**"Остеопатия. Методические рекомендации n 2003/74" (утв. Минздравом РФ 27.10.2003)**

Утверждаю
Первый заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации
А.И.ВЯЛКОВ
27 октября 2003 г.
Утверждаю
Статс-секретарь -
Заместитель Министра
Е.Д.ДЕДКОВ
Согласовано
Начальник Управления
научно-исследовательских
медицинских учреждений
С.Б.ТКАЧЕНКО
6 октября 2003 г.

ОСТЕОПАТИЯ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
N 2003/74

В Методических рекомендациях изложены основные положения, принципы, методики, показания и противопоказания к использованию в клинической практике остеопатии - одного из наиболее распространенных и эффективных методов традиционной медицины.
Методические рекомендации предназначены для врачей всех лечебных специальностей, экспертов лицензионных комиссий.
При составлении Методических рекомендаций использовались терминология и требования унифицированной программы последипломного обучения врачей по мануальной терапии, утвержденной Министерством здравоохранения России (разделы: 1.2.13; 4.1.8.; 4.1.19; 4.26.1; 4.26.4) [18].
Организации разработчики:
Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Минздрава России;
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Русская высшая школа остеопатической медицины (РВШОМ, г. Санкт-Петербург).
Авторы:
заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, академик РАМН, д.м.н., профессор А.А.Скоромец;
врач Института остеопатической медицины СПбМАПО к.м.н. И.А.Егорова;
генеральный директор Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Минздрава России, главный специалист Минздрава России по вопросам традиционной медицины А.А.Карпеев;
ректор Русской высшей школы остеопатической медицины, к.м.н. Т.И.Кравченко;
руководитель Института остеопатической медицины СПбМАПО к.м.н. Д.Е.Мохов.
Авторы выражают благодарность за помощь в составлении и редактировании данных Методических рекомендаций ректору СПбМАПО члену-корреспонденту РАМН, профессору Н.А.Белякову и проректору СПбМАПО члену-корреспонденту РАМН, профессору А.П.Щербо.
ВВЕДЕНИЕ
Остеопатия представляет собой один из методов традиционной медицины, заключающийся в ручном воздействии на элементы краниосакральной системы с целью их освобождения от функциональных блоков и восстановления нормального функционирования краниосакрального ритма. Термин "остеопатия" был предложен более 100 лет назад американским врачом-хирургом А.Стиллом, который сформулировал основные принципы остеопатии и разработал комплекс специальных мануальных приемов диагностики и лечения целого ряда заболеваний. Благодаря своей высокой клинической эффективности, остеопатия получила широкое распространение за рубежом, в том числе в США, Франции, Англии, Швейцарии, Бельгии, Новой Зеландии, где она официально признана на государственном уровне. Эффективность остеопатических приемов научно подтверждена многочисленными научными и клиническими исследованиями [1, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 22].
Согласно современным представлениям, краниосакральная система включает в себя следующие анатомические структуры: сфено-базилярный симфиз (СБС), атланто-затылочное сочленение, торакальная диафрагма, пояснично-крестцовый переход, крестцово-подвздошные сочленения [19-21].
Помимо элементов краниосакральной системы при ряде нарушений в орбиту остеопатических воздействий нередко вовлекаются тазовая диафрагма и реберно-ключичное пространство.
Основой остеопатии является теория о краниосакральном ритме (КСР), сформулированная на основе большого практического опыта. Краниосакральный ритм или как его раньше обозначали - "механизм первичного дыхания" - суть и отражение биомеханических взаимоотношений костей черепа и крестца, основанных на представлениях о реципрокных мембранах, где "ключевой" зоной является СБС.
Краниосакральный ритм формируется пятью составляющими: движением массы мозга, подвижностью костей черепа, флюктуацией ликвора, мембранами взаимного натяжения (dura mater) и подвижностью крестца между подвздошными костями.
Интерес врачей лечебно-диагностического профиля к изменениям показателей КСР обусловлен тем, что эти показатели претерпевают существенные изменения при различных патологических состояниях и могут являться объективным критерием эффективности лечебных воздействий. Это, прежде всего, касается последствий травм нервной системы и опорно-двигательного аппарата, функциональных изменений внутренних органов.
За рубежом накоплен значительный практический опыт применения метода остеопатии при лечении широкого спектра заболеваний нервной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата. В нашей стране активные научные исследования по этой проблеме проводятся с 90-х годов XX века [2, 5, 8, 9, 12, 19, 20, 23].
ФОРМУЛА МЕТОДА
Остеопатия - совокупность лечебно-диагностических методик, используемых для установления причин и устранения выявленных патобиомеханических нарушений путем мануального воздействия на анатомические структуры черепа, позвоночника, крестца, суставы, мышечно-связочный аппарат, внутренние органы в целях восстановления их подвижности и оптимального функционирования.
Остеопатический метод включает в себя выполнение диагностических и лечебных манипуляций.
Существует целый ряд остеопатических методик, выбор которых определяется локализацией и характером выявленных биомеханических нарушений.
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА
Наиболее широкое применение остеопатический метод находит в клинике нервных болезней при комплексном лечении таких заболеваний как: синдром минимальной мозговой дисфункции, последствия натальной травмы черепа, позвоночника и нервной системы, посттравматическая энцефалопатия, эпилептический синдром, задержка психомоторного и речевого развития, синдром вегетативной дистонии, церебростенический синдром [1, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 22].
Показаниями к применению остеопатической терапии у пациентов с посттравматическими нарушениями внутричерепной гемо- и ликвородинамики являются следующие патологические признаки:
- нарушения кинетики и биомеханики сфено-базилярного симфиза;
- нарушения гемо- и ликвородинамики (клинико-функциональные признаки доброкачественной посттравматической внутричерепной гипертензии), ассоциированные с нарушениями краниосакрального ритма;
- вегетативные и психоэмоциональные нарушения, сопровождающие доброкачественную посттравматическую внутричерепную гипертензию. При этих патологических проявлениях наибольший эффект достигается применением методики "декомпрессия сфено-базилярного симфиза".
Применение методики "дренаж венозных синусов" показано при следующих клинико-функциональных синдромах, ассоциированных с нарушениями краниосакрального ритма:
- цефалгии, связанные с нарушениями венозного оттока;
- мигренеподобные пароксизмы;
- гипертензионно-гидроцефальный синдром;
- вегетативно-сосудистые дистонии по гипертоническому типу.
Показания к применению методики "освобождение атланто-затылочного сочленения":
- нарушения ликвородинамики (нарушения продольной циркуляции ликвора);
- цефалгии напряжения;
- вегетативно-сосудистые дистонии;
- артериальная гипотония.
Показания к применению методики "фасциальная декомпрессия крестца":
- нарушения краниосакральной кинетики;
- посттравматические нарушения гемо- и ликвородинамики;
- вегетативные и психоэмоциональные нарушения, сопровождающие посттравматическую гипертензию;
- нейрогенный мочевой пузырь;
- нарушения функций органов малого таза.
Показаниями к использованию лечебных приемов остеопатии в клинике внутренних болезней является наличие в структуре основных терапевтических заболеваний вертебрально-висцеральных синдромов, таких как синдром нарушения резонансного ритма систем висцеральных органов, вегетативной дисфункции, нарушения экскурсии диафрагмы висцеральных органов. Названные синдромы ассоциируются в клинике внутренних болезней с такими нозологическими формами как плевриты, хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, болезни кишечника (хронические колиты, проктиты), спланхноптоз, дискинезии желчевыводящих путей. Остеопатические методики воздействия применяются в период неполной и полной ремиссии данных заболеваний.
К показаниям для применения остеопатии в ортопедии и травматологии относятся все синдромы, связанные с повреждениями межпозвонковых суставов, дисков, связок, при которых обнаруживается блокада двигательного сегмента, а также дегенеративные изменения вне суставов позвоночника, сопровождаемые блокадой, например, коксартроз, гонартроз, эпикондилез. Нефиксированные (нарушения осанки) и статические деформации опорно-двигательного аппарата (сколиоз и др.) также является показаниями к применению остеопатических методов лечения.
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА
Абсолютные:
1. Острые травмы черепа, позвоночника, крупных суставов.
2. Злокачественные новообразования любой локализации.
3. Патологическая ломкость костей (новообразования, генетические заболевания, остеопороз и пр.).
4. Острые и в фазе обострения хронические инфекционные заболевания, включая остеомиелит позвоночника, туберкулезный спондилит.
5. Патологическая мобильность в позвоночно-двигательном сегменте.
6. Послеоперационный период при хирургических вмешательствах на черепе и позвоночнике.
7. Острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит и т.п.).
8. Острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты).
9. Тромбоз и окклюзия позвоночной артерии.
10. Стадия стабильной субкомпенсации и декомпенсации посттравматической внутричерепной гипертензии, а также прогрессирующий тип течения внутричерепной гипертензии.
Относительные:
1. Наличие признаков нарушения психики.
2. Негативное отношение пациента к методике лечения.
3. Прогрессирующее нарастание симптомов выпадения функции спинномозговых корешков спондилогенной природы.
4. Грыжа межпозвонкового диска в области шейного отдела позвоночника в остром периоде заболевания при выраженном болевом синдроме.
5. Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.
Использование методики "дренаж венозных синусов" противопоказано также при артериальной гипотонии и функциональном блоке на уровне атланто-затылочного сочленения и I ребра.
МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА
Для проведения процедур с применением методик остеопатии используется типовое оборудование: кушетки для массажа и мануальной терапии серийно выпускаемые медицинской промышленностью и разрешенные к применению в медицинской практике.
ОПИСАНИЕ МЕТОДА
Арсенал остеопатии включает в себя широкий перечень диагностических и лечебных методик.
Построение программы остеопатического лечения и выбор оптимальной методики воздействия начинается с ручного тестирования, которое позволяет уточнить характер патобиомеханических нарушений кинетики краниосакральной системы. По результатам пальпации оценивают такие характеристики патобиомеханических нарушений кинетики КСР как амплитуду, частоту, симметричность. При нарушениях кинетики, которые приводят к ликвородинамическим расстройствам, наблюдается резкое снижение частоты <\*> КСР и/или амплитуды движений и его асимметричность. Результаты остеопатического обследования обязательно сопоставляются с данными клинического и аппаратурного объективных исследований.
--------------------------------
<\*> В норме показатель частоты КСР составляет 8-14 циклов в минуту.
Методика остеопатического определения характера патобиомеханических нарушений кинетики краниосакральной системы представляет собой следующую последовательность действий врача.
Исходное положение пациента (ИПП) - лежа на спине, голова в нейтральном положении. Исходное положение врача (ИПВ) - сидя у головного конца кушетки, предплечья располагаются на кушетке свободно. Обеими кистями врач фиксирует голову пациента таким образом, чтобы указательные пальцы располагались над проекцией больших крыльев клиновидной кости, средние пальцы - кпереди от наружных слуховых проходов, безымянные пальцы - на сосцевидных отростках, мизинцы - на латеральных участках затылочной кости.
В фазе флексии сфено-базилярного симфиза кисти врача ощущают расширение поперечного размера черепа. В фазе экстензии сфено-базилярного симфиза происходит суживание поперечника и увеличение длинника черепа. При этом в фазе флексии указательные пальцы и мизинцы получают ощущения надавливания от костных структур клиновидной и затылочной костей в каудально-латеральном направлении, а средние и безымянные пальцы ощущают давление в латеральном направлении от височных костей. В фазе экстензии врач определяет противоположные движения, т.е. удаление костных структур. В норме все движения симметричны, амплитуда одинакова. При фиксациях в краниосакральной системе характеристики КСР меняются.
По результатам остеопатической диагностики могут быть выявлены следующие синдромы нарушений КСР: флексионный синдром; экстензионный синдром; блокада сфено-базилярного симфиза, торсия, синдром боковой ротации с наклоном, синдром напряжения (стрейны).
ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ОСТЕОПАТИИ
Декомпрессия сфено-базилярного симфиза (СБС)
ИПП - лежа на спине, голова в нейтральном положении. ИПВ - стоя в голове у больного. В начальной фазе флексии СБС, одной рукой (вторым и третьим пальцем) провести вытяжение (тракцию) в направлении к основанию черепа, чтобы приподнять верхнюю челюсть и привести их к наружной ротации. Одновременно другой рукой (первым и вторым пальцем) сделать сгибание и наружную ротацию лобной кости. Поддерживать вытяжение в течение фазы флексии и надавливать на каждой начальной фазе вдоха до ощущения ослабления напряжения тканей и восстановления кинетики в СБС.
Методика выполняется 1-3 раза с периодичностью 1 раз в неделю. Курс повторяется 1-2 раза в год, до достижения устойчивого клинико-функционального эффекта.
Дренаж венозных синусов
ИПП - лежа на спине, голова и шея в нейтральном положении. ИПВ -сидя со стороны головы больного, локти на столе.
Направление манипуляции: дренирование от затылочного бугра до затылочного отверстия (затылочный синус). Положение пальцев: средние пальцы лежат горизонтально поверхности стола и соприкасаются кончиками, контактируют с затылочным бугром. В этом положении индуцировать легкое натяжение подушечек третьих пальцев и подождать до появления ощущения тепла, размягчения, расслабления тканей, начала внутреннего движения, даже легкой потливости (нейрогенная реакция). Затем средние пальцы надо приблизить к затылочному отверстию и повторить эту манипуляцию с теми же параметрами, индуцируя его под углом 45 град. по отношению к средней линии тела. Последний раз следует переместить пальцы в направлении затылочного отверстия и снова повторить манипуляцию. При этом удерживать давление, затем декомпрессировать затылочную кость от атланта для расслабления затылочных мыщелковых частей. Обязательно дождаться расслабления тканей и ощущения свободы движений в этой области.
Затем провести дренирование затылочного синуса. Положение пальцев следующее: подушечки средних пальцев упираются друг в друга и контактируют с затылочным бугром. При манипуляции следует индуцировать очень легкое натяжение подушечек пальцев и ждать, соблюдая те же параметры расслабления (ответной реакции) тканей.
Далее выполняют дренирование латеральных синусов. Положение пальцев: вернуться к затылочному бугру, положить на него мизинцы конец в конец и три следующих пальца каждой кисти с одной и другой его стороны по верхней кривой затылочной линии. В этом случае пальцы находятся на уровне латеральных синусов. Манипуляция: индуцировать очень легкое натяжение подушечек пальцев и ждать, соблюдая те же параметры расслабления тканей.
Затем осуществляют дренирование прямого синуса. Положение пальцев: мизинцы, подушечки контактируют с затылочным бугром. Остальные пальцы контактируют с верхней кривой затылочной линией. Большие пальцы лежат друг на друге, контактируя с сагиттальным швом, на уровне лямбды (точка соединения затылочной и теменных костей). Манипуляция: визуализировать ось, идущую от больших пальцев к центру черепа, на уровне переднего конца прямого синуса. Индуцировать очень легкое натяжение подушечек пальцев и ждать, соблюдая те же параметры расслабления тканей.
Далее проводят дренирование верхнего продольного синуса. Положение пальцев: вернуться к затылочному бугру, захватить череп ладонями, положить перекрещенные большие пальцы на среднюю линию, воздействуя, таким образом, на верхний продольный синус от затылочного бугра до лямбды. Манипуляция: дать очень легкое натяжение подушечками первых пальцев. Необходимо дождаться расслабления тканей и перцепции следующего движения согласно обычным параметрам.
Направление манипуляций - от лямбды до брегмы (точка соединения лобной и теменных костей). Положение пальцев: первые пальцы перекрещены верхом на сагиттальном шве, а остальные четыре пальца каждой кисти захватывают череп. Манипуляция: индуцировать легкое растяжение сагиттального шва. Манипуляция выполняется до получения ощущения расслабления (релиза) согласно общепринятым критериям.
Направление манипуляций - от брегмы до глабеллы (центральная точка соединения лобной и носовой костей). Положение пальцев следующее: четыре последних пальца соединены конец в конец, с одной и другой стороны метопического шва. Осуществляют натяжение тканей в горизонтальной плоскости.
Методика выполняется 1-3 раза с периодичностью 1 раз в неделю. Курс повторяется 1-2 раза в год, до достижения клинико-функционального эффекта.
Декомпрессия атланто-затылочного сочленения C0-С1
ИПП - лежа на спине. ИПВ - сидя у головы больного. Одна рука врача захватывает "чашей" затылок больного так, чтобы указательный и средний пальцы были расположены максимально близко к большому затылочному отверстию. Подушечки указательного и среднего пальцев другой руки устанавливаются на уровне латеральных масс атланта по задней поверхности шеи. Осуществляя легкий контакт, врач производит индукцию разъединения и восстановление равновесия подвижности атланто-затылочного сегмента.
Фасциальная техника декомпрессии крестца
ИПП - лежа на спине. ИПВ - сидя сбоку от больного. Рука врача находится на крестце (обозначим ее как каудальную), другая рука (обозначим ее как краниальную) - на поперечном и остистом отростках L5. Руки врача синхронизируются с краниосакральным ритмом (движения крестца) и осуществляют легкую индукцию на разъединение L5 от S1 до ощущения освобождения L5 от S1 (увеличение кинетики сегмента L5 - S1). Затем краниальная рука перемещается на подвздошную кость в области крестцово-подвздошного сочленения и производит легкую тракцию подвздошной кости от крестца до нахождения точки сбалансированного натяжения. После этого врач ожидает освобождения крестцово-подвздошного сочленения и включения его в краниосакральный ритм, при этом отмечается увеличение кинетики крестца. Тот же маневр повторяется с другой стороны крестца. Эту методику можно выполнять вдвоем, одновременно освобождая оба крестцово-подвздошных сочленения.
Фасциальная диагностика и коррекция
торакоабдоминальной диафрагмы
ИПП - сидя на кушетке, спина выпрямлена.
ИПВ - стоя за пациентом, установив плотный контакт между своей грудной клеткой и спиной пациента. Ноги врача на уровне плеч. Предплечья врача прижаты к трудной клетке пациента (сохранять контакт в течение всей коррекции). Врач плавно и мягко заводит свои пальцы под нижний край реберной дуги с целью достичь ее внутренней поверхности. Для удобства врач может попросить пациента согнуться вперед, а затем разогнуться. При этом врач осуществляет небольшую тракцию диафрагмы вверх.
Из этого положения врач совершает своим корпусом ротационные движения влево и вправо, возвращаясь каждый раз в нейтральное положение. После определения наиболее свободного ротационного движения из нейтрального положения выводим диафрагму (грудную клетку) в противоположную ему ротацию до ощущения фасциального натяжения и ждем расслабления тканей. После появления данного ощущения просим пациента сделать вдох и убираем руки.
Алгоритм комплексной диагностики основных синдромов
и дифференцированного подбора методик остеопатии
(на примере последствий черепно-мозговой травмы)
---------¬
¦ Симптоматика синдрома посттравматической внутричерепной гипертензии ¦
+--------T------------T---------------T-----------T-----------T------------+
¦Цефалгин¦Вегетативные¦ Очаговые ¦Офтальмоло-¦Рентгеноло-¦ Нервно- ¦
¦ ¦расстройства¦неврологические¦ гические ¦ гические ¦психические ¦
¦ ¦ ¦ симптомы ¦ симптомы ¦ симптомы ¦расстройства¦
L----T---+------T-----+-------T-------+-----T-----+-----T-----+------T------
\/ \/ \/ \/ \/ \/
-------------------------------------T-------------------------------------
\/
---------T------------T--------------T-----------T-----------T------------¬
¦ Сбор ¦Клиническое ¦Неврологичес- ¦Офтальмо- ¦Рентгено- ¦Функциональ-¦
¦Анамнеза¦исследование¦кое исследова-¦логическое ¦логическое ¦ные исследо-¦
¦ ¦ ¦ние + ¦исследова- ¦исследова- ¦вания (ЭЭГ, ¦
¦ ¦ ¦консультация ¦ние ¦ние ¦БИГ, ТКДГ) ¦
¦ ¦ ¦нейрохирурга ¦ ¦ ¦ ¦
L--------+------------+--------------+-----------+-----------+-------------
\/
----------------------------------------------------¬
¦ Пальпаторная диагностика состояния ¦
¦ Краниосакральной системы ¦
L---------------------------T------------------------
\/
----------------------------------------------------¬
¦Определение клинико-патогенетического варианта ВЧГ ¦
¦ и основного неврологического синдрома ¦
L---------------------------T------------------------
\/
----------------------------------------------------¬
\/ СТАДИЯ \/
-------------T------------T-------------------T------------------T-----------¬
¦ Устойчивая ¦Неустойчивая¦ Преходящая ¦ Стабильная ¦Декомпен- ¦
¦ компенсация¦компенсация ¦Субкомпенсация <\*\*>¦Субкомпенсация <\*>¦сация <\*> ¦
L------------+------------+--------T----------+------------------+------------
\/
----------------------------------------------------¬
\/ ТИП ТЕЧЕНИЯ \/
------------------------T-------------------------T-----------------------¬
¦ ¦ Умеренно ¦ интенсивно ¦
¦ Непрогрессирующий ¦ прогрессирующий <\*\*> ¦ прогрессирующий <\*>¦
L-----------------------+------------T------------+------------------------
\/
----------------------------------------------------¬
\/ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ \/
------------T----------------------------------------------T--------------¬
¦Не нарушены¦ Умеренно нарушены <\*\*> ¦ Выраженные ¦
¦ ¦ ¦нарушения <\*> ¦
L-----------+------------------------T---------------------+---------------
\/
-------------------------------------------------------¬
¦ Характер нарушений кинетики краниосакральной системы ¦
\/ \/
----------------T----------------------T----------------T-----------------¬
¦ Нарушения ¦Различные кинетические¦ Функциональные ¦ изменения ¦
¦ликвородинамики¦ дисфункции СБС ¦ блоки ¦ показателей ¦
¦ и венозного ¦ ¦(С0-С1, крестец,¦медленно-волновых¦
¦ оттока ¦ ¦ диафрагма) ¦ колебаний ¦
L---------------+--------------------T-+----------------+------------------
\/
---------T-----------------T-----------------T-------------------T---------
\/ \/ \/ \/
------------------T----------------T-------------------T------------------¬
¦ "декомпрессия ¦"дренаж венозных¦ "альтернирующий ¦ "фасциальная ¦
¦сфено-базилярного¦ синусов" ¦ перекат височных ¦ декомпрессия ¦
¦ симфиза" ¦ ¦ костей" ¦ крестца" ¦
+-----------------+----------------+-------------------+------------------+
¦ Выбор оптимальной методики остеопатии ¦
L------------------------------------T-------------------------------------
\/
--------¬
¦ Оценка клинико-функциональной эффективности первых процедур ¦
L------------------------------------T-------------------------------------
\/
--------¬
¦ Определение программы лечения ¦
L--------
--------------------------------
<\*> Методики остеопатии не показаны.
<\*\*> Методики остеопатии могут применяться при определенных условиях.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА
Оценка эффективности остеопатической терапии при вертебро-базилярной недостаточности в сравнении с обычными медикаментозными методами 196 пациентов основной группы и 123 пациента контрольной группы, показала достоверную эффективность (р<0,05) курса остеопатии. [14].
Как показали исследования, у пациентов с посттравматическими нарушениями гемо- и ликвородинамики лечение с использованием методик остеопатии позволило достигнуть положительного результата в 80% случаев. [7, 8].
Как показывает практика, остеопатическая терапия весьма эффективна при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Это не удивительно, так как причиной патологических процессов в поясничном отделе позвоночника, проявляющихся люмбоишиалгиями, нередко являются висцеральные механические дисфункции (со стороны органов малого таза и брюшной полости, проявляющихся люмбоишиалгиями, нередко являются висцеральные механические дисфункции (со стороны органов малого таза и брюшной полости). Использование методики "Фасциальная диагностика и коррекция торакоабдоминальной диафрагмы" у 206 пациентов основной группы в сравнении с контрольной группой из 187 пациентов показало достоверное положительное влияние курса остеопатического лечения (р<0,05). При этом нормализация функций наступила в 73,31%, а улучшение в 21,84% наблюдений при полном отсутствии ухудшений. [12, 13, 17].
Изучение биомеханики внутренних органов показывает их прямую биомеханическую зависимость от свободных и скоординированных движений торакальной диафрагмы. Нарушение пластико-эластических свойств связок, поддерживающих поддиафрагмальные органы, может привести не только к ограничению подвижности диафрагмы, но и к атипичному локомоторному паттерну сочлененных с ней внутренних органов, что предрасполагает возникновение в них сначала функциональных, а затем и органических патологических изменений.
Доказано, что дефицит диафрагмальной подвижности способен привести к венозной дисциркуляции органов брюшной полости, нарушению моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, а так же к изменению синтопии и скелетотопии печени, желчного пузыря, желудка, 12-перстной кишки, поперечно-ободочной кишки и др.
Наиболее распространенным симптомом гастроэнтерологических заболеваний являются диспептические расстройства. Комплексное обследование и остеопатическое лечение 86 больных с транзиторными функциональными нарушениями желчевыводящих путей, имеющих клинические проявления в виде диспепсии, показали нормализацию функций в 54,75%, а улучшение в 31,62% случаев. [1].
Оценка эффективности применения методов остеопатии в комплексном
лечении целого ряда заболеваний, в основном неврологических и
ортопедо-травматологических по сравнению с классическими подходами была
2
проведена у 70 пациентов путем расчета показателя соответствия (x ) при
2
альтернативном распределении и показала достоверное влияние (x = 5,17;
р<0,05) курса остеопатического лечения на результирующую эффективность по
показателям комплексной оценки. [7].
Применение методов остеопатии в реабилитации больных, имеющих в анамнезе родовую травму и страдающих эпилепсией, позволило получить положительные результаты у 96,7% больных, что выражалось в купировании или значительном урежении пароксизмов, улучшении эмоционального фона, уменьшении патологических изменений на ЭЭГ, сокращении количества принимаемых антиконвульсантов. [6].
В результате остеопатического лечения хронических холециститов в 90% случаев наблюдался положительный эффект: на 22-24% увеличилась скорость опорожнения желчного пузыря. В 30% случаев по данным УЗИ изменилась в положительную сторону структура желчного пузыря. [1].
Эффективность комплексного лечения с применением различных методик остеопатии приведена в таблицах 1 и 2.
Таблица N 1
Эффективность комплексного лечения
с применением различных методик остеопатии
---------------T----------------------------------------------------T--------¬
¦Методика КСМТ ¦ Оценка эффективности,% ¦ Всего ¦
¦ +-----------T------------T---------T---------T-------+процедур¦
¦ ¦Клиническое¦Значительное¦Улучшение¦ без ¦Ухудше-¦ ¦
¦ ¦выздоровле-¦ улучшение ¦ ¦изменений¦ нием ¦ ¦
¦ ¦ ние ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
+--------------+-----------+------------+---------+---------+-------+--------+
¦"декомпрессия ¦ 58,3 ¦ 33,3 ¦ 8,4 ¦ - ¦ - ¦ 60 ¦
¦сфено- ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦базилярного ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦симфиза" ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
+--------------+-----------+------------+---------+---------+-------+--------+
¦"дренаж ¦ 85,3 ¦ 18,2 ¦ 1,5 ¦ - ¦ - ¦ 348 ¦
¦венозных ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦синусов" ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
+--------------+-----------+------------+---------+---------+-------+--------+
¦"декомпрессия ¦ 67,5 ¦ 24,5 ¦ 8,0 ¦ - ¦ - ¦ 120 ¦
¦атланто- ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦затылочного ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦сочленения" ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦(С0-C1) ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
+--------------+-----------+------------+---------+---------+-------+--------+
¦"фасциальная ¦ 73,3 ¦ 20,5 ¦ 4,8 ¦ 1,5 ¦ - ¦ 265 ¦
¦декомпрессия ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
¦крестца" ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦
+--------------+-----------+------------+---------+---------+-------+--------+
¦ИТОГО ¦ 75,1 ¦ 18,9 ¦ 4,5 ¦ 1,5 ¦ - ¦ 793 ¦
L--------------+-----------+------------+---------+---------+-------+---------
Таблица N 2
Эффективность комплексного лечения с использованием
методик остеопатии при длительности катамнестических
наблюдений от 2 до 5 лет
----------------------------T-------------------------------------------¬
¦ Эффективность ¦ Частота встречаемости наблюдений,% ¦
¦ +-------------T-----------------T-----------+
¦ ¦Дети (n = 50)¦Взрослые (n = 20)¦ Всего ¦
+---------------------------+-------------+-----------------+-----------+
¦Клиническое выздоровление ¦ 79,3 ¦ 69,7 ¦ 75,1 ¦
+---------------------------+-------------+-----------------+-----------+
¦Значительное улучшение ¦ 19,9 ¦ 19,1 ¦ 18,9 ¦
+---------------------------+-------------+-----------------+-----------+
¦Улучшение ¦ 0,8 ¦ 10,2 ¦ 4,5 ¦
+---------------------------+-------------+-----------------+-----------+
¦Без изменений ¦ 2,0 ¦ 1,0 ¦ 1,5 ¦
+---------------------------+-------------+-----------------+-----------+
¦Ухудшение ¦ - ¦ - ¦ - ¦
L---------------------------+-------------+-----------------+------------
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1. Богданова Н.Н. Оценка эффективности остеопатического лечения при холециститах и дискинезиях желчевыводящих путей. Аттестационная работа. РВШОМ. СПб, 2001. - 57 с.
2. Гойденко B.C., Ситель А.Б., Галанов В.П., Руденко И.В. Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. - М.: Медицина, 1988. - 240 с.
3. Егорова И.А. Введение в краниальную остеопатию // Российский семейный врач. СПб Т. 6 N 4, 2002. С. - 69-73.
4. Егорова И.А. Гипертензионно-гидроцефальный синдром у детей первых месяцев жизни (диагностика и реабилитация): Авт. дис. канд. мед. наук, 14.00.09, 14.00.51. - СПб, 2003. - 23 с.
5. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Руководство, атлас. - Казань, 1997. - 540 с.
6. Иванникова Е.В. Диагностика и комплексное лечение последствий родовой травмы: Авт. Дис. ... канд. мед. наук; 14.00.22. - Спб, 2000, РНИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена. - 24 с.
7. Кравченко Т.И. Особенности диагностики и лечения больных с посттравматическими нарушениями внутричерепной гемо- и ликвородинамики: Авт. Дис. ... канд. мед. наук; 14.00.13; 14.00.16. - СПб, 2000, РНИ нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова. - 23 с.
8. Кравченко Т.И. Принципы остеопатической коррекции нарушений краниоспинальной гемо- и ликвородинамики // Тез. съезда мануал. тер. России. - М.; МЗ РФ, Центр мануальной терапии МЗ РФ. - 1999. - С. 132-133.
9. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Вайнштейн Г.Б., Семерня В.Н., Червоток А.Е., Митрофанов В.Ф. О роли ликвородинамического компонента в формировании периодических флуктуаций электроимпеданса головы // Физиол. Ж. - 1996. - Т 82, N 7. - С. 36-45.
10. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Гайдар Б.В., Вайнштейн Г.Б., Семерня В.Н., Майорова Н.Ф., Митрофанов В.Ф. О периодической подвижности костей черепа у человека // Физиол.чел. - 1999. - Т 25, N 1. - С. 78-86.
11. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Фрайман В., Вайнштейн Г.Б. Фундаментальные основы краниальной остеопатии. - СПб, 2002. - 80 с.
12. Мохов Д.Е. Постуральные нарушения у больных люмбоишиалгиями, способы их диагностики и коррекции // Тезисы I Съезда мануальных терапевтов России. - М., 1999.
13. Новосельцев С.В. Остеопатия как метод лечения люмбоишиалгий // Тезисы 75 Всеросс. студ. научной конф., посвящ. 100-летию СНО Казанского гос. мед. ун-та. - Казань, 2001.
14. Новосельцев С.В. Возможности остеопатической коррекции синдрома вертебро-базилярной недостаточности у детей // Материалы VII-ой итоговой открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов. - Киров, 2001.
15. Новосельцев С.В. Философия остеопатии. СПб, Издательский дом СПбМАПО, 2003 - 26 с.
16. Скоромец А.А., Кравченко Т.И., Баранцевич Е.Р., Дидур М.Д. Методы краниосакральной мануальной терапии (остеопатии) в диагностике и лечении больных с посттравматической внутричерепной гипертензией. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001 - 20 с.
17. Скоромец А.А., Ахметсафин А.Н., Баранцевич Е.Р. и др. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов / Под ред. Скоромца А.А. - СПб, Гиппократ, 2001.
18. Унифицированная программа последипломного обучения врачей по мануальной терапии. - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 235 с.
19. Фоссгрин Й. Краниосакральная техника (курсовой материал А): Методические рекомендации. - СПб, 1995. - 29 с.
20. Фоссгрин Й. Краниосакральная техника (курсовой материал Б): Методические рекомендации. - СПб, 1996. - 36 с.
21. Черкес-Заде Д.Д. Остеопатическая диагностика и лечение заболеваний позвоночника. - М.: Медицина, 2000. - 120 с.
22. Чикуров Ю.В. Остеопатическое лечение внутренних органов. - М., 2001.
23. Чокашвили В.Г. Диагностика и лечение краниовертебральной патологии. - СПб, 1997. - 110 с.
24. Gaidar В., Kravchenko Т., Weinstein G., Semernia V., Moskalenko Y. Human skull bones motions related to intracranial volume-pressure relationships // XXXIII Intern. Congr.Physiol. Sciences. - St.Petersburg, 1997. - P. 078.34.
25. Mokhov D, Smirnoff K. Utilisation de l'analise des rytmes biologiques pour le monitoring de l'efficacite des differentes techniques osteopathiques // Osteo-2000, N53, p. 8-21.
26. Moskalenko Y., Kravchenko Т., Chervotok A., Shalaev V. Principles of application of electrical bio-impedance for monitoring purposes in osteopathic medicine // Proc. Intern. Conf.elektr. bio-impedance. - Barselona, 1998. - P. 92-97.
27. Novoseltsev S. Birth trauma and osteopathy // Neurogical thesises, Kuopio, Finland, 2002.
28. Still A.T. Phylosophy of osteopathy/ Published by autor. Kiksville, MO, 1899.