


С.В.Новосельцев

ОСТЕОПАТИЯ

Учебник

*Рекомендуется ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России к использованию в образовательных учреждениях, реализующих
образовательные программы высшего и дополнительного профессионального образования
по специальности «Остеопатия»*

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2016

УДК 616.7:615.828
ББК 53.54я7
Н76

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

Автор:

Новосельцев Святослав Валерьевич — доктор медицинских наук, ректор Северо-Западной академии остеопатии, врач-остеопат, невролог, президент Профессиональной медицинской ассоциации специалистов остеопатии и мануальной медицины «Ассоциация остеопатов», академик Европейской академии естественных наук, академик Российской академии естествознания (РАЕ), заслуженный деятель науки и образования РАЕ. Основатель сети остеопатических клиник «Метафизика движения». Автор более 200 научных публикаций, в том числе пяти монографий, трех практических руководств для врачей и 15 учебных пособий по остеопатии.

Рецензенты:

Ерофеев Николай Павлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры физиологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета,

Круглов Валерий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической медицины последипломного образования Медицинского университета «Реавиз», главный внештатный остеопат Министерства здравоохранения Самарской области по г. о. Самара.

Регистрационный номер рецензии 01 от 29 января 2016 г. ФГАУ ФИРО

Новосельцев С.В.

Н76 Остеопатия : Учебник / С.В.Новосельцев. — М. : МЕДпресс-информ, 2016. — 608 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-325-2

Остеопатия сегодня — новая специальность высшего медицинского образования, самая динамично развивающаяся область современной медицины, опирающаяся на принципы холизма, анатомию, биомеханику и пальпаторное мастерство врача. Данный учебник предназначен для изучения основ остеопатии как синтеза науки, философии и искусства. В материалах учебника в хронологическом порядке освещены три основных раздела остеопатии: структуральный, краниальный и висцеральный. Изложены основные тематические анатомо-физиологические сведения, диагностические и лечебные техники. Дана базовая методология остеопатической диагностики и лечения. Особое внимание уделено главному инструменту остеопата — пальпации. Оригинальные иллюстрации и схемы призваны повысить эффективность восприятия теоретического материала. Содержание учебника полностью соответствует программе профессиональной подготовки по специальности «Остеопатия».

Учебник предназначен для слушателей кафедр остеопатии, врачей-остеопатов.

УДК 616.7:615.828
ББК 53.54я7

ISBN 978-5-00030-325-2

© Новосельцев С.В., 2016
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2016

Благодарности

Безграничная благодарность моим первым учителям Ф. Пейраладу (ДО) (Франция), Д. Ле Угрю (ДО) (Франция) и Р. Капоросси (ДО) (Франция), оказавшим наибольшее влияние на развитие остеопатии в России в 1990-е годы.

Глубочайшим уважением проникнуто мое отношение к Т. Ванвиеру (КСТ), Д. Маджо (КСТ), Р. Ридж (КСТ) (Институт Д. Апледжера, США), Ф. Джабаку (ДО), С. Зильберманну (ДО), М. Чиккотти (ДО), Ж. Монте (ДО), С. Паолетти (ДО), Ж. Жобер (ДО) (Франция). Преданность делу, которому они служат, поистине поражает.

Свою искреннюю благодарность хочу выразить всему преподавательскому коллективу ЧАНО ДПО «Северо-Западная академия остеопатии», особенно Е. Л. Малиновскому, С. С. Малкову, а также руководителю НОУ ДПО «Тюменский институт остеопатии» И. А. Аптекарю за участие и всестороннюю поддержку в подготовке первого в России учебника по остеопатической медицине

Отдельное спасибо О. А. Бабкину за оригинальные иллюстрации-схемы в главах «Техники на ребрах», «Кинетические дисфункции сфенобазиллярного синхондроза» и «Фасции. Принципы остеопатической диагностики и коррекции».

За профессиональную фотосъемку остеопатических техник выражаю благодарность С. С. Малкову, К. В. Новосельцевой.

За понимание, глубочайшее терпение и сильнейшую мотивацию к работе хочу от всего сердца поблагодарить свою жену К. В. Новосельцеву.

Хочется также передать слова благодарности заведующему кафедрой остеопатии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, главному внештатному специалисту по остеопатии МЗ РФ Д. Е. Мохову (ДО) за долгие годы плодотворного сотрудничества.

Спасибо всем моим ученикам, практикующим врачам-osteопатам за доверие и благодарные отзывы, а также за критические замечания и пожелания на этапе подготовки настоящего учебника.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Остеопатическая терминология	7
Список сокращений	8
Введение	9
Часть I. Основы остеопатии	11
Глава 1. Основные принципы и методологические основы остеопатии (Новосельцев С.В.)	11
1.1. Краткая история развития остеопатии	11
1.2. Основные принципы остеопатии	13
Глава 2. Патогенез соматических дисфункций и анатомо-физиологическое обоснование остеопатического воздействия (Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.)	20
Глава 3. Пальпация — основной метод диагностики соматических дисфункций (Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л.)	28
Часть II. Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций опорно-двигательной системы	43
Глава 1. Классификация остеопатических техник (Новосельцев С.В.)	43
Мягкотканые техники	43
Суставные техники (артикуляторные)	44
Специфические техники на позвоночнике и суставах	45
Техники связочно-суставного напряжения	47
Фасциальные техники	49
Стрейн-контрстрейн	50
Глава 2. Общие принципы диагностики (Новосельцев С.В.)	52
2.1. Осмотр пациента	52
2.2. Особенности остеопатической пальпации	53
2.3. Диагностические тесты	57
Глава 3. Факторы, определяющие эффективность выполнения остеопатических техник (Новосельцев С.В.)	67
Глава 4. Принципы остеопатической коррекции (Новосельцев С.В.)	69
Глава 5. Техники коррекции соматических дисфункций опорно-двигательной системы (Новосельцев С.В.)	74
5.1. Техники на шейном отделе позвоночника	74
5.1.1. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия шейного отдела позвоночника и клиническая информация	74
5.1.2. Техники коррекции соматических дисфункций шейного отдела позвоночника	78
5.2. Техники на грудном отделе позвоночника	82
5.2.1. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия грудного отдела позвоночника и клиническая информация	82
5.2.2. Техники коррекции соматических дисфункций грудного отдела позвоночника	85
5.3. Техники на ребрах (Малков С.С., Бабкин О.А., Новосельцев С.В.)	89
5.3.1. Функциональная анатомия и биомеханика грудной клетки	89
5.3.2. Техники коррекции соматических дисфункций ребер	91
5.4. Диагностика и коррекция соматических дисфункций диафрагм	98
5.4.1. Торакоабдоминальная диафрагма. Функциональная анатомия торакоабдоминальной диафрагмы и клиническая информация	99
5.4.2. Диагностика соматических дисфункций торакоабдоминальной диафрагмы	100
5.4.3. Техники коррекции соматических дисфункций торакоабдоминальной диафрагмы	100
5.4.4. Тазовая диафрагма. Функциональная анатомия, биомеханика и клиническая информация	102
5.4.5. Диагностика соматических дисфункций тазовой диафрагмы	103
5.4.6. Техники коррекции соматических дисфункций тазовой диафрагмы	104
5.5. Техники на поясничном отделе позвоночника	105
5.5.1. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и клиническая информация	105
5.5.2. Техники коррекции соматических дисфункций поясничного отдела позвоночника	113
5.6. Техники на крестце	117
5.6.1. Крестец. Функциональная анатомия, биомеханика и клиническая информация	117
5.6.2. Техники коррекции соматических дисфункций крестца	123
5.7. Коррекция соматических дисфункций костей таза миоэнергетическими техниками	124
5.8. Техники коррекции соматических дисфункций нижней конечности (Новосельцев С.В., Малков С.С.)	127
5.8.1. Функциональная анатомия и биомеханика суставов нижней конечности	127
5.8.2. Техники коррекции соматических дисфункций нижней конечности	136
5.9. Техники коррекции соматических дисфункций верхней конечности (Малков С.С., Новосельцев С.В.)	157
5.9.1. Функциональная анатомия и биомеханика суставов верхней конечности	157
5.9.2. Техники коррекции соматических дисфункций верхней конечности	170
5.10. Нейромышечная техника	180
5.11. Нейролимфатические рефлексy Чэпмена	185
5.12. Фасции. Принципы остеопатической диагностики и коррекции (Новосельцев С.В., Бабкин О.А.)	192

Часть III. Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций краниосакральной системы	211
Глава 1. Краниальная остеопатия. Основные принципы (Новосельцев С.В.)	211
1.1. История развития краниальной остеопатии	211
1.2. Анатомо-физиологические особенности реализации краниосакрального ритма на уровне черепа и крестца	213
1.3. Пальпация краниосакральной системы	226
Глава 2. Система кровообращения головного мозга. Методы коррекции нарушений венозного кровообращения. Желудочковая система головного мозга. Основы диагностики и коррекции (Новосельцев С.В.)	230
2.1. Артериальное кровообращение головного мозга	230
2.2. Венозное кровообращение головного мозга	233
2.2.1. Техники коррекции нарушений венозного кровообращения	236
2.3. Техники коррекции соматических дисфункций твердой мозговой оболочки	239
2.4. Техники коррекции нарушений ликвородинамики	247
Глава 3. Кинетические дисфункции сфенобазиллярного синхондроза (СБС) (Новосельцев С.В.)	251
3.1. Клиническая биомеханика и патобиомеханика сфенобазиллярного синхондроза	251
3.1.1. Основные типы кинетических дисфункций сфенобазиллярного синхондроза	251
3.1.2. Диагностика и коррекция кинетических дисфункций сфенобазиллярного синхондроза	256
3.1.3. Техники коррекции кинетических дисфункций сфенобазиллярного синхондроза	257
Глава 4. Анатомия, биомеханика и пальпация костей черепа (Новосельцев С.В.)	260
4.1. Краниогенез	260
4.2. Анатомия и клиническая биомеханика затылочной кости	262
4.3. Анатомия и клиническая биомеханика клиновидной кости	266
4.4. Анатомия и клиническая биомеханика височной кости	273
4.4.1. Диагностика кинетических дисфункций височных костей	278
4.5. Анатомия и клиническая биомеханика теменных костей	280
4.5.1. Диагностика кинетических дисфункций теменных костей	282
4.6. Анатомия и клиническая биомеханика лобной кости	282
4.6.1. Диагностика кинетических дисфункций лобной кости	285
4.7. Анатомия и клиническая биомеханика решетчатой кости	286
4.7.1. Диагностика кинетических дисфункций решетчатой кости	289
4.8. Анатомия и клиническая биомеханика верхней челюсти	290
4.8.1. Диагностика кинетических дисфункций верхней челюсти	292
4.9. Анатомия и клиническая биомеханика скуловой кости	292
4.9.1. Диагностика кинетических дисфункций скуловой кости	295
4.10. Анатомия и клиническая биомеханика сошника	296
4.10.1. Диагностика кинетических дисфункций сошника	298
4.11. Анатомия и клиническая биомеханика небной кости	298
4.11.1. Диагностика кинетических дисфункций небной кости	301
4.12. Анатомия и клиническая биомеханика нижней челюсти	302
4.12.1. Диагностика кинетических дисфункций нижней челюсти	304
4.13. Анатомия и клиническая биомеханика подъязычной кости	305
4.13.1. Диагностика кинетических дисфункций подъязычной кости	307
Глава 5. Кинетические дисфункции костей черепа. Этиология и патогенез. Диагностика. Коррекция (Новосельцев С.В.)	307
5.1. Общие положения	307
5.2. Техники коррекции кинетических дисфункций костей черепа	308
5.2.1. Техники коррекции дисфункций швов основания черепа	308
5.2.2. Техники коррекции кинетических дисфункций височной кости	310
5.2.3. Техники и коррекция кинетических дисфункций теменной кости	313
5.2.4. Техники коррекции кинетических дисфункций решетчатой кости	315
5.2.5. Техники коррекции кинетических дисфункций лобной кости	318
5.2.6. Техники коррекции кинетических дисфункций скуловой кости	322
5.2.7. Техники коррекции кинетических дисфункций сошника	325
5.2.8. Техники коррекции кинетических дисфункций небной кости	326
5.2.9. Техники коррекции кинетических дисфункций нижней челюсти	328
5.2.10. Техники коррекции кинетических дисфункций подъязычной кости	329
5.2.11. Техники коррекции кинетических дисфункций верхней челюсти	330
Глава 6. V-spread (Новосельцев С.В.)	332
Глава 7. Особенности применения краниальных подходов в клинической практике (Новосельцев С.В.)	334
7.1. Диагностика и коррекция соматических дисфункций черепных нервов	334
7.1.1. Обонятельный нерв	335
7.1.2. Зрительный нерв	340

7.1.3. Глазодвигательный нерв, блоковый нерв, отводящий нерв	344
7.1.4. Тройничный нерв	351
7.1.5. Лицевой нерв	362
7.1.6. Преддверно-улитковый нерв	370
7.1.7. Языкоглоточный нерв, блуждающий нерв, добавочный нерв	372
7.1.8. Подъязычный нерв	379
Глава 8. Методология лечения краниосакральной системы (Новосельцев С.В.)	381
Глава 9. Диагностика и коррекция соматических дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (Новосельцев С.В.)	383
9.1. Анатомия, клиническая биомеханика и патобиомеханика височно-нижнечелюстного сустава	383
9.2. Техники коррекции кинетических дисфункций височно-нижнечелюстного сустава	392
Глава 10. Диагностика и коррекция соматических дисфункций ЛОР-органов, орбиты и ротовой полости. Принципы остеопатического подхода, диагностики и коррекции (Новосельцев С.В.)	395
10.1. Анатомо-функциональные особенности и клиническая биомеханика органа слуха и равновесия ..	395
10.2. Анатомо-функциональные особенности и клиническая биомеханика носовой полости	399
10.2.1. Дисфункции и техники коррекции соматических дисфункций носовой полости	403
10.3. Возможности остеопатической коррекции соматических дисфункций при заболеваниях ЛОР-системы	404
10.4. Анатомо-функциональные особенности и клиническая биомеханика орбиты	408
10.4.1. Техники коррекции соматических дисфункций орбиты	411
10.5. Возможности остеопатической коррекции при заболеваниях органа зрения	414
10.6. Анатомо-функциональные особенности и клиническая биомеханика ротовой полости	414
10.6.1. Дисфункции и техники коррекции соматических дисфункций ротовой полости	416
Глава 11. Остеопатический подход к пациенту в педиатрической практике (Новосельцев С.В.)	419
Часть IV. Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций внутренних органов	433
Глава 1. Диагностика и коррекция соматических дисфункций органов желудочно-кишечного тракта (Новосельцев С.В.)	433
1.1. Анатомо-физиологические особенности и клиническая биомеханика органов пищеварительной системы	433
1.2. Остеопатическая диагностика и техники коррекции соматических дисфункций органов пищеварительной системы	439
Глава 2. Диагностика и коррекция соматических дисфункций сердечно-сосудистой системы (Новосельцев С.В.)	453
2.1. Анатомо-физиологические особенности и клиническая биомеханика органов сердечно-сосудистой системы	453
2.2. Остеопатическая диагностика и техники коррекции соматических дисфункций органов сердечно-сосудистой системы	455
Глава 3. Диагностика и коррекция соматических дисфункций дыхательной системы (Новосельцев С.В.)	457
3.1. Анатомо-физиологические особенности и клиническая биомеханика органов дыхательной системы .	457
3.2. Остеопатическая диагностика и техники коррекции соматических дисфункций органов дыхательной системы	461
Глава 4. Диагностика и коррекция соматических дисфункций мочеполовой системы (Новосельцев С.В.)	469
4.1. Анатомо-физиологические особенности и клиническая биомеханика органов мочеполовой системы .	469
4.2. Остеопатическая диагностика и техники коррекции соматических дисфункций органов мочеполовой системы	474
Глава 5. Остеопатия в комплексном лечении заболеваний внутренних органов (Новосельцев С.В.)	485
Часть V. Методология клинического обследования в остеопатии	495
Глава 1. Алгоритм клинического обследования в остеопатии (Малков С.С.)	495
Глава 2. Стандарты, порядки оказания остеопатической помощи и клинические протоколы (Аптекарь И.А.) .	501
Соматические дисфункции опорно-двигательной системы	511
Глава 3. Особенности дифференциальной диагностики в остеопатии (Новосельцев С.В.)	519
3.1. Остеопатический подход к пациенту в неврологической практике	519
Глава 4. Остеопатический подход к лечению пациентов с «хлыстовой травмой» (Новосельцев С.В.)	548
Глава 5. Вегетативная нервная система и ее роль в формировании функциональной патологии (Новосельцев С.В.)	553
Глава 6. Принципы лучевой диагностики в остеопатии (Новосельцев С.В.)	574
Приложения	585
Приложение № 1	585
Приложение № 2	585
Приложение № 3	588

Введение

*Созидать и не обладать,
трудиться и не искать выгоды,
добиться цели и не гордиться.
Лао Цзы*

XXI век требует нового качественного скачка в медицине, и эта необходимость должна стать приоритетной, потому что прогрессирование в этой профессии не идет в ногу с остальными профессиями.

Остеопатия — новая, динамично развивающаяся в России область медицины. Ее история в мире насчитывает 140 лет, чуть более 20 лет — в России.

Остеопатическая медицина хорошо зарекомендовала себя при лечении различных функциональных заболеваний. Ежегодно миллионы пациентов во всем мире обращаются к остеопатам как к врачам выбора, потому что аллопатическая медицина не смогла решить их проблемы. Врач-osteopat со своей стороны предлагает уникальные методики терапии, которые не может предложить врач классической медицины.

В настоящее время завершается этап становления остеопатии в России. Однако недостаточная информированность медицинской общественности в этой области порождает множество противоречивых суждений, мифов. Одним из наиболее значимых заблуждений является отождествление остеопатии с отечественной мануальной терапией.

Сегодня научно-технический прогресс, вторгаясь в медицину, доводит процесс ее обездушивания до крайних пределов: формализуя диагностику по набору симптомов и определяя по тем же критериям набор медикаментов, медицина все дальше уходит от корней болезни, скатываясь подчас на лечение следствий, а не причин.

Люди болеют так же, как и ранее, и лечить их надо без создания лекарственной зависимости.

Этот учебник написан для начинающего изучение остеопатии, в первую очередь для того, чтобы помочь ему думать, прежде чем он начнет действовать. Именно от его способности найти причину болезни будет зависеть успех остеопатического лечения. Остеопатическая медицина учит лечить без лекарств, переводя разные функциональные системы организма из состояния отклонения в равновесие и гармонию. «Целью остеопата является обнаружение патологий прежде, чем они проявятся, чтобы улучшить работу систем и привести в действие силы саморегуляции и самовыздоровления тела» (Стилл Э.Т., 1892).

ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ ОСТЕОПАТИИ

Глава 1. Основные принципы и методологические основы остеопатии

1.1. Краткая история развития остеопатии

Современная остеопатия возникла во второй половине XIX века в США. Основателем остеопатии является Эндрю Тейлор Стилл (1828–1917).

Первоначальное инженерное и последующее медицинское образование позволило ему приобрести собственный взгляд на механику человеческого тела. Стилл изучил мануальные методики древности, объяснив их применение с точки зрения современной науки. Одновременно с этим он продолжал лечить, однако эффективность традиционной медицины была настолько мала, что это приводило в отчаяние. Стилл видел, как умирали тысячи людей, а врач был беспомощен, хотя и обладал двумя мощными средствами — интеллектом и руками. Именно тогда он отошел от классической медицины.

Стилл мечтал создать медицину, основывающуюся на естественных законах природы. Его философская концепция сформировалась под влиянием трудов английских ученых Ч. Дарвина «Эволюция видов» и Г. Спенсера «Первые принципы» и «Принципы биологии». Именно у Спенсера он найдет формулировку законов причины и следствия, движения и жизни, структуры и функции. Стилл интегрирует эти законы, и они станут

базисными в остеопатической доктрине. Под влиянием Спенсера Стилл пришел к своей знаменитой формуле «Первое проявление жизни — это движение».

В своей «Автобиографии» Стилл много раз повторяет, что датой рождения остеопатии следует считать 22 июня 1874 года. Именно в этот день Стилли удалось преодолеть глубокий внутренний конфликт и соединить в своем мировоззрении духовное и материалистическое философское начало с практической деятельностью врача.

Остеопатия — *«это научное знание анатомии и физиологии в руках разумного и тренированного человека, который сможет приложить это знание для пользы человека, который болен или травмирован»* (Э. Стилл, 1892).

В 1892 году Стилл основал первую в мире остеопатическую школу в Кирксвилле, штат Миссури.

В 1917 году учеником Стилла Джоном М. Литтлджоном (1865–1947) была основана первая европейская остеопатическая школа в Лондоне.

Дополнил и обогатил остеопатию Стилла выдающийся остеопат, основоположник краниальной остеопатии Уильям Гарнер Сатерленд (1873–1954). Пристальное изучение строения черепа привело его к выводу о том, что кости черепа подвижны. В 1939 году Сатерленд пишет книгу «Краниальный шар», в которой подводит итог своих наблюдений.

Виола М. Фрайман, Гарольд Магун, Том Шулей — ученики Сатерленда — в 1964 году начали преподавание краниальной остеопатии во Франции. Более подробно об истории краниальной остеопатии будет рассказано в краниальном разделе учебника.

Значительный вклад в развитие остеопатии также внес французский остеопат Жан-Пьер Барраль (Jean Pierre Barral), развив в 1980-е годы висцеральное на-



Рис. 1.1.1.1. Э. Т. Стилл (1828–1917)



Рис. 1.1.1.2. У. Г. Сатерленд (1873–1954)

Соответствие различных раздражений видам рецепторов

Механорецепторы	
Вид раздражения	Рецептор
Легкое касание	Тельце Мейснера
	Диск Меркеля
	Сплетение корня волоса
Глубокое давление	Тельце Пачини
Грубое прикосновение	Луковица Краузе
	Окончание Руффини
Проприорецепция	
Вид раздражения	Рецептор
Длина мышцы, сухожилия и положение конечностей	Мышечное веретено
	Сухожильный комплекс Гольджи
	Суставные / кинестетические рецепторы
Ноцирецепторы	
Вид раздражения	Рецептор
Болевая чувствительность	Свободные нервные окончания
Терморецепторы	
Вид раздражения	Рецептор
Холодовая чувствительность	Свободные нервные окончания
Тепловая чувствительность	Свободные нервные окончания
Внутренняя температура	Гипоталамический термостат

В любом участке кожи имеется сложный комплекс нескольких смежных друг с другом рецептивных полей разных модальностей. С каждым из них связано множество отдельных рецепторов (от 2 до 30), объединенных в определенную анатомо-функциональную совокупность. Плотность чувствительных элементов

поля варьирует в широких пределах, проявляя общую зависимость от физиологической значимости потока информации с данного участка тела. Чем выше плотность, тем более высокой дифференциальной и общей чувствительностью характеризуется рецептивное поле.

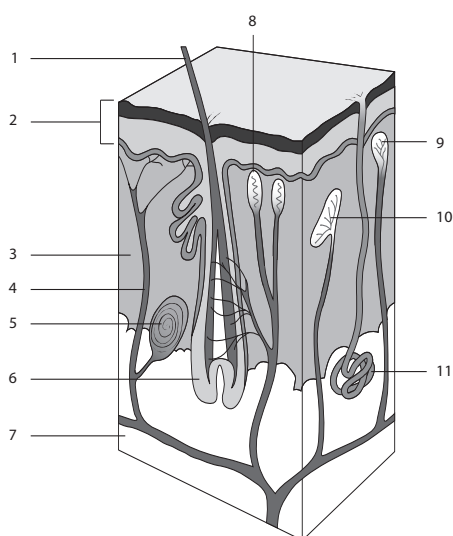


Рис. 1.3.1.1. Структура кожи и схема распределения тактильных рецепторов.

1 — волос; 2 — эпидермис; 3 — дерма; 4 — нерв; 5 — тельце Пачини; 6 — волосяной фолликул; 7 — подкожная клетчатка; 8 — тельце Мейснера; 9 — тельце Краузе; 10 — тельце Руффини; 11 — потовая железа



Рис. 1.3.1.2. Функции свободных нервных окончаний в дермальном пространстве

жение всегда меньше по объему, чем пассивное. Оно дает информацию о состоянии нервно-мышечной функции сустава (объем движения, сила), но не позволяет оценить «малую» подвижность в суставе.

Пассивная подвижность — это движение, осуществляемое врачом с наличием тактильного ответа. У пассивного движения больший объем по сравнению с активным движением. При этом оценивается «малая» подвижность, но нет возможности оценить нервно-мышечную функцию.

Исследование подвижности тканей имеет целью обнаружение *первичного* поражения, т. е. ключевой дисфункции, которая стала причиной развития того или иного патологического состояния у пациента. Врач может последовательно выявлять и лечить все обнаруженные им дисфункции до тех пор, пока не будет диагностировано и вылечено ключевое поражение. Этот метод используется многими остеопатами, но он требует значительных временных затрат. Врачу придется лечить пациента приблизительно от одного до двух часов, прежде чем обнаружится ключевое поражение. Поэтому необходимо синтезировать ваши опыт и знания, чтобы найти наиболее короткий путь к первопричине заболевания.

Тест латерофлексии стоя

Положение пациента: стоя, стопы на уровне тазобедренных суставов параллельны друг другу, руки свободно свисают.

Положение врача: стоя позади пациента, немного отойдя от него.



Рис. 2.2.3.1. Тест латерофлексии

Тест: врач просит пациента сделать наклон во фронтальной плоскости влево, не отрывая стоп от пола. Левая ладонь пациента скользит вдоль наружной поверхности одноименного бедра. Затем врач просит вернуться в нейтральное положение и сделать наклон вправо. Сторона более низкого опускания руки соответствует стороне латерофлексии.

Тест повторить два раза.

Тест латерофлексии № 2

Положение пациента: то же, что и в предыдущем тесте.

Положение врача: стоя позади пациента.

Положение рук врача: руки врача укладываются на гребни подвздошных костей.

Тест: врач просит пациента сделать наклон влево и вправо. Врач оценивает ротацию таза.



Рис. 2.2.3.2. Тест латерофлексии № 2

Если при наклоне влево происходит ротация таза вправо, а при наклоне вправо — ротация таза влево, это означает, что есть равновесие на уровне таза.

Наклон влево сопровождается передней ротацией подвздошной кости слева и торсией крестца вправо по правой оси.

Наклон вправо сопровождается передней ротацией подвздошной кости справа и торсией крестца влево по левой оси.

Примечание: ось торсии крестца может быть определена по «длинной» ноге.

Флексионный тест стоя

Положение пациента: стоя, ноги выпрямлены в коленях, расстояние между стопами примерно 10 см.

Положение врача: позади пациента.

Положение рук врача: большие (первые) пальцы укладываются под задневерхние ости подвздошных костей с двух сторон.



Рис. 2.2.3.3. Флексионный тест стоя (начальный этап)

Тест: врач просит пациента медленно наклониться вперед как можно ниже. Если одна из задневерхних остей подвздошной кости поднимается выше другой, значит, имеется остеопатическое повреждение, тип которого врач должен определить.

Если пациент свободно роняет руки, у него не должно быть повреждения спинальных мышц и широчайшей мышцы спины.

Если при наклоне пациента задневерхние ости не меняют своих соотношений с обеих сторон, крестцово-подвздошные суставы не заблокированы и крестец свободен.

Если крестец и крестцово-подвздошный сустав заблокированы с одной стороны, задневерхняя ость подвздошной кости на этой стороне при наклоне уйдет вверх и вперед.

Далее следует наблюдать за позвоночной дугой и положением свободно свисающих рук. Однако позвоночная дуга в этот момент может быть обманчивой, создавая впечатление, что существует спинальное повреждение. В этом случае дополнительно проводится флексионный тест сидя.

До флексионного теста сидя необходимо обратить внимание, какое колено сгибается первым при наклоне вперед, спросить, какую стопу тянет при этом движении больше.

Пропальпируйте *fascia lata* с двух сторон, оценивая ее натяжение. Пятки пациента при этом сомкнуты.

Флексионный тест сидя

Положение пациента: сидя, стопы на полу, ноги согнуты в коленях под прямым углом и раздвинуты так, чтобы между ними вошли плечи пациента, когда он будет наклоняться вперед.

Положение врача и укладка рук: такие же, как в предыдущем тесте.

Тест: врач просит пациента наклониться вперед и дотронуться пальцами до пола.



Рис. 2.2.3.4. Флексионный тест сидя (начальный этап)

Если пациент может наклониться и его позвоночная дуга такая же, как при флексионном тесте стоя, то механизм «торможения» (дисфункция) находится в нижних конечностях.

Если пациент не может наклониться вперед, врач должен локализовать место появления боли, которое мешает выполнить наклон. Болевая точка может быть спинальной, тазовой или находиться в нижних конечностях. Возможна также комбинация болевых точек. В этом случае врач должен посмотреть движения задневерхних остей подвздошных костей, как описано во флексионном тесте стоя. Если фиксация имеется с той же стороны, что и при тесте стоя, значит, повреждена именно эта сторона.

Если при тесте сидя соотношения задневерхних остей не меняются (тест отрицательный) или менее выражены, чем при тесте стоя, значит, повреждение локализовано на уровне подвздошных костей, лонного сочленения или нижних конечностей до таранных костей.

Если флексионный тест сидя положительный и более выражен, чем в положении стоя, повреждение следует искать на уровне крестца или L5, L4.

Предположим, что левый крестцово-подвздошный сустав заблокирован. В этом случае, чтобы определить вид дисфункции, вызвавшей блок, проводим флексионные тесты стоя и сидя. Если тест положительный стоя, то мы предполагаем, что причина в костях таза или нижних конечностях. При положительном тесте сидя смотрим крестец и поясничный отдел позвоночника.

В положении пациента лежа на спине врачу следует осмотреть следующие костные ориентиры: лонный симфиз, передневерхние ости подвздошных костей,

внутренние лодыжки. При повреждении лонного симфиза пальпируются также паховые связки.

Верхнее или нижнее положение костей лонного симфиза легко выявить, сравнивая лонные бугорки по отношению друг к другу и по отношению к поперечной линии, проходящей через вершину симфиза.

Передневерхние ости подвздошных костей также сравниваются во фронтальной плоскости таза. Здесь возможно движение остей кпереди или кзади. Оцениваются также верхнее и нижнее смещения передневерхних остей подвздошных костей.

Затем врач просит пациента перевернуться на живот. В этом положении пациента врач локализует следующие костные ориентиры: задневерхние ости подвздошных костей, внутренние лодыжки, нижнелатеральные углы крестца. Положения остей и нижнелатеральных углов крестца оцениваются во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Чтобы узнать, является ли повреждение подвздошной кости прежде всего передним или задним, врач просит пациента подняться на локтях. Большие пальцы врача лежат на уровне задневерхних остей подвздошных костей. Поврежденная сторона, часто без симптомов, будет той, которая не позволяет основанию крестца двигаться вниз и кпереди.

Тест «кумушки»

Положение пациента: стоя, стопы на уровне тазобедренных суставов параллельны друг другу.

Положение врача: стоя позади пациента.



Рис. 2.2.3.5. Тест «кумушки» (левая нога пациента согнута в колене)

Тест: врач просит пациента согнуть в колене левую ногу и переместить вес тела на правую ногу. Затем проделать то же на другой ноге. Врач оценивает возможность и свободу латерофлексии влево и вправо. Для оценки свободы или блокады крестцово-подвздошного сочленения обратите внимание на задневерхние ости подвздошных костей. К примеру, если при сгибании в правом колене задневерхняя ость слева оказывается выше правой, значит, крестцово-подвздошный сустав слева свободен. Если справа задневерхняя ость подвздошной кости не опускается (а может быть, даже поднимается), значит, крестцово-подвздошный сустав заблокирован.

Тест поднятия колена

Положение пациента: стоя.

Положение врача: позади пациента.

Положение рук врача: большие пальцы укладываются под задневерхние ости подвздошных костей.



Рис. 2.2.3.6. Тест поднятия колена

Тест: врач просит пациента согнуть правую ногу в колене и поднять бедро под углом 90°.

Если при этом врач определяет, что задневерхняя ость справа ниже, чем слева, значит, крестцово-подвздошный сустав слева свободен.

Затем тест проводится для другой ноги.

подзатылочная зона; 3 — остальной шейный отдел позвоночника. План лечения «хлыстовой травмы» должен включать лечение всего позвоночника, включая крестец. Затем следуют передняя шейная фасция и фасция «сухожильной дуги», а также *ligg. falciforme* и *coronarum*, которые прикрепляются к печени.

Острая кривошея с массивным мышечным спазмом в шее причиняет боль и ограничивает движения. Используйте в этом случае мышечно-энергетические техники (техники Митчелла). Ими можно добиться существенного увеличения амплитуды движений.

Напряжение шейной фасции может привести к компрессии плечевого сплетения, *plexus brachialis*, и нарушению иннервации верхних конечностей.

Ирритация шейных нервных корешков вследствие компрессии остеофитами или диском продуцирует неврологическую симптоматику (боль, онемение, мышечная слабость). Неврологический осмотр без труда выявляет корешковую дисфункцию. Посмотрите снижение чувствительности, мышечную слабость с пониженными глубокими рефлексами (рефлекс с бицепса — C5, рефлекс с трицепса — C7). Иногда корешковая симптоматика перемещается, и трудно выявить какой-либо неврологический дефицит. Ирритация шейных корешков обычно ведет к изменению рефлексов в межлопаточной области. Многие пациенты с шейной корешковой проблемой чувствуют боль в плечах, когда ложатся спиной на стол. Часто разгибание шеи обостряет симптоматику.

Широко используйте в своей врачебной практике дополнительные методы обследования (Rg, МРТ, ЭМГ, УЗИ). Неинвазивные методики предпочтительны.

Коррекция шейного региона

В лечении шейного отдела позвоночника важно помнить следующие основополагающие моменты:

1. избегайте трастовых техник (особенно необоснованных);
2. лечение верхнегрудного отдела позвоночника и ребер — неотъемлемая часть лечения шеи;
3. контрастрейн, краниальные и непрямые техники наименее травматичны для шеи. Мышечно-энергетические техники, если они безболезненны, также хороши;
4. тракция с непосредственно направленной силой может быть использована в лечении шеи;
5. манипулятивное лечение может хорошо помочь в уменьшении повреждения в шейном регионе, но оно должно проводиться технически исключительно точно и в соответствии с показаниями.

В лечении различных этажей шейного отдела позвоночника следует обратить внимание на следующие моменты.

Верхний шейный отдел: акцентируйте внимание на параметре латерофлексии.

Средний шейный отдел: вследствие наибольшей сбалансированности здесь возможны движения во всех направлениях с минимумом дискомфорта.

Нижний шейный отдел: акцент на экстензии в дополнение к основным параметрам, хотя флексия также эффективна.

5.1.2. Техники коррекции соматических дисфункций шейного отдела позвоночника

Техника ингибиции подзатылочных мышц

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: сидя у головного конца кушетки.

Положение рук врача: предплечья врача лежат на столе. Первый-четвертый пальцы подушечками располагаются в области прикреплений подзатылочных мышц к затылочной кости.



Рис. 2.5.1.2. Техника ингибиции подзатылочных мышц

Коррекция: ингибиция осуществляется посредством давления собственного веса головы пациента на пальцы врача.

Примечание: предплечья и кисти врача расслаблены и находятся в плотном контакте с поверхностью кушетки. Пальцы врача в ходе коррекции постоянно контролируют состояние подзатылочных мышц.

Длительность проведения техники определяется моментом расслабления подзатылочных мышц шеи.

Техника на мягких тканях шеи № 1

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: сидя у головного конца кушетки.

Положение рук врача: руки врача укладываются на таком образом, что основания кистей располагаются на затылочной кости пациента в области краниоцервикального перехода. Большие пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. Подушечки первых-четвертых пальцев контактируют с паравертебральными мышцами шейного отдела позвоночника.



Рис. 2.5.1.3. Начальный этап проведения техники

Коррекция: врач пальцами кистей слегка смещает шейные мышцы пациента вверх и цефалически (на себя), усиливая шейный лордоз.



Рис. 2.5.1.3. Конечный этап проведения техники

Примечание: врач осуществляет данную мобилизацию в направлении снизу вверх (до основания черепа).

Техника на мягких тканях шеи № 2

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя сбоку с противоположной дисфункции стороны на уровне шеи пациента.

Положение рук врача: цефалическая рука укладывается поперечно на лоб пациента, а каудальная рука захватывает боковые мышцы шеи с противоположной стороны.



Рис. 2.5.1.4. Начальный этап проведения техники



Рис. 2.5.1.4. Окончание техники

Коррекция: цефалической рукой врач производит ротацию головы пациента в направлении от себя, одновременно совершая легкую гомолатеральную латерофлексию шейного отдела позвоночника. Каудальная рука врача в это время движется в противоположном направлении, натягивая мышцы шеи к себе.

Ритмическая тракция шейного отдела позвоночника

Положение пациента: лежа на спине, голова пациента у края кушетки.

Положение врача: стоя у головного конца кушетки.

Положение рук врача: кисти врача укладываются одна на другую и захватывают заднюю поверхность шеи.



Рис. 2.5.1.5. Начальный этап проведения техники

Коррекция: врач за счет сгибания ног в коленях осуществляет цефалическую тракцию шейного отдела позвоночника.



Рис. 2.5.1.5. Конечный этап проведения техники

Примечание: тракция должна увеличивать физиологический шейный лордоз. Безболезненность тракции — обязательное условие проведения техники.

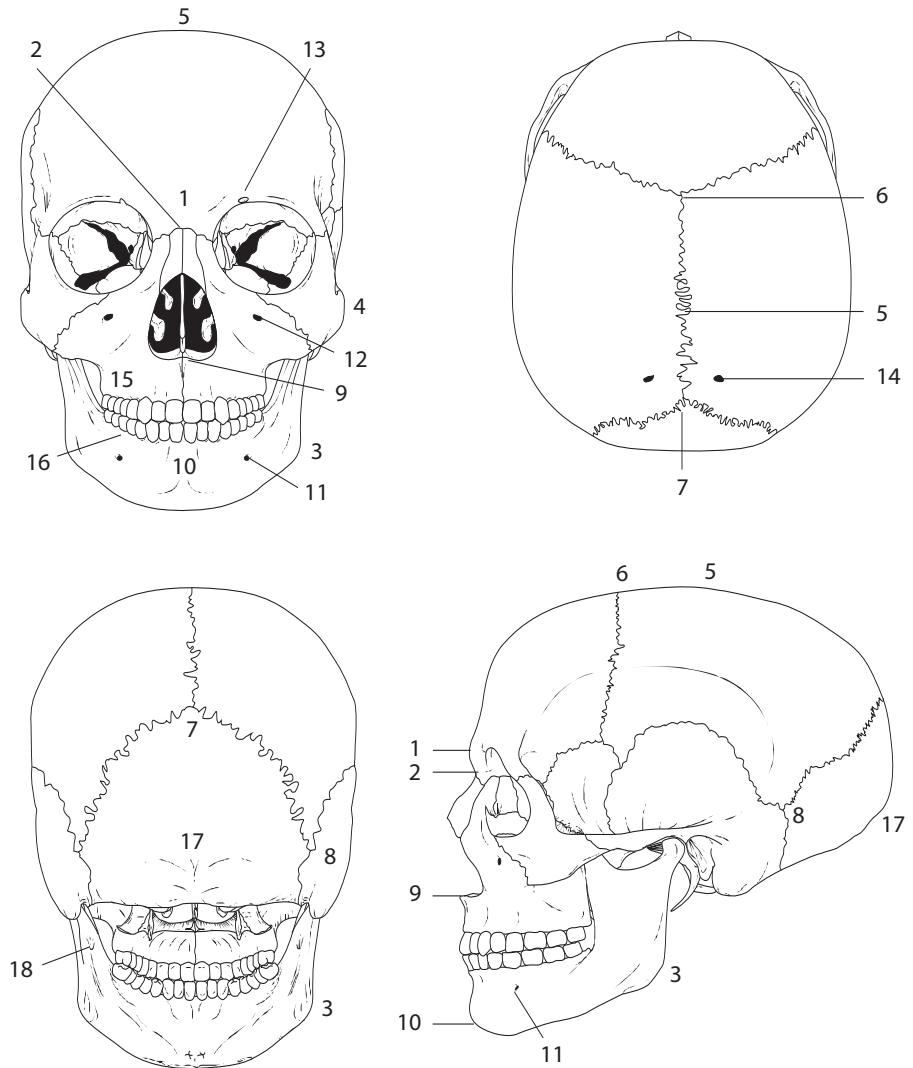
Растяжение латеральной группы мышц шеи (на примере левой стороны)

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя у головного конца кушетки.

Положение рук врача: врач левой рукой поднимает голову пациента, чтобы положить ее на предплечье правой руки. Врач удерживает голову пациента посредством фиксации своим бицепсом макушки головы,

Рис. 3.1.3.5. Пальпаторные ориентиры черепа взрослого человека (по Nielsen M., Garbett I., 1995): 1 — глабелла; 2 — назион; 3 — угол нижней челюсти; 4 — скуловой выступ; 5 — вертекс; 6 — брегма; 7 — лямбда; 8 — астирион; 9 — носовой шип; 10 — подбородочный выступ (гнатион); 11 — подбородочное отверстие; 12 — подглазничное отверстие; 13 — надглазничное отверстие; 14 — теменное отверстие; 15 — альвеолярное возвышение; 16 — альвеолярное возвышение нижней челюсти; 17 — инион; 18 — нижнечелюстное отверстие



Птерион — место соединения лобной, теменной, клиновидной и височной костей (локализуется возвышением на два пальца кзади от скулового отростка лобной кости).

Базион — точка, соответствующая середине переднего края большого отверстия.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение первичного дыхательного механизма.
2. Какие элементы включает в себя первичный дыхательный механизм?
3. Назовите рецепторы кожи. Каковы их функции?
4. Перечислите основные теории первичного дыхательного механизма.
5. Что такое нейтральность врача и пациента?
6. Как вы понимаете термины «присутствие», «внимание», «интенция»?
7. Какие поражения первичного дыхательного механизма вы знаете?

8. Перечислите кости черепа, имеющие хрящевое и перепончатое (мембранозное) происхождение.
9. Назовите стадии развития краниального шва и кратко охарактеризуйте каждую из них.
10. Какие роднички новорожденного вы знаете? Назовите сроки их закрытия в хронологическом порядке.
11. Какими костями сформированы основание и свод черепа?
12. Перечислите отверстия основания черепа. Какие структуры проходят в каждом отверстии?
13. Назовите «стержневые» точки черепа (pivot) и расскажите направления срезов краниальных швов.
14. Перечислите и покажите на черепе основные пальпаторные ориентиры.
15. Какие пальпаторные подходы к черепу наиболее часто используются в практике врача-остеопата?
16. Перечислите основные приемы усиления пальпации.



Рис. 3.7.1.84. Техника коррекции подъязычного нерва

(плавающие движения в руках), маневр длится 3 минуты.

2. Далее врач перемещает каудальную руку на остистый отросток С3 и повторяет маневр в течение 3 минут. Подобным образом врач доходит до Th1. В это время возможна респираторная реакция пациента и повышение артериального давления (вегетативная реакция с ганглия). На уровне Th3 возможна тахикардия. На уровне Th5 — желудочная реакция, на уровне Th6 — со стороны печени. Врач доходит до уровня Th9 — центра эмбриологического развития позвоночника. На всех позвонках, кроме С2 и С3, врач работает не более 30–40 секунд.

Примечание: обычно для выполнения техники на CN XII достаточно дойти до С4, С5 или Th1.

Контрольные вопросы:

1. Какие черепные нервы относятся к двигательным, чувствительным и смешанным?
2. Назовите путь прохождения и остеопатические зоны поражения обонятельного нерва. Какова последовательность коррекции дисфункции?
3. Назовите путь прохождения зрительного нерва и остеопатические зоны конфликта. Каковы принципы и последовательность техники мобилизации зрительного нерва?
4. Назовите ядра глазодвигательного нерва.
5. Какие структуры проходят в наружной и внутренней петле общего сухожильного кольца (Цинна)?
6. Расскажите топографию кавернозного синуса и его содержимое. Чем образованы его стенки?
7. Назовите зоны остеопатических поражений блокового нерва.
8. С какой связкой контактирует отводящий нерв и где? Назовите места ее прикрепления.
9. Назовите анатомо-физиологические особенности тройничного нерва.
10. Какими костями образована крыловидно-небная ямка?

11. Ветвями каких нервов образован крыловидно-небный ганглий?
12. Какими нервами образуется видиев нерв? Каков принцип коррекции крыловидного канала?
13. Какие кости черепа имеют хрящевое происхождение, а какие — перепончатое? Назовите принцип коррекции и последовательность техники «моделирования черепа».
14. Перечислите двигательные, чувствительные и смешанные ветви нижнечелюстного нерва.
15. Какие нервы проходят во внутреннем слуховом отверстии?
16. В чем особенность коррекции дисфункции преддверно-улиткового нерва?
17. Назовите путь прохождения лицевого нерва.
18. Какова биомеханика яремного отверстия? Назовите структуры, проходящие в яремном отверстии.
19. Назовите зоны остеопатических конфликтов для языкоглоточного, блуждающего и добавочного нервов.
20. Какие мышцы иннервирует наружная ветвь добавочного нерва?
21. Назовите путь прохождения подъязычного нерва и остеопатические зоны конфликта. Каким способом можно осуществить коррекцию подъязычного нерва?

Глава 8.

Методология лечения краниосакральной системы

Первоначальным моментом в диагностическом алгоритме краниосакральной системы является *определение и оценка первичного дыхательного механизма* (ПДМ). На первом этапе определяется наличие или отсутствие ПДМ. Затем ПДМ оценивается по трем параметрам: ритму, амплитуде, силе. В норме ритм ПДМ — 8–12 циклов в минуту. Амплитуда оценивается пальпаторно степенью расхождения пальцев. Ритм и амплитуда ПДМ символизируют жизнеспособность тела. Уменьшение амплитуды при нормальном ритме указывает на компрессию или какое-либо ограничение в черепе. Сила — это активная фаза вдоха ПДМ.

Различные сочетания ритма, амплитуды и силы дают соответствующие возможности интерпретации.

Если ритм, амплитуда и сила ПДМ не выслушиваются, это означает, что ПДМ не имеет возможности проявиться — компрессия сфенобазиллярного синхондроза (СБС). В этом случае следует произвести декомпрессию СБС известными способами, после чего производится количественная и качественная оценка ПДМ. Компрессия может быть механического происхождения. В этом случае выслушиваются нормальный ритм и сила ПДМ, а амплитуда сильно ограничена.

Если ритм, амплитуда и сила одинаково снижены, то это результат нехватки жизненной энергии, психогенная компрессия СБС.

Если при нормальном ритме одинаково умеренно или сильно снижены амплитуда и сила, то это структуральные ограничения (умеренные или тяжелые). Следует обратиться к оценке крестца.

Если при нормальной амплитуде умеренно снижены ритм и сила, это может свидетельствовать, к примеру, об усталости или перенесенном наркозе.

Стратегические зоны краниосакральной системы располагаются на отрезке крестец — петушиный гребень. Поэтому, прежде чем приступать к пальпации и оценке СБС, целесообразно начать с *оценки подвижности крестца*. При этом следует учитывать плотность крестца, теплоту, подвижность.

Если крестец плотный, тяжелый, давит на руку, следует подумать о блокировке крестца с одной или двух сторон, блокаде L5–S1 или внутрикостном повреждении.

ПДМ сравнивается на черепе и крестце. В норме ПДМ не должен сильно отличаться. Однако если определяются ограничения на черепе, то ограничение может определяться и на крестце.

Второй стратегической зоной является уровень C0–C1–C2. В силу анатомических мышечных связей кинетические дисфункции на этом уровне способны изменять паттерны СБС. Отсюда необходимость оценки и коррекции данной зоны.

После коррекции верхнего шейного этажа приступают к тестированию СБС. Перед непосредственным прослушиванием СБС следует оценить фасциальные тяги с уровня затылочной кости и заднебоковой поверхности шеи с целью выявления причины возникновения паттерна. Для этого врач располагает руки с двух сторон под затылочной костью и верхнешейным отделом позвоночника. Тяга может быть в цефалическом направлении (причина в черепе), каудальном (крестец), вентрокаудальном (висцеральная причина), дорсокаудальном (причина в позвоночнике).

Далее определяется *паттерн СБС* (флексия, экстензия, торсия, латерофлексия с ротацией, стрейны). Паттерн СБС — это не только определенное расположение костей, но и конкретный, наиболее оптимальный двигательный стереотип черепа.

После определения паттерна СБС тестируются *квадранты черепа* (передние и задние). Передние квадранты — это лобные, скуловые и верхнечелюстные кости. Задние — теменные и височные кости. После определения динамического состояния квадрантов необходимо оценить их соответствие найденному паттерну СБС. Если кости находятся в физиологической адаптации к СБС, в их коррекции нет необходимости.

Если квадрант не соответствует паттерну СБС, следует продолжить поиск причины. Последовательно тестируются *кости квадранта* (слева и справа сравнительно).

После обнаружения кости (или нескольких костей), двигающейся нефизиологично, производится тестирование соединений этой кости с соседними костями (швов). Таким способом уточняется *зона ограничения*.

Техника уравнивания гравитационной линии после краниальных манипуляций

Положение пациента: сидя на столе.

Положение врача: стоя позади пациента. Живот врача на уровне поясничного отдела пациента.

Положение рук врача: тенары и гипотенары располагаются под затылочной костью. Пальцы рук врача укладываются на черепе в цефалическом направлении, не сжимая его. Предплечья врача располагаются на плечах пациента для контропоры.



Рис. 3.8.1.1. Техника уравнивания гравитационной линии после краниальных манипуляций

Коррекция:

1. Врач слегка приподнимает затылочную кость в цефалическом направлении, используя контропоры на плечах пациента.
2. Врач уравнивает череп в трех плоскостях и по трем осям, добиваясь минимума напряжения.
3. Своим животом врач выпрямляет пациента и сглаживает шейный лордоз. Врач просит пациента смотреть на кончик собственного носа.
4. Пациент делает глубокий выдох, сохраняя при этом выпрямленное положение позвоночника. Задерживает дыхание до момента желаемого вдоха. Когда пациент сделает вдох, воздух должен ментально подняться с уровня таза вверх до головы. Врач обращает внимание на то, как дыхание позволяет черепу совершить латеральное расширение на основании черепа. Этот маневр уравнивает C1 на C0.
5. После этого врач медленно ослабляет тракцию головы и убирает руки.

Примечание: попросите пациента оставаться в положении сидя на столе до исчезновения головокружения, если таковое возникнет. Техника применяется после каждого краниального лечения для восстановления пациентом линии гравитации и предупреждения нежелательных реакций после лечения. Техника может применяться и в детском возрасте, но после года.

Глава 9.

Диагностика и коррекция соматических дисфункций височно-нижнечелюстного сустава

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) в остеопатии занимает особое место благодаря своим функциональным взаимосвязям и влиянию на позу. Впервые на ВНЧС обратили внимание стоматологи, однако упоминание о ВНЧС также прослеживается у самых первых остеопатов. Свидетельством тому множество примеров. Так, Э. Стилл и У. Сатерленд дают описание техник для лечения дисфункций ВНЧС. Позже Г. Магун, Г. Фрайетт, В. Фрайман приводят описание некоторых клинических случаев, диагностические и терапевтические методы лечения проблем ВНЧС. Смит, Груби, Блад говорят о близкой связи между дисфункциями ВНЧС и множественными нарушениями во всем организме. Бесспорно и то, что прямо или косвенно ВНЧС влияет на такие функции организма, как жевание, глотание и сосание, произношение звуков, дыхание и мимика. Однако до настоящего времени нет четкого представления об этиологии и патогенезе синдрома болевой дисфункции ВНЧС (Юров В., 2006). Выделяют три основные причины болевой дисфункции ВНЧС: окклюзионную, миогенную и психогенную.

Следует сказать, что ключевым элементом патогенеза дисфункции ВНЧС в остеопатии, в противоположность принятым подходам в традиционной медицине, являются височные кости (Liem T., 2004).

9.1. Анатомия, клиническая биомеханика и патобиомеханика височно-нижнечелюстного сустава

Для лучшего понимания клинической биомеханики и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава необходимо детально изучить его анатомию.

Итак, сустав включает в себя головку нижней челюсти, *caput mandibulae*, которая имеет цилиндрическую форму, нижнечелюстную ямку, *fossa mandibularis*, и суставной бугорок, *tuberculum articulare*, височной кости. По числу суставных поверхностей ВНЧС относится к комплексным суставам (двухкамерный сустав). Содержащийся внутри суставной сумки внутрисуставной хрящ (диск) полностью делит сустав на верхнюю и нижнюю камеры, а также на мениско-височное и мениско-мышелковое пространства.

Головка нижней челюсти представляет собой краниальный конец мышелкового отростка нижней челюсти. Она выпячивается медиально, ее поверхность выпуклая, будучи цилиндрической и эллипсоидной по форме. Хрящевой слой сильно васкуляризирован у новорожденных, но этот признак уменьшается с возрастом. В течение жизни происходит уменьшение толщины хряща суставной головки.

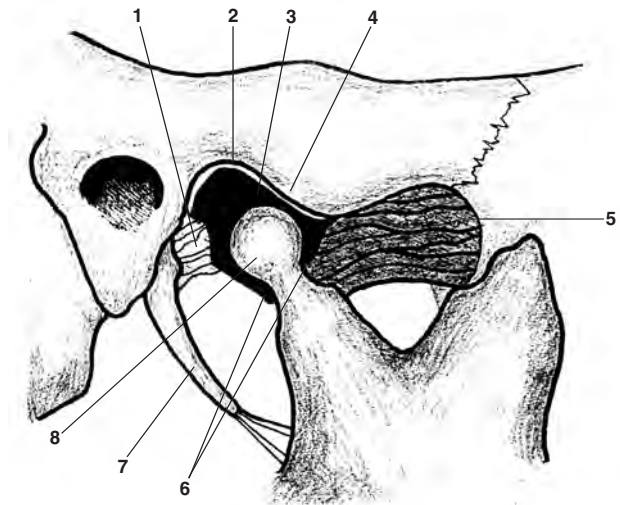


Рис. 3.9.1.1. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава: 1 — биламинарная зона; 2 — нижнечелюстная ямка; 3 — суставной диск; 4 — суставной бугорок; 5 — наружная крыловидная мышца; 6 — суставная капсула; 7 — шиловидный отросток; 8 — мышелковый отросток

Передняя часть головки ориентирована вперед и вверх. Она покрыта фиброзным хрящом, который соединяется с суставным бугорком височной кости. Между ними лежит суставной диск. Поперечная ось головки нижней челюсти проходит от переднелатерального к заднемедиальному краю косо и кзади. Если продолжить оси, то они обычно пересекаются на переднем крае большого затылочного отверстия.

Фронтальная и сагиттальная части головки нижней челюсти выпуклые. Они плоские при рождении и становятся полукруглыми, когда ребенок начинает жевать. Окончательно цилиндрической головка нижней челюсти становится, когда завершается формирование зубов.

Главной суставной поверхностью головки является передняя поверхность. Она покрыта фиброзным хрящом.

Задняя, гладкая часть суставной головки ориентирована в задневерхнем направлении. Хотя она заключена в суставной капсуле, она не работает как часть сустава. Она покрыта плотной соединительной тканью.

Суставная капсула крепится вокруг мышелкового отростка. Чуть ниже прикрепления суставной капсулы кость суживается и формирует шейку нижней челюсти. Сразу ниже головки, на передней поверхности мышелкового отростка есть углубление, крыловидная ямка, *fovea pterygoidea*, для прикрепления наружной крыловидной мышцы.

Нижнечелюстная ямка располагается на нижней поверхности чешуи височной кости. Площадь суставной ямки в 2–3 раза превосходит размер суставной поверхности головки нижней челюсти.

В формировании ВНЧС участвует только передняя порция ямки, относящаяся к чешуйчатой части. Она идет от суставного бугорка дорсально к каменисто-чешуйчатой щели и имеет 19 мм в длину и около 25 мм в ширину. Задняя часть нижнечелюстной ямки не уча-

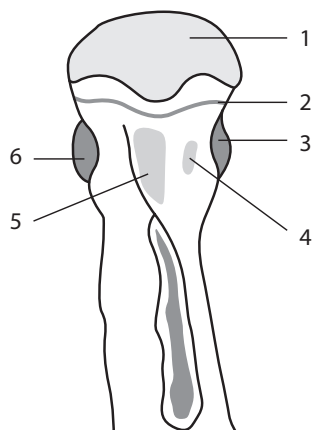


Рис. 3.9.1.2. Анатомические связи головки нижней челюсти: 1 — головка нижней челюсти; 2 — прикрепление суставной капсулы; 3 — медиальная связка; 4 — крыловидно-нижнечелюстной апоневроз; 5 — наружная крыловидная мышца; 6 — латеральная связка

твует в формировании сустава. Она относится к барабанной части височной кости и лежит кнаружи от суставной капсулы. Она покрыта упругой соединительной тканью. Барабанная струна (одна из ветвей лицевого нерва), *chorda tympani*, проходит через барабанно-каменистую щель.

Ось нижнечелюстной ямки, так же как и головки нижней челюсти, имеет заднемедиальное направление.

Передняя часть нижнечелюстной ямки и суставного бугорка покрыта фиброзным хрящом. Коллагеновые волокна этого хряща идут в косом и параллельном направлениях, начинаясь от барабанно-каменистой щели и верхнепередней порции задней части скулового бугорка к суставному бугорку. Промежуточная зона способна к пролиферации, и именно она инициирует репаративные процессы, идущие в течение всей жизни.

Силовые линии костных элементов жевательной системы

Значительные силы, порождаемые мышечными сокращениями в процессе жевания, воздействуют в основном на переднюю и среднюю черепные ямки. Жевательные мышцы влияют направленным натяжением вниз на среднюю черепную ямку, в то время как давление, создаваемое жеванием, передается вверх по верхней и нижней челюстям (Helluy L., 1962; Sicher H., Dubral, 1970; Aumuller G., 1985).

В случае с верхней челюстью опорным является клык, скуловерхнечелюстная опора и в меньшей степени твердая крыловидно-верхнечелюстная опора. Опорный клык передает силы от альвеолы клыка к лобному отростку верхней челюсти и медиальному краю глазницы.

Скуловерхнечелюстная опора распределяет силы от альвеолярных отростков моляров к скуловой кости. Оттуда силы перенаправляются к лобной кости через лобные отростки скуловой кости, затем вперед к нижней височной линии и далее направляются к верхненаружной стенке орбиты. Второй путь проходит от скуловой

кости по скуловой дуге к суставному бугорку. Крыловидно-верхнечелюстная опора, которая менее твердая, передает давление от задних моляров к середине основания черепа.

В нижней челюсти силы передаются к основной дуге, которая включает основание нижней челюсти, центральную часть ветви нижней челюсти и мышцелковый отросток. Костные волокна мышцелкового отростка нижней челюсти идут косо вертикально от заднекраниального к переднекаудальному краю.

В дополнение к основной дуге нижняя челюсть включает венечные отростки для прикрепления височных мышц. Жевательные мышцы распространяются от скуловой дуги к телу и углу нижней челюсти.

Ход волокон в височной области сустава достаточно сложен. Горизонтально волокна ориентированы по ходу скуловой дуги. Они разделяются у корней скуловых отростков височной кости. Поперечные волокна продолжают в подвисочный гребень больших крыльев клиновидной кости и объединяются с крылоклиновидно-лобной опорой. Продольно ориентированные волокна продолжают в чешуйчатой части височной кости.

Во фронтальной плоскости волокна идут вертикально и связывают пластины височной кости.

Суставной диск делит ВНЧС на верхнюю и нижнюю камеры. По форме диск обычно двояковогнутый и состоит из фиброзного хряща. Его центральная часть у взрослого человека достаточно тонкая (1–2 мм). Во время рождения диск имеет одинаковую толщину на всем своем протяжении.

Диск делится на переднюю, центральную (промежуточную) и заднюю части. Задняя часть расщепляется на два слоя, формируя так называемую биламинарную зону, однако каждый слой этой зоны отличается друг от друга. Периферическая часть диска значительно более плотная и крепкая, чем центральная часть. Передняя часть представлена плотной соединительной тканью и хрящом. Средняя часть — плотная соединительная ткань. Задневерхний слой — эластическая соединительная ткань. Задненижний слой — плотная соединительная ткань.

Функциональные взаимосвязи суставного диска

Спереди, медиально и латерально диск соединен с *суставной капсулой*.

Спереди диск соединяется с *наружной крыловидной мышцей*.

Задневерхний слой прикрепляется к границе барабанно-чешуйчатой или каменисто-чешуйчатой щели (*дисквисочная связка*).

Задненижний слой прикрепляется к задней стороне шейки нижней челюсти (*дискмышцелковая связка*).

Сзади биламинарная (позадидисковая) зона включает свободно движущуюся, богатую жировыми клетками соединительную ткань, в которой проходят кровеносные сосуды, включая венозное сплетение (*позадидисковая подушка*). Эта подушка обеспечивает также защиту от давления на барабанную струну, которая проходит в барабанно-каменистой щели. Она также влияет на движение НЧС.

каудальная рука находится интравагинально (сдвигаем от яичника), а цефалическая рука фиксирует яичник и посылает серию вибраций на грудном выдохе пациентки.

V этап: уравнивание матки относительно всего анатомического окружения — техника идентична технике уравнивания мочевого пузыря и крестца.

Если живот внизу напряжен, то одна рука под крестцом, другая — в нижней части живота, обе руки лежат продольно, пальцы ориентированы цефалически. Рука, расположенная сверху, будет осуществлять контакт областью основания ладони, а введение в напряжение будет осуществляться в дорсокаудальном направлении.



Рис. 4.4.2.17. Техника коррекции маточной трубы

Если брюшная стенка дряблая, то рука лежит пальцами каудально. При этом врач сидит на стуле или стоит на коленях перпендикулярно его продольной оси.

NB! Никогда не следует давать пациентам гарантии при бесплодии. Лечение может оказаться неэффективным. Лечить нужно шесть месяцев и проводить техники один раз в месяц.

NB! Любыми висцеральными техниками можно спровоцировать развитие скрытой инфекции.

Показания: сальпингиты, особенно хронические (причина бесплодия), трубная непроходимость, которая может быть вызвана спайкой или изменением положения трубы (выявляется рентгенологически).

При бесплодии следует работать в 8–12-е дни цикла (до овуляции). Овоцит живет примерно сутки и должен быть оплодотворен после техники в течение этого времени.

На первом сеансе врач должен проделать все пять этапов.

Если проблем несколько, нужно сформировать их в две группы и выбрать приоритетное направление:

- работа с рубцом;
- коррекция таза;
- коррекция содержимого.

Матка удерживает яичники в неправильном положении, а яичники удерживают матку в дисфункции.

Последовательность:

1. яичники;
2. матка;
3. уравнивание матки в целом.

Наружная техника на предстательной железе

Цель: расслабить и уравновесить крестцово-ректогенитолонные пластины.

Положение пациента: лежа на животе. Мочевой пузырь и прямая кишка пустые.

Положение врача: стоя сбоку от пациента на уровне таза.

Положение рук врача: цефалическая рука располагается тыльной поверхностью предплечья на столе. Кисть сжата в кулак, который контактирует с верхним краем лонного симфиза. Предплечье каудальной руки располагается на крестце, и основной контакт приходится на уровень S2–S3. Кулак сжат и направлен цефалически.

Коррекция: опираясь всем своим весом на крестец и свою каудальную руку, врач, сгибая цефалическую руку в лучезапястном суставе, осуществляет давление кулаком

Таблица

Методология остеопатического лечения кинетических дисфункций яичников

Уровень поражения	Дисфункция	Лечение
Сегменты Th12–L3	Спайки <i>dura mater</i>	Перкуссия L3 позвонка
Позвонок L3	ERS, FRS L3 на L4	Коррекция дисфункции, ингибция или стимуляция на уровне суставных фасеток
Ребро 12	Передняя дисфункция 12-го ребра, ERS L5, дисфункции крестца	Артикуляция или ингибция 12-го ребра, коррекция дисфункции, ингибция или стимуляция на уровне суставных фасеток, МЭТ на крестце, МЭТ на средней ягодичной мышце, грушевидной мышце, аддукторах, L3–L5 позвонки
Нижнее подчревное сплетение (S2–S4)	Дисфункции тазовой диафрагмы, крестца (нижнего подчревного сплетения)	Коррекция тазовой диафрагмы, крестца
Яичники	Изменения мотильности. Повреждение сосудистой ножки, спайки	Коррекция дисфункций яичников
Жидкости (кровь, лимфа, ликвор, м/к жидкость)	Фасциально-мышечные напряжения	Массаж, фасциальные техники, лимфодренаж, компрессия 4-го желудочка
Эндокринные железы	Дисфункции гипоталамуса, гипофиза, эпифиза, щитовидной железы, надпочечников; спайки	Лечение паренхимы мозга