пальпацию, особенно в грудном отделе позвоночника, где полноценному осмотру могут мешать лопатки. Изгибы позвоночника, сильно выделяющиеся по сравнению с нормой, опишите как увеличенные. Сглаженные изгибы, соответственно, опишите как уменьшенные.<sup>8</sup>
  - Изгиб шейного отдела позвоночника: в норме от 20 до 40°, выпуклость кпереди.
  - Изгиб грудного отдела позвоночника: в норме от 25 до 45°, выпуклость кзади.
  - Изгиб поясничного отдела позвоночника: в норме от 40 до 60°, выпуклость кпереди.



## Диагностика соматической дисфункции

Диагностика соматической дисфункции: введение . . . . .	61
Голова . . . . .	69
Шейный отдел позвоночника . . . . .	71
Грудной и поясничные отделы позвоночника . . . . .	78
Соматическая дисфункция грудной клетки/ребер . . . . .	83
Таз . . . . .	89
Крестец . . . . .	98
Верхние конечности . . . . .	104
Нижние конечности . . . . .	115
Живот . . . . .	125
Резюме главы . . . . .	128
Клинические случаи и контрольные вопросы . . . . .	128

### ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ

1. Рассмотреть критерии TART для диагностики соматической дисфункции.
2. Оценить каждую область тела на предмет наличия соматической дисфункции.
3. Определить тип соматической дисфункции.
4. Диагностировать соматическую дисфункцию со стороны головы, шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, грудной клетки, таза, крестца, верхних конечностей, нижних конечностей и живота.

### Диагностика соматической дисфункции: введение

В основе диагностики соматической дисфункции лежат сбор анамнеза, проведение общего осмотра и специализированных структурных исследований, применяемых в остеопатии. Структурное остеопатическое исследование проводится для оценки состояния таких структур тела, как мышцы, фасции, кости и суставы. Задача исследования – определить, изменены ли структура, форма и объем движений этих тканей. Все эти изменения можно собрать воедино с использованием англоязычного акронима TART.

#### Критерии TART

- T** = tissue texture changes – изменения структуры тканей
- A** = asymmetry – асимметрия
- R** = restriction of motion – ограничение объема движений
- T** = tenderness – болезненность

Соматическая дисфункция проявляется тонкими пальпаторными изменениями тканей, и потому для ее диагностики методы диагностической визуализации, инструментальные измерения и лабораторные тесты не применяются. Вот почему так важно, чтобы врач имел развитые навыки тщательного физикального исследования, так как именно они помогут ему отличить норму

от патологии и диагностировать соматическую дисфункцию.

Последняя, тем не менее, далеко не всегда проявляется как описано в учебнике. В том числе могут встречаться варианты соматической дисфункции, не упомянутые в данном руководстве. Учитывая этот факт, разумно предположить, что врач, проведя исследование, будет ставить диагноз на основании полученных данных, пользуясь своими знаниями анатомии и применяя основные принципы техник.

В данной главе будут приведены основные шаги, необходимые для обследования пациента с соматической дисфункцией в одной области тела. В этой главе выделены ключевые этапы обследования пациента с соматическими расстройствами последовательно, от одной анатомической области к другой. Информация, которая в ней содержится, может использоваться в рамках практикумов, проводимых под наблюдением сотрудников кафедр; в ней представлены дополнительные сведения по анатомии и биомеханике лечения, которые следует интегрировать в клиническую практику, чтобы процесс обучения был максимально полноценным.

### Типы и тяжесть соматической дисфункции

При выявлении соматической дисфункции ее необходимо классифицировать по степени тяжести и хронизации в зависимости от типа начала и механизма:

- Первичная и вторичная.
- Физиологическая и нефизиологическая.
- Острая и хроническая.
- Вегетативные рефлексы (висцеросоматические, соматовисцеральные, висцеровисцеральные, сомато-соматические).

Эти категории не являются взаимоисключающими. Так, первичная соматическая дисфункция может быть и острой, и нефизиологической.

### Первичная и вторичная соматическая дисфункция

Первичная соматическая дисфункция – это впервые возникшая дисфункция, которая

в обиходе иногда называется основным повреждением. Часто первичная соматическая дисфункция проявляется в виде одной дисфункции, имеющей наиболее значимые ИСТ, позиционную асимметрию и ограничения движений из всех соматических дисфункций, обнаруженных у пациента. После коррекции первичной соматической дисфункции вторичные (компенсаторные) дисфункции могут разрешиться спонтанно. Тем не менее попытки отличить первичную соматическую дисфункцию от вторичной имеют скорее академический интерес. В любом случае полученные при осмотре данные необходимо рассматривать через призму имеющейся анамнестической информации и других изменений, выявленных в ходе обследования. Существует ряд методов, позволяющих отличить первичную соматическую дисфункцию от вторичной, однако в рамках данного руководства они рассматриваться не будут.

### Физиологическая и нефизиологическая соматическая дисфункция

Физиологическая и нефизиологическая соматическая дисфункция отличаются по механизму повреждения и тяжести. Физиологическая дисфункция возникает на фоне нормальной структурной биомеханики. Примером может служить напряжение мышц при длительном сидении за столом или у компьютера. В таких случаях с помощью остеопатического структурного исследования удастся выявить незначительную позиционную асимметрию и легкие ограничения диапазона движений. Нефизиологическая соматическая дисфункция проявляется более значимыми отклонениями от нормы и может быть вызвана травмами, в том числе падениями. В таких случаях при остеопатическом структурном исследовании мы видим явную позиционную асимметрию и выраженные ограничения диапазона движений, о которых нам часто может сказать даже сам пациент. Нередко ОМТ является лишь первичным методом лечения, позволяющим избавиться от нефизиологической соматической дисфункции.





## Живот, гастроэзофагеальное соединение

Стиль: МФР: однонаправленная техника, прямой метод

Эта техника может использоваться в качестве дополнения к лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (рис. 14.1, 14.2). Прежде всего оцените состояние ТАД и, при необходимости, проведите ОМТ для устранения ограничений подвижности в области пищеводного отверстия.

### Ключевые элементы

- Корректируемая соматическая/висцеральная дисфункция: натяжение диафрагмально-пищеводной связки.
- Конечная цель: восстановить нормальное положение гастроэзофагеального соединения относительно пищеводного отверстия ТАД.

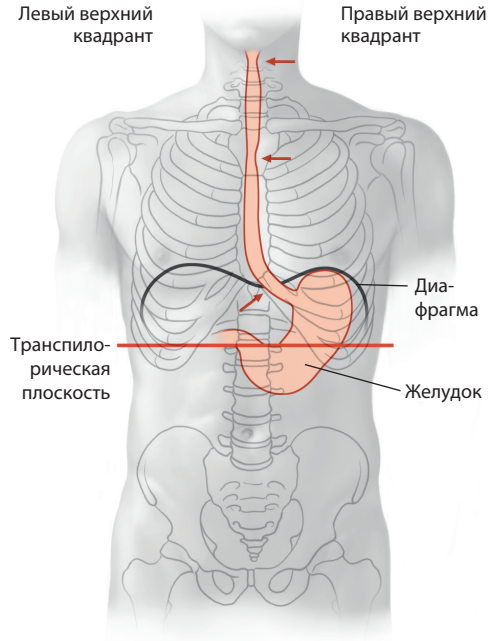


**Видео 14.1** Живот, гастроэзофагеальное соединение, – с комментариями

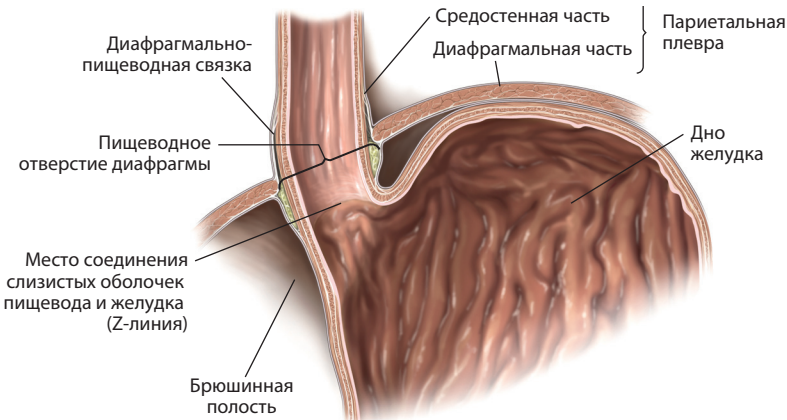
**Пример соматической дисфункции: натяжение фасций диафрагмально-пищеводной связки**

### Придание положения и подготовка

- ▶ Пациент: сидя.
- ▶ Врач: стоя позади пациента.



**Рис. 14.1** Пищевод и желудок. Стрелками показаны области возможного сужения пищевода.



**Рис. 14.2** Желудочно-пищеводное соустье.

## Контакт с тканями

- Обеими руками создаются корректирующие силы растяжения.
- Действующие руки: подушечками больших пальцев достигните гастроэзофагеального соединения, которое расположено ниже мечевидного отростка между медиальными краями реберных дуг. Не касайтесь мечевидного отростка.
- Создав контакт с тканями, попросите пациента наклонить туловище назад, с упором на ваш живот или туловище, и немного свесить туловище вперед. При необходимости положите подушку между пациентом и вашим животом.

## Движения, барьеры и силы

Двумя руками выполните следующие действия:

- Проведите пальпацию слоев тканей до гастроэзофагеального соединения.
  - Кожа → поверхностная фасция → мышцы передней брюшной стенки → гастроэзофагеальное соединение/диафрагмально-пищеводная связка.

## Живот, печень



Стиль: непрямая техника

Если у пациента имеется стойкая дисфункция правой половины диафрагмы, следует предполагать, что это может быть связано с висцеральной дисфункцией печени, учитывая, что внебрюшинное поле печени склонно к развитию ограничений подвижности в месте контакта с диафрагмой. Данная техника также позволяет улучшить кровообращение (как приток, так и отток крови) и, таким образом, удаление метаболитов из печени (рис. 14.3, 14.4). Поэтому не забудьте предупредить пациента о том, что после проведения техники возможны кратковременные неприятные эффекты, включая тошноту, головную боль или недомогание. С осторожностью проводите манипуляции у пациентов с тяжелыми заболеваниями печени.

- Приложите тракционную силу, направленную книзу, наращивая ее до тех пор, пока не почувствуете рестриктивный барьер.
  - Для еще большего натяжения тканей вы можете совершить малоамплитудные движения, направленные влево или вправо.
  - Попросите пациента повернуться на бок, чтобы ослабить диафрагму и снизить степень натяжения тканей вокруг пищеводного отверстия. Это позволит создать большие по величине тракционные силы, направленные книзу.
- Контролируйте степень натяжения фасций, расположенных вокруг ганглия, до наступления релиза (или в течение примерно 2 мин).
  - Дополнительно: можно использовать метод расправления фасции и/или дыхательное взаимодействие.
- Прекратите воздействие и дайте фасциям вернуться в нейтральное положение.
- Проведите оценку диафрагмально-пищеводной связки повторно, чтобы выявить возможные изменения ее натяжения.

### Ключевые элементы

- Корректируемая соматическая/висцеральная дисфункция: ограничения диапазона пассивных движений печени.
- Конечная цель: восстановить нормальные движения и подвижность печени, устранив фасциальные ограничения подвижности и застой жидкости вокруг печени.



**Видео 14.2 Живот, печень, – с комментариями**

**Пример соматической дисфункции: смещение книзу, наклон вправо, поворот вправо**

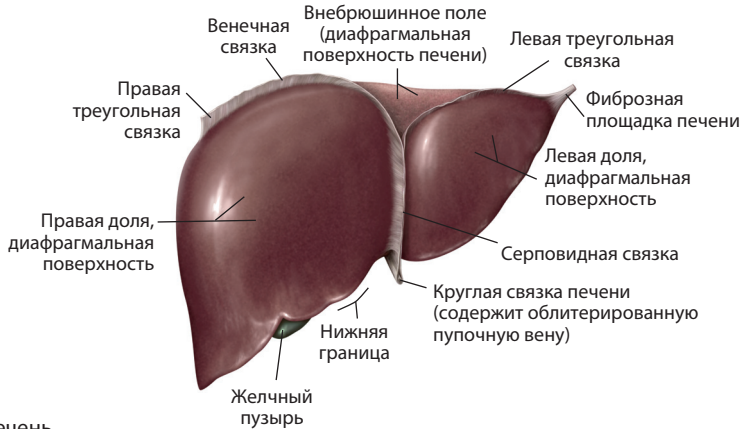


Рис. 14.3 Печень.

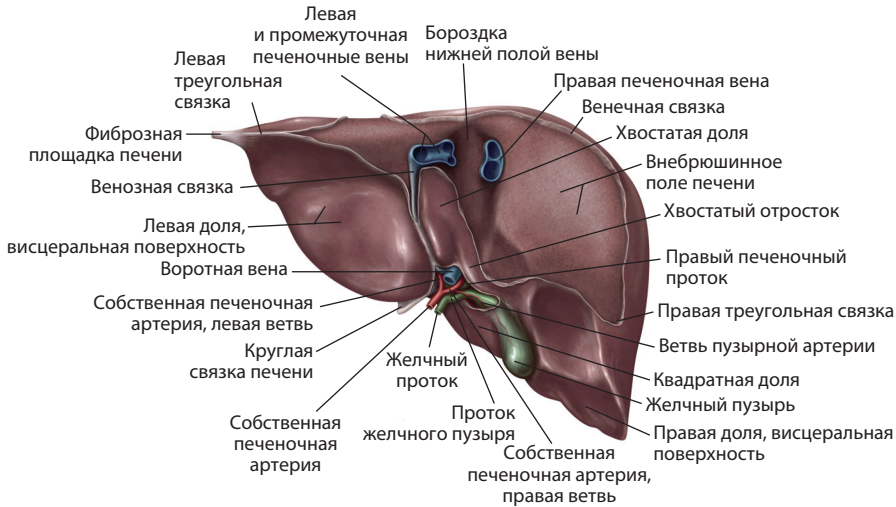


Рис. 14.4 Печень, вид сзади.

## Придание положения и подготовка

- ▶ Пациент: лежа на спине.
- ▶ Врач: сидя или стоя с правой стороны от пациента (со стороны печени).

## Контакт с тканями

- Для придания печени нужного положения используются обе руки: одна рука для контакта с задней и латеральной поверхностью печени, а другая – для контакта с передним и латеральным ее краями.
- Передняя действующая рука: всей ладонной поверхностью создайте контакт на печени так, чтобы основание кисти распола-

галось на ее латеральном крае, а пальцы были ниже края реберной дуги.

- Задняя действующая рука: всей ладонной поверхностью кисти и пальцами создайте контакт на печени так, чтобы кончики пальцев располагались рядом с XII ребром.

## Движения, барьеры и силы

Двумя руками выполните следующие действия:

- Проведите пальпацию слоев тканей до печени.
  - Кожа → поверхностная фасция → мышцы/кость → глубокая фасция/мышцы → печень.

- Обеими руками повторно проведите тестирование диапазона пассивных движений в трех направлениях:
  - Вверх/вниз: сместите печень кверху, затем книзу.
  - Боковое смещение: сместите печень вправо, затем влево.
  - Наклон в сторону: сместите печень в сторону наклона влево, направив пальцы под углом в сторону бедра противоположной стороны. Выполните движения в обратном направлении для оценки наклонов вправо, в вашу сторону.
- Придайте печени положения во всех направлениях максимального расслабления.
- Удерживайте силы и положения: не меняйте свое положение и удерживайте все силы и приданные положения до тех пор, пока не произойдет релиз тканей (или в течение 2 мин).
  - Дополнительно: используйте методику дыхательного взаимодействия.
- Прекратите воздействие.
- Повторно проведите тестирование для оценки изменений диапазона пассивных движений печени.

## Живот, брыжейки



Стиль: МФР: однонаправленная техника, прямой метод

Обычно эту методику называют «брыжеечным лифтингом». Она может быть эффективна при запорах, дискомфорте в животе при непереносимости или избыточной чувствительности к пищевым продуктам, коликах у новорожденных и в случаях, когда необходимо улучшение циркуляции лимфы (рис. 14.5, 14.6). В брыжейках кишечника

располагаются его сосуды, и сами брыжейки в данном случае обеспечивают защиту и пассаж жидкостей. Данная техника выполняется в два этапа, которые лучше всего выполнять последовательно. Стоит отметить, что воздействие на поперечную ободочную кишку в данной технике не проводится.

### Ключевые элементы

- Корректируемая соматическая/висцеральная дисфункция: напряжение фасций брыжеек (при подходящих клинических ситуациях эта техника применяется эмпирически).
- Конечная цель: устранить натяжение брыжеек кишечника.

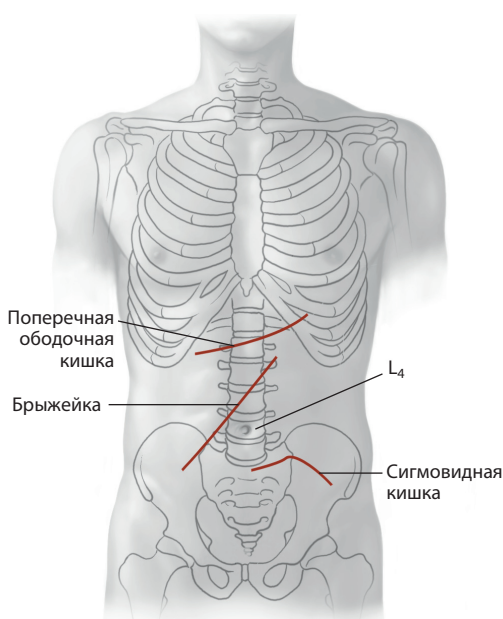
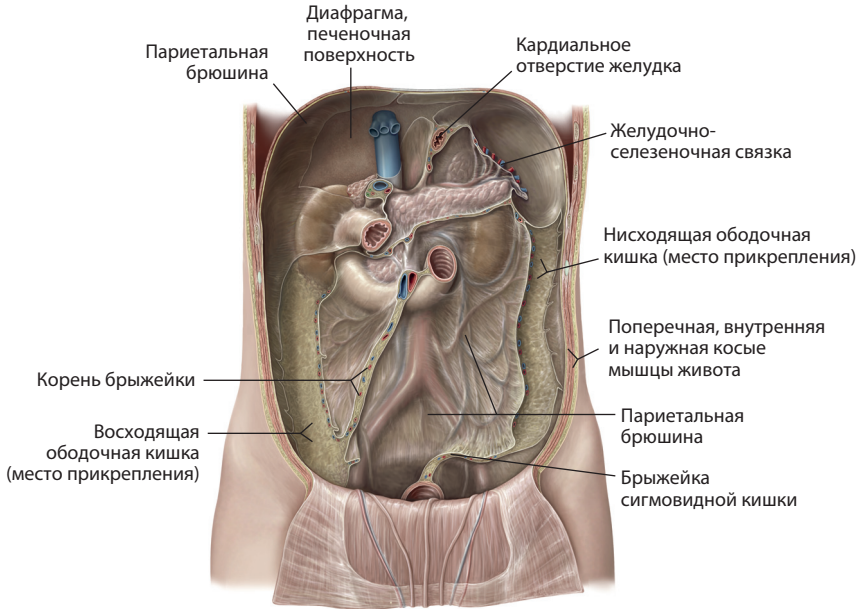


Рис. 14.5 Места прикрепления брыжеек.



Видео 14.3 Живот, брыжейка, – с комментариями

**Пример соматической дисфункции: натяжение брыжеечных фасций, натяжение фасций брыжейки сигмовидной кишки**



**Рис. 14.6** Прикрепления брыжеек.

### Придание положения и подготовка

- ▶ Пациент: лежа на спине, ноги согнуты, стопы на кушетке.
- ▶ Врач: стоя справа от пациента.

### Контакт с тканями

Действующая рука: одной рукой создайте корректирующие силы растяжения.

- Часть 1: корень брыжейки (брыжейка).
  - Пропальпируйте нижний край брыжейки рядом с местом ее прикрепления – в левом нижнем квадранте живота.
- Часть 2: брыжейка сигмовидной кишки.
  - Пропальпируйте латеральный край брыжейки рядом с местом ее прикрепления на задней брюшной стенке. Основание кисти располагается рядом с левой передней верхней подвздошной остью и чуть выше левой паховой связки.

### Движения, барьеры и силы

Используйте действующую руку, чтобы выполнить следующие действия:

#### Часть 1: корень брыжейки

- Проведите пальпацию слоев тканей до требуемой брыжейки.
  - Кожа → поверхностная фасция/подкожная жировая клетчатка → мышцы брюшной стенки → большой сальник → тонкая кишка.
- Согните кончики пальцев и аккуратно сместите петли тонкой кишки в диагональном направлении к правому плечу, пока не почувствуете сопротивление в более глубоких отделах брыжейки кишечника.
- Удерживайте эту силу на одном уровне.
- Контролируйте ткани до тех пор, пока не произойдет релиз (или в течение примерно 2 мин).
  - Дополнительно: используйте методику дыхательного взаимодействия.
- Прекратите воздействие и дайте тканям вернуться в нейтральное положение.
- Проведите оценку брыжейки повторно, чтобы выявить возможные изменения натяжения тканей.