

OSTÉOPATHIE CRÂNIENNE, TECHNIQUES ET PROTOCOLES DE TRAITEMENT

Alain BERTON
Claude-Annick JERMINI-THARIN



**ELSEVIER
MASSON**

А.БЕРТОН,
К.-А.ЖЕРМИНИ-ТАРЕН

КРАНИАЛЬНАЯ ОСТЕОПАТИЯ: ТЕХНИКА И ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ

Перевод с французского

*Под общей редакцией
профессора, докт. мед. наук
М.Б.Цыкунова*

Второе издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2019

УДК 615.828:616-031.51
ББК 53.54
Б52

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

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с французского: В.Ю.Халатов

Бертон, Алан.

Б52 Краниальная остеопатия : техника и протоколы лечения / Алан Бертон, Клод-Аник Жермини-Тарен ; пер. с фр. ; под общ. ред. проф., докт. мед. наук М.Б.Цыкунова. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2019. – 184 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-690-1

В данной книге приводятся техника и протоколы лечения основных видов краниальной патологии. Представлена информация о возникновении нарушений, основных факторах, влияющих на их развитие, систематизации краниальных структур и различных типах боли при их патологии.

Издание будет полезно для врачей-osteопатов, неврологов, а также врачей общей практики и студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 615.828:616-031.51
ББК 53.54

ISBN 978-2-294-70396-6

© Ostéopathie crânienne, techniques et protocoles de traitement by Alain Berton and Claude-Annick Jermini-Tharin. Elsevier Masson SAS, Issy-les-Moulineaux, 2008

ISBN 978-5-00030-690-1

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2010



Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	7
Глава 1. Основные понятия	9
Концепция	10
Как возникает нарушение	10
Факторы среды	11
Факторы регуляции	12
Как проявляется нарушение	13
Как выявить нарушение	13
Систематизация лечения структур	13
Различные типы боли	14
Механическая боль	14
Неврологическая боль	14
Нейроваскулярная боль	15
Череп как система	15
Механические структуры	15
Нервные структуры	15
Сосудистые структуры	15
Нейроваскулярные структуры	15
Глава 2. Основные виды краниальной патологии и ее лечение	25
Головная боль	26
Боль в передней части головы	26
Боль в задней части головы	29
Боль в центрально-теменной области	32
Ушибы и другие травмы	33
Лицевая боль	34
Синуситы	40
Паралич лицевого нерва	43
ЛОР-заболевания	45
Тугоухость	50
Головокружение	54

Синдром височно-нижнечелюстного сустава	57
Глаз	58
Глава 3. Техники воздействия на краниальные структуры	65
Введение	66
Мануальные приемы	66
«Растяжка–толчок»	66
Техника	67
Височная область	67
Затылочная кость	90
Техники на мембранах реципрокного натяжения (MTR)	98
Теменная кость	108
Лобная кость	116
Коррекция клиновидной кости	124
Коррекция лицевого скелета	126
Верхняя челюсть	132
Нёбная кость	144
Лобно-решетчатый шов	146
Носовые кости	148
Височно-нижнечелюстной сустав	156
Крылонёбный узел	162
Крыловидное сплетение	162
Глаз	164
Хрящи и мягкие ткани шеи	166
Евстахиева труба	178
Нёбные миндалины	178
Язык	179

■ Концепция

Для лучшего понимания читателем описываемого в книге лечения мы сочли необходимым изложить концепцию, на которой основываются наши представления о физиологии и об остеопатии.

В основе этой концепции лежит теория систем.

Эта концепция рассматривает человека как совокупность взаимосвязанных систем. Она основывается на ряде аксиом и постулатов, которые лежат в основе ее дедуктивной теории.

Первый такой постулат – о первичном жизненном потенциале, который представляет собой генетический потенциал, получаемый эмбрионом при зачатии. Этот потенциал определяет максимальные физические и психические способности индивидуума, т.е. теоретическую возможность его развития в данной среде.

Второй постулат – о реализуемом жизненном потенциале, который определяется как алгебраическая сумма первичного жизненного потенциала, феноменов старения и совокупности необратимых повреждений у индивидуума.

Реализуемый жизненный потенциал отражает максимальные возможности той или иной структуры или организма в данный момент и по определению не может выходить за физиологические рамки.

Этот фундаментальный подход позволяет выделить два типа повреждений реализуемого жизненного потенциала:

- **необратимые нарушения**, связанные с превышением реализуемого жизненного потенциала и сопровождающиеся структурными изменениями;
- **обратимые нарушения**, при которых не исчерпывается реализуемый жизненный потенциал и происходят лишь функциональные изменения.

Необратимые нарушения снижают реализуемый жизненный потенциал и требуют лечения, в то время как обратимые нарушения не влияют на него (по меньшей мере в первое время) и могут быть устранены с помощью остеопатии.

Согласно этой концепции, для любой функции необходима осуществляющая ее структура, и всякая дисфункция связана с изменением структуры, т.е. с ее нарушением.

Врач должен направить свои усилия на поиски этого повреждения и выяснить:

- обратимо ли оно;
- насколько оно сложно и устранимо.

Чтобы ответить на эти вопросы, надо выяснить, входит ли данное нарушение в компетенцию врача-остеопата, учитывая, что **возможности остеопатии распространяются на обратимые поражения соединительной ткани.**

■ КАК ВОЗНИКАЕТ НАРУШЕНИЕ

Нарушение системы связано с несоответствием между ней и ее входными параметрами. Входные параметры бывают разные (совокупность стимулов, воздействующих на систему), и они взаимодействуют с системой:

- на уровне всего организма: входные параметры задаются окружающей средой и называются средовыми;

- на уровне различных структур, из которых состоит организм: эти параметры могут быть как производными окружающей среды (средовые факторы), так и структур организма (в этом случае они называются факторами регуляции).

ФАКТОРЫ СРЕДЫ

Факторы среды в соответствии с их пространственно-временными характеристиками делят на 3 основных типа.

Оптимальные факторы среды

Эти факторы представляют собой совокупность входных параметров (средовых факторов и факторов регуляции) и вызывают напряжение систем организма в пределах его реализуемого жизненного потенциала (т.е. в физиологических пределах) в соответствии с тремя существенными критериями:

- количество: это максимальная развертка физиологической амплитуды рассматриваемой структуры, т.е. использование ее податливости и способности восстанавливать исходную форму;
- время: оно соответствует частоте количественных и качественных изменений с сохранением режима чередования периодов активности и покоя системы или структуры. Такое чередование позволяет структуре или системе восстанавливать энергетический потенциал и избегать истощения;
- качество: этот критерий меняется в зависимости от рассматриваемой системы или подсистемы. Например, речь может идти о химической природе питательных веществ, ограничении растягивающего или сжимающего усилия на сустав.

Запредельные факторы среды

Когда действие факторов среды вызывает напряжение структуры, выходящее за пределы реализуемого жизненного потенциала, т.е. превышающее ее физиологические возможности, происходит повреждение с нарушением целостности анатомических структур, образующих систему.

Напряжение, вызываемое запредельными факторами, может быть пространственным и временным:

- пространственное напряжение соответствует количественному или качественному превышению реализуемого жизненного потенциала, что приводит к нарушению целостности тканей данной анатомической структуры, т.е. возникает разрыв ткани;
- временное напряжение соответствует превышению реализуемого жизненного потенциала во времени, т.е. нарушению оптимального чередования периодов активности и покоя системы. Такое запредельное напряжение приводит к повреждению в результате износа.

Слабые факторы среды

Слабые факторы среды вызывают напряжение в структурах организма, которое ниже его реализуемого жизненного потенциала. Такая картина наблюдается часто, так как потенциальные возможности структур организма используются не в каждый момент в полной мере.

Напряжение, вызываемое слабыми факторами, не приводит к органическим изменениям структур, т.е. происходит обратимое изменение структуры, которое проявляется снижением упругости и деформируемости и повышением резистентности к деформациям.

Слабые факторы среды при длительном их действии вызывают пространственно-временное напряжение, которое приводит к обратимому изменению структур организма.

Это напряжение может самостоятельно поддерживаться в пространстве и времени.

Отметим, что обратимое изменение ткани затрагивает только физиологию ее структуры.

► Зона ограниченной функции

Слабые напряжения приводят к образованию на уровне структуры нерабочей зоны, называемой зоной ограниченной функции. Эта зона является материальным субстратом обратимого нарушения.

Она остается «немой», пока напряжение в ней отсутствует, но как только оно появляется, происходит нарушение.

► Зона нормальной функции

Реализуемый жизненный потенциал без зоны ограниченной функции соответствует зоне нормальной функции, которая представляет собой зону обычного использования структуры.

ФАКТОРЫ РЕГУЛЯЦИИ

Различают 3 типа факторов регуляции.

Внутрисистемные факторы регуляции

Внутрисистемные факторы соответствуют параметрам состояния рассматриваемой структуры, т.е. таким ее качествам, как деформируемость и упругость, поддерживаемым стимулами, которые на нее воздействуют.

Межсистемные факторы регуляции

Межсистемные факторы соответствуют функциональным параметрам различных структур организма на том же уровне сложности.

На уровне, который нас интересует, различают 4 типа факторов регуляции:

- механические;
- неврологические;
- нейроваскулярные;
- сосудистые.

Эти факторы индуцируют формирование патологии в горизонтальной последовательности, т.е. на одном и том же уровне сложности по принципу причинно-следственной связи.

Именно эти факторы предстоит исследовать при остеопатическом лечении.

Надсистемные факторы

Надсистемные факторы управляют уровнем сложности: они зависят от других уровней, например алиментарного, эмоционального и т.д.

Надсистемные факторы индуцируют формирование патологии в вертикальной последовательности, от одного уровня сложности к другому.

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

Нарушение протекает скрыто. Оно проявляется патологическими симптомами (боль, дисфункция, ограничение амплитуды движений) только при возникновении напряжений в системе.

Организм приспосабливается к всевозможным напряжениям, реагируя в соответствии с общими принципами восстановления равновесия, «отсутствия боли» и экономии. У индивидуума в любой момент времени имеется определенное количество нарушений, и он постоянно стремится не дать им проявиться: он адаптируется.

Поэтому нарушение проявляется клинически лишь в том случае, если индивидуум оказывается неспособным к адаптации, благодаря которой ему удается избегать появления напряжений.

Нарушение предшествует клиническим проявлениям.

КАК ВЫЯВИТЬ НАРУШЕНИЕ

Нарушение подлежит объективной оценке исследованием на прочность. Лечат только нарушения, при которых исследование на прочность дало положительный результат, чтобы ограничиться воздействием только на «заинтересованные» структуры и не смазать информацию, что снизит рефлекторный компонент лечения, а следовательно, и его эффективность.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРУКТУР

Цель остеопатического лечения – восстановить динамические свойства соединительной ткани, ее подвижность, упругость, обмен жидкостей и улучшить функцию нервной системы.

Эта цель достигается путем локального усиления кровотока вследствие рефлекторного эффекта остеопатических манипуляций. Воздействуя на рецепторы соединительной ткани с помощью механического раздражения, добиваются ответа симпатической системы, иннервирующей пораженную ткань.

Лечение оказывает по меньшей мере локальное действие на пораженные ткани и связанные с ними структуры (через механические, неврологические, невровазкулярные и сосудистые факторы регуляции), а также действие на отдалении.

Цель структурального лечения – восстановить все свойства реализуемого жизненного потенциала индивидуума, в то время как цель функционального лечения – дать возможность индивидууму адаптироваться к имеющимся у него нарушениям, не устраняя их.

Понятие первичного или вторичного нарушения при нашем подходе представляет меньший интерес, так как нарушение, согласно определению, является стабильным и самоподдерживаемым; является ли оно причиной или следствием поражения соседних тканей, не столь важно. И если нарушение выявляют к моменту начала лечения, то оно должно быть направлено и на его коррекцию.

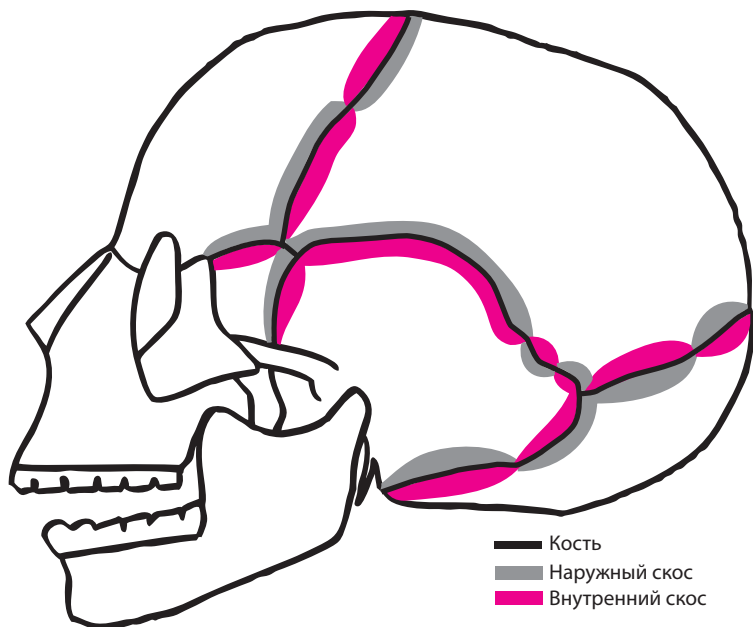


Рис. 1. Скосы краев костей черепа.

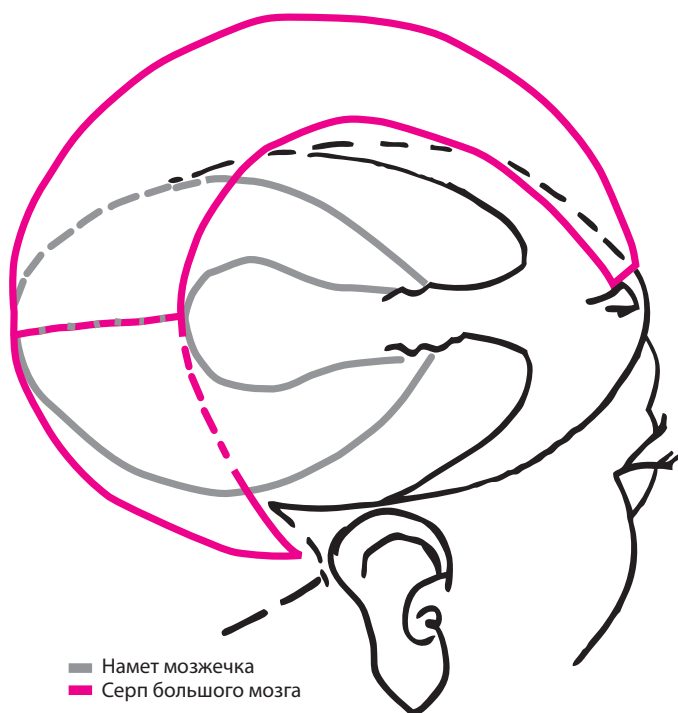


Рис. 2. Мембраны реципрокного натяжения.

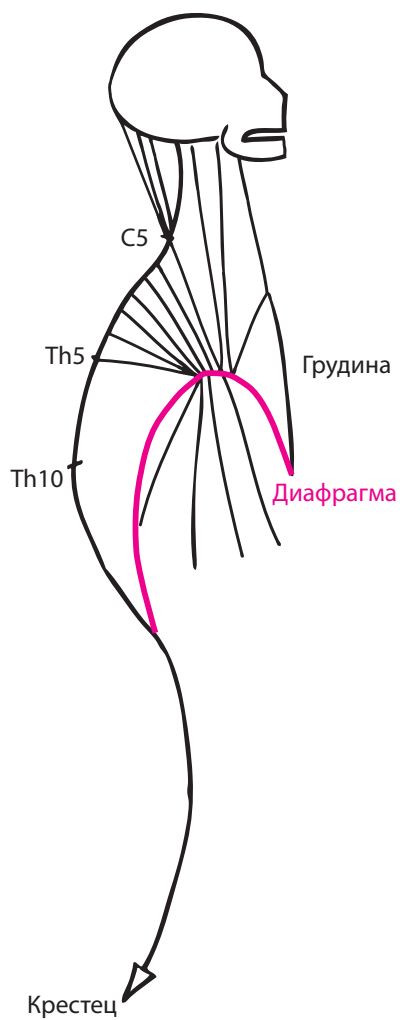


Рис. 3. Схема цефало-цервико-торакальных фасций.

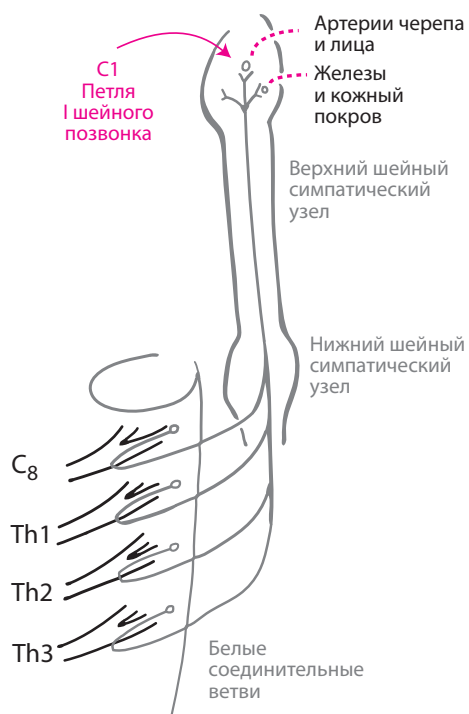


Рис. 4. Схема симпатического отдела нервной системы, иннервирующего голову и лицо.

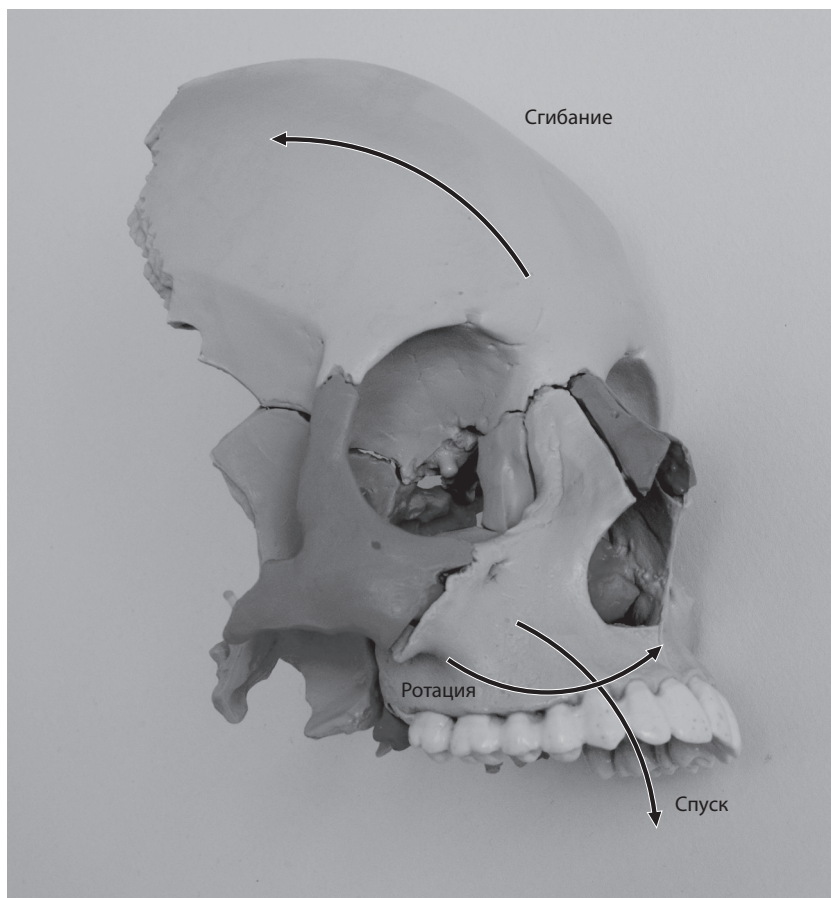


Рис. 41. Лобно-верхнечелюстной шов.

Клиновидно-верхнечелюстной шов

Суставных поверхностей как таковых между клиновидной и верхнечелюстной костью нет, и речь не идет о сочленении между ними в обычном понимании этого слова. Тем не менее описываемый здесь прием представляет интерес, так как позволяет «проработать» соединительную ткань в этой зоне и улучшить венозный отток.

Прежде чем приступить к выполнению данной техники, следует убедиться в том, что нёбная кость, расположенная между клиновидной костью и верхней челюстью, не заблокирована, и, если необходимо, высвободить ее.

Эта техника позволяет улучшить отток из крыловидного венозного сплетения и простимулировать крылонёбный узел.

- **Контакты:** больной лежит на спине, изголовье несколько приподнято соответственно кривизне шейного отдела позвоночника. Врач располагается сбоку от больного на стороне предстоящих манипуляций. Большой и указательный (или средний) пальцы краниальной руки располагаются на наружной поверхности больших крыльев клиновидной кости, а большой палец каудальной руки – на лобном отростке верхней челюсти, указательный палец располагается интрабуккально, а средний – над верхней зубной дугой.

- **Механика:** осуществляют сгибание клиновидной кости и наружную ротацию верхней челюсти, затем вызывают напряжение тканей между этими двумя костями по всем направлениям (поскольку сустава как такового нет, то об осях вращения говорить не приходится).

- **Техника:** врач нащупывает контакты, опуская локоть краниальной руки, чтобы перевести клиновидную кость в сгибание. Затем поворачивается туловищем к ногам больного, слегка супинируя при этом предплечье каудальной руки, так чтобы вызвать все составляющие наружной ротации верхней челюсти. Переходит от одной точки опоры к другой, вызывая напряжение тканей между двумя костями. При выполнении данной техники необходимо, чтобы воздействие распространилось вглубь до уровня клиновидно-верхнечелюстного шва.

Примечание

Для усиления сосудистого эффекта данной техники мобилизуют клиновидно-верхнечелюстной шов до максимальной амплитуды и сразу дают тканям расслабиться; прием повторяют несколько раз, не препятствуя свободному возвращению костей в свою позицию.

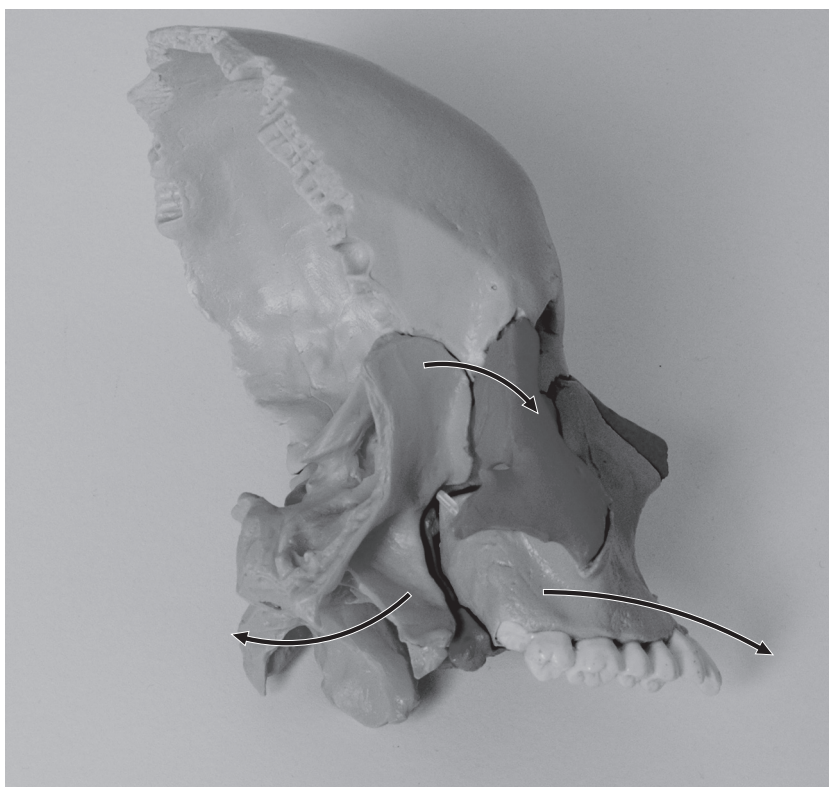


Рис. 42. Клиновидно-верхнечелюстной шов.

Межмаксиллярный шов

- **Определение:** шов, образованный внутренними краями нёбных отростков верхнечелюстных костей.

- **Контакты:** больной лежит на спине, изголовье несколько приподнято соответственно кривизне шейного отдела позвоночника. Врач располагается у изголовья, подушечки указательных пальцев располагаются по обе стороны от межмаксиллярного шва на внутренней поверхности нёбных отростков кпереди от перекрестья нёбной кости (интрабуккальный контакт), большие пальцы кпереди от зубов опираются друг о друга, не соприкасаясь с верхней челюстью. Средние и/или безымянные пальцы загнуты и располагаются на лице больного, стабилизируя хват (они не участвуют в осуществлении приема).

- **Механика:** одновременно осуществляют наружную ротацию обеих верхнечелюстных костей. В общем движении раскрытия лица верхнечелюстные кости опускаются и выдвигаются вперед. Задняя часть межмаксиллярного шва раздвигается больше, чем передняя.

- **Техника:** врач подается вперед между руками, выдвигая локти и усиливая опору на указательные пальцы. В конце движения следует слегка супинировать предплечья.

ЕВСТАХИЕВА ТРУБА

Евстахиева труба соединяет среднее ухо с носоглоткой и направлена косо вперед и внутрь. Она выполняет 2 функции:

- позволяет поддерживать одинаковое давление по обе стороны от барабанной перепонки, уравнивая давление в среднем ухе и наружном слуховом проходе. Нарушение этого равновесия вызывает давление на барабанную перепонку и приводит к возникновению боли, снижению слуха или шуму в ушах. Если повышение давления оказывается значительным, может произойти разрыв барабанной перепонки (баротравма);

- осуществляет отток слизи из среднего уха.

- **Контакты:** больной лежит на спине, изголовье несколько приподнято соответственно кривизне шейного отдела позвоночника. Врач располагается сбоку от больного на стороне предполагаемых манипуляций. Для уточнения локализации устья евстахиевой трубы пациента просят открыть рот, отжать язык вниз и произнести: «А-а-а». Евстахиеву трубу можно распознать по изменению цвета слизистой оболочки в области ее устья позади нёбной занавески и кнаружи от нее. Врач легко прикладывает указательный палец каудальной руки кпереди от передней нёбной дужки, затем проводит им скользящим движением позади дужки кнаружи в направлении к уху до устья евстахиевой трубы.

Примечание

Важно придерживать палец латеральнее, с тем чтобы не вызвать рвотный рефлекс. Чтобы успокоить пациента и избежать случайного укуса пальца, пациента просят сжать зубами какой-либо твердый предмет (например пробку от бутылки) стороной, противоположной введенному пальцу. У детей с этой целью проще вдавить щеку между зубными рядами на противоположной стороне одним из пальцев руки, которой придерживают голову.

- **Механика:** цель данной техники – нащупать глоточное устье евстахиевой трубы и индуцировать в нем сосудистую рефлекторную реакцию в слизистой оболочке. Этот подход позволяет также удалить возможную слизистую пробку в устье.

- **Техника:** нащупав устье слуховой трубы, врач пытается повернуть указательный палец на четверть оборота и вынуть его. Движения врача должны быть плавными и в то же время быстрыми, с тем чтобы вызвать рефлекторную сосудистую реакцию, не индуцируя рвотный рефлекс.

НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ

- **Контакты:** больной лежит на спине, изголовье несколько приподнято соответственно кривизне шейного отдела позвоночника. Врач располагается сбоку от больного на стороне предполагаемых манипуляций. Мизинцем или указательным пальцем он нащупывает контакт с нёбными миндалинами.

Внимание

Манипуляции на миндалинах могут вызвать рефлекторную рвоту.

- **Механика:** цель данной техники – индуцировать напряжение тканей нёбных миндалин, с тем чтобы индуцировать рефлекторную сосудистую реакцию либо путем вибрации, либо растяжки их ткани.

- **Техника:** врач располагает мизинец или указательный палец на миндалине, которую он «прорабатывает» или растягивает.

Язык

- **Контакты:** врач и пациент находятся в положении стоя один напротив другого. Врач захватывает язык больного большим и указательным пальцем через бумажную салфетку, чтобы он не выскользнул.

- **Механика:** захватив язык, врач вызывает им толчкообразное движение, вытягивая его вперед, чтобы индуцировать напряжение у основания.

- **Техника:** врач вызывает сначала расслабление нижней челюсти и языка. Затем он совершает хлыстообразное движение, подавая руку вперед, чтобы не поранить уздечку языка.



Рис. 70. Язык.