

УДК 616.31(07)  
ББК 56.6я7  
Б18

**Баиров А.Г.** Остеопатия в педиатрии. СПб., «Человек», 2018. – 100 с.

**Автор:**

**Баиров Али Гиреевич** – к.м.н., доцент, главный хирург ДГБ №2 Св. Марии Магдалины г. Санкт-Петербурга

В этой книге автор – детский хирург, подводит итоги своей работы в системе остеопатической медицины. В выводах он опирается на опыт лечения более чем 2500 больных детей в течение 25 лет в амбулатории и клинике.

В книге нет противопоставления аллопатических и остеопатических методов. Эта книга вообще не о методах. Это попытка обоснования деятельности детского врача, применяющего при оказании помощи ребенку философию лечения, которая лежит в основе остеопатии. Автор анализирует систему отношений «пациент – врач» на основании философии XX в. и пытается сделать шаг в XXI в., в котором мы начинаем жить.

Убедительные результаты клинических наблюдений подтверждают пользу остеопатического мышления и мануальных приемов в детской лечебной практике.

Издательство ООО «Человек»  
Санкт-Петербург, 5 линия В.О., д. 68, к. 2.  
Подписано в печать 22.12.2017. Формат 60×90/16.  
Гарнитура Ариал. Усл. печ. л. 6,25. Тираж 500 экз.  
Отпечатано в типографии «Артемиды».

ISBN 978-5-93339-401-3

© А.Г. Баиров, 2018  
© Издательство «Человек», 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Предисловие .....                                                                           | 5         |
| <b>Глава 1. Теоретические основы остеопатической медицины.....</b>                          | <b>6</b>  |
| 1.1. Вступление. Основы философского учения остеопатии.....                                 | 6         |
| 1.2. Моя философия (по следам Стилла) .....                                                 | 7         |
| 1.2.1. Какие свойства человека могут определять его потенцию к взаимопрониканию? .....      | 8         |
| 1.2.2. Возникновение и формирование сущности человек.....                                   | 10        |
| 1.2.3. Что создает и контролирует функцию Человека?.....                                    | 13        |
| 1.2.4. Цель существования человека – вывод .....                                            | 16        |
| 1.3. Человек-Пациент .....                                                                  | 16        |
| 1.4. Врач в сущности Пациент-Врач .....                                                     | 17        |
| 1.4.1. Как происходит взаимопроникание врача с пациентом?.....                              | 22        |
| 1.4.2. Как создать в себе или обнаружить «osteopathic» чувство? .....                       | 26        |
| <b>Глава 2. Остеопатия в педиатрии .....</b>                                                | <b>28</b> |
| 2.1. Особенности остеопатической терапии у детей.....                                       | 28        |
| 2.1.1. Родовая травма .....                                                                 | 29        |
| 2.1.2. Энергия бытия у ребенка .....                                                        | 30        |
| 2.1.3. Постнатальное развитие .....                                                         | 30        |
| 2.2. Остеопатическая терапия при пороках развития и генетических заболеваниях у детей ..... | 33        |
| 2.2.1. Пороки развития .....                                                                | 33        |
| 2.2.2. Генетические заболевания .....                                                       | 35        |
| <b>Глава 3. Работа остеопата в клинической больнице.....</b>                                | <b>37</b> |
| 3.1. Саногенез.....                                                                         | 37        |
| 3.2. Остеопатическая медицина в детской клинической больнице.....                           | 40        |
| 3.2.1. Работа остеопата в отделении реанимации .....                                        | 41        |
| 3.3. Остеопатическое лечение урологических заболеваний .....                                | 45        |
| 3.3.1. Пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс.....                                        | 47        |
| 3.3.2. Обструктивный уретерогидронефроз.....                                                | 50        |
| 3.3.3. Простой гидронефроз .....                                                            | 52        |
| 3.4. Остеопатическое лечение заболеваний органов дыхания.....                               | 55        |
| 3.4.1. Бронхиальная астма.....                                                              | 55        |
| 3.4.2. Полисегментарная или вирусная пневмония.....                                         | 56        |
| 3.5. Острый гематогенный остеомиелит .....                                                  | 60        |
| 3.5.1. Острый деструктивный сакроилеит .....                                                | 64        |

|                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.5.2. Токсико-септическое и септико-пиемическое течение<br>остеомиелита.....                     | 67        |
| 3.6. Остеопатия в детской проктологии.....                                                        | 68        |
| 3.7. Пилороспазм и пилоростеноз.....                                                              | 69        |
| 3.8. Лечение гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) в системе<br>osteopathic medicine.....           | 71        |
| 3.9. Травма у детей и остеопатия.....                                                             | 73        |
| 3.9.1. Повреждение мягких тканей.....                                                             | 74        |
| 3.9.2. Артрит.....                                                                                | 75        |
| 3.9.3. Переломы костей конечностей.....                                                           | 77        |
| 3.9.4. Работа остеопата при переломах позвоночника и таза.....                                    | 78        |
| 3.10. Послеоперационное остеопатическое сопровождение.....                                        | 78        |
| <b>Глава 4. Работа остеопата в амбулатории.....</b>                                               | <b>80</b> |
| 4.1. Амбулаторное остеопатическое лечение.....                                                    | 80        |
| 4.2. Амбулаторная работа остеопата с новорожденными детьми<br>и младенцами.....                   | 81        |
| 4.2.1. Новорожденные.....                                                                         | 82        |
| 4.2.2. Особенности остеопатической диагностики и лечения<br>младенцев.....                        | 84        |
| 4.3. Повышенное внутричерепное давление.....                                                      | 85        |
| 4.4. «Кривошея», дисплазия тазобедренного сустава, сколиоз головы.....                            | 87        |
| <b>Глава 5. Некоторые рекомендации для практики<br/>osteopathic воздействия у детей.....</b>      | <b>90</b> |
| 5.1. Приблизительная очередность проведения диагностических<br>и лечебных действий у ребенка..... | 90        |
| 5.1.1. Диагностика.....                                                                           | 90        |
| 5.1.2. Механизм остеопатического воздействия.....                                                 | 91        |
| 5.2. Опасности и ошибки при остеопатическом лечении.....                                          | 93        |
| <b>Литература.....</b>                                                                            | <b>97</b> |

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Я пишу для врачей, которые имеют опыт лечебной работы с детьми и уже работают в остеопатии, или начинают деятельность на этом поприще. Это не учебник, а очередная попытка объяснить самому себе и терпеливым читателям, как образуется и работает в Докторе новая для России специальность.

Практический опыт автора доказывает, что использование принципов остеопатии при лечении и сопровождении ребенка может дать ключ ко многим вопросам педиатрической практики и позволяет находить новое решение для успешного лечения, казалось бы, известных болезней.

В 2016 году вышли книги автора «Философия остеопатии из XIX в XXI век», «Остеопатическая терапия у детей». Обсуждения на заседаниях Ассоциации и во врачебной среде показали, что многое в них воспринимается с трудом. Автор постарался уточнить, и в некоторых разделах расширить изложение. Введена глава о саногенезе, системе проприоцепции в остеопатии. Концепция философии остеопатии в педиатрии, на мой взгляд, стала понятнее. Постарайтесь не раздражаться, встречая знакомые фразы. Будьте внимательны – они изменились.

В клинической части я постарался описать подробно только те заболевания, при лечении которых для меня оказалось возможным по новому взглянуть на этиологию и патогенез. Чтение этой части требует серьезной подготовки в педиатрии, детской хирургии, травматологии и т.д. Это не только иллюстрации, это рецепты, примеры возможности применения остеопатии.



## ГЛАВА 1.

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

### 1.1. Вступление. Основы философского учения остеопатии

В основе современной остеопатической медицинской философии лежат четыре положения, которые были сформулированы А. Стиллом в конце XIX века и вполне современны сейчас:

1. «Тело едино; человек — это единство тела, духа и сознания».
2. Структура и функция взаимосвязаны и взаимозависимы.
3. Тело способно к саморегуляции, самоисцелению и поддержанию здоровья.
4. Рациональная терапия основана на признании единства тела, взаимозависимости структуры и функции и использовании саморегулирующих механизмов.

Единство структуры и функции — естественный философский принцип. Структурой в философии определяют совокупность устойчивых связей в объекте, обеспечивающих его целостность и тождественность самому себе. Появление структуры предполагает появление свойственной ей функции. Присутствие прямой зависимости структуры от функции позволяет во многом объяснить основы остеопатической медицины.

При оказании медицинской помощи речь идет, конечно, об определении структуры врачом. Врач-остеопат должен владеть методами активного и пассивного определения структуры.

Примером активного определения структуры может быть, например, изучение врачом подвижности в суставе с помощью активной проверки пределов движения в нем.

Пассивное определение структуры — это то, к чему призывают некоторые остеопаты (Viola M. Frymann, Becker и др.). Они же указывают на сложность овладения техникой, с помощью которой структура определяется наложением рук врача.

Такой метод может вызывать сомнение у пациентов и многих врачей, но он достоверен в умелых руках.

Я постараюсь обосновать теорию этой техники, так как оказание помощи детям в системе остеопатической медицины невозможно без пассивного определения структуры больного ребенка.

Способность тела к самовыздоровлению до сих пор не имеет каких-либо теоретических объяснений, хотя считается причиной излечения больного.

Одним из главных показателей лечебного таланта врача является его успешность в оценке направленности изменений в процессе самовыздоровления и пределов самовыздоровления. Хотелось бы способствовать развитию этого таланта. Для этого необходимо было создать теорию процесса оказания помощи пациенту с учетом самовыздоровления.

А. Стилл, взяв за основу философии лечебного процесса единство структуры человека, не пытается описать функцию человека как единого целого, оставляя проявление этой функции на волю Создателя.

Врач лечит целостного человека с присущей ему структурой, и оценить успех должен по нормализации функционального проявления этой структуры. Однако попыток описания функции «единого человека» я не нашел, следовательно, мы не можем в достаточной степени оценить результат своей деятельности.

Для теоретического обоснования возможности оказания помощи в системе остеопатической медицины мне показалось важным:

1. Определить функцию «единого человека» как единой структуры. (Функция человека отражает цель анатомо-физиологического существования человека, то есть Цель Жизни).
2. Описать свойства Врача и Пациента, которые проявляются при оказании помощи пациенту.
3. Попытаться определить принцип работы механизма самовыздоровления человека и его пределы.

Я постараюсь несколько расширить философию Стилла. Придать ей более современный вид. Если от прочтения моих записей станет легче в работе и жизни небольшой группе врачей — я сделал то, что мог и должен. Надеюсь, мои размышления подтолкнут молодых врачей к поиску новых идей.

### 1.2. Моя философия (по следам Стилла)

Каждый естествоиспытатель, и тем более врач, должен следовать определенной системе философских взглядов.

Поиск теории, объясняющей работу и возможности врача-остеопата, привел меня, как и некоторых других остеопатов (R.E. Becker; John E. Upledger; Domenick J. Masiello), к дилетантскому изучению



философии для объяснения принципа своих лечебных действий. Без этой теории судьба остеопатии всегда находится на окраине медицины с кличкой «шарлатанство».

Для меня наиболее близкой оказалась философия экзистенциализма, и в частности ее адепта Хайдеггера. Его воззрения в наибольшей степени отражают мою картину мира. Интересующихся отсылаю к работам этого известного немецкого философа, изданы очень интересные переводы на русский язык.

Ссылаться на Хайдеггера или других философов (напр., П. Флоренского), оказавших на меня влияние, я в дальнейшем буду только по необходимости, однако они все время были «рядом со мной».

Я позволю себе озвучить некоторые философские принципы, в том числе общепризнанные, которыми руководствовался для создания основы теории остеопатического воздействия.

- Всякая сущность становится таковой в результате Бытия – без Бытия ее нет.
- Бытие сущности – это проникание в Ничто, в то, чего не было.
- Я напоминаю, что в процессе Бытия происходит еще один процесс – сущности взаимодействуют друг с другом. При этом сущности взаимоизменяются.
- Волю (потенцию) сущности к взаимодействию и изменению определяют свойства сущности. Действие происходит в поле взаимодействия между идентичными сущностями.
- Взаимодействие между сущностями я позволил себе назвать взаимопрониканием, указывая, тем самым, что при этом взаимодействии изменяются обе сущности.
- Можно предположить, что Ничто («Будущее»?) – это место и период времени функциональных отношений сущностей – взаимопроникания.

Анализ изменений в сущностях, взаимопроникающих при прохождении в будущее, становится объектом интереса врача при создании теории лечебного процесса, если одной из сущностей является он сам в процессе врачевания.

### 1.2.1. Какие свойства человека могут определять его потенцию к взаимопрониканию?

Из законов физики известно, что любое действие может происходить только в поле взаимодействия. Любые изменения указывают на наличие поля взаимодействия.

Представим себе железные и древесные опилки и поднесем к ним магнит. Железные опилки, как известно из физики, переместятся в сторону магнита. Между ними возникло поле взаимодействия. Деревянные остались неподвижны.

Что произошло? Железо имеет свойство намагничиваться и вступать во взаимодействие с магнитом. Металлический предмет и магнит имеют, в данном случае, одинаковую структуру и присущие ей свойства – они идентичны, это определяет образование поля взаимодействия.

Конечно, физика этих явлений значительно сложнее, но основной закон о возникновении поля взаимодействия только между идентичными структурами остается прежним. Многие философы обращали свое внимание на появления поля взаимодействия также в живом мире и значение тождественности при этом (П. Флоренский, 1914).

Нельзя забывать, что сущность состоит из вещества и структуры – определенным образом организованной системы взаимодействующих «субсущностей» – частей вещества, вплоть до мельчайших деталей связанных между собой собственными полями взаимодействия.

Характеристики полей, слагающих сущность, не бывают идеальны друг к другу. В связи с этим, наложение полей внутри сущности вызывает асимметрию общего поля сущности. Скорее всего, эта асимметрия и является причиной запуска взаимодействия идентичных сущностей в процессе Бытия.

Иными словами, асимметрия поля у идентичных сущностей создает вектор поля взаимодействия между ними для попытки гармонизации обоих. Это взаимодействие я назвал взаимопрониканием, так как при этом всегда изменение касается обеих контактирующих сущностей.

*«Познание есть реальное выхождение познающего из себя, или – что то же, – реальное вхождение познаваемого в познающего, реальное единение познающего и познаваемого».*

П. Флоренский, «Столп и утверждение истины», 1914 год

Во всякой сущности можно обнаружить два процесса: центростремительный и центробежный. Термин «центробежный» указывает на направленность поля для взаимопроникания с другой сущностью, а «центростремительный» – направленность поля для сохранения границы сущности.



нез оказывает ранняя профилактическая вакцинация заболеваний. Последнее прямо противопоказано при наличии у младенца родовых повреждений, врожденной патологии или полученных им операций, которые и так потребляют значительную часть энергии саногенеза. Мы замечаем влияние каждого из выше перечисленных действий по появляющейся вслед за ними задержке психо-физического развития. Необходимо внимательное изучение анамнеза и условий быта ребенка, и при возможности проводить их коррекцию, иначе работа остеопата в этих условиях может быть неуспешна. Иногда достаточно исправить некоторые стороны жизни ребенка в семье и получить прекрасные результаты.

И в заключение этой главы, хотелось бы подчеркнуть, что, несмотря на несовершенство «диагноза», мы не можем сейчас от него отказаться при лечении больных.

Остеопат ориентируется на напряжения асимметрии, найденные при мануальном исследовании саногенеза, и способствует их ликвидации. Однако, если эта ситуация не разрешается с помощью лечащего врача-osteopata, тогда подключается врач-аллопат, который уменьшает патогенетические проявления в соответствии с накопленным в аллопатии к настоящему времени опытом.

На основании диагноза разрабатывалось современное лечение, как минимум, последние 100 лет медицинской практики. Поэтому сопоставить результаты наших действий с официальными в аллопатии мы можем, только опираясь на диагноз.

Это объясняет, почему я при оценке работы остеопата сравниваю результаты лечения больных определенных *диагностических групп*, хотя часто патогенез заболевания в аллопатической медицине не совпадает с оценкой остеопатом причины заболевания ребенка.

### 3.2. Остеопатическая медицина в детской клинической больнице

При создании алгоритма лечения у наблюдавшихся мной больных, определяющими были остеопатическая диагностика и терапия. Результаты их, естественно, постоянно контролировались, в соответствии с правилами оказания помощи в клинической больнице.

Все дети наблюдались у одного остеопата в течение длительного времени. Он проводил реабилитацию и периодические обследования после выписки из больницы.

При лечении некоторых редких заболеваний привлекались специалисты, их рекомендации обсуждались с остеопатом и вырабатывались критерии совместной работы и оценки.

Нахождение больных в клинике, куда дети поступают с неотложными состояниями или для операции, предполагает некоторые особенности работы остеопата во время диагностики и терапии. Возможно нахождение больного на искусственной вентиляции легких, с повязками, в том числе гипсовыми и т. п. Характер проведения остеопатической мануальной терапии в этих случаях я постараюсь описать.

Все возникшие у меня, по мере наблюдения за течением заболеваний, идеи являются рабочими. Равно как и общепринятые на сегодняшний день, а также и те, что появятся в будущем.

#### 3.2.1. Работа остеопата в отделении реанимации

Особую роль играет остеопатический подход при оказании реанимационной помощи. Реаниматолог обеспечивает доставку ингредиентов для выработки энергии саногенеза, остеопат – оптимальное использование энергии, воздействуя на орган взаимопроникания.

В идеале, с остеопатом советуются врачи-реаниматологи по многим вопросам оказания помощи ребенку. Мы, остеопаты, владеем методами диагностики и лечения, которые могут оказать неоценимую помощь этим наиболее тяжелым и сложным больным. Остановлюсь на категории больных в реанимационном отделении, которым остеопат необходим.

**Отек мозга.** Остеопат имеет возможность оценить внутричерепное давление, регулировать его мануально и проводить динамическое наблюдение. Эту работу остеопат больницы проводит уже более 20 лет. Иногда мы наблюдаем истинную причину отека, исправление которой позволяет быстро создать предпосылки к излечению.

#### Пример:

Больной К., 16 лет, поступил в реанимационное отделение после повешения на ремне. Больной на искусственном дыхании, без сознания, ЭЭГ признаки комы 3.

Получал безуспешно стандартную терапию с дегидратацией. Через 15 часов осмотрен остеопатом.

Отмечается смещение С3 и С4. Первичный Импульс не проходит за область повреждения. Отек мозга (сгибательная фиксация, торсия, компрессия). Осуществлен дренаж синусов, проведено мягкое



мануальное вмешательство на шейных позвонках (миофасциальные техники). Восстановил движение крестца. Провел дренаж 4 желудочка через крестец. Появился нормальный паттерн черепа, краниосакральный импульс начал проходить на всем протяжении.

Резко изменилась картина глазного дна, нормализовался артериальный кровоток, ликвидирован венозный застой.

Через 6 часов после повторного лечения появилось самостоятельное дыхание. Остеопатическое лечение 2 раза в день в течение 3 дней привело к полному восстановлению функций. Наблюдение полгода. Полное выздоровление.

В момент проведения манипуляционной терапии у больных в коматозном состоянии, находящихся на искусственной вентиляции легких, необходимо работать вместе с реаниматологом, согласовывая дыхание с краниальным ритмом. Помогает для коллегиальной поддержки мониторинг за артериальным давлением, ЭКГ, оксигенацией и т. п. во время лечения.

**Травматическое повреждение черепа**, или ранние сроки после трепанации, ограничивают начало работы остеопата только крестцово-поясничным уровнем и не ранее 2–3 суток после травмы.

Прием стимуляции 4-го желудочка, конечно, не применяют. Работа состоит в сопровождении колебаний Первичного Дыхания. Мануальный контроль внутричерепного давления вполне возможен и даже необходим.

Через 4–5 суток после травмы, при стабильной картине УЗИ черепа, можно освободить мембраны черепа. Дальнейшая работа проводится через 5–6 дней несколько раз. Работа с детьми после травмы черепа требует высочайшей квалификации нейрохирурга, реаниматолога и остеопата как единой бригады. Каждый должен четко знать границы своей компетентности и с уважением относиться к компетентности других участников лечебного действия. В этом случае остеопат в составе бригады не заменим.

Мы принимаем остеопатическую медицину как лечебную. Из опыта применения в клинике я вижу отчетливый положительный результат по сравнению с ранее применяемым лечением и даже операциями.

Мы не знаем, как себя поведут действующие лекарства в новой физиологической среде, созданной остеопатом, и мы не знаем, как будут действовать остеопатические воздействия на фоне некоторых лекарственных препаратов.

Полное изучение этих взаимодействий – дело будущего, однако некоторые данные при лечении детей в реанимации уже накопились.

Например, применение мочегонных при отеке мозга и параллельном остеопатическом лечении должно быть очень осторожным. Контроль находится в руках остеопата. Ощущение «запустения» при краниальной диагностике, малая амплитуда колебаний и отсутствие компрессии говорят о дефиците ОЦК или патологическом действии мочегонных. Коррекция производится совместно с реаниматологом, при учете данных остеопата.

**Диагностический опыт остеопата** иногда помогает решать проблему в необычных обстоятельствах.

*Пример:*

Ребенок, 5 лет, поступает в клинику после падения с высоты 1 этажа, через 20 минут после травмы.

Сознание спутанное. Резкое беспокойство. Пульс 120 ударов в мин, слабый. Артериальное давление 90/40 мм рт. ст. Рвота 2 раза.

Симптомы сотрясения головного мозга отчетливые.

При обследовании обнаружено резкое напряжение мышц передней брюшной стенки в эпигастрии, больше справа.

Хирурги проводили дифференциальный диагноз между повреждением печени и ушибом правой половины грудной клетки. Предполагается проведение срочной диагностической лапароскопии в связи с тяжестью состояния.

При осмотре остеопата, в первые 30 мин после поступления, обнаружен участок мышечно-фасциального напряжения в области прикрепления правого 7 ребра сзади. После мануального снятия напряжения воздействием на этот участок и нормализации краниосакрального паттерна боли ушли. Восстановилось глубокое дыхание.

Последующее обследование проводилось в спокойной обстановке.

Опасных, требующих хирургического вмешательства повреждений при МРТ исследовании не обнаружили. Наблюдение позволило окончательно исключить повреждения внутренних органов.

Конечно, это пример случайного вмешательства остеопата, но он показывает расширенные возможности врача, владеющего остеопатической пальпацией при оказании срочной помощи.



Не могу не привести еще одно наблюдение, когда вмешательство остеопата позволило спасти жизнь ребенку с крайне редким неотложным тяжелым состоянием.

*Пример:*

Ребенок С., 3 года, доставлен в реанимационное отделение Городской больницы. Без сознания, на искусственной вентиляции легких.

Со слов врачей реанимационной бригады, через 10 минут после внезапной остановки дыхания они начали реанимацию дома и по дороге в больницу. Остановка произошла, со слов родителей, на фоне рвоты. В течение всего времени реанимации дыхание справа не прослушивается.

В реанимационном отделении больницы проведена переинтубация с санацией дыхательных путей. На рентгенограмме обнаружен тотальный ателектаз правого легкого (рис. 2).

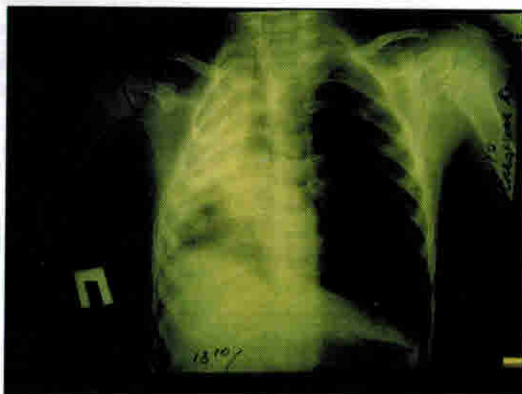


Рис. 2. Рентгенограмма. Ателектаз правого легкого

Продолжение санации дыхательных путей не привело к успеху. Искусственная вентиляция усугубляла критическое состояние больного. Предположили развитие у больного синдрома Мендельсона («аспирационный пневмонит»).

Остеопатом срочно проведено краниосакральное воздействие, освобождена правая височная кость, воздействие на позвонки шейного и грудного отдела, 4 желудочек со стороны крестца. Дыхание начало прослушиваться, исчезло сопротивление при вентиляции

через интубационную трубку. На рентгенограмме значительное улучшение (рис. 3).

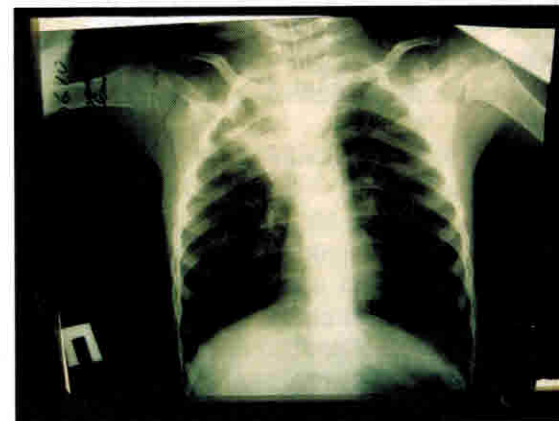


Рис. 3. Рентгенограмма после лечения остеопата (через 20 мин)

Переведен на самостоятельное дыхание. Повторный контроль, дезинтубация. Остеопатическая терапия через день 2 раза. Быстрое выздоровление.

По отзывам врачей отделения реанимации, появление остеопата в больнице постепенно начало менять лечебный подход у тяжелых больных. Возможности остеопатического воздействия приняли в набор лечебных мероприятий.

### 3.3. Остеопатическое лечение урологических заболеваний

Основной причиной заболеваний мочевыводящих путей у детей является нарушение уродинамики. Это нарушение находят при присоединении пиелонефрита, или оно обнаруживается у детей случайно, во время УЗИ-обследований. Последнее время мы находим нарушения уродинамики у плода внутриутробно, при профилактическом УЗИ-обследовании беременных.

Нарушение прохождения мочи по мочевыводящим путям возникает от несоответствия количества образующейся мочи и динамики ее продвижения.

При этом мы выделяем следующие причины:

На контрольной рентгенограмме через 30 дней с момента начала остеопатического лечения – восстановление кости (рис. 15).

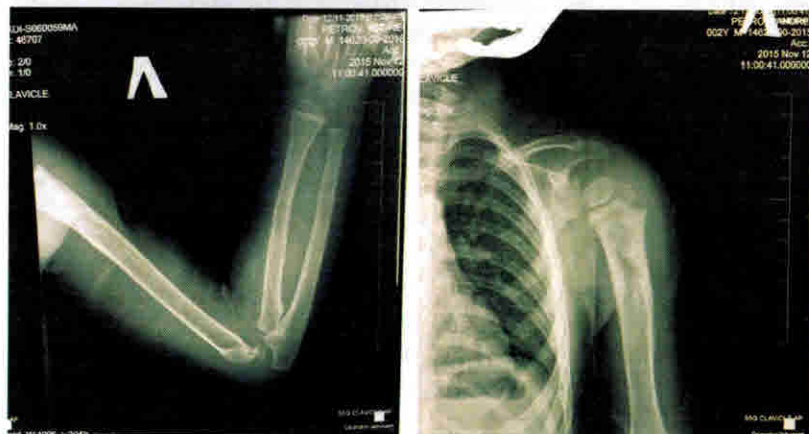


Рис. 15

Привлечение остеопата к лечению больного придало смысл лечебным действиям, так как его работа проводится с мануальным контролем результата. Необходимо только доверие остеопата к самому себе и доверие к нему окружающих. Тогда остеопат в клинике незаменим.

### 3.5.1. Острый деструктивный сакроилеит

В клинике это заболевание «появилось» в 1992 г. Я в это время применял остеопатию ко всем заболеваниям, которые появлялись в больнице. В основном это была остеопатическая диагностика. Для меня было легко сопоставлять остеопатические находки с клиникой известных заболеваний, и аллопатия, конечно, была в это время ведущей для характеристики процесса.

Однако периодически появлялись больные, у которых проблемы со здоровьем были загадочны и не укладывались в рамки известных диагнозов. Так называемая синдромная диагностика облегчала задачу врача, но это не приводило к успеху, если ex juvantibus реакции не было. Остеопат в процессе диагностики ставил «osteopaticкий диагноз», но аллопатического подтверждения не получал. Аппаратура не помогала.

#### Пример:

Девочка, 14 лет, поступила 06.1992 г. с острыми болями в костях таза и правом тазобедренном суставе в течение 2 дней. Температура 40°. Сознание спутанное. В картине крови выраженное воспаление со сдвигом до юных форм. Печень +4 см, пальпируется край селезенки. Начато антибактериальное лечение и дезинтоксикация. Гематологи провели стерильную пункцию, но специфических изменений не обнаружили. При МРТ исследовании и КТ – патологии нет. При остеопатической диагностике отмечается отсутствие движения крестца справа, соответственно, правый наклон. Правый наклон и сгибательная фиксация в СБС. Компрессия черепа.

Антибактериальная терапия практически не приводила к эффекту в течение 4 дней нахождения в стационаре.

Я решил, что остеопатическая философия требует от меня нормализации структурных нарушений, и тогда функция нормализуется.

Отчаяние овладевало мной. 2–3 раза в день ежедневно я проводил по часу у постели больной. Дренаж синусов, 4-ый желудочек, освобождение правой височной кости, работа на поясничных позвонках и крестцово-поясничной области. Все это на постели. Поднимать и помещать крупную девочку на массажный стол было технически не возможно.

И внезапно после 5-ти дней моего «героического» боя с непокорной болезнью, под пристальным наблюдением не вполне сочувствующих зрителей, у девочки исчезли боли и драматически нормализовалась температура. Это совпало с нормализацией остеопатических показателей. Повторное МРТ-исследование через 12 дней после начала заболевания обнаружило изменения в костях, образующих крестцово-подвздошное сочленение.

Девочка получила диагноз: «Гнойный сакроилеит». Наверняка дети с такими изменениями в костях, образующих крестцово-подвздошное сочленение, были и раньше, но диагноз не выставлялся.

Появление в клинике остеопатии и возможности МРТ позволили анатомически верифицировать область поражения и способствовать выздоровлению.

После этого наблюдения я абсолютно поверил в остеопатию, и, кажется, в нее начали верить врачи, с которыми мы вели битву за жизнь этой девушки.



Следующие случаи сакроилеита уже сравнительно легко определялись при остеопатическом обследовании, да и врачи что-то стали чувствовать при пальпации.

На мой взгляд, этиология этого редкого заболевания, возможно, относится к родовым повреждениям и перегрузкам в этой области в связи с ранним вставанием, падением на крестец. Напряжения в маточных связках в связи с половым созреванием у девушки затрудняют движения крестца. Присоединение инфекции на область плохого кровоснабжения довело до «создания болезни».

Мне, в процессе моей практической деятельности, еще не раз приходилось встречаться с этим странным заболеванием. Остеопатия выводила меня на цель, дальнейшие обследования через месяц и более подтверждали диагноз.

#### *Пример:*

Девочка, 12 лет, с выраженной лихорадкой и интоксикацией, болями в области крестцово-подвздошного сустава получала неэффективное антибактериальное лечение на амбулаторном этапе по поводу «травмы», «радикулита» или «пиелонефрита» в течение 3 дней.

В анамнезе в возрасте до 2-х лет наблюдалась по поводу родовой травмы. Ортопеды лечили правосторонний подвывих тазобедренного сустава (рис. 16) шиной Виленского и массажем.

Пошла с 1 г. 6 мес. Развитие соответствует возрасту. Первые месячные 2 мес. тому назад. Больше не было.

При поступлении осмотрена хирургами и остеопатом. Заподозрен диагноз: «Правосторонний сакроилеит».

Дезинтоксикация внутривенным введением жидкости, антибактериальная терапия и ежедневная остеопатическая терапия на протяжении 5 дней устранила болевой синдром и острые воспалительные проявления. При остеопатической диагностике обнаружено, что Импульс начал проходить за сакроилиальный сустав. Крестец отчетливо начал «двигаться». Нормализовался паттерн. В дальнейшем остеопат осуществлял лечение раз в 3 дня 2 раза и через неделю 2 раза. Основным показателем успешного влияния лечения служило отсутствие тяжелых нарушений паттерна при последующем воздействии. Антибиотики прекратили через 10 дней лечения. Изменений в состоянии при отмене антибиотиков не было.

Ребенок находится на амбулаторном наблюдении у остеопата в течение 6-ти лет. Осматривается раз в 3 мес. 0,5 года. Периодически проводится компьютерная томография.

Причиной заболевания у девочки явилось родовое повреждение пояснично-крестцового отдела позвоночника. Результатом его в младенческом возрасте были явления подвывиха тазобедренного сустава.

Быстрый рост в подростковом периоде, напряжения в малом тазу в связи с половым созреванием создали предпосылки для возникновения воспалительных изменений в результате нарушения конгруэнтности в области сакроилиального сустава.

В процессе наблюдения за ребенком остеопат исправляет все накапливающиеся нарушения. Родители ребенка должны знать, что полного выздоровления от так называемой болезни не наступит. Возможны проблемы во время беременности и после родов. Далее, к старости все зависит от общего направления развития медицины.

Этот пример иллюстрирует необходимость остеопатического сопровождения ребенка как минимум до окончания полового созревания. И надо всегда помнить, что любой взрослый вышел из детства и тащит за собой все проблемы, начиная с внутриутробного развития.

### **3.5.2. Токсико-септическое и септико-пиемическое течение остеомиелита**

В отделении реанимации мной наблюдались 35 детей с септическим поражением костей, легких, мягких тканей, перикарда и миокарда, почек.

При мануальной диагностике мы наблюдаем принципиальное различие данных в зависимости от аллопатической характеристики сепсиса.

*Распространение Первичного Импульса по телу, его интенсивность и изменение направленности может быть резко усиленным, свободным, это соответствовало токсико-септическому («гиперимунному») процессу.*

*И наоборот, при септико-пиемической («гипоимунной») форме течения процесса Первичный Импульс, замедленный по распространению, заторможенный на всех тканях, проявления саногенеза, не отражает тяжести общих и анатомических изменений.*

При применении остеопатического лечения у больных с токсико-септическим течением используют только диагностику, мануальное воздействие на общий саногенез не показано: оно обостряет процессы самоизлечения, которые и так усилены.

Лечение состоит в налаживании гомеостаза за счет жидкостной терапии. То есть воздействие на саногенез опосредованное, через нормализацию состава жидкостных сред организма. При локализации