

Общероссийская общественная организация  
«Российская остеопатическая ассоциация»

---

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА  
СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ**

**Клинические рекомендации**

**2014 год**

## **«Остеопатическая диагностика соматических дисфункций»**

### **Клинические рекомендации**

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по специальности остеопатия Минздрава России на заседании 12 декабря 2014 года в составе:

Мохов Д. Е. (*Санкт-Петербург*), Беляев А. Ф. (*Владивосток*), Аптекарь И. А. (*Тюмень*), Болотов Д. А. (*Москва*), Вяльцев А. В. (*Тольятти*), Гайнутдинов А. Р. (*Казань*), Егорова И. А. (*Великий Новгород*), Зарубин А. В. (*Благовещенск*), Климов Ю. А. (*Москва*), Круглов В. Н. (*Самара*), Кузьмина Ю. О. (*Санкт-Петербург*), Матвиенко В. В. (*Москва*), Мусуриевский А. П. (*Хабаровск*), Неборский А. Т. (*Москва*), Новиков Ю. О. (*Уфа*), Павленок В. Ю. (*Южно-Сахалинск*), Петрищев А. А. (*Пермь*), Пискунова Г. Е. (*Петропавловск-Камчатский*), Трегубова Е. С. (*Санкт-Петербург*), Фролов В. А. (*Москва*), Хостикоев Т. М. (*Йошкар-Ола*), Червоток А. Е. (*Санкт-Петербург*), Чусовитина О. А. (*Екатеринбург*).

Утверждены решением Правления общероссийской общественной организации «Российская остеопатическая ассоциация»

12 декабря 2014 года

Состав Правления

Д.м.н. Мохов Д. Е. (*Санкт-Петербург*), д.м.н., проф. Беляев А. Ф. (*Владивосток*), Мазальский К. В. (*Москва*), к.м.н. Червоток А. Е. (*Санкт-Петербург*), д.м.н. Трегубова Е.С. (*Санкт-Петербург*), к.м.н. Аптекарь И.А. (*Тюмень*), Вяльцев А.В. (*Тольятти*), д.м.н., проф. Гайнутдинов А.Р. (*Казань*), д.м.н., проф. Егорова И.А. (*Великий Новгород*), к.м.н. Кузьмина Ю.О. (*Санкт-Петербург*), Мерзляков Е.Л. (*Тюмень*).

## Оглавление

Остеопатия – определение.....	4
Соматическая дисфункция – определение и сущность.....	4
Глобальный уровень проявления соматической дисфункции.....	6
Региональный уровень проявления соматической дисфункции .....	7
Локальные соматические дисфункции.....	8
Порядок обследования пациента на приеме.....	11
Общий остеопатический осмотр пациента.....	19
Оформление документации: медицинская карта пациента и бланк приема врача-osteопата.....	36
Бланк приема врача-osteопата.....	37
Показания и противопоказания к остеопатическому лечению.....	42
Правовая база для осуществления остеопатической помощи.....	44
Литература .....	45
Словарь терминов и определений, используемых в остеопатии.....	51
Авторский коллектив .....	87

## **Остеопатия – определение**

*Остеопатия* – холистическая мануальная медицинская система профилактики, диагностики, лечения и реабилитации последствий соматических дисфункций, влекущих за собой нарушение здоровья, направленная на восстановление природных способностей организма к самокоррекции.

Специфическим объектом остеопатического воздействия является соматическая дисфункция (шифр М 99.0, Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра).

## **Соматическая дисфункция – определение и сущность**

*Соматическая дисфункция* — функциональное нарушение, проявляющееся биомеханическим, ритмогенным и нейродинамическим компонентами:

– биомеханическая составляющая соматической дисфункции — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением подвижности, податливости и равновесия тканей тела человека;

– ритмогенная составляющая соматической дисфункции — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением выработки, передачи и акцепции эндогенных ритмов;

– нейродинамическая составляющая соматической дисфункции — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением нервной регуляции.

Важным, с нашей точки зрения, является тот факт, что в результате нарушения адаптационных процессов и процессов компенсации (при дезадаптации и декомпенсации) в организме соматическая дисфункция может вызвать клинические проявления, которые могут и не совпадают с ней по локализации. Соматические дисфункции в организме могут проявляться на глобальном, региональном или локальном уровнях. Состояние пациента может быть также описано (охарактеризовано) на этих трех уровнях со стороны биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений (рис.1).

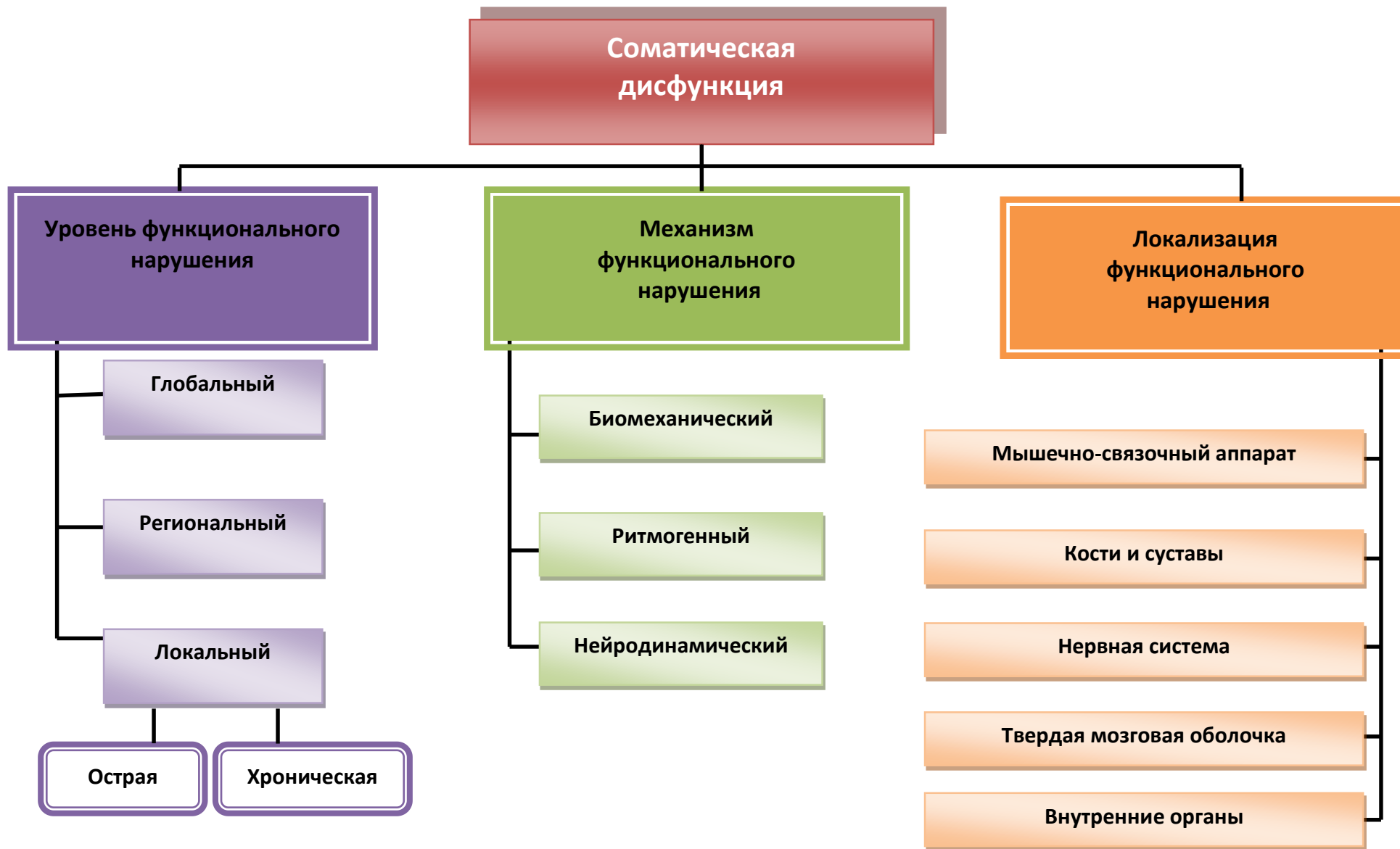


Рисунок 1 – Классификация соматических дисфункций.

## Глобальный уровень проявления соматической дисфункции

*(уровень всего организма в целом).*

### *I. Глобальное биомеханическое нарушение.*

Глобальное биомеханическое нарушение (ГБН) - это функциональное нарушение качественных характеристик ткани, не соответствующее возрасту, не связанное с болевым синдромом, затрагивающее три и более региона тела (полирегиональность) и заключающееся в значимом уменьшении подвижности, податливости и равновесия тканей в одной из плоскостей пространства.

### *II. Глобальное ритмогенное нарушение.*

Глобальное ритмогенное нарушение (ГРН) – это функциональное расстройство выработки эндогенных ритмов.

Наиболее значимыми в остеопатии эндогенными ритмами являются: краниальный, дыхательный и кардиальный ритмичные импульсы. Они оцениваются по следующим параметрам: частота, сила (мощность) и амплитуда.

### *III. Глобальное нейродинамическое нарушение.*

Глобальное нейродинамическое нарушение (ГНН) – это функциональное нарушение нервной регуляции организма, проявляющееся психовисцеросоматическими и/или постуральными расстройствами.

Психовисцеросоматическое расстройство – это глобальное нейродинамическое функциональное нарушение, характеризующееся вторичными полирегиональными соматическими ограничениями подвижности тканей, которые анамнестически связаны с психоэмоциональным влиянием.

Постуральное нарушение – это глобальное нейродинамическое функциональное нарушение, характеризующееся изменением регуляции вертикальной позиции тела в пространстве, связанное с нарушением процессов проприоцепции.

## Региональный уровень проявления соматической дисфункции

*(уровень одного из регионов целостного организма).*

### *I. Региональное биомеханическое нарушение (РБН).*

Региональное биомеханическое нарушение (РБН) – это функциональное изменение подвижности, податливости и равновесия тканей, которое выявляется в одном из регионов организма.

Регион – это выделяемая при остеопатическом осмотре часть тела, включающая органы и ткани, объединенные анатомо-функциональными взаимосвязями.

Остеопатами условно выделяются следующие регионы: регион головы, регион шеи, грудной, поясничный и тазовый регионы, регионы верхних конечностей (правой и левой) и нижних конечностей (правой и левой), регион твердой мозговой оболочки (краниосакральная система как отдельный регион).

### *II. Региональное ритмогенное нарушение (РРН).*

На региональном уровне отдельно ритмогенную составляющую можно не выделять, так как она связана в той или иной степени с определенной региональной ригидностью тканей, а значит, оценивается в разделе региональных биомеханических нарушений.

### *III. Региональное нейродинамическое нарушение (РНН).*

Региональное нейродинамическое нарушение (РНН) - это функциональное расстройство, возникающее на уровне нескольких сегментов спинного мозга и связанное с раздражением одного из элементов невральнй цепочки между висцеральным и соматическим компонентами. Региональное невральное нарушение может проявляться висцеро-соматическими, висцеро-висцеральными, сомато-соматическими и сомато-висцеральными дисфункциями.

Для практики с целью оценки выраженности биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном и региональном уровнях предлагается введение условных обозначений баллами:

один балл (1) - легкая степень выраженности нарушения;  
 два балла (2) – умеренная степень выраженность нарушения;  
 три балла (3) – значительная степень выраженности нарушения.

### Локальный уровень

*(уровень функциональных изменений в одном или нескольких органах тела).*

На локальном уровне определяются отдельные соматические дисфункции того или иного органа. При этом соматическая дисфункция на данном уровне на основании оценки биомеханического, ритмогенного и нейродинамического компонентов может определяться как острая или хроническая.

<b>Компонент\дисфункция</b>	<b>Острая соматическая дисфункция</b>	<b>Хроническая соматическая дисфункция</b>
<b>Биомеханический</b>	относительно хорошая смещаемость	ограниченная смещаемость
<b>Ритмогенный</b>	повышение гидратации тканей, повышение местной температуры	дегидратация тканей, понижение местной температуры
<b>Нейродинамический</b>	острая боль, выраженная болезненность	менее выраженная боль и болезненность

## **ЛОКАЛЬНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ**

### **I. СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ**

#### **I.1. Соматические дисфункции верхней конечности**

- *Соматические дисфункции грудино-ключичного сустава*
- *Соматические дисфункции акромиально-ключичного сустава*
- *Соматические дисфункции плечевого сустава*
- *Соматические дисфункции локтевого сустава*
- *Соматические дисфункции лучезапястного сустава*
- *Соматические дисфункции запястно-пястных и пястно-фаланговых суставов*



## I.2. Соматические дисфункции нижней конечности

- *Соматические дисфункции тазобедренного сустава*
- *Соматические дисфункции коленного сустава*
- *Соматические дисфункции малоберцовой кости*
- *Соматические дисфункции голеностопного сустава*
- *Соматические дисфункции подтаранного сустава*
- *Соматические дисфункции ладьевидно-кубовидной пары*
- *Соматические дисфункции кубовидных костей*
- *Соматические дисфункции предплюсно-плюсневых, плюсно-фаланговых суставов*

## I.3. Соматические дисфункции лонного сочленения

## I.4. Соматические дисфункции подвздошной кости

## I.5. Соматические дисфункции крестца

## I.6. Соматические дисфункции копчика

## I.7. Соматические дисфункции позвонков

## I.8. Соматические дисфункции грудины:

## I.9. Соматические дисфункции ребер

## I.10. Соматические дисфункции грудобрюшной диафрагмы:

## I.11. Соматические дисфункции мышечно-фасциальных образований

- *Дисфункции мышечно-фасциальных образований: головы, спины, груди, живота, шеи, плечевого пояса, плеча, предплечья, кисти, таза, бедра, голени, стопы.*

## II. СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ КРАНИО-САКРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОРГАНОВ ГОЛОВЫ

### II.1. Соматические дисфункции костей черепа

### II.2. Соматические дисфункции швов, сочленений и суставов черепа

### II.3. Соматические дисфункции твердой мозговой оболочки

### II.4. Соматическая дисфункция черепных нервов

### II.5. Внутрикостная соматическая дисфункция

II.6. Соматические дисфункции отдельных органов головы

### III. СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ НЕРВНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

### IV. СОМАТИЧЕСКИЕ ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ

IV.1. Соматические дисфункции гортанно-глоточного комплекса

IV.2. Соматические дисфункции легких

IV.3. Соматические дисфункции плевры

IV.4. Соматические дисфункции средостения

IV.5. Соматические дисфункции перикарда

IV.6. Соматические дисфункции желудка

IV.7. Соматические дисфункции печени

IV.8. Соматические дисфункции связок печени

IV.9. Соматические дисфункции двенадцатиперстной кишки

IV.10. Соматические дисфункции тощей кишки

IV.11. Соматические дисфункции подвздошной кишки и илеоцекальной зоны

IV.12. Соматические дисфункции слепой кишки

IV.13. Соматические дисфункции восходящей и нисходящей ободочной кишки

IV.14. Соматические дисфункции сигмовидной кишки

IV.15. Соматические дисфункции прямой кишки

IV.16. Соматические дисфункции почек

IV.17. Соматические дисфункции мочевого пузыря

IV.18. Соматические дисфункции матки

## Порядок обследования пациента на приеме

1. Наблюдение.
2. Жалобы. Анамнез заболевания.
3. Анамнез жизни.
4. Оценка соматического статуса.
5. Общий остеопатический осмотр.
6. Постановка диагноза.
7. Коррекция.
8. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест).
9. Рекомендации.

### **1. Наблюдение** (*пункт 1 и 2 бланка<sup>1</sup>*)

Обращается внимание как пациент зашел в кабинет, на его походку, как сел. Отмечается поведение, общее психологического состояние.

### **2. Жалобы. Анамнез заболевания** (*пункты 1 и 2 бланка*)

Сбор жалоб больного должен производиться подробно. При выявлении жалоб важны не только их констатация, но и конкретизация и детализация. Например: характер, интенсивность и локализация болей, их продолжительность и т.д. При уточнении жалоб нельзя ограничиваться только сообщениями больного, необходимо активно выявлять жалобы по органам и системам, которые могут быть вовлечены в патологический процесс, упущенные больным, не только наблюдаемые на день осмотра, но и ранее возникавшие в его жизни. Следует отметить, что уже на этапе выяснения жалоб проводится дифференциальная диагностика. Вопросы больному должны задаваться конкретно, исходя из теоретических знаний механизма развития данного субъективного симптома при том или ином заболевании.

---

<sup>1</sup> На приеме врач заполняет медицинскую карту пациента и бланк приема врача-osteopата.

В дальнейшем жалобы отражаются в карте пациента: вначале указываются ведущие жалобы, посиндромно относящиеся к основному заболеванию, а только затем остальные, не укладывающиеся в его клинику.

Расспрос по органам и системам начинается с той системы, поражение которой доминирует в клинической картине.

Система органов кровообращения:

– Боль в области сердца - локализация (в области верхушки сердца, за грудиной, слева от грудины); характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и т.д.); интенсивность; иррадиация; продолжительность; частота появления и причина (быстрая или медленная ходьба, другие физические нагрузки, волнение и т.д.); поведение во время болей (старается ходить, прекращает движение, ложится в постель и т.д.); появление чувства страха смерти, тоски, тревоги, повышенной потливости, повелительного мочеиспускания; болеутоляющий эффект валидола, нитроглицерина, других средств;

– Сердцебиение - частота и продолжительность; время и условия возникновения (в покое, при волнении, при физической нагрузке, перемене положения тела, после приёма пищи, приступообразно без видимой причины); когда и чем купируется;

– Перебои в работе сердца - характер (периодические, постоянные, беспорядочные, правильно чередующиеся); условия возникновения;

– Ощущение пульсации сосудов шеи, головы, других частей тела; похолодание конечностей;

– Одышка - условия возникновения (при физических нагрузках, в покое); длительность и характер (экспираторная, инспираторная, смешанная), степень выраженности;

– Отёки – локализация; распространённость (местные или типа анасарки); выраженность (пастозность, умеренные, значительные); из-

менения в течение суток; эффективность использования мочегонных средств;

- Боли в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающая хромота).

#### Система органов дыхания:

- Кашель – интенсивность (незначительный, умеренный, сильный); время появления, длительность (постоянный, периодический, приступообразный); условия появления и купирования; характер (сухой или влажный);

- Мокрота – количество отхаркиваемого содержимого одновременно и за сутки; характер (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная); запах; примесь крови; зависимость отхождения мокроты от положения больного;

- Кровохарканье – количество крови (прожилки крови в мокроте, равномерно окрашенные плевки, чистая кровь или сгустки); цвет крови (алая, тёмная, «ржавая», слабо-розовая); условия появления и частота.

- Боль в грудной клетке – локализация, характер (острая, тупая, колющая, ноющая), интенсивность (слабая, умеренная, интенсивная), продолжительность (постоянная, приступообразная), иррадиация, связь с дыханием, кашлем, переменой положения тела.

- Удушье - время и условия возникновения; частота и продолжительность; затруднение вдоха или выдоха или того и другого; поведение и положение больного во время приступа удушья; купирование приступов; предвестники появления приступов.

- Лихорадка - повышение температуры и пределы её колебаний в течение суток; длительность лихорадочного периода; ознобы; потливость.

- Дыхание через нос - свободное или затруднённое;

- Выделения из носа - характер, количество; носовые кровотечения.
- Голос - обычный, сиплый, отсутствует (афония).

#### Система органов пищеварения:

- Боли в животе - локализация, интенсивность, характер (острые, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные, опоясывающие), иррадиация, длительность, периодичность, связь с приёмом пищи (сразу или вскоре после приёма пищи, через 1,5-2 часа, ночные боли, «голодные») и её качеством (после жирной, сладкой, солёной, мясной, горячей, холодной); облегчение или купирование (особое положение тела, после приёма пищи, медикаментов, применения тепла, холода и т.д.).
- Диспепсические явления - затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу; тошнота; рвота; отрыжка, изжога, вздутие живота. Степень выраженности диспепсических явлений, отношение к приёму пищи. Рвотные массы, количество, характер (кислая жидкость, рвота съеденной пищей, застойное содержимое), примесь желчи, крови (алой, тёмных сгустков, в виде «кофейной гущи»), запах (кислый, гнилостный, каловый, «тухлых яиц»), изменение самочувствия после рвоты.
- Appetit - сохранён, понижен или отсутствует, повышен, извращён. Отвращение к пище (жирной, мясной), насыщаемость (нормальная, быстрая).
- Вкус во рту - обычный, притуплён, извращён. Чувство жжения в языке.
- Слюноотделение - обычное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту).
- Жажда - уточняется количество выпиваемой жидкости в сутки.

– Стул - самостоятельный, регулярный, нерегулярный, принудительный (после очистительной клизмы, слабительных средств). Запоры, поносы. Частота стула. Особенности каловых масс: количество, консистенция (оформленный, жидкий, кашицеобразный, водянистый, пенный, твёрдый, «овечий»), цвет (коричневый, жёлто-коричневый, жёлтый, чёрный или дёгтеобразный, серо-белый или глинистый), запах (обычный, кислый, гнилостный, зловонный), примеси (слизь, гной, остатки непереваренной пищи, кровь), отхождение глистов. Болезненность при дефекации. Жжение, зуд в области заднего прохода. Выпадение прямой кишки. Геморрой.

#### Система органов мочеотделения:

– Боль - локализация (в поясничной области, внизу живота), иррадиация; характер боли (острая или тупая, постоянная или приступообразная); условия возникновения (физическая нагрузка, изменение положения тела, приём острой пищи, алкоголя); чем купируется.

– Отёки - локализация, распространённость, изменение в течение суток.

– Мочеиспускание - частота, количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигоурии, анурии); странгурия; дизурические явления.

– Моча - цвет (соломенно-жёлтый, тёмный, цвета пива, «мясных помоев», красный); прозрачность (прозрачная, мутная, наличие примесей крови, осадка); запах (обычный, фруктовый, резкий, каловый).

#### Половая система:

– Боль - локализация (внизу живота, в паху, крестце, в области наружных половых органов); характер; иррадиация; условия возникновения; чем купируется.

– Менструации - регулярность, продолжительность, цикличность, количество менструальных отделений, болезненность; менопауза. Особенности течения климактерического периода.

- Беременность (роды, аборты).

#### Нервная система и органы чувств:

- Головная боль - локализация, характер, продолжительность, интенсивность, периодичность, чем купируется.

- -Головокружение - частота, условия появления (при ходьбе, перемене положения тела, повороте головы, лёжа). Уточнить вид головокружения: системное (проприоцептивное - ощущение пассивного движения собственного тела в пространстве; тактильное или осязательное - ощущение покачивания на волнах, приподнимания либо проваливания тела, зыбкости почвы, движущейся опоры под ногами) и несистемное головокружение (ощущение неустойчивости, затруднение при поддержании определенной позы). Тошнота при головокружении, шум в голове.

- Потеря сознания - частота, продолжительность, провоцирующие моменты. Другие нарушения сознания.

- Сон - хороший, сонливость, бессонница, тревожный.

- Память.

- Настроение - ровное, спокойное, возбуждённое, подавленное, быстрая смена настроения, раздражительность, вспыльчивость.

- Двигательная сфера - слабость в конечностях, дрожание, судороги.

- Чувствительная сфера - кожная чувствительность (гипостезии, гиперестезии, парестезии, зуд кожи). Зрение, обоняние, вкус, слух.

#### Костно-мышечная система:

- Боль - локализация (суставы, кости конечностей, позвоночник, мышцы, подошвенная часть стоп), характер, интенсивность, условия возникновения, продолжительность, периодичность, чем купируется.

- Отёчность, деформация, ограничения подвижности суставов.

- Масса тела (её изменения).



### **3. Анамнез жизни (Anamnesis vitae) (пункт 3 бланка)**

- Краткие сведения о психическом и умственном развитии: как рос и развивался в детстве, образование, начало трудовой деятельности, отношение к военной службе, занятия спортом;
- Бытовые условия: в детстве, в настоящее время;
- Условия питания: режим и регулярность, разнообразие пищи, диета, увлечение соленым, сладким и т. д.;
- Условия труда: режим рабочего времени, наличие профессиональных вредностей;
- Вредные привычки: курение (с какого возраста, в каком количестве), употребление алкоголя, наркотиков, крепкого чая, кофе, пристрастие к некоторым лекарственным веществам (кофеин, фенацетин, транквилизаторы);
- Перенесённые заболевания в детстве и во взрослом периоде. Операции, травмы, ранения. Переливание крови и кровезаменителей.
- Аллергологический анамнез: непереносимость пищевых продуктов, различных медикаментов, сывороток, наличие аллергических реакций (вазомоторный ринит, крапивница, отёк Квинке, поллинозы);
- Семейное положение: наличие детей, состояние здоровья членов семьи (жены / мужа, детей);
- Наследственность: сведения о здоровье близких родственников, перенесённых ими заболеваниях (психических, эндокринных, сердечно-сосудистых, онкологических, туберкулёз); сведения о причинах смерти родственников (отца, матери, бабушки, дедушки, тётей, дядей, братьев, сестёр и их детей).
- Экспертно-трудовой анамнез: пребывание на листе нетрудоспособности за последний год; наличие группы инвалидности, причины и продолжительность.

#### **4. Оценка соматического статуса (пункт 4 бланка)**

Оценка общего состояния пациента основывается на объективных признаках – сознание, активность поведения, весь комплекс непосредственного исследования больного; обязательно учитывают степень выраженности интоксикации и (или) функциональных нарушений систем организма. Окончательное заключение делается по окончании объективного осмотра. Выделяют удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое состояние.

Осмотр кожных покровов производится сверху вниз, при этом без внимания врача не должна остаться кожа волосистой части головы, за ушными раковинами, в подмышечных впадинах, под ягодицами, в межпальцевых промежутках. Методика включает в себя описание окраски кожи и видимых слизистых оболочек, чистоты кожи (наличие сыпи), состояние подкожных вен и венозных капилляров.

Информация о состоянии сосудов получается при пальпаторном исследовании артериального пульса на лучевых артериях. Характеристика пульса на *a.radialis* включает комплексную оценку следующих его свойств: частота, ритмичность, напряжение, наполнение, величина и форма.

Для измерения артериального давления используется аускультативный метод, предложенный Н.С. Коротковым. Артериальное давление на обеих руках может различаться не более чем на 5-10 мм.рт.ст. В диагностике ряда заболеваний имеет значение измерение давления не только на плечевой, но и на бедренной артерии. Показатели артериального давления на нижних конечностях на 20-30 мм превышают таковые на верхних. Артериальное давление на ногах может различаться между собой не более чем на 5-10 мм.рт.ст.

При выслушивании легких определяются дыхательные шумы (основные и дополнительные). По соотношению выслушиваемого вдоха и выдоха определяется характер дыхания (везикулярное, жесткое и бронхиальное). Необходимо отметить и звучность дыхания – обычное, усиленное и ослабленное дыхание.

Живот обычно осматривают как в положении пациента лежа на спине, так и в положении стоя. Отмечается величина и форма живота, его участие в акте дыхания. Производится поверхностная и глубокая пальпация живота.

Уточняется характер физиологических отправления (стул, мочеиспускание).

При подозрении на определенные нозологические единицы врач может провести ряд дополнительных специфических тестов, которые помогают уточнить диагноз. Данные тесты в рамках клинических рекомендаций не рассматриваются.

## **5. Общий остеопатический осмотр (пункты 5-21 бланка)**

Проводится у всех пациентов независимо от жалоб и патологии.

### **I. Исходное положение пациента - стоя.**

#### **1. Осмотр спереди / сбоку / сзади (пункт 5 бланка)**

*Спереди врач оценивает:*

- позицию головы;
- межзрачковую линию;
- положение ушных раковин;
- положение углов нижней челюсти;
- высоту плеч, мышечные валики надплечий;
- уровень и симметричность ключиц;
- ротацию и форму грудной клетки;
- экскурсию грудной клетки на спокойном дыхании;
- треугольники талии;
- позицию верхних конечностей (наружная или внутренняя ротация, сгибание в локтевых суставах);
- позицию пупка;
- положение гребней подвздошных костей;

- положение передне-верхних подвздошных остей (ПВПО);
- ротацию таза;
- положение нижних конечностей (наружная или внутренняя ротация, длина);
- положение надколенников;
- своды стоп;
- состояние пальцев ног.

*Сбоку врач оценивает:*

- изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости (шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз);
- оценка вертикали Барре (вертекс – наружный слуховой проход – бугристость плечевой кости – большой вертел бедренной кости – внутренняя лодыжка);
- наклон таза.

*Сзади врач оценивает:*

- позицию головы и шейного отдела позвоночника;
- уровень сосцевидных отростков;
- высоту плеч, мышечные валики надплечий;
- уровень лопаток (высота, разворот углов, отстояние от грудной клетки);
- позвоночник во фронтальной плоскости;
- треугольники талии;
- высоту гребней подвздошных костей;
- положение задне-верхних подвздошных остей (ЗВПО);
- симметричность подъягодичных складок;
- ротацию таза;
- опору на ногу (сгибание ноги, переразгибание ноги);
- позиция пяток.

**2. Пальпация, перкуссия мышечного тонуса (пункт б карты пациента)**

Врач производит пальпацию мышц и/ или легкое симметричное постукивание по проекции мышц для оценки их тонуса, состояния.

Сзади врач оценивает: трапециевидную мышцу, паравертебральные мышцы, ягодичные мышцы, мышцы задней поверхности бедра, икроножные мышцы, ахилловы сухожилия.

Спереди врач оценивает: большую грудную мышцу, прямую мышцу живота, мышцы передней поверхности бедра, мышцы передней поверхности голени.

В норме не должно выявляться зон жесткости, а мышечный тонус справа и слева должен быть симметричным.

### **3. Глобальные активные тесты (пункт 7 бланка):**

- флексия;
- экстензия (с контролем);
- латерофлексия вправо/влево.

Врач просит пациента из исходного положения стоя, ноги на ширине плеч, совершить наклоны:

-вперед (флексия). При этом врач оценивает: последовательность включения сегментов позвоночника сверху вниз, образование плавного кифоза, наличие ротации и/ или латерофлексии при флексии, наличие сколиотических дуг.

- назад (экстензия). Врач обязательно поддерживает пациента. Оцениваем: включение сегментов позвоночника снизу вверх, образование плавного лордоза.

-в стороны (латерофлексия). Врач оценивает включение сегментов в движение, образование дуг, наличие ротации.

### **4. Глобальное (общее) остеопатическое прослушивание (пункт 8 бланка)**

Исходное положение пациента стоя, расстояние между пятками равно ширине стопы врача. Голова находится в нейтральном положении, пациент смотрит прямо перед собой (можно непосредственно указать точку впереди на расстоянии ~ 3 метров от глаз).

Врач просит пациента закрыть глаза, после этого кладет руку и прослушивает ладонью с головы пациента глобальные зоны напряжения, ограничения подвижности. Следует отметить, что время прослушивания не должно превышать 3-4 секунд. Дополнительно оцениваются изменения, происходящие в теле при «вдоховом» и «выдоховом» его положении. Если выявленная «зона напряжения» сохраняется во всех трех положениях (нейтральное положение, положение «вдоха» и «выдоха»), то она является первичной. Если «зона напряжения» исчезает хотя бы в одном из указанных положений, то речь уже идет об адаптации.

**5. *Флексионный тест стоя (с разгрузкой задней группы мышц бедра при необходимости) (пункт 9 бланка).***

Исходное положение пациента: стоя, ноги выпрямлены в коленных суставах, расстояние между стопами равно примерно ширине стопы пациента.

Исходное положение врача: позади пациента, уровень глаз на уровне тестируемого участка

Большие пальцы врач устанавливает под ЗВПО с двух сторон. Врач просит пациента наклонить туловище вперед как можно ниже, начиная с шейного отдела, руки при этом свободно свисают. Исследование повторяют три раза или при однократном исследовании врач наблюдает за положением ЗВПО в позе наклона не менее 10сек. Это позволяет установить удельный вес суставного и мышечного компонентов в формировании феномена опережения ЗВПО. При преобладании мышечного компонента, ЗВПО постепенно опускается, а при преобладании суставного – сохраняет более высокое положение.

Если при выполнении теста соотношение ЗВПО не меняется, то тест считается отрицательным. Если одна из ЗВПО поднимается выше другой, то флексионный тест с этой стороны расценивается как положительный. Это значит, что имеется дисфункция, тип которой врач должен определить после выполнения второй части теста – из положения пациента сидя.

При получении положительного теста также необходимо обратить внимание на тонус ишиокруральной группы мышц. Если он выше на стороне, с которой ЗВПО не поднималась или поднималась меньше при выполнении флексионного теста стоя, то необходимо выполнить технику разгрузки ишиокруральной группы мышц бедра.

Врач просит пациента выставить «рабочую» ногу (там, где мы хотим разгрузить ишиокруральную группу мышц) вперед и поставить ее на пятку. После этого, пациент несколько раз пытается достать кончиками пальцев рук пальцев стоп (по возможности с прямой спиной).

После выполнения разгрузки ишиокруральной группы мышц флексионный тест стоя повторяют. Если результаты его изменились, то для дальнейшей интерпретации используется второй результат.

## **II. Исходное положение пациента - сидя с опорой нижних конечностей.**

### **1. *Флексионный тест сидя (пункт 9 бланка).***

Исходное положение пациента: сидя, опора на стопы, ноги согнуты под прямым углом в коленных и тазобедренных суставах, колени разведены так, чтобы между ними прошли плечи пациента при наклоне.

Исходное положение врача: позади пациента, уровень глаз на уровне тестируемого участка

Большие пальцы врача ставятся под ЗВПО с двух сторон. Врач просит наклониться, руки между колен, максимально вниз.

Если при тесте соотношение ЗВПО не меняется, то тест считается отрицательным.

Если одна из ЗВПО поднимается выше другой, то тест считается положительным с той стороны, с которой и происходит смещение вверх ЗВПО.

### *Интерпретация флексионного теста стоя и сидя.*

«Убегание» большого пальца при выполнении теста стоя и отсутствие нарушения соотношения ЗВПО при выполнении теста сидя указывают на восходящий тип дисфункции, то есть дисфункцию, исходящую от подвздошной кости, лонного сочленения или нижней конечности на стороне «убегания».

«Убегание» большого пальца при выполнении флексионного теста сидя и отсутствие нарушений соотношения ЗВПО при выполнении теста стоя указывает на нисходящий тип дисфункции, то есть дисфункцию, исходящую от позвоночника, крестца.

«Убегание» большого пальца при выполнении флексионного теста стоя и сидя с одной стороны указывает на нисходящий тип дисфункции на одноименной стороне, при этом сидя должен быть больший дисбаланс, чем стоя.

«Убегание» большого пальца с одной стороны при выполнении флексионного теста стоя, а при выполнении теста сидя – с другой стороны, указывает на восходящий тип дисфункции с одноименной стороны при тесте стоя и нисходящий тип дисфункции с одноименной стороны при тесте сидя.

## **2. *Пассивные тесты в трансляции для таза, поясничного и грудного отделов позвоночника (пункт 10 бланка).***

Исходное положение врача: сбоку или позади пациента

Врач проводит глобальную оценку подвижности таза и позвоночника в трансляции вправо и влево.

В норме не должно выявляться ограничения подвижности и трансляция вправо и влево должна быть симметрична.

## **3. *Тест «трех объемов» (пункт 11 бланка)***

- нижеабдоминальный;
- поддиафрагмальный;



- торакальный.

Исходное положение врача: стоя позади пациента.

Для оценки нижеабдоминального объема врач кладет одну руку продольно на нижний отдел передней брюшной стенки по средней линии. Вторая рука устанавливается дорзально на уровне нижнепоясничного отдела позвоночника и крестца (L3-L4-L5-S1-S2) в проекции первой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (поясничный отдел позвоночника) и висцерального (органы нижнего этажа брюшной полости) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

Для оценки поддиафрагмального объема врач кладет одну руку продольно на верхний отдел передней брюшной стенки по средней линии (основание ладони на уровне мечевидного отростка грудины). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне нижнегрудного-верхнепоясничного отделов позвоночника (Th10-Th11-Th12- L1-L2) в проекции первой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (нижнегрудной и верхнепоясничные отделы позвоночника) и висцерального (органы верхнего этажа брюшной полости, диафрагма) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

Для оценки торакального объема врач кладет одну руку продольно на передней поверхности грудной клетки по средней линии (основание ладони на уровне яремной вырезки грудины). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне верхнегрудного и среднегрудного отделов позвоночника (Th2-Th3-Th4-Th5-Th6) в проекции первой. Дополнительно врач создает точку фиксации на голове пациента своим плечом или головой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (верх-

негрудной и среднегрудной отделы позвоночника) и висцерального (органы грудной полости) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

В норме дорзо-вентральное (флексия-экстензия) смещение (подвижность) как структурального, так и висцерального компонентов должно быть симметричным и свободным.

### **III. Исходное положение пациента - лежа на спине**

#### **1. *Оценка длины нижних конечностей (с предварительным уравниванием таза) (пункт 12 бланка).***

Исходное положение врача: сбоку лицом к пациенту.

Перед оценкой необходимо выполнить уравнивание таза. Для этого врач сгибает ноги пациента в коленных и тазобедренных суставах, приводит их к животу, затем устанавливает стопы на стол и просит пациента поднять таз для его уравнивания. После этого врач распрямляет ноги пациента (стопы скользят по столу) и уже производит оценку длины, устанавливая «вилку» второго и третьего пальцев рук дистальнее лодыжек.

При обследовании следует обратить внимание, чтобы ось стопы была перпендикулярна поверхности стола, а средняя линия стопы продолжалась в среднюю линию голени.

В норме длина правой и левой ноги равна, то есть «вилка» второго и третьего пальцев рук врача, при выполнении теста, находятся на одном уровне.

#### **2. *Тест ригидности суставов нижних конечностей («экспресс диагностика дисфункции нижних конечностей»)* (пункт 13 бланка).**

Исходное положение врача: стоя лицом к пациенту со стороны ножного конца.

Врач двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов нижних конечностей

– тазобедренных, коленных, голеностопных, подтаранных, ладьевидно – кубовидных, проверяет движение клиновидных и плюсневых костей. Оцениваются глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.

В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в суставах справа и слева должна быть симметричной.

**3. *Тест ригидности крестцово-подвздошных суставов через SIAS (пункт 14 бланка).***

Исходное положение врача: стоя сбоку от пациента, лицом к головному концу.

Врач устанавливает руки на подвздошные кости пациента таким образом, что основание ладони приходится на ПВПО. Далее врач производит последовательное симметричное смещение подвздошных костей в дорзальном направлении. Оцениваются глобальная жесткость, подвижность крестцово-подвздошных суставов (КПС) и окружающих тканей.

В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в правом и левом КПС должна быть симметричной.

**4. *Тест ригидности суставов верхней конечности (пункт 15 бланка).***

Исходное положение врача: стоя сбоку от пациента, лицом к головному концу.

Врач двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов плечевого пояса и верхних конечностей, акромиально-ключичных, плечевых, локтевых, лучезапястных. Для грудино-ключичного, акромиально-ключичного и плечевого суставов производится ритмичная симметричная пальпация в дорзальном направлении; для локтевого сустава производится пальпация сустава с оценкой жесткости, податливости и амплитуды движения; для лучезапястного сустава произ-

водится оценка флексии, экстензии сустава. Оцениваются глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.

В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в суставах справа и слева должна быть симметричной.

**5. Тест шейного отдела позвоночника в трансляции (пункт 16 бланка).**

Исходное положение врача: сидя со стороны головы пациента

Врач устанавливает указательные пальцы в проекции поперечных отростков шейных позвонков (С2-С7) и производит последовательное латеральное смещение (трансляцию) попеременно каждого позвонка. Оценивается амплитуда движения каждого позвонка.

В норме трансляция вправо и влево должна быть симметрична (равноамплитудна).

**6. Оценка торакального и абдоминального регионов на спокойном и форсированном вдохе и выдохе (пункт 17 бланка)**

Исходное положение врача: стоя сбоку лицом к пациенту.

Врач кладет одну руку продольно по средней линии на переднюю брюшную стенку. Другая рука устанавливается продольно по средней линии на передней поверхности грудной клетки.

Оценивается глобальное изменение данных регионов, синхронность и симметричность этого процесса, наличие латеральных смещений (тяг), ротации при спокойном и форсированном дыхании (вход и выдох).

**7. Оценка мобильности висцеральных масс (оценивается глобальная подвижность) (пункт 21 бланка):**

- абдоминальных висцеральных масс;
- торакальных висцеральных масс;
- висцеральное ложе шеи.

Исходное положение врача: стоя сбоку лицом к пациенту.

Для оценки мобильности абдоминальных висцеральных масс среднего и нижнего этажа брюшной полости врач укладывает свои ладони на передне-боковую поверхность передней брюшной стенки пациента. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смещение абдоминальных висцеральных масс, оценивая их глобальную подвижность.

Для оценки мобильности абдоминальных висцеральных масс верхнего этажа брюшной полости врач укладывает свои руки на передне-боковую поверхность нижнего отдела грудной клетки (реберная дуга) справа и слева таким образом, что первые пальцы располагаются параллельно груди, а среднеключичная линия приходится на первый межпальцевый промежуток. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смещение висцеральных масс верхнего этажа брюшной полости, оценивая их глобальную подвижность.

Для оценки мобильности торакальных висцеральных масс врач укладывает свои руки на передне-боковую поверхность верхнего отдела грудной клетки справа и слева таким образом, что первые пальцы располагаются параллельно груди, а среднеключичная линия приходится на первый межпальцевый промежуток. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смещение торакальных висцеральных масс, оценивая их глобальную подвижность.

Оценка мобильности висцерального ложа шеи. Каудальной рукой врач чаще захватывает висцеральное ложе шеи. Цефалическая рука захватывает лобную кость и является опорной. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смещение висцерального ложа шеи, оценивая его глобальную подвижность.

В норме мобильность висцеральных масс (их латеро-латеральное смещение) должна быть симметричной.

**8. Оценка краниального ритмического импульса, паттерна черепа (пункт 18 бланка).**

Оцениваются синхронность, ритм, амплитуда и сила краниального ритмического импульса.

*Оценка синхронности.*

Исходное положение пациента: лежа на спине или на боку.

Исходное положение врача: стоя или сидя лицом к пациенту. Руки врача укладываются одна под затылочную кость пациента, другая - под крестец. Врач производит оценку синхронности движения затылочной кости и крестца.

В норме движения затылочной кости и крестца должны быть симметричными.

*Оценка ритма, амплитуды и силы краниального импульса, паттерна черепа.*

Исходное положение врача: сидя со стороны головы пациента.

Врач производит захват черепа по Сатерленду, синхронизируется с ритмом первичного дыхательного механизма (ПДМ). Оценивается частота, амплитуда и сила первичного респираторного механизма, определяется паттерн черепа (физиологический или патологический).

В норме: частота ПДМ 8-12 в минуту, амплитуда (+++), сила (+++).

**9. Оценка дыхательного ритмического импульса (пункт 20 бланка).**

Оценивается ритм, амплитуда и сила для верхнего и нижнего отделов грудной клетки.

Исходное положение врач: стоя сбоку лицом к пациенту.

Для оценки верхнего отдела грудной клетки врач помещает руки продольно на переднюю поверхность грудной клетки справа и слева так, чтобы кончики пальцев оказались в подключичном пространстве.

Для оценки нижнего отдела руки врача устанавливаются на переднебоковые поверхности грудной клетки справа и слева таким образом, что первые пальцы располагаются параллельно груди, а среднеключичная линия приходится на первый межпальцевый промежуток.

В норме: ритм 16-18 в минуту (у взрослого человека), амплитуда (+++), сила (+++), симметрично проводится справа и слева.

**10. Оценка сердечного (кардиального) ритмического импульса, пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых и задних большеберцовых артериях (пункт 19 бланка)**

*Оценка сердечного ритмического импульса*

Исходное положение врача: стоя слева от пациента на уровне грудной клетки, лицом к голове.

Врач кладет свою левую ладонь на переднюю поверхность грудной клетки слева, по оси сердца и определяет частоту, амплитуду и силу сердечного ритма.

В норме: частота сердечного ритма 60-80 ударов в минуту (у взрослого человека), амплитуда (+++), сила (+++).

*Пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых артериях.*

Кисть пациента свободно захватывают рукой в области лучезапястного сустава так, чтобы большой палец находился на тыльной стороне предплечья, а остальные – на внутренней его поверхности. Нащупав артерию II, III, IV пальцами, прижимает ее к подлежащей кости. Оценивается симметричность пульса, его частота, ритмичность. В норме пульс на лучевой артерии пальпируется, ритмичный, частота 60-80 ударов в минуту (у взрослого человека), симметричный справа и слева.

*Пальпаторное исследование артериального пульса на задних большеберцовых артериях.*

Пальпация производится в межмышечковом желобке за внутренней лодыжкой. Оценивается его наличие, ритмичность и симметричность. В норме пульс на задней большеберцовой артерии пальпируется, симметричный справа и слева.

После выполнения данного алгоритма определяются проблемные регионы, которые уже прицельно обследуются путем специфического остеопатического обследования.

### **6. Постановка диагноза (пункт 22 бланка).**

Диагноз – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней.

Диагноз должен быть:

- фактически и логически обоснованным;
- структурно оформленным в виде трех унифицированных рубрик;
- нозологическим, соответствовать требованиям Международной классификации болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра и номенклатуре болезней (с учетом особенностей отечественных классификаций);
- развернутым, патогенетическим, содержать дополнительную интранозологическую характеристику патологических процессов;
- клинический – своевременным.



### *Основное заболевание.*

Основное заболевание – это одна или несколько нозологических единиц, по поводу которых проводилось обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью.

В процессе лечения больного диагноз основного заболевания может изменяться, причем неоднократно.

Комбинированные основные заболевания – конкурирующие, сочетанные болезни, основное и фоновое заболевание.

Фоновое заболевание – это нозологическая форма (заболевание, травма, реже – синдром), которая патогенетически (но не этиологически) связана с основным заболеванием, явилась одной из причин его развития (включившись в его патогенез), впоследствии отягощала течение и способствовала возникновению смертельных осложнений (в случае летального исхода).

### *Осложнения основного заболевания.*

Осложнения основного заболевания – включает все осложнения, в том числе смертельное осложнение (всегда одно), осложнения медицинских мероприятий (ятрогенные осложнения, если они не становятся эквивалентом основного заболевания), а также указания на проведение реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и их осложнений.

### *Сопутствующие заболевания.*

Сопутствующие заболевания – это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи, при наступлении летального исхода) не были непосредственно (этиологически, патогенетически) связаны с основным заболеванием и, в случае летального исхода, не принимали участие в танатогенезе.

При этом по поводу сопутствующих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия.

Сопутствующие заболевания также могут иметь осложнения, но не могут иметь смертельных осложнений.

Кроме общепринятой формулировки диагноза оформляется *остеопатическое заключение* с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях (таблица 1).

Таблица 1. Остеопатическое заключение.

<b>Уровень\Нарушение</b>	<b>Биомеханическое (1-2-3 балла)</b>	<b>Ритмогенное (1 -2 – 3 балла)</b>	<b>Нейродинамическое (1 -2 -3 балла)</b>
Глобальный			
Региональный			
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические):		
<b>Доминирующая соматическая дисфункция:</b>			

### **7. Коррекция выявленных доминирующих соматических дисфункций** (пункт 23 бланка).

Основываясь на жалобах, анамнезе, данных оценки соматического и остеопатического статусов врач составляет индивидуальную схему лечения каждого пациента с учетом оформленного остеопатического заключения. При этом определяется количество, характер (вид) техник и последовательность их использования на данном сеансе.

### **8. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест)** (пункт 24 бланка).

Врач производит контрольный осмотр и тестирование тех регионов, которые он корректировал в ходе остеопатического сеанса. Оценивается динамика данных тестов после выполненного лечения.

## **9. Рекомендации (пункт 25 бланка) .**

В конце сеанса врач дает пациенту подробные рекомендации по диете, образу жизни, обсуждается повторное посещение врача остеопата (повторные сеансы, интервал между ними). При необходимости назначаются консультации специалистов другого профиля, медикаментозная терапия, дополнительные методы лабораторной и инструментальной диагностики.

## Оформление документации: медицинская карта пациента и бланк приема врача-остеопата

Медицинская карта пациента оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями, предъявляемыми к оформлению медицинской документации.

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

### МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № \_\_\_\_\_

1. Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

3. Пол: муж. – 1, жен. – 2    4. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

6. Местность: городская – 1, сельская – 2

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

8. СНИЛС \_\_\_\_\_

9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

10. Код категории льготы \_\_\_\_\_

11. Удостоверение \_\_\_\_\_ : серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, состоит в незарегистрированном браке – 2, не состоит в браке – 3, неизвестно – 4.

14. Образование: *профессиональное*: высшее -1, неполное высшее – 2, среднее – 3, начальное – 4; *общее*: среднее (полное) – 5, основное – 6, начальное – 7; не имеет начального образования – 8, неизвестно – 9

15. Занятость: *занят(а) в экономике*: руководители и специалисты высшего уровня квалификации – 1, прочие специалисты – 2, квалифицированные рабочие – 3, неквалифицированные рабочие – 4, занятые на военной службе – 5; *не занят(а) в экономике*: пенсионеры – 6, студенты и учащиеся – 7, работающие в личном подсобном хозяйстве – 8, безработные – 9, прочие – 10

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) \_\_\_\_\_

17. Место работы, должность \_\_\_\_\_

18. Перемена места работы \_\_\_\_\_

19. Перемена места жительства \_\_\_\_\_

## Бланк приема врача остеопата

Дата приема: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

### 1. Жалобы на момент обращения:

---

---

---

### 2. Anamnesis morbi:

---

---

---

### 3. Anamnesis vitae:

#### Хронические заболевания

---

---

---

Постоянный прием лекарственных средств \_\_\_\_\_

Травмы \_\_\_\_\_

Оперативные вмешательства \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_

Акушерско-гинекологический анамнез \_\_\_\_\_

Эпидемиологический анамнез \_\_\_\_\_

Страховой анамнез \_\_\_\_\_

Образ жизни \_\_\_\_\_

Данные лабораторных/инструментальных методов обследования \_\_\_\_\_

---

---

---

Противопоказания к остеопатическому лечению: \_\_\_\_\_

---

---

---

### 4. Соматический статус:

Общее состояние пациента \_\_\_\_\_

кожные покровы \_\_\_\_\_

видимые слизистые \_\_\_\_\_

Дыхание \_\_\_\_\_

АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.; пульс \_\_\_\_\_

Живот \_\_\_\_\_

Физиологические отправления \_\_\_\_\_

---

---

---

### Данные общего остеопатического обследования\*

### 5. Осмотр спереди / сбоку / сзади

---

---

---

\*. в ряде случаев, данные остеопатического обследования могут быть занесены в графическое приложение к бланку приема врача остеопата.

6. Пальпация / перкуссия мышечного тонуса: \_\_\_\_\_

7. Глобальная активная оценка подвижности на уровне позвоночника: \_\_\_\_\_

8. Данные общего остеопатического прослушивания: \_\_\_\_\_

9. Флексионный тест стоя \_\_\_\_\_ сидя \_\_\_\_\_

10. Пассивные тесты в трансляции: \_\_\_\_\_

11. Тест трех объемов:

Нижнеабдоминальный \_\_\_\_\_

Поддиафрагмальный \_\_\_\_\_

Торакальный \_\_\_\_\_

12. Оценка длины нижних конечностей: \_\_\_\_\_

13. Тест ригидности суставов нижних конечностей: \_\_\_\_\_

14. Тест ригидности КПС: \_\_\_\_\_

15. Тест ригидности суставов верхних конечностей: \_\_\_\_\_

16. Оценка шейного отдела позвоночника (в трансляции): \_\_\_\_\_

17. Оценка торакального и абдоминального регионов: \_\_\_\_\_

18. Краниосакральная сфера:

Глобальная оценка подвижности КСС: асинхронизм есть / нет

Краниальный эндогенный ритм (RAF): ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

Паттерн \_\_\_\_\_

19. Кардиальный эндогенный ритм (RAF):

ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

Пульс на лучевых артериях:

Симметричность \_\_\_\_\_ частота \_\_\_\_\_ ритмичность \_\_\_\_\_

Пульс на задних большеберцовых артериях:

пальпируется (да / нет) \_\_\_\_\_ симметричность \_\_\_\_\_

20. Дыхательный эндогенный ритм (RAF):

ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

21. Висцеральная система. Оценка мобильности висцеральных масс

Висцерального ложа шеи: \_\_\_\_\_

Торакальных масс \_\_\_\_\_

Абдоминальных масс \_\_\_\_\_

Дополнительные тесты: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**22. Остеопатическое заключение:**

Уровень\Нарушение	Биомеханическое (1 -2 – 3 балла)	Ритмогенное (1 -2 -3 балла)	Нейродинамическое (1 -2 – 3 балла)
Глобальный			
Региональный			
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
<b>Доминирующая соматическая дисфункция:</b>			

Диагноз (по МКБ-10): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**23. Лечение:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**24. Контрольное тестирование корригируемых регионов:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**25. Рекомендации:**

**Необходимые консультации специалистов:** \_\_\_\_\_  
Невролога; Педиатра; Ортопеда\травматолога; Гастроэнтеролога; Терапевта; Хирурга.

**Необходимые обследования (лабораторные и инструментальные):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Повторный прием через** \_\_\_\_\_

**Врач:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## Бланк повторного приема врача остеопата

Анамнез ранее в амбулаторной карте (прием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г)

Жалобы пациента: \_\_\_\_\_

Динамика на фоне проводимого лечения: \_\_\_\_\_

### Данные объективного осмотра:

Общее состояние пациента \_\_\_\_\_

кожные покровы \_\_\_\_\_

видимые слизистые \_\_\_\_\_

Дыхание \_\_\_\_\_

АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.; пульс \_\_\_\_\_

Живот \_\_\_\_\_

Физиологические отправления \_\_\_\_\_

### Остеопатический статус

Структуральная система: \_\_\_\_\_

Краниальная система: \_\_\_\_\_

Висцеральная система: \_\_\_\_\_

### Остеопатическое заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое (1 -2 – 3 балла)	Ритмогенное (1 -2 -3 балла)	Нейродинамическое (1 -2 – 3 балла)
Глобальный			
Региональный			
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
<b>Доминирующая соматическая дисфункция:</b>			



**Диагноз (по МКБ-10):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Лечение:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Контрольное тестирование корригируемых регионов:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Рекомендации:**

**Необходимые консультации специалистов:** \_\_\_\_\_  
Невролога; Педиатра; Ортопеда\травматолога; Гастроэнтеролога; Терапевта; Хирурга.

**Необходимые обследования (лабораторные и инструментальные):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Повторный прием через** \_\_\_\_\_

**Врач:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## **Показания и противопоказания к остеопатическому лечению**

Основным показанием для остеопатического воздействия является: в качестве монотерапии - наличие у пациента соматических дисфункций с отсутствием или минимальной выраженностью клинических проявлений (при отсутствии нозологического диагноза) и отсутствие противопоказаний к остеопатическому лечению, а при всех нозологических единицах, в случае отсутствия противопоказаний, остеопатия показана при совместном ведении пациента с врачом соответствующей специальности.

*Абсолютными противопоказаниями* для остеопатического воздействия являются:

- Лихорадочные состояния, в том числе неясной этиологии.
- Острые инфекционные заболевания.
- Хронические инфекционные заболевания в фазе обострения.
- Контагиозные заболевания кожи, ногтей, волос.
- Системные заболевания крови.
- Кровотечение или подозрение на кровотечение.
- Острая хирургическая патология.
- Системные заболевания соединительной ткани в период обострения.
- Острые воспалительные заболевания кровеносных и лимфатических сосудов, острый тромбоз.
- Аневризма аорты и сердца.
- Лёгочно-сердечная недостаточность 3-й степени.
- Недостаточность кровообращения 3-й степени.
- Гипертонический и гипотонический криз.
- Острый коронарный синдром.
- Черепно-мозговая травма (острый период).
- Острые травматические повреждения позвоночника и суставов.
- Острые нарушения мозгового кровообращения (острейший период).

- Острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты; острейший период).
- Острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек, позвоночника и суставов.
- Ранний послеоперационный период при хирургических вмешательствах.
- Гнойные процессы любой локализации.
- Диагностически неясные случаи с подозрением на патологию, являющуюся противопоказанием.
- Эндогенные психические заболевания в период обострения, экзогенные психические расстройства с чрезмерным возбуждением.
- Психологический отказ пациента от лечения.

***Относительные противопоказания для остеопатической коррекции:***

- Аномалии краниовертебральной зоны и шейного отдела позвоночника (в том числе аномалия Киммерли, аномалия Арнольда-Киари).
- Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).
- Грыжа межпозвонкового диска в области шейного отдела позвоночника в остром периоде заболевания при выраженном болевом синдроме.
- Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.
- Остеопороз.
- Злокачественные новообразования любой локализации.
- Доброкачественные образования (активный рост).

## **Правовая база для осуществления остеопатической помощи**

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1183н от 20.12.2012 г. - утверждена *должность* «врач-osteopat».
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации №1061 от 12.09. 2013 г. «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» - «osteopатию» (шифр 31.08.52) утверждена как *специальность* высшего образования, по которой подготовка кадров высшей квалификации должна осуществляться по программам ординатуры.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №794н от 28.10.2013 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. N 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-osteопата*.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №236 от 23.05.2013 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 года N 444 "О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации"» - назначен *главный внештатный специалист по osteопатии Минздрава России*.
-

## Литература

1. Ерофеев Н. П. К теоретическому обоснованию остеопатических техник. // Мануальная терапия, 2008.- № 2.-С.79-85.
2. Ерофеев Н. П., Орлов Р. С., Чащин А. В. К вопросу об объемном статусе тканей организма человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11 «Медицина». 2009. Вып. 4. С.17-27.
3. Корр Ирвин М. Нейрофизиологические основы остеопатии. СПб, «Медиа-сфера». 2012. – 268 с.
4. Кушков А. А., Мохов Д. Е. Значение остеопатической диагностики и коррекции структурно-функциональных нарушений для профилактики и лечения заболеваний. //Российский остеопатический журнал. 2013. - №3-4. – С.117-128.
5. Малиновский Е. Л., Новосельцев С. В., Ивашкевич Л. А. Модели адаптивной реакции организма при проведении остеопатического лечения. Обзор методов и возможностей. //Российский остеопатический журнал. 2011. - № 1-2. – С.116-129.
6. Москаленко Ю. Е., Кравченко Т. И., Вайнштейн Г. Б., и др. Медленно-волновые колебания в кранио-сакральном пространстве: гемо-ликвородинамическая концепция происхождения. //Физиологический журнал России им. И. М. Сеченова. 2008.- Том 94, № 4. - С. 441- 447.
7. Москаленко Ю. Е., Кравченко Т. И., Вайнштейн Г. Б. О роли ликвородинамического компонента в формировании периодических флуктуаций электроимпеданса головы // Физиол. ж. 1996. Т. 82, № 7. С. 36-45.
8. Мохов Д. Е., Марьянович А. Т. Остеопатия как доказательная медицина. //Российский остеопатический журнал. 2013. - №1-2. – С.138-154.
9. Мохов Д. Е., Мохова Е. С. Принципы остеопатии в исторической и методологической перспективе. //Российский остеопатический журнал. 2014. - №1-2. – С.85-91.

10. Мохов Д. Е., Новосельцев С. В., Малиновский Е. Л. Развитие остеопатии в России: теория и практика (ответ на статью Жана-Пьера Амига «Теряет ли себя остеопатия?») // Российский остеопатический журнал. 2011. - № 3-4. – С.3-9.
11. Мохов Д. Е., Вчерашний Д. Б., Ерофеев Н. П., Чащин А. В. Регистрация и проявление волновых процессов в тканях организма в исследованиях волюметрическим методом // Мануальная терапия, 2008.- № 1.- С. 47-50.
12. Мохов Д. Е., Ерофеев Н. П., Чащин А. В. Сравнительный анализ спектров объемнометрических сигналов и вариабельности сердечного ритма при дозируемой компрессии тканей конечностей. // Мануальная терапия, 2010.- № 3.- С.31-39.
13. Мохов Д. Е., Микиртичан Г. Л., Лихтшангоф А. З. с соавт. Мануальная медицина, остеопатия: история, современное состояние, перспективы развития. СПб.: Сотис-Мед, 2011. - 220 с.
14. Мохов Д. Е., Трегубова Е. С., Белаш В. О., Юшманов И. Г.. Современный взгляд на методологию остеопатии // Мануальная терапия. – 2014. - № 4. – С.22-34.
15. Мохов Д. Е., Чащин А. В. Методические принципы и реализация объемнометрических исследований краниальных тканей в практической остеопатии // Мануальная терапия. 2010. № 3(39). - С. 10-21.
16. Мохов Д. Е., Чащин А. В., Чащин Д. А. Способ обследования краниальных тканей и устройство для его осуществления. Патент РФ на изобретение № 2372837, приор. 21.10.07.
17. Новосельцев С. В. Патобиомеханика поясничного отдела позвоночника у пациентов с грыжами поясничных дисков (клиника, лечебная тактика). Автореф. дис. ... докт. мед.наук. СПб., 2012.- 44 с.
18. Стилл Э. Т. Остеопатия. Исследование и практика. Сиэтл. 1992. – 242 с.
19. Чащин А. В., Ерофеев Н. П., Мохов Д. Е. Сравнительный анализ спектров объемнометрических сигналов и вариабельности сердечного ритма при дозируемой компрессии тканей конечностей // Мануальная терапия. 2010. № 3(39). С. 31-30.

20. Barr A. E. Tissue pathophysiology, neuroplasticity and motor behavioural changes in painful repetitive motion injuries // *Man Ther.* 2006;11(3):173-4.
21. 15. Beattie P. F, Morgan P. S, Peters D. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging of normal and degenerative lumbar intervertebral discs: a new method to potentially quantify the physiologic effect of physical therapy intervention // *J Orthop Sports PhysTher.* 2008;38(2):42-9.
22. Bialosky J. E., Bishop M. D., Price D. D. et al. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model // *Man Ther.* 2009; 14 (5):531-8.
23. Cagnie B., Dirks R., Schouten M. et al. Functional reorganization of cervical flexor activity because of induced muscle pain evaluated by muscle functional magnetic resonance imaging // *Man Ther.* 2011;16(5):470-5.
24. Chaves T. C., Nagamine H. M., de Sousa L. M. et al. Comparison between the reliability levels of manual palpation and pressure pain threshold in children who reported orofacial pain // *Man Ther.* 2010;15(5):508-12.
25. Chiradejnant A., Latimer J., Maher C. G. Forces applied during manual therapy to patients with low back pain // *J Manipulative PhysiolTher.* 2002;25(6):362-9.
26. Cholewicki J., Lee A. S., Reeves N. P. et al. Trunk muscle response to various protocols of lumbar traction // *Man Ther.* 2009;14(5):562-6.
27. Cook C., Brismée J. M., Sizer P. S. Factors associated with physiotherapists' confidence during assessment of clinical cervical and lumbar spine instability // *Physiother Res Int.* 2005;10(2):59-71.
28. Degenhardt B. F., Kuchera M .L. Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system // *J Am Osteopath Assoc.* 1996;96(2):97-100.
29. Dishman J. D., Ball K. A., Burke J. First Prize: Central motor excitability changes after spinal manipulation: a transcranial magnetic stimulation study // *J Manipulative PhysiolTher.* 2002;25(1):1-9.
30. Elghozi J. L., Laude D., Girard A. Effects of respiration on blood pressure and heart rate variability in humans // *ClinExpPharmacol Physiol.* 1991;18(11):735-42.

31. Erwin W. M., Jackson P. C., Homonko D. A. Innervation of the human costovertebral joint: implications for clinical backpain syndromes // *J Manipulative Physiol Ther.* 2000;23(6):395-403.
32. Fernández-Pérez A. M., Peralta-Ramírez M. I., Pilat A. et al. Effects of myofascial induction techniques on physiologic and psychologic parameters: a randomized controlled trial // *J Altern Complement Med.* 2008;14(7):807-11.
33. Fujii M., Suzuki D., Uchiyama E. et al. Does distal tibiofibular joint mobilization decrease limitation of ankle dorsiflexion? // *Man Ther.* 2010;15(1):117-21.
34. Hall T., Briffa K., Hopper D. et al. Reliability of manual examination and frequency of symptomatic cervical motion segment dysfunction in cervicogenic headache // *Man Ther.* 2010;15(6):542-6.
35. Herzog W., Scheele D., Conway P. J. Electromyographic responses of back and limb muscles associated with spinal manipulative therapy // *Spine (Phila Pa 1976).* 1999;24(2):146-52.
36. Johnson G. M. The sensory and sympathetic nerve supply within the cervical spine: review of recent observations // *Man Ther.* 2004;9(2):71-6.
37. Julien C. The enigma of Mayer waves: Facts and models // *Cardiovasc Res.* 2006;70(1):12-21.
38. Kawchuk G. N., Carrasco A., Beecher G. et al. Identification of spinal tissues loaded by manual therapy: a robot-based serial dissection technique applied in porcine motion segments // *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(22):1983-90.
39. Koch L. E., Koch H., Graumann-Brunt S. et al. Heart rate changes in response to mild mechanical irritation of the high cervical spinal cord region in infants // *Forensic Sci Int.* 2002;128(3):168-76.
40. Korr I. M. Proprioceptors and somatic dysfunction // *J Am Osteopath Assoc.* 1975;74(7):638-50.
41. Korr I. M. Osteopathic research: the needed paradigm shift // *J Am Osteopath Assoc.* 1991;91(2):156, 161-8, 170-1.
42. Kumar S., Stoll S. Device, protocol and measurement of regional spinal stiffness // *J ElectromyogrKinesiol.* 2011;21(3):458-65.



43. McEwan I., Herrington L., Thom J. The validity of clinical measures of patella position // *Man Ther.* 2007;12(3):226-30.
44. Mokhov D. E., Chashchin A.V., Erofeev N. P. et al. Human volume tissue investigation method // *AAO Journal.* 2009. 19(3):17-21.
45. Moulson A., Watson T. A preliminary investigation into the relationship between cervical snags and sympathetic nervous system activity in the upper limbs of an asymptomatic population // *Man Ther.* 2006;11(3):214-24.
46. Nelson K. E. Osteopathic medical considerations of reflex sympathetic dystrophy // *J Am Osteopath Assoc.* 1997;97(5):286-9.
47. Nelson K. E., Sergueef N., Lipinski C. M. et al. Cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation: comparing laser-Doppler flowmetry and palpation // *J Am Osteopath Assoc.* 2001;101(3):163-73.
48. Nelson K. E., Sergueef N., Glonek T. Recording the rate of the cranial rhythmic impulse // *J Am Osteopath Assoc.* 2006;106(6):337-41.
49. Oleski S. L., Smith G. H., Crow W. T. Radiographic evidence of cranial bone mobility // *Cranio.* 2002;20(1):34-8.
50. Petersen C. M., Johnson R. D., Schuit D. Reliability of cervical range of motion using the OSI CA 6000 spine motion analyser on asymptomatic and symptomatic subjects // *Man Ther.* 2000;5(2):82-8.
51. Rogers F. J., D'Alonzo G. E. Jr, Glover J. C. Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care // *J Am Osteopath Assoc.* 2002;102(2):63-5.
52. Samukawa M., Hattori M., Sugama N. et al. The effects of dynamic stretching on plantar flexor muscle-tendon tissue properties // *Man Ther.* 2011;16(6):618-22.
53. Schmid A., Brunner F., Wright A. Paradigm shift in manual therapy? Evidence for a central nervous system component in the response to passive cervical joint mobilisation // *Man Ther.* 2008;13(5):387-96.
54. Sergueef N., Nelson K. E., Glonek T. Palpatory diagnosis of plagiocephaly // *Complement TherClinPract.* 2006;12(2):101-10.
55. Shepovalnikov A. N. Sleep psychiatry. In: *Development of sleep-wake structure in human ontogenesis* / London: Parthenon Publishing, 2003. P. 23-39.

56. Sterling M., Treleaven J., Jull G. Responses to a clinical test of mechanical provocation of nerve tissue in whiplash associated disorder // *Man Ther.* 2002;7(2):89-94.

57. Szlezak A. M., Georgilopoulos P., Bullock-Saxton J. E. et al. The immediate effect of unilateral lumbar Z-joint mobilisation on posterior chain neurodynamics: a randomised controlled study // *Man Ther.* 2011;16(6):609-13.

58. Treleaven J., Clamaron-Cheers C., Jull G. Does the region of pain influence the presence of sensorimotor disturbances in neck pain disorders? // *Man Ther.* 2011;16(6):636-40.

59. van Trijffel E., Anderegg Q., Bossuyt P. M. Inter-examiner reliability of passive assessment of intervertebral motion in the cervical and lumbar spine: a systematic review // *Man Ther.* 2005;10(4):256-69.

60. Walsh J., Hall T. Reliability, validity and diagnostic accuracy of palpation of the sciatic, tibial and common peroneal nerves in the examination of low back related leg pain // *Man Ther.* 2009;14(6):623-9.

## Словарь терминов и определений, использующихся в остеопатии

### А

**АДАПТАЦИЯ** (от лат. adaptatio — приспособление) — все виды врожденной и приобретенной приспособительной деятельности, которые обеспечиваются на основе физиологических процессов, происходящих на клеточном, органном, системном и организменном уровнях.



*Рис.2. Оптимальная статика. Адаптация к воздействию силы тяжести.*

**АДДУКЦИЯ** — приведение. Движение, вызывающее приближение частей тела к средней линии тела. Обычно относится к движениям конечностей.

**АБДУКЦИЯ** – отведение. Движение, вызывающее отдаление частей тела от средней линии тела. Обычно относится к движениям конечностей.

**АКТИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ** — движение, производимое пациентом самостоя-

тельно, без участия врача, но по указанию врача.

**АМПЛИТУДА ДВИЖЕНИЯ** — максимальное значение возможного смещения (активного или пассивного) анатомических структур относительно исходного положения.

**АНАБОЛИЗМ** — это совокупность процессов биосинтеза органических веществ, компонентов клетки и других структур органов и тканей. Анаболизм обеспечивает рост, развитие, обновление биологических структур, а также непрерывный ресинтез макроэргических соединений и их накопление.

**АРТИКУЛЯЦИЯ** — активный или пассивный процесс движения вокруг трех осей в трех плоскостях в суставе, не переходящего анатомического барьера.

**АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА** — см. *Диагностика артикуляционная*.

**АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА** — см. *Техника артикуляционная*.

**АСИММЕТРИЯ** — отсутствие или нарушение симметрии.

*В остеопатии используется при описании нарушения статической позиции или уменьшения диапазона подвижности в одном из направлений движения (для осевых структур), а также различий статической позиции или различий в диапазоне подвижности периферических структур (между левой и правой конечностью, например).*

**АСИНХРОНИЗМ КРАНИОСАКРАЛЬНЫЙ** — нарушение синхронной подвижности крестца и затылочной кости в рамках первичного дыхательного механизма (ПДМ), разнонаправленное движение затылочной кости и крестца. Термин применяется при оценке ритмогенного компонента соматической дисфункции.

## **Б**

**БАРЬЕР ДВИГАТЕЛЬНЫЙ** — естественное препятствие, ограничивающее движение; препятствие, ограничивающее движение в сочленении между двумя структурами.

**БАРЬЕР АНАТОМИЧЕСКИЙ** — анатомические особенности, ограничивающее активное и пассивное движение в суставе.

**БАРЬЕР ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ** — препятствие для активного или пассивного движения в сочленении, связанное с патологическими изменениями тканей.

**БАРЬЕР ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ** — естественное препятствие, ограничивающее активное и пассивное движение в сочленении между двумя структурами (мышечное, связочное).

**БИОМЕХАНИКА** — раздел естественных наук, изучающий на основе законов физики, моделей и методов механики механические свойства живых тканей, отдельных органов и систем или организма в целом, а также происходящие в них механические явления.

## **В**

**ВЕНТРАЛЬНЫЙ** — относящийся к передней поверхности тела человека.

**ВЕРТИКАЛЬ БАППЭ** — перпендикуляр к опоре, восстановленный из середины расстояния между пяточными костями и проходящий через тело человека (при осмотре пациента спереди/сзади) (рис.3).



*Рисунок 3. Вертикаль Баррэ в сагитальной плоскости при осмотре пациента сбоку.*

**ВИЗУАЛИЗАЦИЯ** — метод создания зрительного (визуального) образа объекта (органа, ткани, всего тела пациента) в сознании врача. Используется при выполнении диагностических и лечебных манипуляций.

**ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ** — относящийся к внутренним органам.

**ВИСЦЕРАЛЬНАЯ МАНИПУЛЯЦИЯ** — см. *Манипуляция висцеральная.*

**ВИТАЛЬНОСТЬ** — в живом организме — показатель способности к активной адаптации, состоятельности саногенетических механизмов, оптимизирующих физиологические процессы.

**ВНИМАНИЕ** — избирательная направленность восприятия на тот или иной объект. Способность человека сконцентрировать свои «познавательные процессы» на одном объекте с целью его изучения (познания). Это сосредоточенность и направленность психической деятельности на определенный объект.

*В остеопатии — это метод избирательного направления познаватель-*

*ных способностей (восприятия) врача на тело пациента или его отдельные части, ткани, органы. Предполагает визуализацию объекта, на который направлено внимание, на основе знаний о его анатомии и физиологии.*

**ВОСПРИЯТИЕ** — процесс формирования при помощи активных действий субъективного образа целостного предмета, непосредственно воздействующего на анализаторы. В отличие от ощущений, отражающих лишь отдельные свойства предметов, в образе восприятия в качестве единицы взаимодействия представлен весь предмет, в совокупности его инвариантных свойств. *См. Перцепция.*

## **Г**

**ГАРМОНИЗАЦИЯ** — процесс, направленный на достижение слаженной работы всех систем и органов человека.

**ГЛОБАЛЬНОСТЬ** — существование механизмов взаимодействия, единых и универсальных для всех составляющих системы человеческого организма. *См. также Холизм.*

**ГЛОБАЛЬНЫЙ ПОДХОД** — диагностическая и лечебная концепция, подразумевающая воздействие на все системы организма человека с учетом их анатомо-функционального единства.

**ГОМЕОСТАЗ** — в физиологии — относительное динамическое постоянство внутренней среды (крови, лимфы, межклеточной тканевой жидкости) и устойчивость основных жизненно важных физиологических функций (кровообращения, дыхания, терморегуляции, обмена веществ и т. д.) организма. Это основной объект адаптации.

## Д

**ДВИЖЕНИЕ** — понятие, охватывающее в самом общем виде всякое изменение и превращение; в механике — изменение положения во времени и пространстве.

**ДВИГАТЕЛЬНЫЙ СТЕРЕОТИП** — устойчивый индивидуальный комплекс условно-рефлекторных двигательных реакций, реализуемых в определенной последовательности в обеспечении позно-тонических функций (походку, почерк, осанку).

*Его основная цель состоит в формировании автоматизма ходьбы, осанки, синергического распределения активности мышц различного назначения в поддержании позы и двигательной активности, не связанной с профессиональными движениями, а являющейся базой для их реализации. Это индивидуальная пластика, грация, поза, особенности жестикюляции, позволяющие безошибочно узнать знакомого человека по походке, не видя его лица.*

**ДВИЖЕНИЕ МЕЖСЕГМЕНТАРНОЕ** — взаимосвязанное движение между двумя смежными позвоночными сегментами или в пределах позвоночно-двигательного сегмента, которое принято описывать как движение верхнего позвоночного сегмента относительно нижнего позвоночного сегмента.

**ДВИЖЕНИЕ ПАССИВНОЕ** — макро и/или микро движение тела пациента или его элементов, индуцированное остеопатом. На практике при выполнении определенных техник различают: макропозиционирование и микропозиционирование.

**ДЕКОАПТАЦИЯ** — декомпрессия на уровне сустава; разъединение суставных поверхностей.

**ДЕКОМПЕНСАЦИЯ** — нарушение деятельности органа, системы органов или



всего организма в целом, включая клеточный и субклеточный уровни, вследствие истощения или срыва его приспособительных механизмов (адаптационных процессов).

**ДЕКОМПРЕССИЯ** — разжатие, устранение сдавления, сжатия; лечебная манипуляция по устранению сдавления двух или более структур между собой.

**ДИАГНОСТИКА АРТИКУЛЯЦИОННАЯ** — диагностическая ритмическая манипуляция, направленная на определение ограничения подвижности на уровне суставов тела пациента.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ** — см. *Пальпация диагностическая.*

**ДИСФУНКЦИЯ** — обратимый процесс в виде нарушения функции, деятельности (тканей, органов, систем).

**ДОМИНИРУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ** — это дисфункция, определенная как имеющая наиболее значимую выраженность проявлений.

**ДИСФУНКЦИЯ ПЕРВИЧНАЯ** — дисфункция, являющаяся первой по времени возникновения.

**ДИСФУНКЦИЯ ВТОРИЧНАЯ** — дисфункция, возникающая вследствие первичной дисфункции.

**ДИСФУНКЦИЯ СОМАТИЧЕСКАЯ** — См. *Соматическая дисфункция.*

**ДИСТАЛЬНЫЙ** — находящийся на отдалении от средней линии тела (обычно об отделе конечности).

**ДОРСАЛЬНЫЙ** — относящийся к задней поверхности тела человека.

**ДЫХАТЕЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ (ПЕРВИЧНЫЙ)** — эндогенный ритм, реали-

зующийся через последовательную ритмическую подвижность 5 компонентов: паренхимы мозга, спинномозговой жидкости, мембран черепа, подвижность костей черепа, крестца.

## **Е**

**ЕДИНСТВО** — совокупность чего-либо, подразумевающая взаимосвязь между элементами; глобальность; целостность. См. *Холизм*.

## **Ж**

**ЖЁСТКОСТЬ** — способность материала сопротивляться деформации при внешнем воздействии. Характеристика обратная податливости. В остеопатии термин используется при субъективной пальпаторной оценке свойств тканей. См. *Податливость*.

## **З**

**ЗАКОНЫ ФРАЙЕТТА** — биомеханические законы, описывающие принципы движения групп позвонков.

**ЗДОРОВЬЕ** — состояние живого организма (или растения), при котором организм в целом и все органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. По уставу ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

## **И**

**ИНДУКЦИЯ** — влияние, навязывание (своей воли).

**ИНГИБИЦИЯ** — уменьшение влияний на определенную область тела или орган либо намеренное подавление их активности. Может быть диагностическим или лечебным приёмом.

**ИНСПИР (МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ВДОХ) (франц. inspir - вдох)** — фаза мотильности, характеризующаяся расширением и движением органа от средней линии.

**ИНТЕНЦИЯ** — направленность сознания, мышления на какой-либо предмет; в основе такой направленности лежит желание, замысел.

**ИНТРАБУКАЛЬНЫЙ** – находящийся внутри ротовой полости, внутриротовой.

## **К**

**КАУДАЛЬНЫЙ** — относящийся к ногам. Термин используется применительно к «каудальному направлению» — направлению в сторону ног пациента

**КАТАБОЛИЗМ** — совокупность процессов расщепления сложных молекул, компонентов клеток, органов и тканей до простых веществ.

**КИНЕСТЕЗИЯ** — чувство положения и перемещения как отдельных частей тела (конечностей, суставов, торса, позвоночника), так и всего человеческого тела (так называемое «мышечное чувство») - способность головного мозга постоянно автоматически осознавать положение и движение различных частей тела. Эта способность достигается за счет работы проприоцепторов, которые посылают в головной мозг импульсы от кожи, мышц, суставов и сухожилий.

**КИНЕТИКА** — движение, подвижность.

**КИФОЗ** — изгиб позвоночника в переднезадней (сагиттальной) плоскости с выпуклой стороной, обращенной к задней поверхности тела. Может быть физиоло-

гическим и патологическим. Физиологический кифоз наблюдается в грудном отделе позвоночника и в крестце.

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕХНИКА** — см. *Техника комбинированная.*

**КОМПЕНСАЦИЯ** — универсальная способность организма в той или иной мере возмещать нарушения или утрату определенных функций. Вариант адаптации.

**КОМПРЕССИЯ** — в остеопатии — сближение структур; сдавление, сжатие тканей, органов между собой.

**КОМПРЕССИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР (ТКАНЕЙ)** — вариант соматической дисфункции.

**КОНСТИТУЦИЯ ЧЕЛОВЕКА** — совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств, которые определяют своеобразие реакции организма на внешние и внутренние раздражители. Конституция человека, в отличие от его физического развития, это характеристика конкретного человека, которая остается постоянной на протяжении всей его жизни, то есть она не имеет возрастной периодизации. По сути, конституция человека — это генетический потенциал человека, продукт наследственности и среды, реализующей наследственный потенциал.

**КОНТРАКТУРА** — ограничение пассивных движений в суставе, то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или нескольких суставах, вызванное рубцовым стягиванием кожи, сухожилий, заболеваниями мышц, сустава, болевым рефлексом и другими причинами. Контрактуры принято делить на две основные группы: а) пассивные (структурные) и б) активные (неврогенные).

**КОНТРУТАЦИЯ** — физиологическое экстензионное движение крестца во время ходьбы и во время родов. Заключается в ротации крестца по поперечной оси таким образом, что основание крестца смещается кзади (дорсально) по отношению к подвздошной кости. При этом наблюдается латеральное расхождение крыльев подвздошных костей и медиальное движение (сближение) седалищных бугров.

**КОРРИГИРУЮЩИЕ СИЛЫ ВНЕШНИЕ** — лечебные силы, приложенные к пациенту извне. К ним могут относиться действия врача, воздействие окружающей среды, силы тяжести, гравитации и др.

**КОРРИГИРУЮЩИЕ СИЛЫ ВНУТРЕННИЕ** — произвольные и/или непроизвольные силы самого пациента, которые помогают процессу лечения.

**КОР-ЛИНК (CORE-LINK)** — совокупность глубоких соединительнотканых элементов позвоночника. Она включает в себя спинальную часть твердой мозговой оболочки, переднюю и заднюю продольные связки, а также желтые связки.

**КРАНИАЛЬНАЯ ОСТЕОПАТИЯ** — раздел остеопатии, рассматривающий череп, краниосакральную систему и дисфункции, связанные с краниосакральной системой.

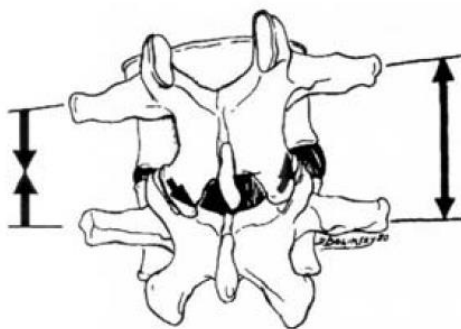
**КРАНИАЛЬНЫЙ** — имеющий отношение к голове, черепу, головному концу тела. Краниальное направление — направление в сторону головы пациента.

**КРАНИАЛЬНЫЙ РИТМИЧЕСКИЙ ИМПУЛЬС (КРИ)** — эндогенный ритм тела человека, проявляющийся в виде ритмической подвижности тканей головного и спинного мозга. Является одним из компонентов ПДМ. *См. ПДМ.*

**КРАНИОСАКРАЛЬНАЯ СИСТЕМА** — термин, используемый для описания анатомической и функциональной связи между затылочной костью и крестцом при помощи твердой мозговой оболочки и спинномозговой жидкости.

# Л

**ЛАТЕРОФЛЕКСИЯ** — боковой наклон (для осевых структур) (рис.4). Синоним – сайдбендинг (транслитерация английского термина, означающего боковой наклон).



*Рисунок4. Латерофлексия позвонка.*

**ЛИКВОР** (син. спинномозговая жидкость, цереброспинальная жидкость) — жидкость, постоянно циркулирующая в желудочках головного мозга, ликворопроводящих путях, субарахноидальном (подпаутинном) пространстве головного и спинного мозга.

**ЛИМФОДРЕНАЖНАЯ ТЕХНИКА** (син. лимфодренаж) — см. *Техника лимфодренажная.*

**ЛИФТ** — мануальный прием, направленный на смещение структур в направлении против силы тяжести.

**ЛОКАЛИЗАЦИЯ** — местоположение, сосредоточение; определение месторасположения чего-либо; сосредоточение чего-либо в одном месте.

**ЛОКАЛЬНЫЙ** — местный; частный; характерный для данной области; не выходящий за пределы данной области.

**ЛОРДОЗ** - изгиб позвоночника в переднезадней (сагиттальной) плоскости с выпуклой стороной, обращенной к передней поверхности тела. Может быть физиологическим и патологическим. Физиологический лордоз наблюдается в поясничном и шейном отделах позвоночника.

## **М**

**МАНИПУЛЯЦИЯ** — мануальный прием, выполняемый врачом-osteопатом по отношению к телу пациента.

**МАНИПУЛЯЦИЯ ЛЕЧЕБНАЯ** – коррекция соматической дисфункции методами остеопатии.

**МАНИПУЛЯЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ** - метод обнаружения и оценки соматической дисфункции.

**МЕЖСЕГМЕНТАРНОЕ ДВИЖЕНИЕ** — с. м. *Движение межсегментарное.*

**МЕМБРАН ВЗАИМНОЕ НАТЯЖЕНИЕ** — состояние равновесного натяжения между собой серпа мозга, серпа мозжечка, палатки мозжечка, диафрагмы турецкого седла и спинальной твердой мозговой оболочки.

**МЕМБРАНЫ РЕЦИПРОКНОГО (ВЗАИМНОГО) НАТЯЖЕНИЯ** — комплекс мембран, включающий серп мозга, серп мозжечка, намет мозжечка, палатку гипофиза и спинальную часть твердой мозговой оболочки. Являются неотъемлемой частью краниосакральной системы и первичного дыхательного механизма.

**МЕМБРАНЫ ЧЕРЕПА** — совокупность следующих элементов твердой мозговой оболочки: серпа мозга, серпа мозжечка, палатки мозжечка, палатки гипофиза. (Являются дубликатами ТМО).

**МЕТАБОЛИЗМ** – обмен веществ, совокупность процессов превращения веществ и энергии в живом организме и обмен веществами и энергией между организмом и окружающей средой.

**МЕТОДОЛОГИЯ** — 1. Учение о научном методе познания, в широком смысле — о методах познания вообще.

2. Совокупность методов, применяемых в остеопатии. Система принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности врача-osteopата. Система обучения остеопатии.

**МЕХАНОРЕЦЕПТОРЫ** — окончания чувствительных нервных волокон, реагирующие на механическое раздражение или иную деформацию, действующую извне, или возникающие во внутренних органах. Различают механорецепторы статических и динамических раздражений.

**МОБИЛИЗАЦИЯ** — диагностическая или коррекционная манипуляция, направленная на улучшение подвижности в тканях в одной-двух плоскостях.

**МОБИЛЬНОСТЬ** — в широком смысле: подвижность. Механическое движение, подвижность тела и его структур (всего организма, его отделов, органов, систем органов, тканей). Может быть произвольной или непроизвольной. В висцеральной остеопатии — это механическая подвижность (или макроподвижность) внутренних органов, связанная с движением грудобрюшной диафрагмы.

**МОТИЛЬНОСТЬ** - это ритмогенная составляющая собственного движения органа, отражающая физиологические метаболические процессы, происходящие внутри органа. Выделяют фазу ритмического вдоха (инспир) и выдоха (экспир).

**МЭТ** - (мышечно-энергетические техники, син. нейромышечные техники, техники Мышечных энергий, техники Фрэда Митчелла) — методы диагно-



стики и лечения, использующие незначительное по интенсивности мышечное усилие пациента для выполнения коррекции соматических дисфункций. Термин возник в результате дословного перевода с английского языка. Под словом энергия подразумевается работа мышц.

## **Н**

**НАПРЯЖЕНИЕ (МЕХАНИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ)** — мера внутренних сил, возникающих в деформируемом теле под влиянием различных факторов. Механическое напряжение в точке тела определяется как отношение внутренней силы к единице площади в данной точке рассматриваемого сечения.

Напряжения являются результатом взаимодействия структурных единиц тела при его нагружении. Внешние силы стремятся изменить взаимное расположение частиц, а возникающие при этом напряжения препятствуют смещению частиц, ограничивая их расположение в большинстве случаев некоторой малой величиной.

**НЕЙТРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ** — исходное положение структур тела человека, относительно которого может происходить движение в разных направлениях. На примере сустава: нейтральное положение — это такое положение суставных поверхностей, в котором возможно совершить все физиологические движения, характерные для данного сустава.

**НЕЙТРАЛЬНОСТЬ** — определенное психофизиологическое состояние врача-osteопата, необходимое для выполнения остеопатических манипуляций. Оно позволяет минимизировать искажение информации, полученной при обследовании пациента, а так же устранить произвольное влияние врача на пациента во время выполнения коррекции. Различают следующие виды нейтральности:

- нейтральность физическая – это положение тела врача, требующее минимальных мышечных усилий и обеспечивающее устойчивую позу;

- нейтральность эмоциональная – это такой эмоциональный фон врача, который не искажает информацию, полученную при обследовании пациента, и не оказывает информационной нагрузки на пациента;

- нейтральность ментальная – состояние мыслительной деятельности врача-osteopата, которое не искажает информацию, полученную при обследовании пациента, и не оказывает информационной нагрузки на пациента;

**НОРМА** — междисциплинарное понятие, используемое в различных науках для обозначения некоторой количественной или качественной характеристики. Норма - это

- наиболее часто встречающийся случай некоторого параметра (признака), определяемый как среднестатистическая величина.
- допустимый диапазон значений, при которых явления и системы сохраняют свои качества и функции.
- понятие, используемое в медицине и психологии для обозначения здоровья и психического развития человека. Нормальным считается состояние организма или органа, которое не нарушает его функционирования.

**НОЦИЦЕПТОР** (син. **ноцирецептор**) — периферический болевой рецептор.

**НУТАЦИЯ** — физиологическое флексионное движение крестца во время ходьбы и родов. Заключается в ротации крестца по поперечной оси таким образом, что основание крестца смещается кпереди (вентрально) по отношению к подвздошной кости. При этом наблюдается медиальное движение крыльев подвздошных костей и латеральное движение (расхождение) седалищных бугров.

## **О**

**ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ** — уменьшение диапазона физиологической подвижности по причине сопротивления или препятствия движению со

стороны измененных тканей.

**ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ** - патоморфологическое изменение в тканях.

**ОСТЕОПАТ** — врач, дипломированный специалист по специальности остеопатии.

**ОСТЕОПАТИЯ** — холистическая мануальная медицинская система профилактики, диагностики, лечения и реабилитации последствий соматических дисфункций, влекущих за собой нарушение здоровья, направленная на восстановление природных способностей организма к самокоррекции.

**ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ** — коррекция соматических дисфункций методами остеопатии. Набор манипуляций, выполняемых остеопатом во время приема.

**ОСЯЗАНИЕ** (син. **тактильное чувство**)— одно из пяти основных видов чувств, к которым способен человек, заключающееся в способности ощущать прикосновения, воспринимать что-либо рецепторами, расположенными в коже, мышцах, слизистых оболочках. Различный характер имеют ощущения, вызываемые прикосновением, давлением, вибрацией, действием фактуры и протяженности. Обусловлены работой двух видов рецепторов кожи: нервных окончаний, окружающих волосные луковицы, и капсул, состоящих из клеток соединительной ткани.

**ОЩУЩЕНИЕ** — элементарное содержание, лежащее в основе чувственного знания внешнего мира. Ощущения относятся не к предмету в целом, а лишь к его отдельным свойствам, «качествам». Ощущения, относящиеся к внешнему миру, делятся по их модальности на зрительные, слуховые, осязательные, обонятельные и вкусовые.

## П

**ПАЛЬПАТОРНЫЙ КОНТАКТ (ПАЛЬПАТОРНЫЙ ТКАНЕВОЙ КОНТАКТ)** — целенаправленный механический контакт руки врача-остеопата с определенными тканями пациента, характеризующийся последовательной пальпацией тканей, при котором сохраняется нейтральное положение тканей.

**ПАЛЬПАЦИЯ** — метод медицинского ручного обследования больного. Пальпация основана на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, объём, размер, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа.

**ПАЛЬПАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ** — основной диагностический метод для оценки состояния тканей тела, органов, систем и получения информации о наличии ограничения подвижности в них.

**ПАССИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ** — *см. Движение пассивное.*

**ПАТТЕРН** – (англ. схема, шаблон) устойчивая модель движения или положения тканей, органов или всего организма, характерная для данного пациента. Например, «паттерн ходьбы», «паттерн черепа».

**ПАТТЕРН ЧЕРЕПА** — устойчивая пространственная модель измененной подвижности костей черепа.

**ПДМ - ПЕРВИЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ** — *см. Дыхательный механизм первичный.*

**ПЕРЦЕПЦИЯ** – 1. Диагностический мануальный приём, использующийся врачом-остеопатом для получения информации от тела пациента о

наличии и характере соматических дисфункций. В отличие от пальпации, при перцепции остеопат делает заключение о наличии и характере соматической дисфункции в теле пациента, основываясь на личном опыте диагностики дисфункций.

2. Познавательный процесс, формирующий субъективную картину мира. Это психический процесс, заключающийся в отражении предмета или явления в целом при его непосредственном воздействии на рецепторные поверхности органов чувств. Термин, тождественный восприятию. *См. Восприятие.*

**ПОДВИЖНОСТЬ** – способность структур тела к движению, активному или пассивному. *См. Движение.*

**ПОЗВОНОЧНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ (ПДС)** — два смежных полу-позвонка с межпозвоночным диском между ними, суставными, связочными, мышечными, сосудистыми, лимфатическими и нервными структурами (рис.5).



*Рисунок 5. Позвоночный сегмент.*

**ПЛОСТКОСТЬ** – двухмерное пространство. По отношению к телу человека

различают следующие плоскости (рис.6):

- сагитальная - вертикальная плоскость, которая проходит спереди назад и делит тело на левую и правую части;

- фронтальная – вертикальная плоскость, которая проходит слева направо и делит тело на переднюю и заднюю поверхности;

- горизонтальная – плоскость, проходящая через тело и соответствующая линии горизонта (плоскость, которая в декартовой системе координат перпендикулярна вертикальной оси OZ и параллельна плоскости XY);

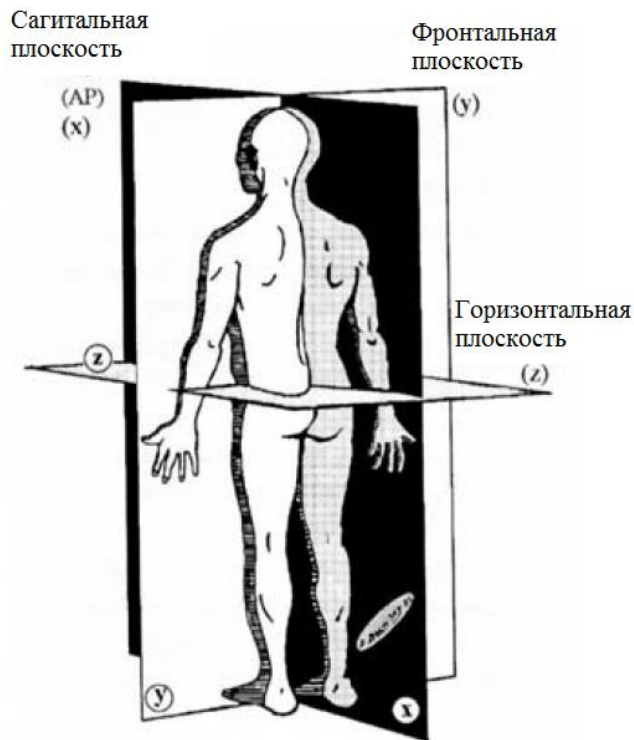


Рисунок 6. Плоскости тела.

**ПОДАТЛИВОСТЬ** - свойство материала (в том числе, тканей тела), характери-

зуемое отношением упругого перемещения к приложенной нагрузке. Податливость — величина, обратная жесткости. В остеопатии термин используется при субъективной пальпаторной оценке свойств тканей. *См. Жесткость, Упругость.*

**ПОРАЖЕНИЕ (ПОВРЕЖДЕНИЕ)** — *см. Дисфункция.*

**ПОСТУРА** — положение тела; поза пациента; положение стоя; осанка; физиология прямостояния.

**ПОСТУРАЛЬНЫЙ** — имеющий отношение к позуре, осанке, физиологии прямостояния.

**ПОСТУРАЛЬНЫЙ БАЛАНС** (син. **постуральное равновесие**) — состояние оптимальной адаптации тела пациента к воздействию силы тяжести в вертикальном положении. Состояние оптимального, симметричного распределения массы тела под воздействием силы тяжести в положении стоя.

**ПОСТУРАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС** — нарушение адаптации тела к воздействию силы тяжести (в положении стоя).

**ПОСТУРОЛОГИЯ** — наука, изучающая механизмы поддержания человеком определенной позы, изучающая физиологию прямостояния, также изучающая позы тела человека с целью выявить заболевания, функциональные нарушения.

**ПРОКСИМАЛЬНЫЙ** – находящийся вблизи от средней линии тела (обычно об отделе конечности).

**ПРОНАЦИЯ** — вращение кисти вокруг ее длинной оси так, чтобы ее ладонная поверхность оказалась повернутой к срединной линии тела. Если стоя вытянуть руки вперед, то в положении пронации ладони будут опущены каудально (вниз).

**ПРОПРИОРЕЦЕПТОРЫ** (син. **проприоцепторы, механические рецепторы сенсорных систем**) — периферические элементы сенсорных органов, расположенные в опорно-двигательном аппарате: мышцах, связках, суставных сумках.

**ПРОПРИОЦЕПЦИЯ** — ощущение относительного положения частей тела в статике и при их движениях у человека; иными словами — ощущение своего тела.

**ПСИХО-ВИСЦЕРО-СОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ** – соматические дисфункции, затрагивающие психическую сферу, висцеральную и соматическую сферу тела человека.

## **Р**

**РЕГИОН** – выделяемая при остеопатическом осмотре часть тела, включающая органы и ткани, объединенные анатомическими взаимосвязями.

Регионы тела:

- регион головы,
- шейный регион (висцеральная и вертебральная часть),
- грудной регион (висцеральная и вертебральная часть),
- поясничный регион (висцеральная и вертебральная часть),
- тазовый регион (висцеральная и вертебральная часть),
- регион верхней конечности (левый и правый),
- регион нижней конечности (левый и правый),
- регион твердой мозговой оболочки (ТМО).

**РЕГИОНЫ ОСЕВЫЕ** – части тела, располагающиеся по ходу вертикальной оси тела. А именно: регион головы, шейный регион, грудной, поясничный, тазовый и регион ТМО.

**РЕКОЙЛ** — тип коррекции, заключающийся во введении в напряжение тканей тела в определенном направлении с целью накопления ими кинетической энергии.



гии и последующей резкой декомпрессией.

**РЕТРАКЦИЯ** — сужение, уменьшение объема.

**РЕЦЕПТОР** — чувствительное нервное окончание или специализированная клетка, преобразующие воспринимаемое раздражение в нервные импульсы.

**РЕФЛЕКС** — детерминированная или приобретенная стереотипная реакция живого организма на раздражитель, проходящая с участием нервной системы. Рефлексы существуют у многоклеточных живых организмов, обладающих нервной системой, осуществляются посредством рефлекторной дуги. Рефлекс — основная форма деятельности нервной системы.

**РЕФЛЕКС ВИСЦЕРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ** — рефлекс, начало и конец рефлекторной дуги которого находятся на уровне внутренних органов.

**РЕФЛЕКС ВИСЦЕРО-СОМАТИЧЕСКИЙ** — рефлекс с началом дуги на уровне внутреннего органа и окончанием дуги на соматическом уровне.

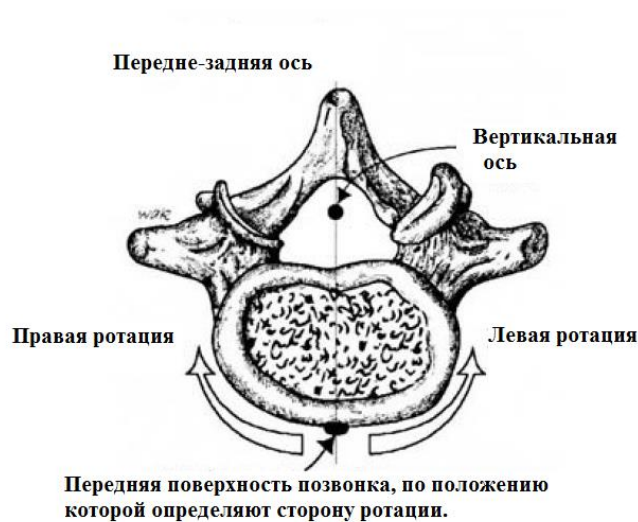
**РЕФЛЕКС СОМАТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ** — рефлекс, начало дуги которого находится на соматическом уровне (на уровне мышц, связок, фасций), а конец — на уровне внутреннего органа.

**РЕФЛЕКС СОМАТО-СОМАТИЧЕСКИЙ** — рефлекс, афферентное и эфферентное звенья которого находятся на уровне внутренних органов, т. е. и начало и конец рефлекторной дуги находятся на соматическом уровне (мышц, связок, фасций); т. е. ситуация, когда раздражение рецепторов соматической структуры приводит к реакции со стороны другой соматической структуры.

**РИТМ** — чередование каких-либо элементов (например, звуковых или речевых), происходящее с определенной последовательностью, частотой; скорость

протекания, совершения чего-либо.

**РОТАЦИЯ** — вращение, поворот. В остеопатии — вид движения структур: движение вокруг оси в определенной плоскости по округлой траектории; круговое движение, вращение. Для описания некоторых движений в остеопатии используют термин «деротация» — ротация в противоположном направлении. Например, ротация позвонков (рис.7).



*Рисунок 7. Ротация позвонка.*

**РОТАЦИЯ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА НАРУЖНАЯ И ВНУТРЕННЯЯ** — в краниальной остеопатии — условное обозначение движения парных костей черепа на фазах первичного черепного вдоха и первичного черепного выдоха соответственно.

**РОТАЦИЯ ПОЗВОНКА** — движение позвонка вокруг вертикальной оси в горизонтальной плоскости; сторона ротации называется по стороне отклонения тела позвонка (левая, правая).

**РЫЧАГ** — твердое тело, которое может вращаться вокруг неподвижной опоры. Рычаг — простейшее механическое устройство, представляющее собой твердое тело (перекладину), вращающееся вокруг точки опоры. Стороны пере-

кладины по бокам от точки опоры называются плечами рычага.

## С

**САГИТТАЛЬНЫЙ** — данный термин применяется для описания дорсовентральной плоскости (плоскости, проходящей в направлении от спины к животу), которая проходит сверху вниз вдоль срединной оси симметрии тела, разделяя его на правую и левую половины.

**САНОГЕНЕЗ** (лат. *sanus* — здоровый и греч. *γενεσις* — происхождение, возникновение) — комплекс защитно-приспособительных механизмов, направленный на сохранение и восстановление способности к саморегуляции организма.

**САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ** – комплекс реакций организма, обеспечивающий защиту, адаптацию и компенсацию.

**САТЕРЛЕНДА ТОЧКА** – виртуальная точка сбалансированного напряжения мембран черепа (по В. Г. Сатерленду). Соответствует области начала прямого синуса мозга.

**СИЛА** — векторная физическая величина, являющаяся мерой интенсивности воздействия на данное тело других тел, а также полей. Приложенная к массивному телу, сила является причиной изменения его скорости или возникновения в нем деформаций и напряжений. Сила как векторная величина характеризуется модулем, направлением и точкой приложения.

**СИНХРОНИЗАЦИЯ** — процесс восприятия эндогенных ритмов тела пациента без вмешательства в эти ритмы. Также это лечебный прием, заключающийся в приведении к одному значению параметров эндогенных ритмов различных структур тела пациента. Термин близкий по значению к термину «уравновешивание».

**СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦЫ ИЗОКИНЕТИЧЕСКОЕ** — вид мышечного сокращения, производимого пациентом, при котором сила пациента постоянна. Врач противодействует пациенту, но сила пациента больше силы врача. При этом происходит сближение точек прикрепления мышцы. Такой вид МЭТ используется для укорочения мышцы, для ее «усиления».

**СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦЫ ИЗОЛИТИЧЕСКОЕ** — вид мышечного сокращения, производимого пациентом, при котором сила пациента постоянна, но меньше силы врача. Врач противодействует пациенту таким образом, что, несмотря на сокращение мышцы пациента, точки прикрепления мышцы удаляются друг от друга. Такой вид МЭТ используется при лечении фиброзированных мышц.

**СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦЫ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЕ**— 1.Фаза мышечного сокращения, при котором работа выполняется за счет увеличения тонуса мышц при постоянной длине мышечного волокна (значительный расход энергии)  
2. Вид мышечного сокращения, производимого пациентом, при котором сила постоянна, но точки прикрепления мышцы не сближаются. Врач противодействует пациенту, их силы равны. Применяется в МЭТ. Данный вид МЭТ используется для достижения эффекта постизометрической релаксации — удлинения и «ослабления» мышцы после такого сокращения.

**СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦЫ ИЗОТОНИЧЕСКОЕ** — 1.Фаза мышечного сокращения, при котором работа выполняется за счет изменения длины мышечного волокна при постоянном тонусе мышц (экономичный расход энергии).  
2. Сокращение мышц с постоянной силой против силы врача, при котором точки прикрепления мышцы сближаются. Применяется в МЭТ. Диагностический прием, выявляющий «силь-

ные» и «слабые» мышцы.

**СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦЫ КОНЦЕНТРИЧЕСКОЕ** – любое мышечное сокращение, происходящее с укорочением мышцы (уменьшением расстояния между точками её прикрепления).

**СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦЫ ЭКСЦЕНТРИЧЕСКОЕ** - любое мышечное сокращение, происходящее с удлинением мышцы (увеличением расстояния между точками её прикрепления).

**СОМАТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ** — функциональное нарушение, проявляющееся биомеханическим, ритмогенным и нейродинамическим компонентами.

– **биомеханическая составляющая соматической дисфункции** — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением податливости и равновесия тканей тела человека;

– **ритмогенная составляющая соматической дисфункции** — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением выработки, передачи и синхронизации эндогенных ритмов;

– **нейродинамическая составляющая соматической дисфункции** — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением нервной регуляции.

**СПРЕД** (англ. – разведение) — техника коррекции соматических дисфункций, прием, целью которого является разведение тканей тела в пределах одной или более структур.

**СТАТИКА** — раздел механики, в котором изучаются условия равновесия механических систем под действием приложенных к ним сил и моментов.

**СТРЕЙН** (англ. – напряжение) – напряжение в тканях. Может являться соматической дисфункцией (латеральный стрейн, вертикальный стрейн).

**СТЕРЖНЕВАЯ ТОЧКА (ЧЕРЕПА)**– область шва черепа, в которой происхо-

дит перемена направления скоса грани шва.

**СТРЕСС** - состояние, возникающее при действии чрезвычайных раздражителей на организм, приводящее к появлению и напряжению неспецифических адаптационных механизмов (комплекс ОАС), мобилизация которых направлена на приспособление организма.

**СТРУКТУРА** — внутреннее устройство чего-либо; совокупность устойчивых связей объекта, обеспечивающих сохранение его основных свойств при различных внешних и внутренних изменениях; основная характеристика системы, ее инвариантный аспект. В остеопатии — скелетно-мышечная система человека.

**СТЕКИНГ** – англ. нанизывание. Техника коррекции соматических дисфункций, использующая наложение различных параметров коррекции друг на друга.

**СУПИНАЦИЯ** — вращение кисти вокруг ее длинной оси так, чтобы ее ладонная поверхность оказалась повернутой от срединной линии тела. Если стоя вытянуть руки вперед, то в положении супинации ладони будут направлены цефалически (вверх).

## **Т**

**ТЕНСЕГРИТИ** - 1. Принцип построения конструкций, основанный на использовании элементов, работающих только на сжатие или только на растяжение.

2. Способность каркасных конструкций использовать взаимодействия работающих на сжатие цельных элементов с работающими на растяжение составными элементами.

*Инженерный термин. Первоначально термин был изобретён Ричардом Бакминстером Фуллером и использовался в архитектуре. Впервые был применён к человеческому телу Карлосом Костанедой.*

**ТЕХНИКА ОСТЕПАТИЧЕСКАЯ** — лечебный приём, лечебная манипуляция, проводимая остеопатом по отношению к телу пациента.

**ТЕХНИКА АРТИКУЛЯЦИОННАЯ** — лечебный прием, направленный на улучшение подвижности в суставах тела пациента. Заключается в осуществлении ритмичных физиологических движений в суставе с постепенным увеличением амплитуды в пределах анатомо-физиологического барьера.

**ТЕХНИКА ВЫСОКОСКОРОСТНАЯ НИЗКОАМПЛИТУДНАЯ** (син. **траст**) — лечебный прием, техника коррекции использующийся для коррекции соматических дисфункций суставов. Относится к прямым техникам. Ее принцип заключается в преодолении двигательного барьера за счет использования двигательного импульса, обладающего высокой скоростью и низкой амплитудой движения, направленного в сторону преодоления барьера.

**ТЕХНИКА КОМБИНИРОВАННАЯ** (син. **полупрямая**) — мануальный лечебный прием, совмещающий принципы, элементы или фазы выполнения прямой и не прямой техник — последовательно не прямой и прямой техник.

**ТЕХНИКА ЛИМФОДРЕНАЖНАЯ** (син. **лимфодренаж**) — специальная мануальная манипуляция, используемая для оптимизации функции лимфатической системы.

**ТЕХНИКА МЫШЕЧНОЙ ЭНЕРГИИ** — см. *Мышечных энергий техники.*

**ТЕХНИКА НЕПРЯМАЯ** — мануальный лечебный прием, при выполнении которого воздействие врача направлено в сторону, противоположную барьеру, «от барьера», в сторону свободного движения, наилучшей подвижности.

**ТЕХНИКА ПРЯМАЯ** — мануальный лечебный прием, при выполнении которого воздействие врача направлено в сторону барьера, «против барьера» в сторону ограничения подвижности.

**ТОРСИЯ** — скручивание структуры, вызванное разнонаправленным действием двух сил. Может быть дисфункцией. Применительно к черепу торсия — это один из паттернов сфено-базиллярного синхондроза (СБС).

**ТОЧКА ПОКОЯ** — определенное состояние тканей пациента, при котором врач-остеопат ощущает остановку всякого движения в тканях.

**ТРАКЦИЯ** — тяга, натяжение, растягивание. Мануальный прием, направленный на растяжение структур, на отдаление двух структур друг от друга, на отдаление элементов одной структуры друг от друга. Действие, противоположное компрессии.

**ТРАСТ** – см. техника высокоскоростная низкоамплитудная (англ. – толчок).

**ТРАНСЛЯЦИЯ** (син. **шифт**)— вид подвижности, заключающийся в латеральном смещении структуры относительно нейтрального положения строго во фронтальной плоскости.

**ТРИГГЕРНАЯ ТОЧКА, ЗОНА, ОБЛАСТЬ** — точка, зона или область тканей, болезненная при надавливании на нее; и всегда сопровождающаяся феноменом отдачи с характерной вегетативной окраской.

## У

**УРАВНОВЕШИВАНИЕ** — прием, имеющий целью приведение к одному значению нескольких параметров разных элементов тела пациента.

**УПРУГОСТЬ** (син. **эластичность**) - свойство тканей организма под действием



механических напряжений деформироваться обратимо: после снятия напряжений ткань остается недеформированной.

## **Ф**

**ФАСЦИАЛЬНОЕ РАСКРУЧИВАНИЕ** — непрямая техника коррекции фасциальных дисфункций. Заключается в достижении максимального баланса всех напряжений в фасциальном каркасе тела.

**ФАСЦИАЛЬНОЕ ПРОСЛУШИВАНИЕ** – диагностический приём, позволяющий врачу-остеопату выявлять соматические дисфункции, в частности, дисфункции фасций.

**ФАСЦИЯ** — соединительнотканная оболочка, покрывающая органы, сосуды, нервы и образующая футляры для мышц у позвоночных животных и человека; выполняет опорную и трофическую функции.

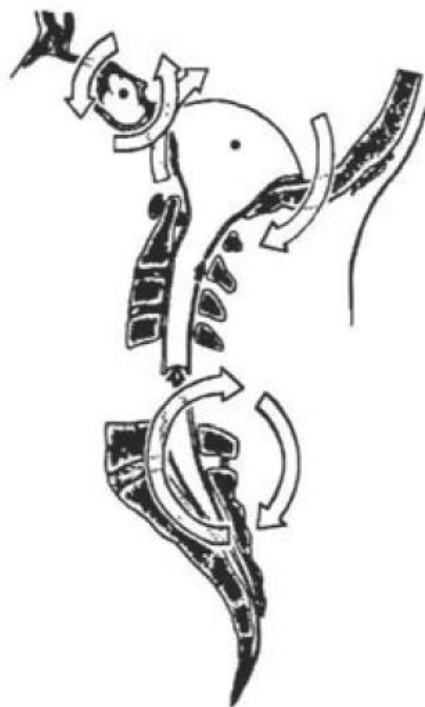
Определенный вид соединительной ткани. Совокупность всех фасциальных элементов тела: оболочек мышц, связок, сухожилий. Иногда под термином «фасции» понимают совокупность всех соединительно-тканых элементов тела.

**ФИКСАЦИЯ** – наличие двигательного барьера. Син. дисфункция. См. *Дисфункция*.

**ФЛЕКСИЯ** — сгибание. В случае конечностей — приближение дистальных отделов к проксимальным (рис.8). В краниальной остеопатии — движение непарных костей черепа на фазе первичного черепного вдоха (рис.9).



*Рисунок 8. Флексия позвоночника.*



*Рисунок 9. Краниосакральная флексия.*

**ФРОНТАЛЬНЫЙ** — имеющий отношение к области лба, лобной кости.

**ФУНКЦИЯ** — работа, подвижность, производимая органом, системой, организмом в рамках своих анатомических особенностей.

**ФУЛЬКРУМ** — точка опоры, основа для выполнения каких-либо действий врача.

Различают:

- **физический фулькрум** — точка опоры, служащая для создания рычага;
- **ментальный фулькрум** — совокупность знаний и определенных психофизиологических состояний врача, необходимых для выполнения манипуляции.

**ФУЛЬКРУМ САТЕРЛЕНДА (ДИНАМИЧЕСКИЙ)** – точка баланса сил натяжения внутричерепных мембран, которая смещается в пределах прямого венозного синуса во время цикла вдох-выдох кранио-сакральной системы.

## **Х**

**ХОЛИЗМ** — в широком смысле позиция в философии и науке по проблеме соотношения части и целого, исходящая из качественного своеобразия и приоритета целого по отношению к его частям. Холизм рассматривает целое как нечто большее, чем совокупность его частей.

В узком смысле под холизмом понимают философию целостности, разработанную южноафриканским философом Я. Смэтсом, который ввел в философскую речь термин «холизм» в 1926 г., опираясь на слова из «Метафизики» Аристотеля «целое больше, чем сумма его частей».

**ХОЛИСТИЧЕСКИЙ** — относящийся к холизму; рассматривающий целое как нечто большее, чем сумма его частей

## **Ц**

**ЦЕФАЛИЧЕСКИЙ** — относящийся к голове, к головному концу тела. В цефалическом направлении — по направлению к голове. То же, что и краниальный.

## Ч

**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ** — способность объекта реагировать определенным образом на определенное малое воздействие, а также количественная характеристика этой способности.

**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТАКТИЛЬНАЯ** — *см. Осязание.*

## Э

**ЭКСПАНСИЯ** — расширение во все стороны, увеличение объема.

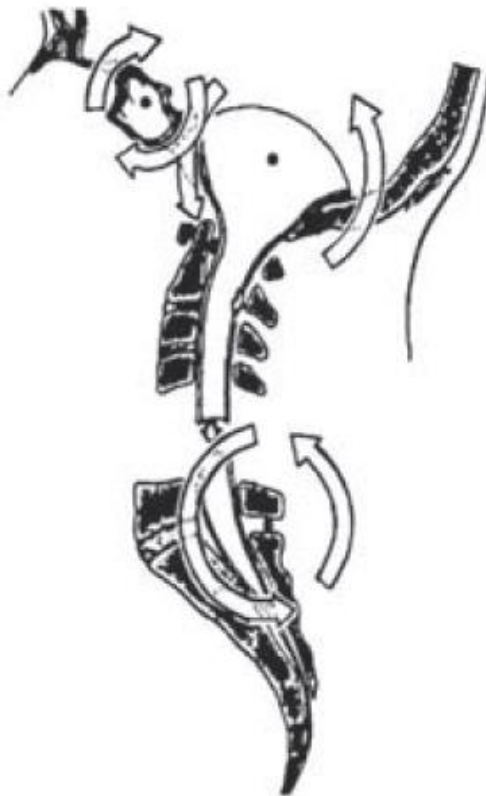
**ЭКСПИР (МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ВЫДОХ)** (франц. *expir* - выдох) — фаза мотильности, характеризующаяся сжатием и движением органа к средней линии.

**ЭКСТЕНЗИЯ** — разгибание. В случае конечностей — отдаление дистальных отделов от проксимальных (рис.10).

В краниальной остеопатии — движение непарных костей черепа на фазе первичного черепного выдоха (рис.11).



*Рисунок 10. Экстензия позвоночника.*



*Рисунок 11. Краниосакральная экстензия.*

**ЭЛАСТИЧНОСТЬ** – см. Упругость.

**ЭНДОГЕННЫЕ РИТМЫ** – ритмы, вырабатывающиеся в тканях тела человека (диафрагмальное дыхание, сердечный ритм, краниальный ритм и др.).

## **Авторский коллектив**

1. Мохов Д.Е. – д.м.н., зав. кафедрой остеопатии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, директор Института остеопатии СПбГУ
2. Белаш В.О. – ассистент кафедры остеопатии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
3. Кузьмина Ю.О. – к.м.н., доцент кафедры остеопатии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
4. Лебедев Д.С.- ассистент Института остеопатии СПбГУ
5. Мирошниченко Д.Б. - ассистент кафедры остеопатии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
6. Трегубова Е.С. – д.м.н., зам. директора Института остеопатии СПбГУ
7. Ширяева Е.Е. - к.м.н., доцент кафедры остеопатии СЗГМУ им. И. И. Мечникова