

УДК 615.828 (035)
ББК 53.54 я2
О 76

ISBN 978-5-98037-159-3

О 76 Остеопатия в разделах. Часть VI: руководство для врачей / под ред. А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 120 с.

Рецензент: В. Р. Вебер — ректор Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, директор Института Медицинского Образования, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор.

Составитель: А. Б. Ларионов — заведующий методическим отделом Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова.

В руководстве для врачей «Остеопатия в разделах. Часть VI» представлена практическая часть основных разделов висцеральной остеопатии: органов шеи, брюшной и грудной полости, а так же органов мочеполовой системы.

Материал руководства включает подробное и методичное описание диагностических тестов и лечебных техник с фотоиллюстрациями по всем разделам висцеральной остеопатии.

Для проверки теоретических знаний по висцеральной остеопатии, читателю предложены тестовые вопросы.

Главы написаны ведущими преподавателями Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова. Руководство предназначено для врачей различных специальностей: остеопатов, мануальных терапевтов, неврологов, ортопедов, педиатров, реабилитологов, врачей общей практики, а также студентов медицинских вузов.

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. ОРГАНЫ ШЕИ	4
Глава 2. ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	16
Желудок	16
Печень, желчный пузырь	26
Двенадцатиперстная кишка	42
Поджелудочная железа	47
Селезенка	49
Тонкая кишка	52
Толстая кишка	59
Ободочная кишка	64
Сигмовидная кишка	68
Глава 3. ОРГАНЫ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ	71
Легкие. Плевра	71
Средостение	86
Глава 4. ОРГАНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	91
Почки	91
Мочеточники	97
Мочевой пузырь	99
Матка	103
Яичники	110
Маточные трубы	112
ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ	113

Пальпация органов шеи

Положение пациента: лежа на спине, нейтральное положение шеи.

Положение врача: стоя или сидя у головного конца стола.

Пальпаторная оценка:

- Легким касанием пальцев, каудальнее подбородка по срединной линии шеи определяется верхняя вырезка и пластины щитовидного хряща.
- Выше щитовидного хряща, на уровне углов нижней челюсти щипком 1-го и 2-го пальцев пальпируется подъязычная кость.
- Каудальнее щитовидного хряща определяется выступающий валик кольца перстневидного хряща.
- Каудальнее перстневидного хряща по срединной линии шеи поверхностно пальпируется поперечно ориентированный перешеек щитовидной железы
- Латерально перешейка щитовидной железы поверхностно пальпируются доли щитовидной железы.

Примечание: для пальпации перешейка и долей щитовидной железы используются глотательные движения пациента, при которых участки щитовидной железы ощущаются как мягкое перекачивание под пальцами вверх и затем вниз.



Рис. 1. Пальпация щитовидного хряща.



Рис. 2. Пальпация перстневидного хряща.



Рис. 3. Пальпация перешейка щитовидной железы.



Рис. 4. Пальпация долей щитовидной железы.

Пальпация подчелюстной диафрагмы и ее белой линии

Положение пациента: лежа на спине, нейтральное положение шеи.

Положение врача: сидя или стоя у головы пациента.

Положение рук:

I. Пальцы согнуты и располагаются по внутреннему краю горизонтальных ветвей нижней челюсти. Пальпаторно оценивается напряжение подчелюстной диафрагмы справа и слева.

Пальпаторная оценка подчелюстной диафрагмы:

- а) не напряжена и уравновешена;
- б) равномерно напряжена справа и слева;
- в) напряжена с одной из сторон.

II. Двумя — четырьмя пальцами одной или обеих рук производится пальпация белой линии подчелюстной диафрагмы.

При оценке подчелюстной диафрагмы и ее белой линии физиологическим считается мягкоэластичный тканевой ответ.



Рис. 5. Пальпация подчелюстной диафрагмы.

Коррекция подчелюстной диафрагмы

Положение пациента: лежа на спине, шея в нейтральном положении.

Положение врача: сидя у головного конца стола, с опорой на локти.

Положение рук: согнутыми 2—3—4 (либо 3—4—5) пальцами обеих рук обеспечивается контакт с мягкими тканями у внутреннего края горизонтальных ветвей нижней челюсти.

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд врач осуществляет, используя сгибание пальцев.
- Введение тканей в напряжение производится за счет усиления давления локтями на стол и попытки приблизиться к голове пациента.
- Врач, сохраняя тканевое напряжение, просит пациента выполнить глотательное движение.
- Уравновесив напряжение тканей, врач мягко увеличивает глубину тканевого проникновения.
- Повторить маневр несколько раз до появления расслабления и сбалансированного тканевого мягкоэластичного напряжения.

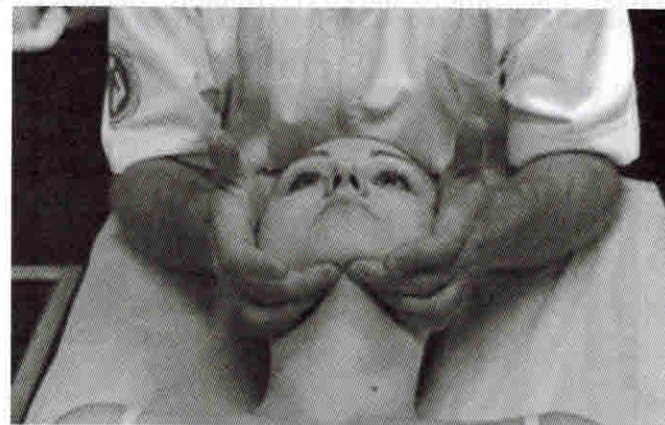


Рис. 6. Коррекция подчелюстной диафрагмы.

Коррекция белой линии подчелюстной диафрагмы

Положение пациента: лежа на спине, шея в нейтральном положении.

Положение врача: сидя у головы пациента, с опорой на локти.

Положение рук врача: двумя или тремя пальцами обеих рук врач создает контакт с белой линией подчелюстной диафрагмы. Пальцы тыльной поверхностью контактируют между собой; ладонная поверхность пальцев направлена кнаружи.

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд врач осуществляет, используя сгибание пальцев.
- Введение тканей в напряжение производится за счет усиления давления локтями на стол и попытки приблизиться к голове пациента.
- Врач, сохраняя тканевое напряжение, просит пациента сделать глотательное движение.
- В момент расслабления врач усиливает тканевое напряжение, пытаясь мягко увеличить глубину давления и латеральное напряжение, направляя пальцы в сторону горизонтальных ветвей нижней челюсти.
- Повторить маневр несколько раз до появления расслабления и сбалансированного мягкоэластичного тканевого напряжения.



Рис. 7. Коррекция белой линии подчелюстной диафрагмы.

Тест подвижности и коррекция гортанно-глоточного блока

Положение пациента: лежа на спине, шея в нейтральном положении.

Положение врача: сидя или стоя у головы пациента.

Положение рук врача: четырьмя или тремя пальцами обеих рук, располагая их кнутри от сосудисто-нервных пучков шеи, врач захватывает с двух сторон «ковшом» гортанно-глоточный блок, 1-ые пальцы, опираясь один на другой, создают опору. Локти прижаты к грудной клетке врача.

Тест:

- Пальпаторный аккорд: пальцы врача слегка согнуты, мягко захватывают гортанно-глоточный блок.
- Врач оценивает подвижность гортанно-глоточного блока, смещая его вправо-влево, краниально-каудально, по часовой и против часовой стрелки.
- Оценивается качество и симметрия подвижности гортанно-глоточного блока.

Результат: ограничение подвижности и асимметрия подвижности гортанно-глоточного блока указывают на его дисфункцию.

Коррекция:

- Сохраняя пальпаторный аккорд и напряжение тканей, врач производит стекинг (наложение параметров коррекции) в направлении аггравации повреждения.
- Удерживая достигнутое напряжение тканей, врач просит пациента выполнить глотательное движение.
- После расслабления тканей, врач меняет параметры коррекции на противоположные, удерживает их и просит пациента вновь выполнить глотательное движение.
- При необходимости повторить последний маневр.
- Результатом коррекции является расслабление и сбалансированное напряжение тканей.

Вариант коррекции:

- Врач производит стекинг (наложение параметров коррекции) в направлении аггравации повреждения и следует за локальным тканевым прослушиванием до появления расслабления и сбалансированного напряжения тканей.



Рис. 8. Тест подвижности и коррекция гортанно-глоточного блока.

Мобилизация гортанно-глоточного блока

Положение пациента: лежа на спине, шея в нейтральном положении.

Положение врача: стоя сбоку у головы пациента.

Положение рук врача: врач каудальной рукой, тремя-четырьмя пальцами (2–3–4–5 или 3–4–5), захватывает гортанно-глоточный блок с дальней от себя стороны (пальцы располагаются кнутри от сосудисто-нервного пучка шеи). Цефалическая рука укладывается на лоб пациента.

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд: пальцы каудальной руки согнуты.
- Введение тканей в напряжение: врач погружает пальцы каудальной руки мягко в ткани в направлении к телам шейных позвонков и, захватив гортанно-глоточный блок, смещает его в направлении к себе и удерживает.

- Относительно фиксированной точки, которую создает каудальная рука, цефалической рукой врач производит поворот головы пациента от себя, создавая ротацию и латерофлексию шейного отдела позвоночника, ориентируясь на появление напряжения и тканевой барьер под пальцами каудальной руки.

- Врач повторяет маневр, каждый раз дожидаясь появления реакции тканей до расслабления и сбалансированного тканевого напряжения.

- Техника проводится с двух сторон.

Примечание. Перед проведением повторного тестирования пациент должен сделать несколько глотательных движений.



Рис. 9. Мобилизация гортанно-глоточного блока.

Тест подвижности и баланс подъязычной кости относительно нижней челюсти

Положение пациента: лежа на спине, шея в нейтральном положении.

Положение врача: сидя или стоя сбоку у головы пациента.

Положение рук врача: врач 2-м и 3-м или 3-м и 4-м пальцами цефалической руки захватывает горизонтальные ветви нижней челюсти по нижнему краю, а каудальной рукой — «щипком» 1-го и 2-го пальцев — подъязычную кость.

Тест:

- Создав пальпаторный аккорд и тканевое напряжение, врач оценивает подвижность подъязычной кости относительно нижней челюсти, смещая ее вправо-влево, создавая боковой наклон

Мобилизация печени (техника «лифт печени»)

Положение пациента: сидя на столе.

Положение врача: стоя за пациентом, животом и грудной клеткой плотно контактируя со спиной пациента.

Положение рук врача: руки врача обходят грудную клетку справа и слева, располагаясь в подпеченочной области пациента глобально или локально на уровне заинтересованной связки.

Коррекция:

- Врач отклоняет свое тело назад, вызывая разгибание грудного отдела позвоночника пациента.
- Создав точку опоры своими руками в области правого подреберья, врач осуществляет передний наклон, формируя кифоз тела пациента и, одновременно с этим вводит ткани в напряжение, мягко направляя руки дорзально и цефалически до тканевого барьера (мышцы живота пациента расслаблены).
- Достигнув тканевого барьера, врач слегка ослабляет напряжение и, дождавшись тканевой реакции, следует за локальным прослушиванием своими руками, «играя» телом пациента до

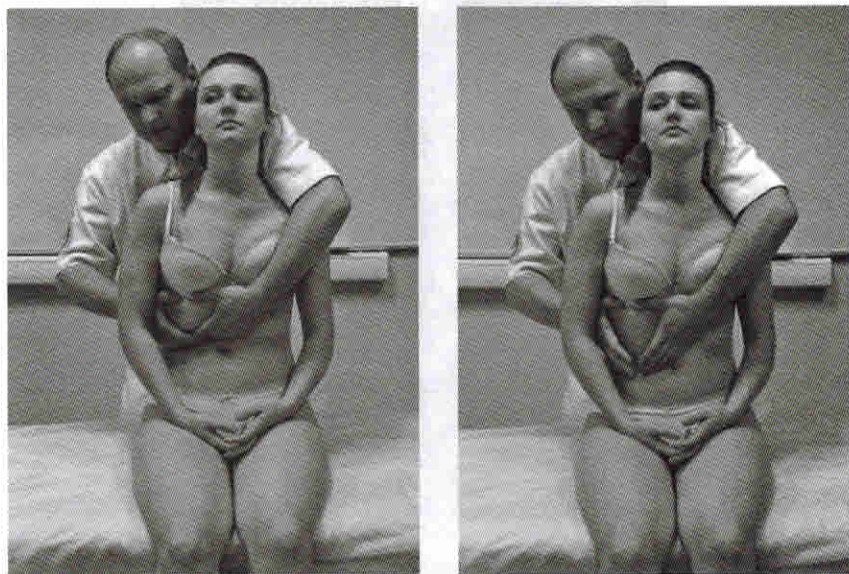


Рис. 25. Мобилизация печени (техника «лифт печени»).

возврата в нейтральное положение, появления *still point*, расслабления и равновесного напряжения под руками (также характерно появление тепла).

- Попросив пациента разогнуться на вдохе, врач убирает руки.

Примечание: врач может завершить технику, резко опустив руки на высоте вдоха пациента.

Коррекция мотильности печени

Положение пациента: лежа на спине, под головой — валик, ноги выпрямлены или слегка согнуты в коленях.

Положение врача: стоя справа или слева от больного.

Положение рук врача: используются варианты укладки рук как при тесте мобильности и мотильности печени (см. рис. 24).

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд.
- Введение тканей в напряжение, проходя уровень грудной клетки, плевральную полость и диафрагму до ощущения паренхиматозной плотности печени.
- Сохраняя напряжение, врач дожидается тканевой реакции и следует за локальным прослушиванием до появления расслабления, сбалансированного тканевого напряжения под руками и физиологического вектора совокупного движения мотильности печени.

Коррекция мобильности и мотильности печени с использованием техники мышечной энергии

Положение пациента: лежа на левом боку, ноги согнуты, под головой — валик, правая рука отведена, захватывает край стола, локоть направлен к потолку.

Положение врача: стоя или сидя на столе за спиной пациента, упираясь в таз пациента.

Положение рук врача: руки врача обхватывают грудную клетку пациента по передней, боковой и задней поверхности, локти разведены.

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд.
- Введение тканей в напряжение, проходя уровень грудной клетки, плевральную полость и диафрагму до ощущения паренхиматозной плотности печени.
- Сохраняя напряжение, врач дожидается тканевой реакции и, следуя за локальным прослушиванием, сопровождает печень в направлении ее вектора мотильности, независимо от того, является ли это направление физиологическим или нет.
- Врач увеличивает тканевое напряжение, блокируя подвижность печени.

Пациент производит мышечное усилие (пояснение см. ниже) против адекватного сопротивления врача до того момента, пока врач не почувствует расслабление и появление движения мотильности в направлении отличном от предыдущего.

- Врач сопровождает печень в направлении нового вектора ее мотильности, блокирует ее подвижность и повторяет предыдущий этап техники, учитывая специфику мышечного напряжения пациента:

1. При движении печени в горизонтальной плоскости, пациент производит давление правой ягодицей дорзально, врач оказывает сопротивление своим тазом (в случае, если врач сидит на столе за пациентом) или правой поверхностью своей грудной клетки (в случае, если врач стоит за пациентом).
2. При движении печени во фронтальной плоскости, пациент производит давление своей правой рукой в стол.

3. При движении печени в сагиттальной плоскости — пациент пытается тянуть правой рукой край стола к потолку и дорзально.

- Врач повторяет технику, каждый раз учитывая направление движения мотильности, до появления выраженного физиологического вектора мотильности печени.



Рис. 26. Коррекция мобильности и мотильности печени с использованием техники мышечной энергии.

Дренаж печени

Положение пациента: лежа на спине, ближе к левому краю стола.

Положение врача: стоя слева от пациента, бедра упираются в край стола.

Положение рук врача: левая рука врача выпрямлена и располагается по правой заднебоковой поверхности грудной клетки в проекции печени, а правая рука — на передней поверхности грудной клетки в проекции правой и левой долей печени.

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд.
- Введение тканей в напряжение, проходя уровень грудной клетки, плевральную полость и диафрагму до ощущения парен-

Коррекция мотильности долей легких относительно междолевых щелей

Положение пациента: лежа на спине, или на боку.

Положение врача: стоя или сидя сбоку от больного.

Положение рук врача: как при тесте (см. выше).

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд и введение тканей в напряжение до уровня висцеральной плевры.

- Врач, определив характер мотильности, сопровождает ткани в направлении агравации повреждения до тканевого барьера и, дождавшись тканевой реакции, следует за локальным прослушиванием до расслабления и восстановления физиологического движения мотильности.

Вариант:

- Врач одной рукой ингибирует соседнюю долю (при коррекции правого легкого — соседние доли), а другой рукой следует за локальным прослушиванием и индуцирует движение в наиболее свободном направлении экспир или инспир с ритмом, ориентируясь на тканевую реакцию, до появления *still point*, расслабления и восстановления физиологического движения мотильности.

Варианты завершения техники:

- Использование техники «рикойл» на высоте вдоха;
- Удержание тканевого напряжения в направлении разделения долей во время кашлевого толчка пациента.



Рис. 57. Тест и коррекция мотильности долей легких относительно междолевых щелей (варианты положения рук врача).

Диагностика фиксации связки купола плевры

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя или сидя у головного конца стола.

Положение рук врача: руки врача располагаются на передней поверхности грудной клетки, ладони — в подключичной области продольно или поперечно осям главных бронхов.

Техника:

- Пальпаторный аккорд и введение тканей в напряжение до уровня висцеральной плевры.

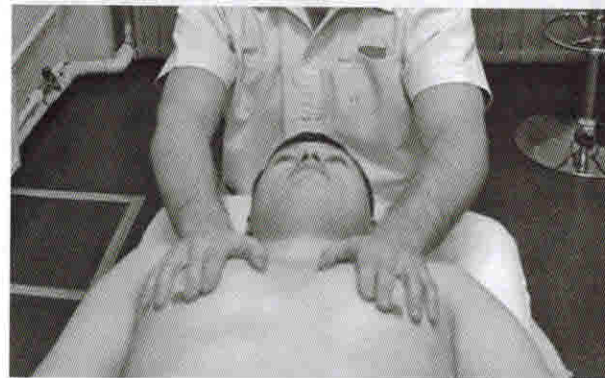


Рис. 58. Диагностика фиксации связки купола плевры.

- При оценке мотильности легкого, врач выявляет движение ротации по часовой и против часовой стрелки во фронтальной плоскости относительно сагиттальной оси, представляющей фиксированную связку купола плевры; либо врач определяет тканевое напряжение, направленное к связке купола плевры.

Мобилизация связки купола плевры в положении пациента сидя

(Пример: левая связка купола плевры)

Положение пациента: сидя на столе, левое плечо лежит на левом бедре врача.

Положение врача: стоя за спиной пациента, левая стопа на столе, нога согнута в колене.

Положение рук врача: левая рука располагается в левой подключичной области, контактируя с тканями областью 1-го пальца и тенаром; правая рука захватывает голову пациента.

Коррекция:

- Врач создает пальпаторный аккорд и вводит ткани в напряжение левой рукой до уровня париетальной плевры.



Рис. 59. Мобилизация связки купола плевры в положении пациента сидя.

- Относительно тканевой фиксации, создаваемой левой рукой, врач своей правой рукой производит латерофлексию и ротацию головы пациента вправо до тканевого напряжения между руками.

- Врач, согласованным действием обеих рук, производит мобилизацию левой связки купола плевры за счет ритмичного ее растягивания, ориентируясь на тканевую реакцию до появления расслабления.

Мобилизация связки купола плевры в положении пациента лежа на спине

(Пример: левая связка купола плевры)

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя у головного конца стола.

Положение рук врача: врач располагает 1-й палец левой руки в левую надключичную область пациента, правой рукой врач захватывает голову и шею пациента по задней поверхности.

Коррекция:

- Пальпаторный аккорд.
- левой рукой врач вводит ткани в напряжение мягко и глубоко, проникая в направлении купола плевры до тканевого барьера.

- Относительно созданной фиксированной точки на уровне левого купола плевры, врач своей правой рукой производит сгибание, боковой наклон и ротацию шеи влево (в направлении дисфункции); после чего просит пациента сделать небольшой вдох и продолжительный выдох, во время которого врач мягко, глубоко и уверенно усиливает проникновение в сторону верхушки левого легкого, при этом сопровождая шею в сторону усиления флексии, левой латерофлексии и ротации до тканевого барьера.

- В конце выдоха пациента следует непродолжительное апноэ, во время которого врач, сохраняя достигнутое положение флексии, производит латерофлексию и ротацию вправо до тканевого барьера.