

**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»*

*Второе издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2018

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-osteopat, 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. — 2-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2018. — 608 с. : ил.  
ISBN 978-5-00030-635-2

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-osteopatов.

УДК 616.7:615.828  
ББК 53.54я7

ISBN 978-5-00030-635-2

© 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
<b>Часть I. Основы остеопатии .....</b>	<b>11</b>
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
<b>Часть II. Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций опорно-двигательной системы .....</b>	<b>43</b>
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

<b>Часть III. Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций краниосакральной системы .....</b>	<b>211</b>
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 коррекции 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
<b>Часть IV. Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций внутренних органов .....</b>	<b>433</b>
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
<b>Часть V. Методология клинического обследования в остеопатии .....</b>	<b>495</b>
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
<b>Приложения .....</b>	<b>585</b>
Приложение № 1 .....	585
Приложение № 2 .....	585
Приложение № 3 .....	588

# Остеопатическая терминология

- Цефалический** — в направлении головы
- Каудальный** — в направлении копчика
- Подальный** — в направлении стоп
- Медиальный** — к срединной линии тела
- Латеральный** — кнаружи от срединной линии тела
- Передний** — вперед
- Задний** — назад
- Внутренняя ротация** — вращение к срединной линии тела
- Наружная ротация** — вращение от срединной линии тела
- Передняя ротация** — вращение вперед
- Задняя ротация** — вращение назад
- Латерофлексия** — наклон в сторону
- Антефлексия** — сгибание вперед
- Постфлексия** — сгибание назад
- Сома** — скелетно-мышечная система
- Мышечно-скелетный** — мышцы, кости, суставы, капсульно-связочный аппарат
- Нейтральная точка** — точка в тканях, в которой тело освобождается от всех напряжений — физических и эмоциональных
- Нейтральное состояние врача** — это состояние покоя разума и максимальное расслабление тела, при которых пальпация сменяется перцепцией
- Малый прилив (волна)** — в биодинамической концепции произвольная ритмическая волна, через которую проявляется краниосакральный ритм
- Средний прилив (волна)** — в биодинамической концепции проявление длинной волны с частотой 2,5 цикла в минуту
- Длинный прилив (волна)** — в биодинамической концепции представляет собой проявление Дыхания жизни («большая флюктуация» по Р. Беккеру)
- Висцеральный** — связанный с каким-нибудь внутренним органом
- Дисфункция** — нарушение функции
- Кинетическая дисфункция** — нарушение подвижности
- Остеопатическое повреждение (соматическая дисфункция)** — комплекс биомеханических, вегетативных и психических дисфункций
- Психосоматическая дисфункция** — дисфункция сомы психического происхождения
- Соматопсихическая дисфункция** — дисфункция психики соматического происхождения
- Психовисцеральная дисфункция** — висцеральная дисфункция психического происхождения
- Висцеропсихическая дисфункция** — психическая дисфункция висцерального происхождения
- Висцеральная дисфункция** — нарушение функции внутреннего органа
- Висцера** — полый орган
- Орган** — плотный орган
- Inflare lesion** — дисфункция подвздошной кости в закрытии
- Outflare lesion** — дисфункция подвздошной кости в раскрытии
- Thrust** — высокоскоростная малоамплитудная остеопатическая техника (толчковая)
- Up Slip** — верхнее смещение подвздошной кости
- Whiplash** — хлыстовая травма
- Апоневроз** — плоское сухожилие мышцы
- Концевая пластинка** — тканевая структура головного мозга, участвующая в формировании передней стенки третьего желудочка
- Core-link** — включает в себя dura mater, переднюю и заднюю продольные связки, а также желтые связки
- Still point** — момент времени, когда краниальная волна становится неподвижной, при этом происходит естественная остановка краниосакрального ритма, которая происходит каждые несколько минут. Продолжительность при-остановки «первичного дыхания» составляет от 2 до 4 циклов ПДМ

# ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ ОСТЕОПАТИИ

## Глава 1. Основные принципы и методологические основы osteопатии

### 1.1. Краткая история развития osteопатии

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)



правление остеопатии. К висцеральной системе относятся внутренние органы с их соединительнотканными оболочками, а также сосудистая система с кровью и лимфой, нервная система. Наряду с краниосакральным ритмом был обнаружен висцеральный ритм — самостоятельное движение внутренних органов, называемое также мотильностью. Эта подвижность обладает ритмом, составляющим 6–8 колебаний в минуту. Она независима от дыхательных движений, пульса и перистальтики кишечника. Большинство внутренних органов подвешено и прикреплено в брюшной полости при помощи связок, что обеспечивает их максимальную подвижность. Поскольку органы плотно прилегают друг к другу и имеют множество точек соприкосновения с другими структурами, то большое значение для их функционирования имеет возможность неограниченного скольжения и движения между собой. Нарушение подвижности способствует застойным явлениям в органе, что меняет его функцию и приводит в дальнейшем к поражению структуры. При своевременной остеопатической коррекции фиксации органа лечебный эффект может быть значительным.

История остеопатии в России началась с приезда в 1991 году в Санкт-Петербург выдающегося американского остеопата Виолы М. Фрайман. В 1994 году в Санкт-Петербурге начала свою работу первая частная остеопатическая школа — Русская высшая школа остеопатической медицины. Ведущую роль в становлении школы сыграли первопроходец французской остеопатии Франсис Пейралад (ученик Д. Брукса и Г. Магуна) и Роже Капоросси.

В 1997 году в Санкт-Петербурге создан Регистр докторов остеопатии, который сегодня насчитывает десятки дипломированных специалистов (ныне — общероссийская общественная организация «Российская остеопатическая ассоциация»).

В 2000 году при содействии и на базе Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования начал свою работу Учебно-научный центр остеопатической медицины (ныне — Институт остеопатической медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова).

В 2003 году Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждены методические рекомендации № 2003/74 «Остеопатия». В них изложены основные положения, принципы, методики, показания и противопоказания к использованию в клинической практике остеопатии. Отличительной особенностью этих методических рекомендаций является то обстоятельство, что предназначены они для врачей всех лечебных специальностей, а не только для врачей-неврологов и ортопедов, как мануальная терапия.

С 2006 года на базе медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета открыт Институт остеопатии.

На пути к официализации остеопатии в России было сделано немало шагов. Но наиболее значимыми можно по праву считать утверждение остеопатии как профессии (Приказ Минздрава России № 1183н от 20.12.2012 г. «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»), а также

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 1061 от 12.09.2013 г. «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования», который утвердил «osteopatiyu» (шифр 31.08.52) как специальность высшего образования.

Из других нормативных документов следует отметить:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 794н от 28.10.2013 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» — в номенклатуру медицинских услуг включены первичный (шифр В01.069.002) и повторный (шифр В01.069.003) прием (осмотр, консультация) врача-osteopata;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 236 от 23.05.2014 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации» — назначен главный внештатный специалист по остеопатии Минздрава России;

- Приказ Министерства здравоохранения от 30.12.2014 г. № 959 «О списке главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации» — назначены главные внештатные специалисты МЗ РФ по остеопатии в федеральных округах;

- Приказ Минздрава России от 24.07.2015 г. № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности «osteopatiya», в котором утверждены примерная дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки врачей (996 ч.) и примерные дополнительные профессиональные программы повышения квалификации врачей (72 и 144 ч.) по специальности «osteopatiya».

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «здоровоохранение и медицинские науки», в который включена специальность «osteopatiya».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

Итак, для того чтобы правильно начать изучение остеопатии, необходимо познакомиться с ее философскими концепциями.

*«Врач должен знать философию остеопатии и понимать ее значение, т. к. предназначена она для одной-единственной цели — упростить знания о причине и лечении излечиваемых заболеваний» (Э. Стилл).*

расслабить, а затем цефалически до точки равновесия с обеими контактными точками левой руки на обеих SIPS. Все три контактные точки держатся в равновесии — обе SIPS и основание крестца — до тех пор, пока не последует расслабление тканей. В момент расслабления возникнет ощущение противоположной силы, ослабляющей давление левой руки, и крестец снова сможет свободно двигаться.

**Показания:** боль в крестцово-подвздошном сочленении, люмбагия, боли в бедре.

#### *Техника декомпрессии L5–S1*

**NB!** Техника выполняется, если крестец находится в экстензии и это сочетается с компрессией ПДС L5–S1.

**Положение пациента:** лежа на спине.

**Положение врача:** сидя сбоку на уровне таза пациента.

**Положение рук врача:** каудальная рука располагается под крестцом (тенары и гипотенары укладываются на нижнелатеральные углы крестца). Второй и четвертый пальцы лежат на основании крестца, а третий палец укладывается на L5.



**Рис. 5.3.1.20.** Положение руки на крестце при проведении не прямой и прямой техники декомпрессии L5–S1

#### Коррекция:

##### *Непрямая техника*

1. Синхронизация с краниосакральным ритмом на уровне крестца.
2. На фазе экстензии ПДМ врач индуцирует движение крестца в экстензию, толкая вторым и четвертым пальцами основание крестца вверх (к потолку), а основанием ладони легко смещает крестец в цефалическом направлении.
3. Врач удерживает достигнутое положение крестца до тех пор, пока не почувствует тенденцию крестца пойти во флексию (оттолкнуться к ногам). После этого техника может считаться выполненной.

#### *Прямая техника*

1. Синхронизация с краниосакральным ритмом на уровне крестца.
2. На фазе флексии ПДМ врач переводит крестец во флексию, осуществляя легкую тракцию от L5, приподнимая нижнелатеральные углы по направлению вверх (к потолку).
3. Врач удерживает достигнутое положение до тех пор, пока не почувствует, как крестец начинает свободное движение во флексию.



**Рис. 5.3.1.21.** Положение врача и пациента при выполнении прямой и не прямой техники декомпрессии L5–S1

**Примечание:** в ходе проведения техники важно не терять индукции флексии и экстензии, даже если крестец начнет движение по другим осям.

#### *Техника освобождения поясничных корешков*

**NB!** Техника требует силы от врача.

**Положение пациента:** лежа на спине.

**Положение врача:** стоя справа от пациента на уровне бедра.

**Положение рук врача:** правая рука укладывается плотно под крестец так, чтобы тенары и гипотенары располагались под нижнелатеральными углами крестца с максимальным захватом мягких тканей.

**Коррекция:** *прямая техника* — врач осуществляет каудальную тракцию крестца, отклоняясь всем телом к ногам пациента. Не теряя напряжения, врач разгибает руку в лучезапястном суставе вентрально с опорой на пальцы.



а



б

Рис. 5.3.1.22. Методика освобождения поясничных корешков в прямой технике

**Непрямая техника** — врач толкает нижнелатеральные углы крестца цефалически до ощущения отсутствия движения крестца, удерживает его в этом положении до тех пор, пока не появится размягчение и движение крестца в противоположную сторону.



Рис. 5.3.1.23. Методика освобождения поясничных корешков в непрямой технике

**Техника коррекции фиксации твердой мозговой оболочки**

**Положение пациента:** лежа на боку лицом к врачу.

**Положение врача:** стоя лицом к пациенту на уровне бедра.

**Положение рук врача:** правая рука укладывается продольно на крестец, а левая — на остистый отросток позвонка в дисфункции (фиксирует его).

**Коррекция:** врач осуществляет тракцию крестца каудально. Если позвонок перемещается следом за тракцией, значит, присутствует спайка в области нижней части позвонка. Далее врач переставляет руки: правая размещается на позвонке, левая — продольно на затылочной кости. Врач производит тракцию затылочной кости и проверяет, идет ли позвонок за тракцией. Так проверяется спайка на верхней части позвонка. Коррекция достигается выполнением функциональной техники.

**Примечание:** главное в технике — точно выходить на *dura mater*, а не на артикулярный уровень.

**Техника «бельевой веревки» (по У.Г. Сатерленду)**

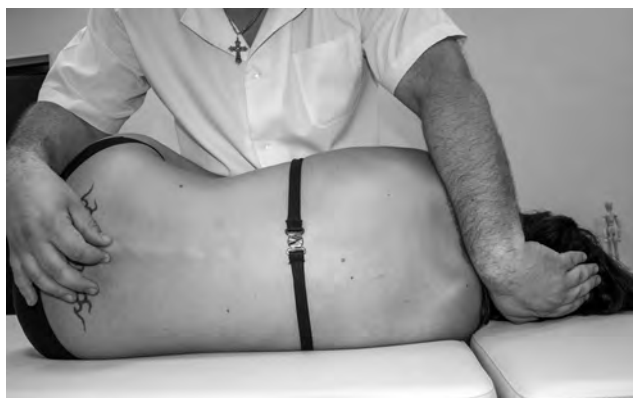
**Положение пациента:** лежа на спине.

**Положение врача:** сидя сбоку от пациента.

**Положение рук врача:** врач проводит обе свои руки под спину пациента. Пальцы каудальной руки укладываются под крестцовый гребень. Пальцы цефалической руки располагаются в межостистых пространствах, начиная с уровня Th12—L1 по направлению к крестцу.



а



б

Рис. 5.3.1.24. Методика проведения техники коррекции фиксации твердой мозговой оболочки

**Коррекция:** врач ощущает своими пальцами спинной мозг и подвижность ТМО и следует за свободным движением тканей, уравнивая их в трех плоскостях.



**Рис. 5.3.1.25.** Методика проведения техники «бельевой веревки»

**Примечание:** позвонки в данном случае играют роль «прищепок», а хорда колеблется, как на ветру, каудально и цефалически.

#### *Техника затылочно-крестцового уравнивания*

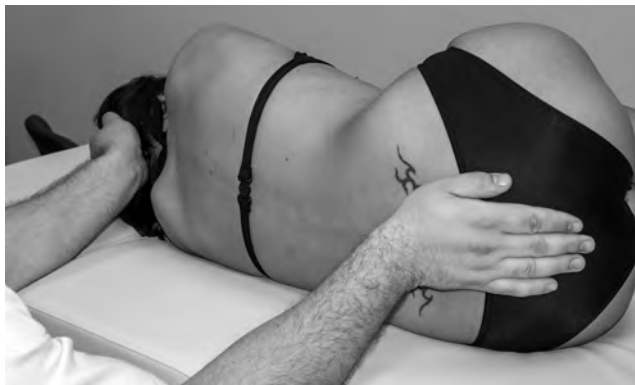
**Положение пациента:** лежа на боку.

**Положение врача:** сидя сбоку от пациента.

**Положение рук врача:** каудальная рука располагается продольно на крестце (тенары и гипотенары укладываются на основание крестца). Цефалическая рука укладывается продольно чашей под затылочную кость, пальцы ориентированы цефалически.

**Коррекция:**

1. Синхронизация с краниосакральным ритмом.
2. Врач определяет фулькрум на затылочной кости, мобилизуя затылочную кость во всех плоскостях, и удерживает это положение.
3. Врач следует за наиболее свободным движением крестца (усиливая дисфункцию) до нахождения точки опоры и удерживает ее.
4. От этой точки врач сопровождает свободное движение крестца до получения состояния *still point*.



**Рис. 5.3.1.26.** Методика проведения техники затылочно-крестцового уравнивания

**Примечание:** до выполнения данной техники обязательным условием является освобождение следующих уровней: C0–C1, L5–S1, крестцово-подвздошные суставы.

#### *Жидкостная техника на межпозвонковом диске*

**Положение пациента:** лежа на животе.

**Положение врача:** стоя слева от пациента на уровне бедра.

**Положение рук врача:** как при динамических тестах, разница только в качестве импульса. Уловить тонкие модальности этих качественных состояний врач может тогда, когда есть способность поддержки нейтральности. Врач-osteopat должен подключиться к этим жидкостям. Жидкость требует легкости. Для наилучшей настройки на жидкости организма имеет смысл использовать медитацию на море (океан), тогда настройка может оказаться более точной.

**Коррекция:** правой рукой на левом КПС врач посылает «волну» (жидкости) к тканям и проверяет, насколько свободно она проходит. Потом врач посылает эту волну к поясничному отделу вдоль всего позвоночника и следит, чтобы импульсы свободно поднимались по тканям. Затем врач ставит пальцы на суставные фасетки в проекции диска на уровне зоны интереса. Перцепция врача обращена к межпозвонковому диску. Врач не давит на ткани, чтобы «встать» на фасетки. Сознанием врач проникает вглубь, сдвигая морфическое поле до физического контакта с диском. Физического надавливания не происходит. Врач посылает волну к диску, добиваясь ощущения, что волна свободно проходит через межпозвонковый диск.

#### *Техника реинтеграции ядра межпозвонкового диска*

**Положение пациента:** лежа на здоровом боку, лицом к врачу, ноги согнуты, под головой валик. Согнутые бедра, спина и руки образуют квадрат. Позвоночник выпрямлен в одну линию.

**Положение врача:** стоя сбоку от пациента на уровне бедра.

**Положение рук врача:** врач выпрямляет нижнюю ногу пациента, верхнюю сгибает и скользит стопой пациента вверх-вниз по нижней ноге до выхода на нужный поясничный уровень. Пальцы контролирующей руки располагаются между остистыми отростками.

Затем врач блокирует верхний сегмент, вытягивая нижнюю руку пациента, ротируя верхние сегменты до нужного поясничного уровня. При выполнении техники можно нижнюю выпрямленную руку пациента упереть в цефалическое бедро врача, и врач, фиксируя руку пациента своей цефалической рукой, может толкать тело пациента от себя и к себе.

В конце блокировки сегментов нижняя рука пациента захватывает верхнюю руку за запястье. Фиксируя своей грудью и предплечьем таз пациента, врач должен добавить параметры латерофлексии, ротации и т. д., мобилизуя верх и низ пациента.

**Коррекция:** когда врач выходит на фасетку, посылает трастовую «волну» в сторону стола, слегка падая на пациента (но не всем весом своего тела).

**Примечание:** при реинтеграции ядра меняется перцепция, и нужно подключиться к морфическому полю — в этой работе участвует все тело врача. При структуральном подходе врач работает со структуральными натяжениями. На эмбриологическом уровне врач сам находится в соответствующем состоянии и подключает-



а



б

Рис. 5.3.1.27. Этапы проведения жидкостной техники на межпозвонковом диске

ся к окружающему миру. Пальцы врача ищут «шарик», который сместился со своей анатомической оси.

Техника отрабатывается в течение длительного времени, потому что, в отличие от механического траста, жидкостный траст является пластичным и его надо удерживать некоторое время, так как импульс, задаваемый трастом, преодолевает несколько уровней.



Рис. 5.3.1.28. Методика проведения техники реинтеграции ядра межпозвонкового диска

**Примечание:** деротация поясничных позвонков (при наличии их торсии) строго противопоказана, так как такие действия способны декомпенсировать ситуацию и вызвать существенное ухудшение состояния больного.

*Техника ингибции коротких (глубоких) межпозвонковых мышц*

**Положение пациента:** сидя, ноги на полу.

**Положение врача:** стоя позади пациента.

**Положение рук врача:** вторые-пятые пальцы обеих рук располагаются на крыльях подвздошных костей пациента. Первые пальцы — под поперечными отростками пораженного позвонка.

**Коррекция:** врач просит пациента сделать легкое сгибание вперед, одновременно с этим усиливая движение

первыми пальцами (во флексии и цефалически). Затем врач просит пациента медленно разгибаться от шеи вниз, удерживая позвонок во флексии. Когда пациент находится в максимальном разгибании, врач просит его сделать сгибание и ослабляет напряжение на первых пальцах. В нейтральном положении врач просит пациента покачаться на седалищных буграх. Затем врач убирает руки.

**Примечание:** иногда из-за сильной боли покачивания невозможны.

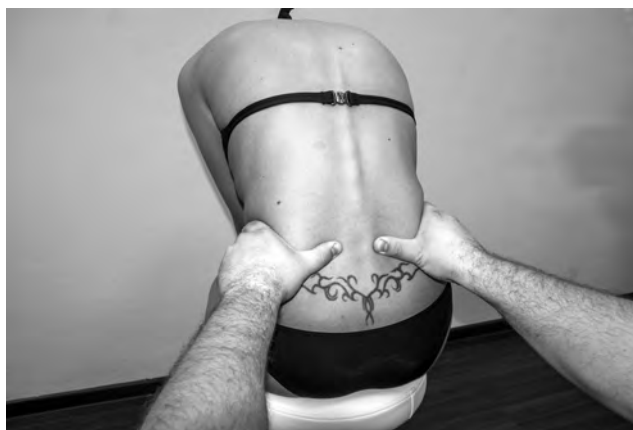


Рис. 5.3.1.29. Методика выполнения техники ингибции глубоких межпозвонковых мышц

Данные анамнеза, неврологического обследования и нейровизуализационных исследований позволили выделить следующие основные спондилогенные неврологические синдромы у пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков: фасеточный синдром, дискогенная радикулопатия, люмбагия, синдром крестцово-подвздошного сочленения.

Следует особо отметить, что у пациентов с грыжами поясничных дисков клиническая картина часто не соответствует МРТ-картине, что обязательно необходимо учитывать при обследовании данной категории пациентов. В ряде случаев грыжи поясничных дисков могут вообще клинически не проявляться, что, по-видимому,

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение № 1

### Сроки формирования двигательных навыков и координации движений

Возраст	Двигательные навыки
0–4 мес.	Неспособность к организованным движениям из-за повышенного мышечного тонуса и несформированность зрительно-двигательной системы
5 мес. — 1 год	Становление вертикальной позы, снижение координации
К 2 годам	Повышение точности движений, свободное передвижение
3–7 лет	Становление произвольных движений с развитием двигательного анализатора
5–6 лет	Освоение шага, форсирование ходьбы
8–12 лет	Совершенствование движений (двигательные качества): ходьба, бег, прыжки, метание. Двигательная область коры ребенка соответствует таковой у взрослого
К 12 годам	Зрелость периферической нервной системы, повышенное развитие мускулатуры, мышечной силы, прыгучести
До 17 лет	Совершенствование микроструктуры опорно-двигательного аппарата

Формирование двигательных навыков у ребенка происходит в несколько стадий:

- I стадия — угловатые, скованные движения (диффузное возбуждение в коре большого мозга вовлекает множество мышц в движение);
- II стадия — двигательные акты уточняются (возбуждение в коре большого мозга концентрируется, появляются процессы торможения, благодаря которым выключаются компоненты, не участвующие в движении);
- III стадия — движения относительно автоматизированные, максимальная координация движений.

Закрепление и совершенствование двигательных навыков происходит до 17–18 лет, результатом чего становится появление четкости, быстроты и автоматизма.

Развитие различных двигательных качеств происходит одновременно. Так, ловкость развивается в период от 3 до 7 лет и окончательно формируется к 17 годам. Мышечная сила (воспроизведение) — в 11–16 лет. Выносливость у мальчиков развивается в 14–16 лет, у девочек — в 11–13 лет.

## Приложение № 2

### Соматоэмоциональные взаимосвязи опорно-двигательного аппарата (по Jaubert J., 2007)

Соматизация — это переход нематериального в материальное выражение. Для работы с проявлениями соматизации и дальнейшего перепрограммирования необходимы специальные перцепционные навыки на уровне информационных полей (биодинамический подход). При лечении любой патологии учитываются два аспекта: центрированность пациента относительно его Срединной Линии (Инь + Ян) и Жизненная Сила (Витальность).

Симптом (дисфункция)	Эмоция
1	2
<i>Шейный отдел в целом</i>	Интеллект, духовность
Боль в С1, С2, С3 позвонках	Ощущение, что человека недооценивают в интеллектуальном плане
Боль в С4, С5, С6, С7 позвонках	Реакция на несправедливость, которую человек наблюдает или испытывает на себе
Боль в краниовертебральном переходе (С0–С1)	Защелкивание на ситуации
Ротация С1 позвонка	Ментальная ригидность, человек не способен изменить свою точку зрения, не меняет своих убеждений
Боль в затылочной области (дисфункция «передний затылок»)	Желание слишком быстро продвигаться в карьере
Боль в затылочной области (дисфункция «задний затылок»)	Страх и негативное восприятие жизни, трудности в выражении эмоций
Дисфункция С1–С2	Раздражение, сильное внутреннее озлобление, чрезмерное возбуждение
Дискомфорт в области С3 позвонка	Символизирует одиночество, человек не желает общаться, уходит в себя и решает все проблемы сам
Дисфункции С4, С5, С6 позвонков	Необходимость выразить себя (голос, коммуникация)
Дисфункция С7 позвонка	Духовность человека, мораль и убеждения

1	2
<i>Грудной отдел в целом</i>	Трудности в управлении жизненными ситуациями. Связь с чувством вины, желаниями и эмоциями в целом
Боль в Th1 позвонке	Стремление идти до конца
Боль в Th2 позвонке	Очень сильная реакция на несправедливость, такие люди чувствуют себя менее любимыми
Боль в Th3 позвонке	Грусть, человек находится под гнетом других людей, в том числе семьи. Нет опоры в жизни, любви. Связь с легкими
Боль в Th4 позвонке	Ощущение недостатка в телесных удовольствиях
Боль в Th 5 позвонке	Страх потери контроля над собой (супругом, сослуживцами). Страх выпустить из-под контроля какую-либо «территорию». Связь с сердцем
Боль в Th6 позвонке	Излишняя строгость к самому себе. Связь с желудком
Боль в Th7 позвонке	Позвонок трудооголиков. Дисфункция возникает у людей, которые всю жизнь «вкалывали», защищали семью. Связь с поджелудочной железой
Дисфункция Th8, Th9 позвонков	Th8 позвонок — связь с селезенкой, Th9 позвонок — связь с надпочечниками. Эти позвонки функционируют вместе, тесно связаны с диафрагмой
Боль и дисфункция Th9 позвонка	Чувство незащищенности во всем, что касается жизненно важных вещей. Потеря ориентиров в жизни
Дисфункция Th10 позвонка	Глубокое чувство страха, неуверенности в себе, человек не умеет собой управлять. Связь с почкой
Дисфункция Th11 позвонка	Невозможность изменить свою жизнь, постоянное нервное напряжение. Нередко сопровождается экземой, акне, одышкой. Связь с ЦНС
Дисфункция Th12 позвонка	Зашоренность. Жизнь по принципу «люблю — не люблю», «белое — черное», не различая нюансов. У таких людей на все готов ответ, часто употребляются слова «в целом», «в общем». Можно сказать, что все наши убеждения сходятся на этом уровне. Связь с кишечником и лимфатической системой
<i>Поясничный отдел в целом</i>	Беспокойство и страхи человека о материальном благополучии его семьи, дома и т. п.
Дисфункция L1 позвонка	Чувство беспомощности, склонность к драматизации самых легких неприятностей. Связь с толстой кишкой
Дисфункция L2 позвонка	Робость и одиночество, боязнь быть самим собой, незаметность, скрытность
Дисфункция L3 позвонка	Переживание в семье, слишком бурные отношения, постоянная попытка не спровоцировать конфликт. Часто это послушные дети в семье, которые все выносят, терпят и ничего не говорят. Но когда дети начинают ходить, возникают проблемы с осанкой и равновесием. Такие люди нередко очень быстро устают от ходьбы. Связь с маткой у женщин
Дисфункция L4 позвонка	Трудности в повседневной жизни, желание замкнуться в себе
Дисфункция L5 позвонка	Символизирует кризис, необходимость основательно разобраться в собственной жизни. Зависть, обида, тенденция презирать свою жизнь, несмотря на то что все есть. Нехватка чувственной поддержки, любви
Боль и дисфункция крестца	Трудности в контактах с обществом. Непринятие старости, невозможность смириться со смертью. Дисфункция этого уровня указывает на то, что позвоночник остался без опоры. Фактически это кризис, исходом которого будет либо продолжающаяся боль, либо поиск и нахождение новых ценностей, продолжение жизни в новом качестве
Боль и дисфункция копчика	Острая нехватка в таких жизненных потребностях, как секс, питание, защита, любовь, благодаря которым человек выживает. Боль в копчике — отсутствие всякой защиты. Связь с прямой кишкой. Дисфункция копчика означает, что существует проблема идентификации личности, т. е. человек не нашел себя или кто-то паразитирует на нем (соматическое проявление — геморрой)
Дисфункция ключицы	Проблемы духовного либо интеллектуального характера. «Ключик», открывающий дверь в мир действий
<i>Верхняя конечность</i>	Векторы действия и выбора. Символизирует способность брать и отпускать, любить; общаться
Плечевой сустав	Желание действовать в реальной жизни. Чем больше мы сопротивляемся нашим посланиям в жизни, тем больше мы страдаем
Боль и дисфункция плеча	Неспособность к действию
Локтевой сустав	Принятие или непринятие по отношению к действию

1	2
Боль и дисфункция локтевого сустава	«Ловушка», «плен». Кто-то «держит» вас за локоть и не отпускает. Но вам не нравится его образ действий, поведение. Конфликт — принять или отпустить ситуацию. Обстоятельства человека
Боль и дисфункция запястья	Нежелание выполнить действие. Запястье призвано гармонизировать действия кисти. При выполнении действия только с помощью силы — перелом
Кисть	Заклочительный вектор действия. Тонкие, дипломатичные действия. Символ власти и силы
Боль и дисфункция кисти	Нежелание что-либо отпустить (мертвая хватка), но так ли необходимо чем-то обладать?
<i>Нижняя конечность</i>	Символизирует перемещение, опору
Бедро	Начало движения. Стабилизатор таза. Связь с глубокими внутренними убеждениями. Сознательный выбор направления движения (вперед или назад)
Дисфункция бедра	Способ продвижения к другому человеку выбран неверно, мало гибкости в отношениях, неотступность от своих принципов. Ригидность
Боль в бедре	Под сомнение поставлены базовые убеждения, потеря веры, переживание предательства (предали) или чувства вины (предал)
Колено	Подавление своего эго. Признание превосходства другого человека
Боль в колене	Сознательный отказ принимать вещи как есть. Отказ склониться перед женской волей (правое колено) или сопротивление мужским понятиям (левое колено). Опухоль колена — давняя эмоциональная проблема, «скапливается много слез»
Лодыжка	Сознательная опора, точка отсчета, ориентир
Боль в лодыжке	Страх движения вперед. Часто лодыжки начинают ломаться в период полового созревания (каким быть: как мама или папа? какой путь выбрать?). Если путь не выбран — искривление позвоночника
Стопа	Символизирует контакт с землей, свободу. Положение человека, его уверенность. Максимальный контакт с энергией инь. Последний этап решения (или все получится, или сорвется)
Плоскостопие	Сильная привязанность к энергии инь
Высокий подъем стопы	Жизнь в соответствии с принципами ян
Врожденная плосковальгусная стопа	Структуральное выражение сильного эмоционального конфликта 4 поколения назад: например, кочевника заставили жить оседло
Боль или дисфункция стопы	Неуверенность выбранного направления, опасность
Пальцы стопы	Связь с энергетическими меридианами: I палец — печень, селезенка; II палец — желудок, страх перед материальными проблемами; III палец — центральный палец равновесия, совместимость, совпадение, связанность; IV палец — желчный пузырь, справедливость или несправедливость по отношению к человеку; V палец — мочевой пузырь, связь со старой информацией, забытыми воспоминаниями. Перелом этого пальца — избавление от старой схемы поведения



## Приложение № 3

**Новые диагностические и лечебные техники  
висцеральной остеопатии  
(авторы: Малиновский Е.Л., Новосельцев С.В.)**

### Щитовидная железа

*Общий диагностический тест щитовидной железы*

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: сидя в изголовье пациента.

Положение рук врача: на коже в проекции щитовидной железы. Производится пальпация стромы щитовидной железы с целью определить ее плотность. Затем на границе долей и перешейка щитовидной железы производится индуцирование ее движений в проекции верхнего, нижнего полюсов долей железы и их латеральных поверхностей, по верхнему и нижнему контурам перешейка. Наличие ригидных зон будет указывать на напряжение в них капсулы щитовидной железы.

Интерпретация теста:

1. Наличие ригидных участков капсулы щитовидной железы без изменения плотности стромы щитовидной железы будет означать наличие функционального напряжения щитовидной железы на основе йодной недостаточности. Плотность капсулы щитовидной железы в ригидных участках следует восстановить, а больному рекомендовать прием препаратов йода или продуктов, его содержащих.

2. Ригидные участки капсулы комбинируются с уплотнением стромы щитовидной железы. Сочетание этих симптомов указывает на наличие заболевания щитовидной железы на основе йодной недостаточности. Ригидность капсулы должна быть устранена. Прием йодсодержащих препаратов возможен после выполнения анализа на гормоны щитовидной железы и выполнения УЗИ с целью определения наличия (отсутствия) узловых образований.

3. Повышение плотности щитовидной железы без реакции капсулы. Указывает на подострый или хронический процесс. Нозологические формы могут быть различными.

4. Щитовидная железа эластичная, размеры в пределах нормы, капсула не напряжена. Щитовидная железа не поражена, функция не нарушена.



*Техника коррекции соматической дисфункции щитовидной железы*

Цель: устранение ригидности капсулы щитовидной железы.

Положение пациента, врача: аналогично диагностическому тесту.

Положение рук врача: в зоне выявленного ригидного участка капсулы щитовидной железы врач устанавливает при работе с правой долей щитовидной железы второй и третий пальцы левой руки на железу, а второй и третий пальцы правой руки — на границе щитовидной железы, аккуратно захватывая область капсулы. Пальцами левой руки врач делает легкое надавливание для фиксации участка щитовидной железы.

Коррекция: выполняется путем мягкого растягивания капсулы посредством раздвигания пальцев правой и левой руки в противоположные стороны. Направление движений пальцев рук должно быть перпендикулярно контуру щитовидной железы в месте коррекции.



### Гортань

*Общий диагностический тест гортани*

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: сидя в изголовье пациента.

Положение рук врача: на коже в проекции голосовых связок. Пальцы располагаются в области перстневидного хряща.

Тест: врач просит больного в течение 4–6 секунд произнести вслух длинный звук «и-и-и» (или «у-у-у»). В момент фонации врач оценивает вибрацию голосовых связок. Одновременно врач оценивает звучность и чистоту голоса.

Интерпретация теста:

1. Если фонация голосовых связок амплитудная, равномерная, вокальная функция гортани не нарушена.

2. Снижение амплитуды одной или двух голосовых связок при их свободном движении в верхне-нижнем направлении (в положении пациента на спине — в направлении к врачу и от врача) указывает на последствия срыва голоса.

**2. Дополните.**

Слуховая труба соединяет барабанную полость

с \_\_\_\_\_.

*Ответ:* носоглоткой.

**3. Выберите правильные ответы.**

Какие функции выполняет слуховая труба?

- а) выравнивает давление в полости среднего уха с атмосферным;
- б) согревает вдыхаемый воздух;
- в) предупреждает рефлюкс содержимого носоглотки в полость среднего уха;
- г) участвует в резонировании голоса;
- д) выводит секрет из полости среднего уха в носоглотку.

*Ответ:* а, в, д.

**4. Выберите правильные ответы.**

Какие из нижеперечисленных мышц оказывают влияние на просвет слуховой трубы?

- а) мышца, напрягающая барабанную перепонку;
- б) мышца, напрягающая небную занавеску;
- в) стременная мышца;
- г) мышца, поднимающая небную занавеску;
- д) медиальная крыловидная мышца.

*Ответ:* б, г.

**5. Дополните.**

Слизистая полости среднего уха и слуховая труба преимущественно кровоснабжаются ветвями \_\_\_\_\_ артерии.

*Ответ:* наружной сонной.

**6. Дополните.**

Ограничение подвижности на уровне \_\_\_\_\_ черепа особенно влияет на кинетику слуховой трубы.

*Ответ:* клиновидно-каменистого.

**7. Дополните.**

Напряжение на уровне клиновидно-нижнечелюстной связки может влиять на кинетику клиновидной кости, усиливая ее \_\_\_\_\_.

*Ответ:* экстензию.

**8. Выберите правильный ответ.**

Какие из перечисленных дисфункций могут оказывать влияние на орган слуха?

- а) дисфункция височной кости во внутренней ротации;
- б) внутрикостное повреждение височной кости;
- в) ограничение подвижности на уровне клиновидно-каменистого шва;
- г) напряжение на уровне жевательных мышц;
- д) все вышеперечисленные.

*Ответ:* д.

**9. Выберите правильный ответ.**

В формировании околоносовых пазух принимают участие кости лицевого черепа, за исключением:

- а) лобной кости;
- б) скуловой кости;
- в) решетчатой кости;
- г) верхней челюсти;
- д) клиновидной кости.

*Ответ:* б.

**10. Установите соответствие.**

Пазуха/канал:

1. Лобная
2. Верхнечелюстная
3. Решетчатая (передние и средние ячейки)
4. Решетчатая (задние ячейки)
5. Носослезный канал

*Ответ:* 1 – б; 2 – б; 3 – б; 4 – а; 5 – в.

Открывается в:

- а) верхний носовой ход;
- б) средний носовой ход;
- в) нижний носовой ход.

**11. Дополните.**

Главный парасимпатический ганглий ЛОР-системы – \_\_\_\_\_.

*Ответ:* крылонебный.

**12. Выберите правильный ответ.**

Какая из костей черепа не участвует в формировании орбиты?

- а) лобная;
- б) слезная;
- в) носовая;
- г) небная;
- д) скуловая.

*Ответ:* в.

**13. Дополните.**

Через зрительный канал проходят зрительный нерв и \_\_\_\_\_ артерия.

*Ответ:* глазничная.

**14. Дополните.**

Мышца, сужающая зрачок (сфинктер), иннервируется \_\_\_\_\_ частью вегетативной нервной системы.

*Ответ:* парасимпатической.

**15. Дополните.**

В случае правой торсии СБС верхняя глазничная щель слева будет \_\_\_\_\_.

*Ответ:* сужена.

**16. Подтвердите или опровергните следующее утверждение.**

При пальпации на уровне черепа у пациента выявлен левый боковой наклон с ротацией. При этом правая орбита находится в дисфункции во внутренней ротации, что соответствует/не соответствует данному паттерну.

*Ответ:* не соответствует.

**17. Дополните.**

Во время фазы экстензии глазное яблоко в орбите движется \_\_\_\_\_.

*Ответ:* кзади.

## Тестовые задания к Ч. III, гл. 11

**1. Установите соответствие.**

Время закрытия родничков следующее:

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. Большой | а) 8–9 мес.;   |
| 2. Малый   | б) 6–8 мес.;   |
| 3. Боковые | в) 12–18 мес.; |
|            | г) 2–3 мес.;   |
|            | д) 4–6 мес.    |

*Ответ:* 1 – в; 2 – г; 3 – б.

**2. Установите соответствие.**

Время закрытия:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Синхондроз Будена                             | а) 3 года; |
| 2. Мышелковые части –<br>базион затылочной кости | б) 5 лет;  |
|  | в) 7 лет;  |
|  | г) 8 лет;  |
|  | д) 2 года. |

*Ответ:* 1 – б; 2 – в.

**3. Выберите правильные ответы.**

На момент рождения затылочная кость состоит из нескольких частей, соединенных хрящом:

- а) чешуи;
- б) пирамиды;
- в) базиллярной части;
- г) латеральных частей;
- д) супраокципуга.

*Ответ:* а, б, г.

**4. Выберите правильные ответы.**

Пренатально клиновидная кость состоит из нескольких частей, соединенных хрящом:

- а) пресфеноида;
- б) постсфеноида;
- в) больших крыльев;
- г) малых крыльев;
- д) больших крыльев, крыловидных отростков.

*Ответ:* а, б, д.

**5. Выберите правильные ответы.**

Пренатально височная кость состоит из нескольких частей, соединенных хрящом:

- а) чешуи;
- б) каменистой части;
- в) мастоидальной части;
- г) скулового отростка;
- д) барабанной части.

*Ответ:* а, б, д.

**6. Выберите правильный ответ.**

Слияние частей височной кости в единую кость происходит к:

- а) 12 мес.;
- б) 8 мес.;
- в) 1,5 года;
- г) 3 мес.;
- д) 3 годам.

*Ответ:* а.

**7. Дополните.**

Оссификация латеральных масс С1 наступает на \_\_\_\_\_ году жизни.

*Ответ:* 3-м.

**8. Дополните.**

Оссификация латеральных масс С1 с передней дужкой наступает на \_\_\_\_\_ году жизни.

*Ответ:* 6-м.

**9. Выберите правильный ответ.**

На момент рождения крестец состоит из нескольких частей, соединенных хрящом:

- а) 3;
- б) 4;
- в) 5;
- г) 6;
- д) единая кость.

*Ответ:* в.

**10. Дополните.**

Полная оссификация крестца наступает к \_\_\_\_\_ годам жизни.

*Ответ:* 25.

**11. Дополните.**

При рождении верхняя челюсть состоит из премаксилы и постмаксилы, которые сливаются к \_\_\_\_\_ годам.

*Ответ:* 12.

**12. Дополните.**

При рождении верхняя челюсть состоит из премаксилы и постмаксилы. Граница между ними проходит за \_\_\_\_\_.

*Ответ:* 2 резцами.

**13. Дополните.**

Для формирования костей черепа важно \_\_\_\_\_ мембран.

*Ответ:* натяжение.

**14. Дополните.**

Все кости, образующие основание черепа, \_\_\_\_\_ происхождения.

*Ответ:* смешанного.

**15. Выберите правильные ответы.**

К причинам образования повреждений в пренатальном периоде относятся:

- а) патология матки;
- б) режим питания матери;
- в) многоплодная беременность;
- г) нарушение равновесия таза матери;
- д) стрессы матери.

*Ответ:* а, в, г, д.

**16. Выберите правильные ответы.**

Особенностями повреждения при лицевом предлежании являются:

- а) аккомодация сил на С3;
- б) перерастяжение передней грудной фасции;
- в) значительное смещение мыщелков затылочной кости;
- г) стрейны на уровне лицевого черепа;
- д) нарушение первичного вдоха.

*Ответ:* а, б, в, г.

**17. Выберите правильные ответы.**

Особенностями повреждения при лобном предлежании являются:

- а) аккомодация сил на С3–4–5;
- б) перерастяжение передней шейной фасции;
- в) значительное смещение мыщелков затылочной кости;
- г) компрессия височных костей;
- д) компрессия лобной кости.

*Ответ:* а, б, в, д.

**18. Выберите правильные ответы.**

Особенностями повреждения при ягодичном предлежании являются:

- а) аккомодация сил на тазобедренном суставе, тазовых костях, крестце;
- б) компрессия лобной кости;
- в) асимметрия сил, воздействующих на тазовое кольцо;
- г) стрейны серпа;
- д) нарушение первичного вдоха.

*Ответ:* а, в, г, д.

**19. Выберите правильные ответы.**

Особенностями повреждения при кесаревом сечении являются:

- а) нарушение первичного вдоха;
- б) внутрикостные повреждения клиновидной кости;
- в) дисфункция нижних ребер;
- г) стрейны пупка;
- д) наличие «шока» в тканях.

*Ответ:* а, в, д.