

УДК 616.7:616-053.2
ББК 57.33
Б18

Баиров А.Г. Остеопатическая терапия у детей. – СПб.: Человек, 2016. – 56 с.

Автор:

Баиров А.Г. – к.м.н., доцент, заведующий «Курсом детской хирургии» СПб ГМА им. И.И. Мечникова, Главный хирург ДГБ №2 Св. Марии Магдалины г. Санкт-Петербурга

Этот набор правил и рецептов сделан для помощи врачу в процессе овладения профессией «Остеопат».

Работа врача-остеопата с ребенком отличается от лечения взрослого. В этом сборнике вы найдете краткое изложение основных приемов, которые достаточно эффективны и безопасны.

“Noli posere” – «не навреди». Таков девиз педиатра-остеопата. Просматривайте иногда это методическое пособие и каждый раз увидите нечто новое, интересное для себя.

Издательство ООО «Человек»
Санкт-Петербург, Малый пр. В.О., 26, оф. 2.
Подписано в печать 10.08.2016. Формат 60×90/16.
Гарнитура Ариал. Усл. печ. л. 3,5. Тираж 500 экз.
Отпечатано в типографии «Артемида».

ISBN 978-5-93339-341-2

© А.Г. Баиров, 2016
© Издательство «Человек», 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Особенности остеопатической терапии у детей.....	5
1.1. Внутриутробные повреждения	5
1.2. Родовая травма.....	5
1.3. Энергия Бытия у ребенка	6
1.4. Постнатальное развитие.....	6
Глава 2. Остеопатическая терапия при Пороках развития и Генетических заболеваниях у детей.....	8
2.1. Пороки развития.....	8
2.2. Генетические заболевания.....	8
Глава 3. Краниосакральная остеопатия.....	10
3.1. Повреждения механизма первичного дыхания	10
3.2. Специфические паттерны мембранно-суставных напряжений в краниосакральном механизме.....	11
3.3. Влияние отдельных костей черепа на формирование мембранных напряжений и паттерна.....	19
3.4. Инфекционные мембранные повреждения.....	24
3.5. Крестцовые травматические повреждения.....	24
Глава 4. Техники краниосакрального воздействия на отдельные сочленения.....	26
4.1. Затылочная кость.....	26
4.2. Поражение височной кости.....	27
4.3. Лечение внутрикостных поражений височной кости.....	29
4.4. Приподнимание теменных костей.....	30
4.5. Приподнимание лобной кости.....	30
4.6. Техника воздействия на глазницу.....	31
4.7. Лечение соединений и внутрикостных поражений сфеноидальной кости.....	34
Глава 5. Техники общего воздействия на краниосакральный механизм	36
5.1. Техника воздействия на венозные синусы	36

5.2. Компрессия IV желудочка (применять с осторожностью при судорожной готовности).....	38
Глава 6. Периферическое воздействие	42
6.1. Техника миофасциального освобождения.....	43
6.2. Общие техники для детей в клинике	46
6.3. Техника лимфатической помпы (насос).....	48
6.4. Освобождение кишечника.....	50
Глава 7. Приблизительная очередность проведения диагностических и лечебных действий у ребенка	51
Приложение.....	53
Литература	56

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

Функция ребенка характеризуется постоянно и радикально меняющимся отношением с окружением.

При оказании помощи младенцу необходимо учитывать, что он совсем недавно находился в системе «мать – дитя» внутриутробно и его функционирование происходило во взаимодействии с организмом матери.

1.1. Внутриутробные повреждения

Могут происходить:

1. В период построения органов – тогда появляются пороки развития (сердца, кишки, пищевода, печени, кистозные пороки, удвоения, аномалии положения почек, эктопия мочеточника и т.д.).

2. Вследствие нарушения взаимодействия уже сложившихся внутри плода систем с материнским организмом. Часто причиной этого являются нарушения, связанные с травматическими воздействиями на уязвимые участки головы, шеи, грудного отдела позвоночника и пояснично-крестцового отдела при осложнениях течения беременности в поздние сроки (например, длительно сохраняющийся повышенный тонус матки). Наверное, *эти нарушения нельзя назвать пороком развития*. Нарушается функция отдельных систем без критических пороков структуры.

3. При возникновении порока развития может иметь место комбинированная причина из первого и второго. Плод с пороком развития находится во взаимодействии с материнским организмом. Это нарушает течение беременности. Усугубляет состояние родившегося ребенка.

1.2. Родовая травма

Неприятности, поджидающие ребенка в *процессе рождения*, прекрасно описаны в специальных руководствах по акушерству.

На мой взгляд, повреждения в родах могут вызывать ранние проявления (нарушение жизненно важных функций) и поздние – определяющие течение не только детской, но и взрослой жизни.

Ранние – проявляются сразу после родов и требуют вмешательства реаниматологов и остеопатов. Это повреждения головного мозга,

ГЛАВА 4. ТЕХНИКИ КРАНИОСАКРАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОТДЕЛЬНЫЕ СОЧЛЕНЕНИЯ

Ниже излагаются некоторые техники воздействия на краниосакральный механизм, мембранные напряжения, вызванные нарушениями функции в отдельных сочленениях. Все действия производятся только в *состоянии «единения»* с больным ребенком.

4.1. Затылочная кость

1. Чтобы стабилизировать голову, положите средние пальцы одной кисти на лоб больного в области метопического шва. Средние пальцы другой кисти расположены как можно ниже по ходу затылочной кости. При отсутствии первичного дыхания попробуйте сбалансировать ваши руки, у вас должно появиться *желание* последовать за появляющимся между вашими руками Первичным Импульсом. Попытка «оттягивать» затылочную кость физическими усилиями рук является ошибкой и может привести к появлению судорожной готовности.

2. Если эти действия не приведут к успеху, то рекомендуется применение техники V-образного разделения в нижней части затылочно-сосцевидного шва на пораженной стороне, что поможет сначала освободить мышечковую часть затылочной кости от каменистой части височной кости.

Техника V-образного разделения проводится следующим образом. Два пальца одной руки кладутся на края образующих соединение костей, при этом прикосновение мягкое, подушечками пальцев. Один или два пальца противоположной руки соприкасаются со сводом черепа проти-

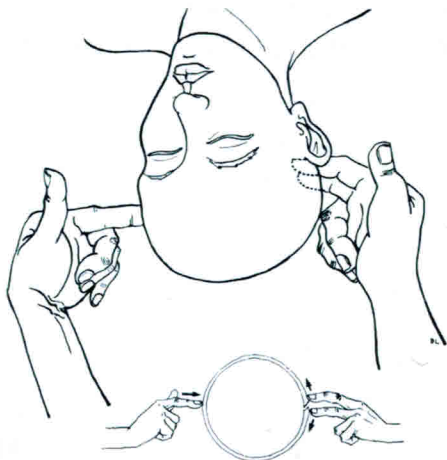


Рис. 18

воположной стороны, таким образом, что формируется наибольшая диагональ, простирающаяся от пальцев одной руки до пальцев другой (рис. 18).

Во время фазы краниального расширения пальцы, находящиеся на краях шва, расходятся и поддерживают эту дивергенцию. Палец с противоположной стороны головы совершает небольшое раскачивающее давление в направлении пальцев противоположной руки в ритме первичного дыхания. Маневр заканчивается, когда расположенные в области шва пальцы ощущают расслабление местных тканей.

4.2. Поражение височной кости

1) Техника V-образного разделения. Контролируйте положение височной кости, положив пятый и четвертый пальцы на сосцевидный отросток, средний палец – в наружный слуховой ход, второй палец – под скуловую дугу, большой палец – на верхний ее край. Определите, в каком положении (наружной или внутренней ротации) кость фиксирована. *Продолжайте движение в направлении фиксации* и направьте энергию от противоположного теменного бугра умозрительно к каменистой части. В области теменной кости вы почувствуете ощущение «размягчения». То же проводится с другой стороны.

2) Затылочно-сосцевидное соединение. (*У младенцев не применять!*)

Физиологическое движение в этом соединении можно сравнить с движением крышки относительно банки. Затылочная кость – это крышка, сосцевидный отросток – банка. Затылочная часть соединения вогнутая, сосцевидная – выпуклая.

Наиболее частой причиной двусторонней компрессии затылочно-сосцевидного соединения являются удары по затылочной области. Это приводит к тому, что чешуя смещается кпереди, а базилярная часть – книзу, височные кости ротируются внутрь.

Методом выбора обычно является прямое воздействие. Фиксируйте височную кость, как это было показано выше (см. №1), и обхватите затылок целиком ладонью другой кисти. Осторожно подвиньте височную кость к такой точке, за которой наружная ротация уже будет невозможна. Перемещайте затылочную чешую каудально и ротируйте ее до такого предела, когда дальнейшее ее сгибание уже будет невозможно. Можно облегчить проведение этой техники, если направить ток спинномозговой жидкости от лба или со стороны крестца ассистентом, сочетая это с глубоким дыханием.

Всегда проделывайте описанный выше маневр с обеих сторон, независимо от того, имеется ли ограничение с противоположной стороны. Начинать предпочтительнее со стороны, где ограничение минимальное.

3) Теменно-сосцевидное соединение. (У младенцев не применяется!)

Между внутренним раздвоением задней части чешуи и относительно широким горизонтальным наружным раздвоением сосцевидной части имеется вырезка, которую занимает нижний угол теменной кости, примерно на 2 см кпереди от лямбдовидного шва. Это напоминает палочку, вставленную в углубление, и, таким образом, данное соединение позволяет вращение. Это соединение между теменной костью и сосцевидным отростком может оказаться зажатым, что нарушает движение.

Методом выбора является прямое воздействие (рис. 19). Удерживайте височную кость, положив большой палец на сосцевидный отросток (как это обычно делается при оценке ее ротации). Большой палец второй руки положите на задний нижний угол теменной кости, ладонь и остальные пальцы располагаются на выступах теменной кости. Кончики пальцев на противоположной теменной кости действуют так же, как точки приложения силы. Большой палец воздействует на угол теменной кости в области пораженного соединения в направлении внутрь, что позволяет расцепить вырезку и позволить теменной кости вернуться в физиологическое для нее положение. От противоположной теменной кости направляют ток спинномозговой жидкости. Маневр осуществляется с обеих сторон (рис. 19).

Подобную технику можно применить по всему каменисто-чешуйчатому шву. Однако центром ограничения чаще всего бывает именно вырезка.

4) Воздействие на сфено-чешуйчатое соединение с помощью внешнего подхода (воздействие производится с обеих сторон).



Рис. 19

Имеется узкое внутреннее раздвоение на чешуйчатой части височной кости в вертикальном направлении и протяженное дополнительное наружное раздвоение на большом крыле сфеноидальной кости. На границе вертикальной и горизонтальных частей эти раздвоения переходят в более широкие соединяющиеся поверхности с небольшим наружным раздвоением на височной и внутренним на сфеноидальной костях.

Место, где происходит этот переход, является точкой вращения. Последняя может зажиматься в результате удара по щеке или по сосцевидному отростку одноименной стороны. Такое же повреждение может происходить при ударе по голове сбоку.

Прямая декомпрессия осуществляется при фиксации височной кости, как было описано в технике №2 (Техника V-образного разделения). Два-три пальца другой руки кладут на височную мышцу, которая располагается в височной ямке за наружным краем глазницы. Таким образом, достигается контакт с наружной поверхностью большого крыла клиновидной кости. Ладонь кладут на лоб. Производят легкое надавливание на большое крыло медиально, что помогает расцепить последнее с чешуей.

При этом стараются способствовать наружной ротации височной кости. При возможности пользуются дыхательной поддержкой больного (на вдохе).

4.3. Лечение внутрикостных поражений височной кости

Височная кость больного состоит из трех частей, до тех пор пока барабанная часть не сольется с каменистой. Поражения могут иметь место в области межкостных швов:

- 1) между каменистой и барабанной частями,
- 2) между каменистой и чешуйчатой частями,
- 3) между барабанной и чешуйчатой частями.

В этом случае при исследовании височной кости вы почувствуете, что ваши пальцы неравномерно перемещаются вместе с костью, иногда даже можно наблюдать сближение пальцев с одной стороны при сравнительной пальпации обеих костей, кость как бы «сморщена».

1. Контролируйте положение каменистой части, обхватив затылок ладонью левой руки и положив 1 палец на сосцевидный отросток. Контролируйте положение барабанной части, поместив мизинец правой кисти в левый наружный слуховой ход. Проверьте внутреннюю и наружную ротацию каждой части отдельно. Затем одновременно приведите обе части к точке, где движение последних ограничено.

Фиксируйте это положение. Дождитесь внезапного прекращения сопротивления и восстановления свободного одинакового движения.

2. Контролируйте каменистую часть, как было указано выше. Контролируйте чешуйчатую часть кончиками двух пальцев. Проверьте ротацию каждой части по отдельности. затем одновременно приведите обе части к точке ограниченного движения. Фиксируйте это положение. Дождитесь внезапного прекращения сопротивления и восстановления свободного одинакового движения.

3. Контролируйте положение барабанной части, как указано в пункте 1. Контролируйте чешуйчатую часть кончиками двух пальцев. Проверьте движение каждой части отдельно, затем одновременно приведите обе части к точке ограниченного движения. Фиксируйте это положение. Дождитесь внезапного прекращения сопротивления и восстановления свободного одинакового движения.

Воздействие следует производить с обеих сторон.

4.4. Приподнимание теменных костей

Передний край теменной кости находится у венечного шва, т.е. примерно на границе передней и средней частей свода черепа. При внутренней ротации чешуйчатый край теменной кости еще далее заходит под чешую височной кости, при наружной ротации они разъединяются.

Положение больного лежа на спине. Поставьте кончики пальцев на нижний край обеих костей непосредственно над чешуей височной кости. Скрестите большие пальцы над сагиттальным швом, но не дотрагивайтесь ими до головы больного. Плотно прижмите большие пальцы друг к другу (нижележащий палец давит на верхний, последний сопротивляется этому). При этом остальные пальцы будут сближаться и вызывать ротацию наружных краев теменных костей кнутри. В это же время предпринимается тяга обеими кистями по направлению к себе (к головному концу стола) до тех пор, пока теменные кости не станут ротироваться наружу. Осторожно отпустите голову больного.

4.5. Приподнимание лобной кости

При правильном выполнении этого маневра необходимо учитывать анатомические взаимоотношения лобной кости с теменными, большими крыльями сфеноидальной и височными костями. Суть маневра заключается в следующем:

1) ротируйте лобную кость с остальными костями,

2) приподнимите ее кпереди,

3) дайте ей ротироваться кнаружи, чтобы она расширилась.

Положите кисти выступами на наружные углы лобной кости и переплетите пальцы над лбом больного, но не кладите их на лоб. Попытайтесь разнять кисти, но в то же время прочно удерживайте пальцы в сплетенном положении (рис. 20).

При этом маневре выступами гипотенара наружные углы лобной кости ротируются кнутри. Координируйте этот маневр с приподниманием лобной кости кпереди к потолку, пока вы не почувствуете, что наружные углы лобной кости движутся в направлении наружной ротации. Осторожно отпустите руки.

4.6. Техника воздействия на глазницу

Наружные глазные мышцы соединяются фасцией со стенками глазницы и прикрепляются к глазному яблоку. Таким образом, травма черепа может оказать большое влияние на зрительную функцию, вызывая дисбаланс наружных мышц глаза, что может быть как причиной, так и следствием патологических напряжений реципрокных мембран напряжения черепного механизма. Глазное яблоко представляет собой фиброзную, фасциальную и жидкостную структуру, нарушения формы которой сопровождаются болезнями, как, например, при астигматизме, или же могут иметь место изменения размеров яблока, что приводит к снижению остроты зрения. Верхнее напряжение сопровождается уменьшением передне-заднего размера глазницы и сопровождается гиперметропией. Нижнее вертикальное напряжение, наоборот, увеличивает этот размер, что приводит к миопии. Боковое напряжение или ротация с наклонами могут способствовать латеральному зрительному

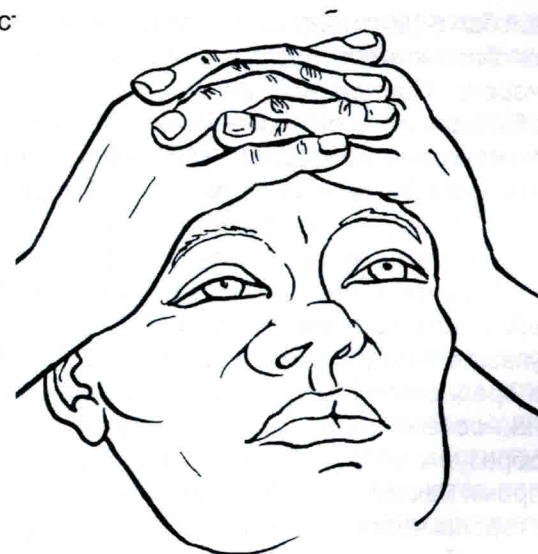


Рис. 20

дисбалансу, такому как эзофория и экзофория. И, наоборот, окулярный дисбаланс может повлечь за собой изменения со стороны основания черепа. Прежде чем планировать местные воздействия, необходимо обследовать весь череп больного в целом. Воздействие производится планомерно, поочередно обеспечивая подвижность всех костей, образующих орбиту, и нормализуя первичное дыхание.

1. V-образное разделение лобно-носового соединения

Для разделения лобно-носового соединения слева обхватите затылок правой кистью и направьте спинномозговую жидкость от края большого затылочного отверстия вправо от средней линии с помощью указательного или среднего пальца по направлению к указательному и среднему пальцам левой руки, причем указательный палец лежит на носовой кости, а средний палец – на лобной вблизи края глаза, образуя V-образную фигуру (рис. 21). Слегка раздвигайте пальцы, в то время как жидкость направляется в эту область с противоположной стороны черепа, до тех пор, пока не ощутите внезапное «освобождение». После этого маневра между лобной и носовой костями должна пальпироваться характерная для проходящего Импульса подвижность. Повторите маневр с другой стороны.

2. Необходимо обеспечить размягчение и необходимую подвижность в области *метопического шва*. Положите подушечки пальцев левой руки на лобную кость слева от средней линии. Правой кистью направьте жидкость от затылочной области, справа от средней линии затылка. Удерживайте это состояние, пока не почувствуете «освобождение» и появление характерной подвижности. Повторите этот маневр с противоположной стороны.

3. Нередко встречается компрессия *назо-максиллярного шва*. Эту компрессию можно устранить с помощью V-образного разделения: указательный палец кладется на носовую кость, средний –



Рис. 21. V-образное освобождение лобно-носового шва

на восходящий отросток верхней челюсти. Жидкость направляется от чешуи затылочной кости в противоположную относительно средней линии сторону.

4. Можно осуществить *воздействие на глазницу*, которая представляет собой конус, как на единое целое. Окружность основания этого конуса доступна для пальпации, его верхушка выступает в сторону затылка, как силовая линия. При воздействии на левую глазницу обхватите правой ладонью правый задний квадрант головы больного, пальцы левой кисти сгруппированы таким образом, чтобы кончики первого и второго пальцев лежали на лобном крае, третьего – на верхнечелюстной, а четвертый и пятый – на скуловой костях (рис. 22). Осторожно попробуйте осуществить поворот глазницы по часовой стрелке и против. Продолжайте поворот в том направлении, куда он удаётся наиболее свободно, удерживайте глазницу в достигнутом положении, пока не ощутите «освобождение» и не появятся легкие ритмичные характерные движения. Тот же маневр осуществите на другой глазнице.

5. Глазное яблоко можно проверить на податливость и свободу движения в глазнице. Так как эта структура очень чувствительна, то требуется особая осторожность. Следует убедиться, что у больного нет контактных линз (в противном случае их следует снять). Для воздействия на левое яблоко пальцы левой кисти кладут на окружность глазницы, как и при выполнении маневра №4. Глазное яблоко осторожно берут кончиками большого и среднего пальцев правой кисти и пытаются повернуть внутри глазницы по часовой стрелке, затем против. Движение продолжают в ту сторону, куда оно удаётся легче. Достигнутое положение фиксируют до ощущения прекращения сопротивления и появления свободных движений. Тот же маневр производят и на другом глазном яблоке.

6. В завершение осторожно возьмите оба глазных яблока кончиками пальцев и *оцените*

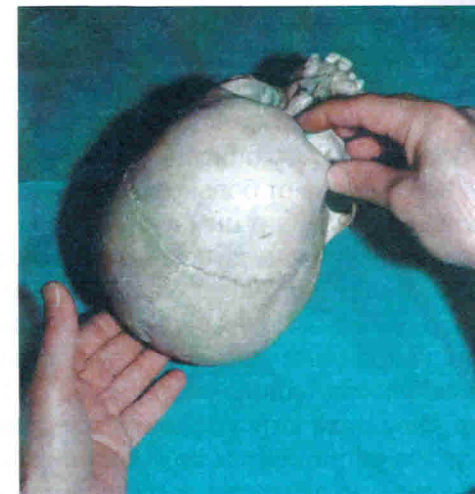


Рис. 22. Воздействие на орбиту