

СОМАТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Написано под эгидой АМЕРИКАНСКОГО КОЛЛЕДЖА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ-ОСТЕОПАТОВ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
КЕННЕТА НЕЛЬСОНА
И ТОМАСА ГЛОНЕКА

ИЗДАТЕЛЬСТВО

МУЛЬТИМЕТОД

КИЕВ
2022

615.828:159.923.31

Н49

Данное издание охраняется законом об авторском праве. Любое воспроизведение (перепечатка, ксерокопирование, тиражирование, размещение в сети Интернет и т. д.) всей книги или отдельных ее частей запрещается без письменного разрешения издательства «Мультиметод» и преследуется в судебном порядке.

Перевод с английского — С. В. Бабанин, О. В. Агеев

Нельсон К., Глонек Т. (ред).

Н49 Соматическая дисфункция в практике семейной медицины: Пер. с англ. — К.: Мультиметод, 2022. — 688 с.

Примечание для читателей: В этой книге приведены точные указания, побочные реакции и графики дозировки лекарств, но, возможно, они могут измениться. Читателю предлагается просмотреть информацию об упаковке производителей упомянутых лекарств. Авторы, редакторы, издатели или дистрибьюторы не несут ответственности за ошибки или пропуски или за какие-либо последствия от применения информации в данном произведении, а также не предоставляют никаких гарантий, относительно содержания издания. Авторы, редакторы, издатели и дистрибьюторы не несут никакой ответственности за какие-либо травмы и /или вред в отношении лиц или имущества, которые могут возникнуть в результате этой публикации.

В основе остеопатической мануальной терапии лежит особая философия. Проведя холистический подход, особое место остеопатия уделяет соматическим функциям и их нарушениям, оказывающим воздействие на общее состояние здоровья человека. Это вызвало настоятельную потребность в клинически ориентированном тексте, где были бы рассмотрены не только клиничко-прикладные, но и философские, и мировоззренческие аспекты остеопатической медицины.

Настоящее издание представляет современное толкование основ остеопатической философии, прикладной диагностики и лечения соматических дисфункций в рамках практики семейной медицины. Рекомендации по диагностике и лечению соматических дисфункций, приведенные в этой книге, способствуют целостному, ориентированному на пациента подходу к здравоохранению. Студентам медицинских вузов, ординаторам и врачам предлагается подробное руководство, которое поможет им привлечь своих пациентов к активному участию в восстановлении и поддержании собственного здоровья. Читатель сможет узнать, каким образом соматические дисфункции влияют на состояние здоровья и какова клиническая целесообразность использования методов остеопатической мануальной терапии в лечении, а также ознакомится с подходом к выбору возможных конкретных методов и процедур.

ISBN 978-966-97712-9-2

615.828:159.923.31

Н49

© Wolters Kluwer Health, 1st edition, 2015.

Published by arrangement with Wolters Kluwer Health Inc., USA.

Original English edition published by Wolters Kluwer.

Wolters Kluwer Health did not participate in the translation of this title and therefore it does not take any responsibility for the inaccuracy or errors of this translation.

© Lippincott Williams & Wilkins, 2st edition 2017

© Издательство «Мультиметод». Перевод на русский язык, оформление, подготовка к изданию, 2022

ISBN 978-966-97712-9-2



1942—2011 Томас М. Ричардс, врач-остеопат
отделения нейромышечно-скелетной, остеопатической и мануальной
медицины и отделения лечения боли
Marshfield Clinic-Minocqua Center
Minocqua, Wisconsin 54548

Доктор Ричардс олицетворял все, что представляет собой
osteopathic семейная медицина.
Его уход из жизни — невосполнимая потеря для всех нас.

СОДЕРЖАНИЕ

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ.....	8
РЕЦЕНЗЕНТЫ.....	11
ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ.....	13
ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ.....	14
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	17

ЧАСТЬ I ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ ОСТЕОПАТИИ

Глава 1. Расширение прав и возможностей пациентов	21
Джеймс Лауб	
Глава 2. Трехединая сущность природы человека. Тело, разум и дух.....	28
Дэвид Фуллер	
Глава 3. Специфика остеопатии	36
Кеннет Нельсон и Уильям Стейджер	
Глава 4. Клинический подход и культурная компетентность	44
Ричард Огден, Мэри Goldman и Родни Уайзман	
Глава 5. Диагностика соматической дисфункции	71
Кеннет Нельсон	
Глава 6. Рецепт остеопатического мануального лечения	87
Кеннет Нельсон	
Глава 7. Висцеросоматические рефлексы и соматовисцеральные влияния	93
Кеннет Нельсон и Джозеф Олгейер	

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 8. Интегративная медицина.....	123
Уильям Стейджер и Энн Хабенихт	
Глава 9. Психонейроиммунология.....	144
Ян Лей Ивата и Томас Глонек	

ЧАСТЬ II Группы пациентов

Глава 10. Пациенты с психическими расстройствами	165
Эндрю Лови, Уэнделл Карпентер и Кеннет Нельсон	
Глава 11. Пациенты с зависимостями	185
Энтони Деккер, Джозеф Деккер и Майкл Деккер	
Глава 12. Пациенты-дети.....	192
Никетт Сергееф, Кеннет Нельсон и Фрэнк Серрекция	
Глава 13. Пациенты-женщины.....	208
Мелисьен Теттамбель и Кеннет Нельсон	
Глава 14. Хирургические пациенты.....	230
Дженет Креттек	
Глава 15. Пациенты-спортсмены.....	241
Курт Хейнкинг и Марк Маккейг	
Глава 16. Пожилые пациенты.....	264
Кеннет Нельсон, Энн Хабенихт, Никетт Сергееф, Джозеф Альгайер	
Глава 17. Пациенты в конце жизни	285
Элис Зал, Марк Аллен Сандерс и Аанада Ганн-Сандерс	
Глава 18. Пациенты отделения реанимации и интенсивной терапии	301
Роберт Марино и Энн Хабенихт	
Глава 19. Госпитальные пациенты	310
Сэмюэл Йоакум	
Глава 20. Пациенты, нуждающиеся в реабилитации	330
Бро Джеффри	

ЧАСТЬ III

Клинические состояния

Глава 21.	Средний отит.....	345
	Дэвид Б. Фуллер	
Глава 22.	Боль и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.....	355
Глава 23.	Офтальмологические заболевания.....	368
	Джек Грейнер и Джеймс Гронмейер	
Глава 24.	Инфекции верхних дыхательных путей.....	389
	Кеннет Нельсон и Джозеф Оллгейер	
Глава 25.	Заболевания нижних дыхательных путей.....	410
	Закари Комо	
Глава 26.	Артериальная гипертензия.....	428
	Дэвид Дрисколл и Гарри Фридман	
Глава 27.	Сердечная недостаточность.....	448
	Кеннет Нельсон и Исаак Кирстейн	
Глава 28.	Желудочно-кишечные заболевания.....	459
	Кеннет Нельсон, Энн Хабенихт и Стивен Блад	
Глава 29.	Урологические заболевания.....	472
	Анетт Карин Шиллинг Мнабхи	
Глава 30.	Онкологические заболевания.....	490
	Тамара Верн-Гросс и Томас Мерчант	
Глава 31.	Заболевания щитовидной железы.....	506
	Дуглас Йоргенсен и Андреа Клем	
Глава 32.	Болезнь Паркинсона.....	526
	Чарльз Джей Смутни III	
Глава 33.	Синдром Ларсона (синдром функциональной вазомоторной гемипарезии).....	542
	Фрэнк Уолтон-старший, Кеннет Нельсон	
Глава 34.	Сложные хронические заболевания. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции и/или фибромиалгия.....	562
	Анетт Карин Шиллинг Мнабхи	

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 35. Хроническая головная боль	586
Томас Ричардс	
Глава 36. Боль в спине. Синдром короткой ноги и постуральное равновесие	608
Кеннет Нельсон, Анетт Карин Шиллинг Мнабхи	
Глава 37. Боль в спине. Постуральная декомпенсация в сагиттальной плоскости	628
Нильс Олсон	
Глава 38. Сколиоз.....	642
Кеннет Нельсон и Джина Шенеман	

ЧАСТЬ IV ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Глава 39. Организация офиса.....	657
Дэвид Б. Фуллер	
Глава 40. Основные правила заполнения документации и кодирование	665
Дуглас Дж. Йоргенсен, Рэймонд Т. Йоргенсен, Кеннет Э. Нельсон	
Глава 41. Стандартизированная медицинская карта.....	671
Сандра Слешински, Брайан Ларсен, Томас Глонек	

ПРИЛОЖЕНИЕ

Позиция Американской ассоциации остеопатов относительно osteопатического мануального лечения шейного отдела позвоночника	686
---	-----

СПЕЦИФИКА ОСТЕОПАТИИ

Кеннет Нельсон и Уильям Стейджер

ВВЕДЕНИЕ

Остеопатическая медицина основана на остеопатии, науке медицины и целительства, творчества и философии. Это инновационная американская разработка, своеобразная система медицинской диагностики и лечения. Ее источники мудры и включают в себя лучшие достижения науки и искусства целительства, направленные на человека в целом: тело, разум и дух. Возникнув почти 150 лет назад в Соединенных Штатах Америки, остеопатическая медицина предлагает особую и комплексную медицину для современного мира.

В 1874 году Эндрю Тейлор Стилл (1828—1917) создал и дал миру эту философию и концепцию холистической медицины. Он основал остеопатию после Гражданской войны в США, во время которой был офицером и врачом. Кроме того, он был сенатором штата Канзас. Свобода и социальная справедливость были идеалами, за которые доктор Стилл боролся и стойко защищал движение против рабства, а также новые концепции, такие, как права женщин и равенство для всех. Его медицинские идеи, хотя и не все уникальны сами по себе, были революционными в том смысле, что он объединил их с медицинским мастерством и наукой того времени, положив начало новому движению, которое продолжалось в следующем столетии и далее. Он создал термин «osteopatia» из двух греческих производных — «ὀστέον» (кость) и «πάθος» (страдание) — для обозначения системы исцеления, которая распознает и лечит первый

или самый глубокий (ὀστέον) уровень человеческих страданий (πάθος)^[1]. В 1892 году он основал первую остеопатическую школу в Кирксвилле, штат Миссури и впоследствии написал четыре книги, посвященные остеопатическим принципам и практике^[2-5].

Остеопатическая концепция подчеркивает четыре общих принципа, которые должны быть интегрированы во всю медицину. Эти глубокие, ясные, подтвержденные наукой, всеобъемлющие принципы легко интегрируются в самые древние и современные системы здравоохранения. Сегодня мы принимаем эти концепции как должное и они до сих пор остаются правильными, а когда они используются современными врачами, то обеспечивают потенциально лучшее доступное медицинское обслуживание.

Очевидно, что человеческое тело — это удивительно сложная система, и когда все работает правильно, человек чувствует себя и функционирует оптимально. Однако, когда имеется расстройство, или дисфункция, или ограничение функционирования, развивается травма или болезнь, либо как причина, либо как следствие. Холистическая остеопатическая концепция утверждает, что, поскольку большинство травм и заболеваний имеют нервно-мышечный компонент (соматическую дисфункцию) как причину, так и в виде следствия, диагностика и лечение этих дисфункций должны способствовать восстановлению здоровья. Большинство болезней и травм, острых или хронических, реагируют на остеопатические процедуры, которые являются одновременно

ГЛАВА 3. СПЕЦИФИКА ОСТЕОПАТИИ

диагностическими и терапевтическими. С момента возникновения остеопатии многие клинические исследования и миллионы часов лечения тысячами практикующих врачей по всему миру внесли свой вклад в совокупность доказательств того, что остеопатическое лечение помогает при самых разнообразных заболеваниях и травмах. Однако необходимость в исследованиях, измерениях и анализе сохраняется.

Остеопатическая медицина продемонстрировала свой успех, поскольку к новому тысячелетию это медицинское движение XIX века уже прочно утвердилось в рамках основного направления современной медицины. Однако за успех приходится платить. Всеобщее признание привело к ассимиляции аллопатической модели врачами-остеопатами в ущерб их наследию.

Сегодня перед остеопатами стоит задача продемонстрировать свои уникальные качества и тем самым оправдать свое существование как независимого института в рамках Американской системы здравоохранения. Чтобы оставаться особой, остеопатическая медицина должна выявлять, измерять и подтверждать свои уникальные принципы. Ответственность за доказательство остеопатической исключительности в конечном счете лежит на остеопатическом академическом сообществе, научных сотрудниках и клиницистах.

Поскольку современная остеопатическая медицина стала основным направлением, логично обратиться к ее истокам, чтобы выявить ее отличительные черты. Философия остеопатической медицины основана на четырех ключевых принципах^[6].

1. Тело — это единое целое; человек — это единение тела, разума и духа.
2. Организм способен к саморегуляции, самовосстановлению и поддержанию здоровья.
3. Структура и функция взаимосвязаны.
4. Рациональное лечение основано на понимании основных принципов единства организма, саморегуляции и взаимосвязи структуры и функции.

Эти отличительные принципы, однако, не уникальны для остеопатической медицины, и их сложно оценить количественно.

В соответствии с первым принципом, современные врачи-остеопаты утверждают, что они используют холистический подход. Это замечательная черта, но она не является исключительно остеопатической. Холизм был «взят на вооружение» современной альтернативной медициной, и все большее число практикующих врачей относятся к своим пациентам таким образом.

В соответствии со вторым принципом, современные врачи-остеопаты утверждают, что они ориентированы на пациента (в отличие от ориентации на болезнь). Хотя аллопатическая медицина фокусируется на диагностике и лечении заболеваний, медицинская практика признана в высшей степени индивидуальной^[7]. При современном понимании роли иммунной системы большая часть современного лечения заболеваний стала фокусироваться на содействии умению пациента реагировать на болезнь.

Очевидное различие (согласующееся с третьим принципом) заключается в диагностике и лечении дисфункции нервно-мышечной системы. Тем не менее, многие врачи-остеопаты не используют остеопатические манипуляции, а ряд врачей-аллопатов, особенно в области физической медицины и реабилитации, используют мануальную терапию.

Четвертый принцип определяет особенности, объединяя первые три принципа для формирования системы клинической практики. Если остеопатическая медицина является особенной, а понимание соматической дисфункции в контексте уровня благополучия пациента занимает центральное место в этой отличительной особенности, то именно понимание важности дисфункции нервно-мышечной системы предлагает врачам-остеопатам систему клинической логики, которая является уникально целостной.

ЛОГИКА ХОЛИЗМА

Логика западной науки, а следовательно, и западной медицины, является аристотелевской (рис. 3.1). Она стремится представить системы, сводя их к последовательной связи мельчайших частиц («атомов»). На рис. 3.1 результат можно представить в виде физического лица (I), попавшего под дождь (а), что снижает его

ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

Кеннет Нельсон

ВВЕДЕНИЕ

Соматическая дисфункция^[1] — это исключительно остеопатический диагноз. Ее уникальность заключается в том, что в современной остеопатической медицине она служит базовым понятием, не являясь органической патологией. Соматическая дисфункция — это функциональное нарушение, «которое не включает в себя состояния и заболевания, инфекционной или онкологической природы; травмы тканей, например, ушиб, перелом или вывих; деформации или анкилоз»^[2]. Она присутствует в большей или меньшей степени у всех людей.

Для врача-osteопата важно определить место соматической дисфункции в общей клинической картине пациента и лечить ее соответствующим образом. Остеопатическое мануальное лечение (ОМЛ) является основным методом лечения соматических дисфункций. Эффективное применение ОМЛ основано на точной диагностике соматической дисфункции^[1,2].

СОМАТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Ниже приведен список типов соматической дисфункции, определенных в «Глоссарии остеопатической терминологии»^[1].

А. Соматическая дисфункция — это нарушение или изменение функции связанных (основных) компонентов соматической системы: скелетных, суставных и миофасциальных структур, а также родственных сосудистых, лимфатических и нервных элементов. Соматическая дисфункция

эффективно лечится с помощью ОМЛ. Позиционные и двигательные аспекты соматической дисфункции лучше всего описывать, используя по крайней мере один из трех параметров: (1) положение части тела, определяемое пальпацией и относящееся к ее прилегающей определенной структуре, (2) направления, в которых движение между двумя соседними структурами наиболее свободны, и (3) направления, в которых движение ограничено. Соматическая дисфункция может быть первичной или вторичной.

В. Острая соматическая дисфункция: немедленное или кратковременное нарушение или изменение функции связанных (основных) компонентов соматической системы; характеризуется на ранних стадиях расширением сосудов, отеком, болезненностью, болью и сокращением мышц; диагностируется на основе анамнеза и пальпаторной оценки.

С. Хроническая соматическая дисфункция: нарушение или изменение функции связанных (основных) компонентов соматической системы, характеризующееся болезненностью, зудом, фиброзом, парестезиями, контрактурой; выявляется путем оценки TART (см. ниже).

Д. Первичная соматическая дисфункция: (1) Нейромышечно-скелетная дисфункция, которая существует независимо, а не как компенсация смежной или отдаленной дисфункции или как результат висцеросоматического рефлекса.

(2) Соматическая дисфункция, которая сохраняет общую картину дисфункции (иногда называемая ключевым поражением). (3) Начальная или первая соматическая дисфункция, возникающая временно.

Е. Вторичная соматическая дисфункция — это соматическая дисфункция, возникающая в результате механической или нейрофизиологической реакции, следующей за другими нарушениями, либо вследствие их.

Поскольку соматическая дисфункция является функциональным нарушением, а не органической патологией, первичная соматическая дисфункция полностью обратима при правильной диагностике и специфическом остеопатическом лечении. Кроме того, если она действует как «ключевое поражение», эффективное лечение первичной соматической дисфункции может привести к разрешению целого ряда других дисфункций. Вторичная соматическая дисфункция также реагирует на ОМЛ, но она будет возобновляться, если не будет выявлено и эффективно вылечено то, что является вторичным по отношению к ней. Вторичная соматическая дисфункция, представляющая собой рефлекторную реакцию на висцеральную патологию (висцеросоматический рефлекс), не полностью реагирует на ОМЛ, пока основная висцеральная патология не разрешится спонтанно или с помощью соответствующего медикаментозного лечения.

Соматическая дисфункция сама по себе является причиной значительного дискомфорта пациента, который не может быть объяснен органической причиной. Поскольку это проявляется через нервную и сосудистую, а также костно-мышечную систему, это может вызывать широкий спектр симптомов. По этой причине соматическая дисфункция может проявляться таким образом, что ее можно перепутать с множеством органических патологических процессов. Эти условия должны учитываться при дифференциальной диагностике и исключаться до постановки окончательного диагноза первичной соматической дисфункции.

Соматическая дисфункция также способствует усилению эффекта существующей органической патологии. Например, соматическая дисфункция грудного отдела позвоночника, ребер и диафрагмы физически приводит к снижению эластичности грудной клетки, увеличивая тяжесть существующих сердечно-легочных патологий, например сердечной недостаточности. С помощью нейрорефлекторных механизмов соматическая дисфункция оказывает пагубное воздействие на внутренние органы, получающие иннервацию от того же позвоночного сегмента (соматовисцеральный рефлекс).

ДИАГНОЗ

Физическая диагностика соматической дисфункции осуществляется с помощью пальпации. TART (от *англ. tissue texture abnormality, asymmetry, restriction of motion, tenderness, temperature*) — аббревиатура четырех диагностических критериев соматической дисфункции:

Tissue texture abnormality (аномалия текстуры тканей);

Asymmetry (асимметрия);

Restriction of motion (ограничение движения);

Tenderness, temperature (болезненность, температура).

Наличие любого из них является основанием для постановки диагноза соматической дисфункции^[1].

Локализованная аномалия текстуры ткани наиболее эффективно выявляется пальпаторным методом, который можно использовать при скрининге соматической дисфункции. Как следует из приведенных выше определений, качественные аспекты нарушения структуры тканей используются для дифференциации острой и хронической соматической дисфункции. Кроме того, степень нарушения структуры тканей указывает на тяжесть соматической дисфункции. В случае рефлекторно опосредованной соматической дисфункции (соматосоматической и висцеросоматической) нарушение структуры ткани отражает тяжесть (степень воспаления) основного состояния. Генерализованная аномалия структуры тканей связана с любым количеством системных заболеваний,

ГЛАВА 5. ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

включая инфекции, эндокринопатии, печеночную и почечную недостаточность. Было продемонстрировано, что количественная оценка такой генерализованной аномалии структуры ткани точно отражает степень гипергликемии у больных сахарным диабетом^[3].

Механическая соматическая дисфункция обычно сопровождается асимметрией положения и ограничением движения. Асимметрия положения подчеркивается в диагностической мышечно-энергетической парадигме. Ограничение движения подчеркивается в диагностической парадигме суставной дисфункции^[4].

Болезненность не следует путать с жалобой на боль. Боль — это субъективное осознание ноцицепторной активности. Болезненность — это боль, возникающая при пальпации. Таким образом, болезненность — это объективная физическая находка. Болезненность часто возникает как непроизвольная болевая реакция, мышечное подергивание или гримаса боли, при диагностической пальпации, и может быть использована для подтверждения наличия соматической дисфункции после наблюдения нарушения структуры тканей.

Как и нарушение структуры тканей, болезненность указывает на тяжесть соматической дисфункции. Хотя место жалобы пациента на боль может демонстрировать болезненность, довольно часто значительные результаты соматической дисфункции находятся рядом с местом жалобы пациента на боль или далеко от него.

Обычно ограничение движения при соматической дисфункции накладывает компенсаторное напряжение на соседние структуры, в результате чего в этих соседних структурах возникает боль. Однако жалоба на боль может быть удалена от этиологической дисфункции, предположительно из-за общей иннервации (часто симпатической) между областью, вызывающей жалобу и этиологической дисфункцией^[5, 6]. Эта иннервация приводит к возникновению триггерной точки в месте ответственной дисфункции, которая при пальпации воспроизводит отдавленную болезненность.

Нарушение структуры тканей и болезненность при отсутствии признаков механической соматической дисфункции, в частности ограничения движения, свидетельствуют о соматической дисфункции рефлекторного происхождения, то есть висцеросоматических или соматосоматических рефлексов. Неоднозначность рестриктивного барьера, а следовательно, и трудность выявления наличия ограничения движения, могут заставить начинающего диагноста усомниться в своей способности поставить пальпаторный диагноз. На самом деле такая двусмысленность является ценным физическим открытием, которое должно привести врача к рассмотрению рефлекторной, висцеросоматической или соматосоматической дисфункции.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

При первичном физикальном обследовании при диагностике соматической дисфункции целесообразно начинать, когда это возможно, с общей оценки опорной механики пациента. Затем можно принять решение о том, в какой степени постуральная механика влияет на оцениваемое состояние.

За этим следует региональная оценка проблемной зоны. Именно здесь скрининг на наличие аномалий структуры тканей предлагает эффективный метод быстрого выявления областей, требующих более детального обследования.

После того как дискретная соматическая дисфункция распознана, необходимо точно определить асимметрию положения и все компоненты пассивного ограничения движения (сгибание или разгибание, боковой наклон влево или вправо, ротацию влево или вправо, переднезадняя и боковая трансляция, с дополнительными движениями, соответствующими для оценки дисфункции). Также следует оценивать на предмет ограничения незначительные активные движения (легочные дыхательные движения и мотильность). Для этого необходимо знать общие механические (суставные, миофасциальные, краниальные) паттерны дисфункции.

Соматическая дисфункция суставов позвоночника определяется как тип I (нейтральный, I принцип

К диагностике соматической дисфункции лучше всего подходить организованно. Обследование может быть изменено в зависимости от физического состояния пациента. Некоторые пациенты не могут стоять, сидеть или даже свободно двигаться в постели. Если врачи будут иметь в виду эти аспекты, они определят пути модификации физикального обследования, чтобы приспособиться даже к самым тяжелым пациентам. Единственная причина, по которой не следует проводить обследование на предмет соматической дисфункции, — это чрезвычайная ситуация, требующая немедленного вмешательства.

Начните с общего осмотра тела пациента. Если пациент может стоять, оцените постуральный баланс. Ищите неодинаковую длину ног, неровность таза и грудного отдела. Определите механику позвоночника I типа и посмотрите на региональную механику, такую как экскурсия грудной клетки, которая влияет на клиническую картину. Если пациент не способен стоять, механику подвздошной кости и экскурсию грудной клетки можно оценить пока он лежит на спине. Исследуйте области, где можно ожидать наличие

симпатических и парасимпатических висцеросоматических рефлексов, связанных с медицинскими проблемами пациента. Определив общее строение тела, специально диагностируют локализованную, сегментарную, дисфункцию, которая имеет отношение к состоянию пациента.

Следующие примеры приведены для демонстрации системного подхода к диагностике позвоночника. Обсуждение ограничивается диагностикой позвоночника. Для ознакомления с дисфункциями других отделов читатель может обратиться к соответствующим остеопатическим текстам.

- Структурный осмотр в положении стоя.
- Структурный осмотр в положении лежа.
- Региональная и сегментарная экспертиза.
- Пальпация нарушения текстуры тканей; послойная пальпация.
- Региональная и сегментарная экспертиза:
 - шейный отдел позвоночника;
 - грудной отдел позвоночника;
 - поясничный отдел позвоночника;
 - крестец и таз.

ПРОЦЕДУРЫ

СТРУКТУРНЫЙ ОСМОТР В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ

Цель обследования состоит в том, чтобы узнать как можно больше об общей механике тела пациента, с тем чтобы результаты исследования локальной соматической дисфункции могли быть помещены в контекст. Стоя за спиной пациента, наблюдайте за симметрией каждой из этих структур (рис. 5.3).

- Сосцевидные отростки.
- Плечо (акромион).
- Нижний угол лопатки.
- Подвздошный гребень.
- Задняя верхняя подвздошная ость (ЗВПО).
- Большой вертел бедренной кости.

ТЕСТ ЛАТЕРАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ ТАЗА (ЛСТ)

Осмотрите сзади стоящего пациента, чтобы увидеть, отклоняется ли таз в сторону или расположен по центру (рис. 5.4). Положите одну руку на плечо пациента, а другую на контрлатеральное бедро. Осторожно надавите кнутри на бедро и таз. Поменяйте руки и повторите процедуру. Сравните симметричность движения с обеих сторон. Тест ЛСТ положителен на той стороне, к которой таз легче движется.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОКОВЫМИ ИЗГИБАМИ

Наблюдайте за стоящим пациентом сзади, когда он наклоняется вперед. Обратите внимание

Кривизна позвоночника			
Переднезадняя	Уменьшен	Норма	Увеличен
Шейный лордоз:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Грудной кифоз:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Поясничный лордоз:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Сколиотическая деформация	Положение пациента при исследовании
<input type="checkbox"/> Нет	Сидя <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Функциональная	Стоя <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Слабая	Сгибание/разгибание <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Умеренная	Лежа <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Выраженная	Не исследовалось <input type="checkbox"/>

Рисунок 5.3. Форма записи обследования (см. главу 41)

на паравертебральную выпуклость, возникающую в результате ротации позвонков, которая происходит как один из компонентов механики типа I при боковых наклонах позвоночника. В грудной области лопатка и ребра будут казаться расположенными кзади в большей степени с той стороны, в которую ротируется позвоночник.

ОЦЕНКА ПЗ КРИВИЗНЫ

При осмотре с боков проверьте поясничные, грудные и шейные ПЗ изгибы на увеличение или наличие уплощенных участков. Определите, соответствуют ли такие области наблюдаемым боковым изгибам.

СТРУКТУРНЫЙ ОСМОТР В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА

Хотя обследование в положении лежа дает не так много информации о постуральной механике пациента,



Рисунок 5.4. Тест на сдвиг таза вправо. Стрелка указывает направление положительного латерального сдвига

как обследование в вертикальном положении, если это единственное положение, в котором пациент может быть осмотрен, то это нужно сделать. Оцените тазовую, поясничную и грудную механику. Подсунув руки под тело пациента и пальпируя его на предмет нарушения структуры паравертебральной ткани, исследуйте механику поясничного и грудного отделов позвоночника и ищите висцеросоматические рефлексы. Исследуйте область шеи, как описано далее в этой главе.

ПАЛЬПАЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ТЕКСТУРЫ ТКАНЕЙ, ПОСЛОЙНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

Используйте послойную пальпацию (рис. 5.5) для получения информации об аномалиях текстуры тканей. Исследуйте каждую область, ища аномалии текстуры тканей. При ее выявлении необходимо провести тщательное сегментарное обследование.



Рисунок 5.5. Послойная пальпация

Положите пальпирующую руку на кожу и осуществите легкий контакт. Пальпируйте для определения температуры и текстуры.

Затем оцените подкожную клетчатку. Увеличьте пальпаторное давление. Почувствуйте, насколько плотной кажется исследуемая область. Аномалии тканевой структуры, развивающиеся в связи с висцеросоматическими рефлексам, вызывают характерные изменения в подкожных тканях, которые отражают выраженность рефлекса.

Осуществляйте движение в различных направлениях и обратите внимание на направления самого легкого и самого затрудненного движения. Это позволяет оценить поверхностное напряжение фасции в данной области.

Чтобы пальпировать глубокий фасциальный слой, увеличьте пальпаторное давление, пока не ощутите более глубокие нижележащие структуры. Глубокая фасция обычно описывается как гладкий, твердый и непрерывный слой. Определите участки утолщения с участием фасции, которая окружает региональную мускулатуру.

Пальпируйте через глубокую фасцию, концентрируясь на нижележащей мышце. Определите отдельные мышечные волокна. Попытайтесь пальпировать направление, в котором проходят мышечные волокна. Обратите внимание на зоны повышенного мышечного напряжения.

РЕГИОНАРНОЕ И СЕГМЕНТАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ОБСЛЕДОВАНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Положение пациента: лежа на спине (рис. 5.6).

Положение врача: сидя во главе смотрового стола.

Этой позиции не всегда легко достичь в условиях больницы. Пальпируйте на предмет нарушения текстуры тканей и болезненности. После того как вы соответствующим образом обследовали шейный отдел, а пациент остается лежать на спине, изучите конкретные сегменты, в которых вы выявили аномалии текстуры тканей и болезненность, на предмет асимметрии положения и ограничения движения.

ОЦЕНКА СЕГМЕНТА C0—C1

Основными движениями являются сгибание и разгибание. Вспомогательными — ротация и боковой наклон. Наиболее часто используемым двигательным тестом является тест на латеральную трансляцию. Возьмитесь за голову пациента, осуществляя контакт кончиками пальцев с атлантозатылочными суставами (АЗС). Оцените боковой наклон АЗС, осуществляя латеральное смещение влево и вправо. Большая легкость боковой трансляции в одном направлении свидетельствует о боковом наклоне в противоположном направлении.



Рисунок 5.6. Положение лежа на спине может быть использовано как для регионарного, так и для сегментарного исследования всего шейного отдела позвоночника

ГЛАВА 7. ВИСЦЕРОСОМАТИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ И СОМАТОВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ВЛИЯНИЯ

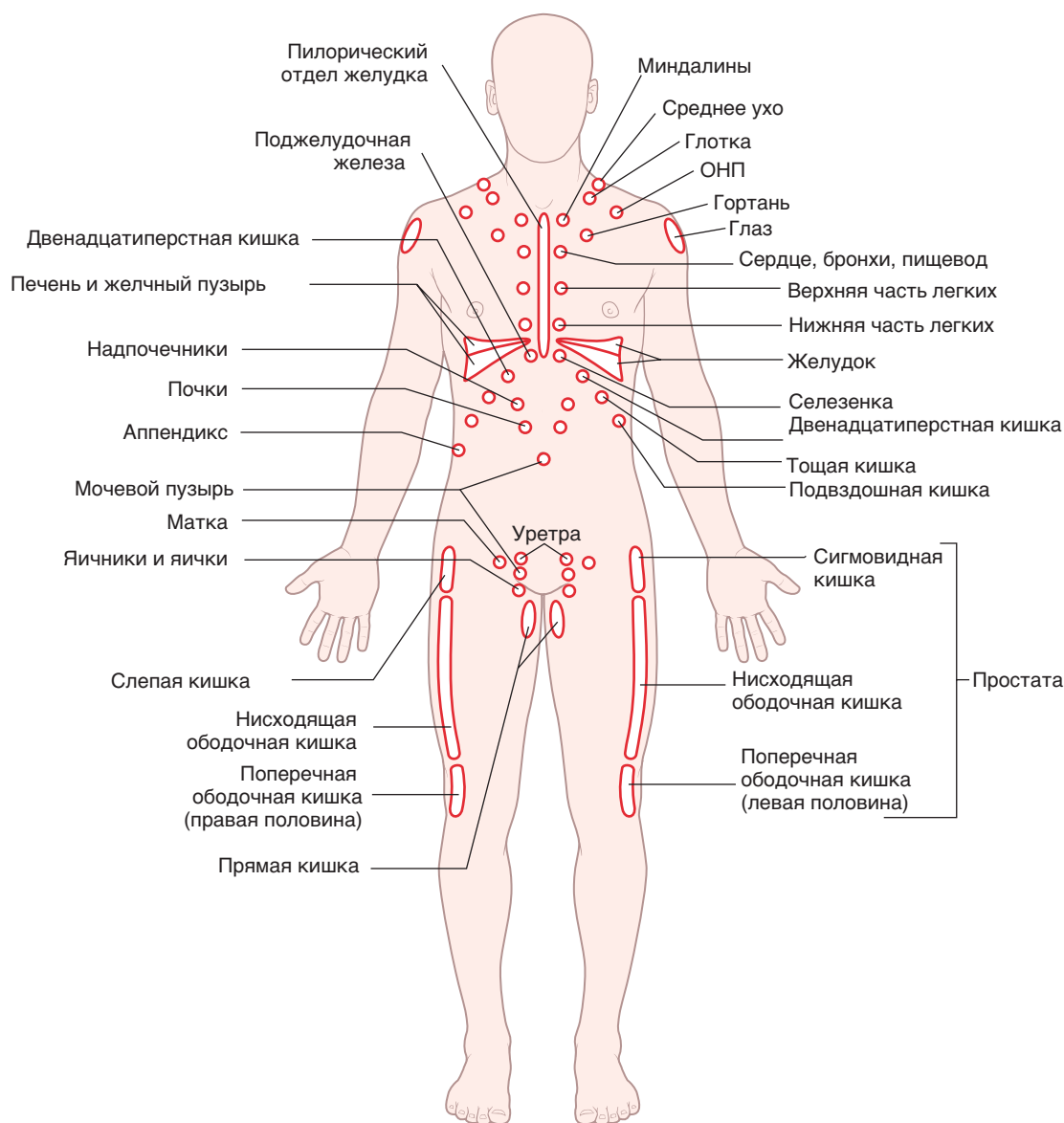


Рисунок 7.3. Локализация передних чувствительных точек Чепмена

плотные (но не твердые) узелковые образования. Точки Чепмена, как правило, небольшие, 2—3 мм в диаметре, расположены на глубокой фасции или надкостнице, очень болезненны, но боль не сопровождается иррадиацией. Они слегка подвижны при пальпации, но при этом связь сохраняется с глубокими тканями, где они расположены. Точки Чепмена могут быть найдены поодиночке или в группах, и когда они являются результатом патологических процессов, они имеют большую величину и склонны к слиянию.

Соматическая дисфункция, являющаяся результатом висцеросоматического рефлекса, имеет прежде всего диагностическое значение. Ее можно излечить окончательно, только устранив висцеральную патологию. Неразрывная связь между висцеросоматическими рефлексам и соматовисцеральными реакциями, которые являются результатом спинальной фасциляции, однако, означает, что для каждой соматической дисфункции, обусловленной висцеральной патологией, существует сегментарно связанная реакция, которая, в свою очередь, будет влиять на сегментарно

ПАЦИЕНТЫ-ДЕТИ

Никетт Сергееф, Кеннет Нельсон и Фрэнк Серрекция

ВВЕДЕНИЕ

Неонатальная и детская анатомия, физиология и специфические патологические процессы, встречающиеся в клинической практике, относительно предсказуемы. Специфические патологические процессы, как только они диагностируются, имеют четко определенные терапевтические протоколы. Клиническая практика, однако, не так проста; каждый пациент уникален, каждый имеет собственный индивидуальный анамнез, анатомические вариации и, следовательно, функциональные (и дисфункциональные) различия. Помимо лечения патологических процессов, врач-osteопат несет ответственность за оптимизацию функций там, где это возможно. Как и у всех пациентов, эффективная диагностика и лечение соматической дисфункции усиливает способность физиологии человека к самовосстановлению, что, в свою очередь, повышает эффективность других терапевтических методов лечения заболевания.

Однако слишком часто практикующие врачи, даже те, кто имеет опыт применения остеопатического мануального лечения (ОМЛ) взрослых пациентов, не решаются применять манипуляцию к своим более молодым пациентам. В отличие от взрослых, младенцы, еще не овладевшие речью не могут предъявить конкретной жалобы, поэтому диагносту нужно думать, чтобы найти сопутствующую соматическую дисфункцию. Даже при подозрении на соматическую дисфункцию врач-клиницист может не решаться

применять ОМЛ, опасаясь травмировать хрупкого младенца или ребенка. Этот страх не оправдан, когда соматическая дисфункция точно диагностирована и метод лечения выбран разумно. Цель данной главы — научить врача логическому подходу к диагностике и лечению соматической дисфункции в неонатальной и педиатрической практике.

ДЕТСКАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Раньше считалось, что у младенцев и детей соматических дисфункций не бывает. Но это не так. Хотя пациенты-дети почти никогда не предъявляют жалоб на опорно-двигательный аппарат, тем не менее, дисфункциональная механика нервно-мышечной системы оказывает значительное влияние на состояние здоровья этих пациентов.

Первичная соматическая дисфункция у взрослого человека часто является результатом травмы (макро или микро), связанной с нейтральным поструральным механическим паттерном индивида. Существование компенсаторной поструральной механики, как например приспособление к разной длине ног, определяется у взрослых пациентов. Аналогичным образом, неонатальная или педиатрическая соматическая дисфункция часто вызвана травмой в процессе родов и/или травмами механического плана в процессе внутриутробного развития. Новорожденные могут иметь асимметричную механику опорно-двигательного аппарата, возникающую в результате асимметричного внутриутробного

ГЛАВА 12. ПАЦИЕНТЫ-ДЕТИ

перемещения/внутриутробной осанки, возникающих в пренатальном периоде. Эти асимметрии, усугубляемые физическим напряжением в процессе родов, могут способствовать соматической дисфункции, которая затрагивает младенцев и маленьких детей. По мере того как ребенок взрослеет, этот паттерн все больше зависит от позиционирования, факторов окружающей среды и эволюции этапов развития. Это может быть связано с привычками матери при кормлении, позиционировании во время сна, осанкой и механикой поддержания веса.

Глубокое знание анатомии, ее нормального состояния, аномалий и постоянно меняющейся структуры дает особое понимание роли соматической дисфункции, которая может проявляться как функциональная жалоба или способствовать специфическим процессам заболевания. Мы знаем, что структура и функция тесно связаны и что форма следует за функцией как во внутриутробной, так и во внешней среде. Неправильное расположение костей таза может привести к позиционным дисфункциям нижних конечностей и нарушениям походки, встречающимся в педиатрической практике. Из знания анатомии очевидно, что плечелоктевой сустав действует как шарнир. Точно так же можно экстраполировать потенциальные паттерны движения между костями черепа, внимательно наблюдая за анатомией их сочленений. Знание анатомии черепа и лица чрезвычайно важно. Неправильное формирование этих костных структур может способствовать возникновению функциональных проблем, связанных с системой голова—глаза—уши—нос—горло, таких как проблемы с питанием, рецидивирующий средний отит, косоглазие и неправильный прикус зубов. Такие структурные дисфункции черепа также могут способствовать появлению симптомов ущемления черепных нервов.

Мы знаем, что движение в неокостеневших суставах черепа возможно. Модуляция, происходящая в черепе младенца во время родов, делает это очевидным. При рождении швы свода черепа обеспечивают достаточную подвижность, что часто происходит за счет перекрытия соседних костей во время родов. Модуляция и связанные с ней деформационные

паттерны могут сохраняться и после неонатального периода, что, возможно, способствует возникновению ранее упомянутых состояний.

Основание черепа содержит несколько синхондрозов, где ткань, соединяющей костные компоненты, является хрящ, который по мере взросления окостеневаает. Синхондроз существует между затылочной и клиновидной костями — клиновидно-затылочный или сфенобазиллярный синхондроз (СБС). Синхондрозы обнаруживаются и между отдельными частями клиновидной кости, а также между каменистой и чешуйчатой частями височных костей. Затылочная кость при рождении состоит из четырех разделенных синхондрозами. Передние интраокципитальные синхондрозы, расположенные между базиокипсутом и двусторонними экзокипсутами, имеют клиническое значение, поскольку при их слиянии образуются затылочные мышелки и подъязычный канал (рис. 12.1).

Синхондрозы функционируют как «шарниры» в процессе рождения и иногда подвергаются напряжению. Дисфункциональные паттерны, которые сохраняются после родов между различными костями, называются межкостными дисфункциями, в то время как дисфункциональные паттерны, которые

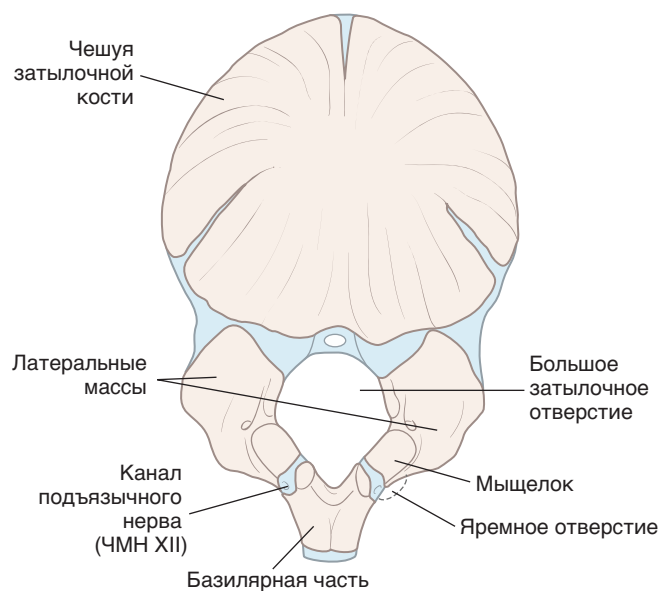


Рисунок 12.1. Затылок при рождении

и череп. Прощупайте асимметрию присущего движения и, как указано выше, исправьте любой дисфункциональный паттерн.

Теперь положите обе руки на череп и оцените СБС и любую другую черепную область и исправьте любой дисфункциональный паттерн.

ПРОЦЕДУРЫ

Следующие процедуры полезны при лечении соматической дисфункции, поскольку она относится к педиатрическому пациенту.

ПОЯСНИЧНО-ТАЗОВЫЙ РЕЛИЗ

Эта процедура применяется для лечения соматической дисфункции поясничного отдела позвоночника и таза (рис. 12.3).

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя или сидя лицом в направлении головы пациента и сбоку от пациента таким образом, чтобы доминирующая рука врача была ближе всего к пациенту.

Процедура

1. Врач помещает свою доминирующую руку под крестец ладонью вверх, причем указательный

палец и мизинец соприкасаются с задними верхними подвздошными остями.

2. Оцените симметрию и ограничение движения тазовых костей друг к другу и крестца между тазовыми костями.
3. Поместите другую руку под тело пациента таким образом, чтобы кончики пальцев контактировали с остистыми отростками поясничных позвонков.
4. Оцените крестец и поясничный отдел позвоночника и пальпируйте движение, связанное с миофасциальными напряжениями и присущими движениями краниального ритмического импульса.
5. Используются не прямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
6. Когда процедура будет завершена, заново оцените дисфункциональную область.



Рисунок 12.3. Пояснично-тазовый релиз

ГРУДНОЙ РЕЛИЗ

Процедура используется для лечения соматической дисфункции грудной клетки (рис. 12.4).

Положение пациента: лежа или сидя.

Положение врача: стоя или сидя рядом с пациентом.

Процедура

1. Положите одну руку под грудную клетку ладонью вверх так, чтобы кончики пальцев соприкасались с остистыми отростками грудного отдела позвоночника.
2. Другая рука помещается на грудину, причем внимание уделяется грудино-реберным суставам.



Рисунок 12.4. Грудной релиз

3. Пальпируйте движение, связанное с миофасциальным напряжением, легочным дыханием и присущему движению краниального ритмического импульса.
4. Определяются асимметричные напряжения и ограничения движения.
5. Используются непрямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
6. Когда процедура будет завершена, заново оцените дисфункциональную область.

РЕЛИЗ ЧЕРЕПНЫХ МЕМБРАН

Это общая процедура, используемая для уравнивания мембранозного напряжения в черепе и за его пределами (рис. 12.5). Она может быть использована



Рисунок 12.5. Релиз черепных мембран

в качестве первого шага в лечении черепно-мозговой дисфункции.

Положение пациента: желательно лежа.

Положение врача: сидя возле стола со стороны головы пациента.

Процедура

1. Положите одну руку под затылок.
2. Поместите другую руку в контакт с лобной костью.
3. Пальпируйте движение, связанное с мембранозным напряжением между лобной и затылочной костями.
4. Пальпируйте скорость и амплитуду собственного движения краниального ритмического импульса.
5. Определяются асимметричные напряжения и ограничения движения.
6. Используются непрямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
7. Когда процедура будет завершена, заново оцените дисфункциональную область.

СФЕНОБАЗИЛЯРНЫЙ РЕЛИЗ

Эта процедура используется для лечения соматической дисфункции между затылком и клиновидной областью в СБС (рис. 12.6).

Положение пациента: предпочтительно лежа.



Рисунок 12.6. Сфенобазиллярный релиз

ГЛАВА 12. ПАЦИЕНТЫ-ДЕТИ

Положение врача: сидя у головного конца кушетки или сбоку от нее.

Процедура

1. Врач помещает недоминирующую руку поперечно затылка таким образом, чтобы она избегала контакта с затылочно-сосцевидными швами.
2. Врач мягко помещает доминирующую руку ладонью поперек лобной кости, причем кончик большого пальца соприкасается с латеральной частью большого крыла клиновидной кости с одной стороны, а кончик среднего пальца — с латеральным краем большого крыла клиновидной кости с другой стороны.
3. Пальпируйте скорость и амплитуду краниального ритмического импульса.
4. Пальпируйте движение между клиновидной и затылочной костями, таким образом оценивая СБС. Оцените флексию, экстензию, торсию, стрейн латерального наклона и ротации, а также вертикальный стрейн и компрессию.
5. Определяются асимметричные напряжения и ограничения движения.
6. Используются непрямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
7. Когда процедура будет завершена, заново оцените дисфункциональную область.

РЕЛИЗ ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТИ

Эта процедура используется для лечения дисфункции черепно-шейного перехода (рис. 12.7).

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: сидя возле стола со стороны головы пациента.

Процедура

1. Врач помещает доминирующую руку ладонью вверх под голову пациента, соприкасаясь с затылком таким образом, чтобы они избегали контакта с затылочно-сосцевидными швами.
2. Кончик указательного или среднего пальца другой руки помещается на уровне остистого отростка атланта (C1).



Рисунок 12.7. Релиз затылочной кости

3. Пальпируется движение между затылочной костью и атлантом (C1). Оценивается флексия, экстензия, боковой наклон и ротация.
4. Определяются асимметричные напряжения и ограничения движения.
5. Используются непрямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
6. Когда процедура будет завершена, заново оцените дисфункциональную область.

Релиз затылочно-сосцевидного шва

Эта процедура используется для лечения дисфункции затылочно-сосцевидного шва (рис. 12.8).

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: сидя возле стола со стороны головы пациента.

Процедура

1. Врач помещает левую руку поперечно, ладонью вверх, под голову пациента, соприкасаясь с затылком таким образом, чтобы кончики пальцев находились медиально к правому затылочно-сосцевидному шву.



Рисунок 12.8. Релиз затылочно-сосцевидного шва

2. Расположите правую руку так, чтобы кончики указательного и среднего пальцев соприкасались с сосцевидной частью височной кости.
3. Пальпируйте движение между затылочной и височной костями.
4. Определите ограничение движения.
5. Используются непрямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
6. Когда процедура будет завершена, заново оцените дисфункциональную область.

ПОРАЖЕНИЯ ЛОБНЫХ КОСТЕЙ

Эта процедура применяется для лечения соматической дисфункции лобной кости (рис. 12.9). Это особенно важно, прежде чем пытаться прицельно лечить проблемы, связанные с лицом.

Положение пациента: лежа на спине или сидя на коленях врача.

Положение врача: сидя возле стола со стороны головы пациента.

Процедура

1. Поместите обе руки в контакт с лобной костью так, чтобы указательные пальцы были выровнены по обе стороны от метопического шва,

а концы других пальцев касались надбровных дуг с двух сторон.

2. Пальпируйте движение между левой и правой половинками лобной кости, а также скорость и амплитуду краниального ритмического импульса.
3. Определите ограничение движения.
4. Используются непрямые техники для исправления любого дисфункционального паттерна.
5. Когда процедура будет завершена, повторите оценку дисфункциональной области.



Рисунок 12.9. Релиз лобной кости