

УДК 616.7
ББК 54.18
Б18

В оформлении обложки использован рисунок «Строение черепа в разрезе» (1489 г.) Леонардо да Винчи.

Баиров А.Г. Философия остеопатии. Из XIX в XXI век. – СПб.: Человек, 2016. – 98 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

В этой книге автор – педиатр и детский хирург подводит итоги использования системы остеопатической медицины в амбулатории и клинике. В своих выводах он опирается на опыт лечения более чем 2500 больных детей в течение 25 лет.

В книге нет противопоставления аллопатических и остеопатических методов. Эта книга вообще не о методах. Это попытка обоснования деятельности детского врача, применяющего при оказании помощи ребёнку философию лечения, которая лежит в основе остеопатической медицины.

Ни в коем случае не противопоставляя свои взгляды классической философии остеопатии, изложенной в конце XIX в., автор создает 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 приемов в детской лечебной практике.

Книга может быть интересна врачам любого профиля, так как заставляет задуматься о философских основах нашего Великого искусства – Врачевания.

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. 6,13. Тираж 500 экз.
Отпечатано в типографии «Артемиды».

ISBN 978-5-93339-342-9

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

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Возвращение утраченной иллюзии.....	4
Глава 1. Попытки расширения понятий в философии остеопатии.....	8
1.1. Основы философского учения остеопатии.....	8
1.2. Философия человека (по следам Стилла).....	9
1.3. Человек-Пациент.....	18
1.4. Врач в сущности Пациент-Врач.....	19
Глава 2. Остеопатия у детей.....	29
2.1. Особенности остеопатической терапии у детей.....	29
2.2. Остеопатическая терапия при Пороках развития и Генетических заболеваниях у детей.....	33
Глава 3. Работа остеопата в клинической больнице.....	37
3.1. Какой диагноз?.....	37
3.2. Остеопатическая медицина в детской клинической больнице.....	39
3.3. Остеопатическое лечение урологических заболеваний.....	44
3.4. Остеопатическое лечение заболеваний органов дыхания.....	53
3.5. Острый гематогенный остеомиелит.....	58
3.6. Остеопатия в детской проктологии.....	68
3.7. Пилороспазм и пилоростеноз.....	68
3.8. Лечение Гастроэзофагеального Рефлюкса (ГЭР) в системе остеопатической медицины.....	70
3.9. Травма у детей и остеопатия.....	73
3.10. Послеоперационное остеопатическое сопровождение.....	78
Глава 4. Работа остеопата в амбулатории.....	80
4.1. Амбулаторное остеопатическое лечение.....	80
4.2. Амбулаторная работа остеопата с новорожденными детьми и младенцами.....	81
4.3. Повышенное внутричерепное давление.....	85
4.4. «Кривошея», дисплазия тазобедренного сустава, сколиоз головы.....	87
Глава 5. Некоторые рекомендации для практики остеопатического воздействия у детей.....	90
5.1. Приблизительная очередность проведения диагностических и лечебных действий у ребенка.....	90
5.2. Опасности и ошибки при остеопатическом лечении.....	93
Литература.....	97

ПРЕДИСЛОВИЕ

Возвращение утраченной иллюзии

Остеопатическая медицина родилась в Америке. Она прошла славный путь от Стилла до Сатерленда, Лей, Фрайман, Апледжера, Беккера и мн., мн. др. Научные обсуждения доктора Кора собирали симпозиумы с привлечением лучших специалистов-аллопатов (The Neurobiologic Mechanisms in Manipulative Therapy, I.M. Korr, 1977). Появилась иллюзия, что остеопатия займет достойное место в системе медицинских знаний. Об этом писал Д.У. Нортруп (1987) в своей книге «Остеопатическая медицина: американская реформация»:

«Будущее остеопатической медицины лежит не только в руках остеопатических врачей и их организаций. Остеопатическая профессия вовлечена в долгосрочную программу повышения эффективности здравоохранения нации и всего мира.

Будущее начинается сегодня. Оно и есть сегодня.»

Однако, после появления множества научных докладов и исследований, изучающих манипуляционную терапию, успехов в амбулаторной практике и открытия остеопатических больниц слава постепенно бледнела, больницы превращались в стандартные аллопатические учреждения.

Уже в учебниках Philip E. Greenman, Eileen L. Di Giovanna можно отметить подчиненность, вторичность остеопатического вмешательства. Много внимания придается документации, остеопат как бы все время преуменьшает свою значимость по сравнению с достижениями аллопатов. Появились публикации об упадке остеопатической медицины.

«Все мы прожили большую часть своей профессиональной жизни в отчаянии, наблюдая, как происходит опустошение, распад, забвение остеопатии, как она все больше и больше сливалась с аллопатическим потоком».

James S. Jealous,

DO. Accepting the death of osteopathy: A new beginning. By Thomas L. Northrup Lecture. AOA October 1999

Многие ведущие ученые-остеопаты Америки с сожалением говорят о низведении медицинского начала в остеопатии только до манипуляционных действий.

Немного об истории появления Остеопатии в моей жизни и в жизни Детской Городской больницы №2 Санкт-Петербурга, где я имею честь трудиться на протяжении более 40 лет в качестве хирурга и где проводил научные исследования как сотрудник Государственной Академии им. Мечникова. Начиная с 2000 г., к исследованиям подключились члены Ассоциации остеопатической медицины детей и подростков Санкт-Петербурга.

В 1990 г. Первая группа русских врачей из Санкт-Петербурга по приглашению Viola Frymann выехала в Калифорнию знакомиться с остеопатией. Надо сказать, что до этого никто в России не знал, что такое остеопатия.

Я был уверен, что знаю все о лечении детей. И внезапно я увидел чудо. Чудо выздоровления детей, которые по всем известным нам «законам медицины» не должны были выздороветь. Все «случаи» были поданы с прекрасными обследованиями, доложены с безупречным знанием анатомии, физиологии, психологии. Так что, с одной стороны – чудо, с другой – точная наука. Но... наука нам не известная. Вернувшись в Россию, я решил сделать то же самое. Производить «чудо».

Единственное, что могло бы заставить меня поверить в остеопатическую медицину и себя в ней – это возможность изменить в лучшую сторону течение и исход часто встречающихся в больнице заболеваний.

Для этого *первой задачей* для меня стала необходимость убедиться в достоверности *собственного* чувственного мануального опыта при определении анатомической составляющей нарушений.

Подобный процесс уже был мне знаком по опыту хирургической работы. Переход от мануальных ощущений к операции у начинающего хирурга позволяет убедиться, на основании операционных находок, в достоверности ощущений. Эта убежденность укрепляется стандартными клиническими обследованиями.

Второй задачей было создание в коллективе коллег доверия к мнению врача-остеопата. Проводя, опять, аналогию с хирургией, представьте себе, что вы врач-педиатр, у ребенка болит живот. Вы показываете врачу-хирургу; он, используя свой чувственный мануальный опыт, решает, что у ребенка аппендицит, и оперирует.

Никого не удивляет, что нужен специально тренированный специалист, который прощупыванием решит, оперировать или нет. Мы доверяем хирургу, так как он доказал полезность мануальной диагностики результатами своей работы.

Не могу отказать себе в удовольствии привести цитату из книги Мандора «Неотложная диагностика».

«Насколько мучительно зрелище неопытной, грубой и не достигающей цели руки, настолько приятен и поучителен вид двух нежных ловких и умелых пальпирующих рук, которые успешно собирают необходимые данные, внушая больному доверие. ... При виде 10 пальцев, стремящихся обнаружить настолько важную и серьезную истину посредством терпеливого исследования и тактильного таланта, перед нами ярко выступает все величие нашей профессии.»
Г. Мандор «Неотложная диагностика». Медгиз, 1939

Такое впечатление, что пишет остеопат, а ведь это настольная книга хирургов.*

Воодушевленный первыми успехами, я проводил мануальное вмешательство для обследования и лечения почти всех хирургических и реанимационных больных. Появились ученики, которые занимались разработкой отдельных направлений.

Для работы в клинике у остеопата должна быть безусловная аллопатическая грамотность: знание терминологии и стандартных мероприятий по многим медицинским специальностям, знание аллопатического прогноза.

Я пишу для тех, кто уже работает в остеопатии. Моя уверенность опирается на личный опыт клинического лечения и амбулаторного наблюдения более чем 2500 детей на протяжении более 25 лет работы остеопатом. Это не учебник. Я стараюсь просто вести беседу с коллегами на понятном нам языке, вспоминая возникающие в процессе работы проблемы. И пытаюсь объяснить самому себе и терпеливым читателям, как образуется и работает в Докторе специальность, позволяющая ему, с точки зрения официальной медицины, иногда творить «ЧУДЕСА ИСЦЕЛЕНИЯ».

Я буду рассказывать о некоторых приемах, применяемых мной в зависимости от возраста ребёнка в процессе лечения, однако это не рецепты. Как можно рассказывать хирургу, как нажимать на скальпель или брать руками кишку?

Целостность тела, структурные изменения и определение направленности самоисправления тела невозможно обнаружить без использования тренированного чувства остеопата.

* Кстати, в дальнейшем, если возникающий ассоциативно текст не совсем соответствует основному изложению или может быть воспринят как домысел, он набран мелким шрифтом.

Визуальный ряд и анатомические основы являются необходимыми в процессе обучения, однако в результате остеопат анатомию вспоминает для решения конкретных задач *после* мануальной оценки структурно-динамического состояния Целостного Человека.

Ведущими при лечении являлись данные, полученные с помощью рук, методом специальных мануальных исследований. Это новое сейчас во врачебной среде направление потребовало введения некоторой теории, философии в медицину, потому что иначе я не мог объяснить себе и последователям, что я делаю.

Когда я начинал остеопатическую работу в больнице, я думал, что шаг за шагом, заболевание за заболеванием буду улучшать или менять систему лечения. Я так делал в хирургии, применяя новые схемы операций, перенимая опыт у других врачей и т.п.

В остеопатии все оказалось не так. Проблемы человека рассматриваются остеопатом в другом ракурсе, нежели аллопатом.

В клинической части я постарался описать подробно только заболевания, при которых для меня оказалось возможным по новому прочитать этиологию и патогенез. Показаны положительные, сомнительные и отрицательные результаты. Это материал для следующих остеопатов. Для разработки, уточнений или дерзаний. Клиническая часть – это не рецепты, это иллюстрации, примеры возможности применения остеопатии.

Многие найдут в тексте знакомые фразы из книг В.Фрайман, Макгоуна и других классиков остеопатической литературы. Я с гордостью надеюсь называться их учеником и впитал эти тексты, как родную речь.

Командует в этой связке, конечно, остеопат, однако он придерживается правил:

1. Общая Сущность не должна распадаться в процессе лечения – *процесс лечения проходит в определенном ритме и непрерывно.*
2. Ведущими в связке являются желание и направленность *сущности Пациента*, призывающие к симметрии, – пациент болен, а не желания, стремления к гармонизации доктора.
3. Для того чтобы это получилось, необходимо определенное «лечебное» состояние врача.
4. Оно возникает в органе взаимопроникания врача, как результат «принятия» возникающих ощущений нестабильности, внутренней асимметрии при контакте с пациентом (создается под наблюдением Учителя).

Если вы «впустили в себя» все вышесказанное, то вы заметили, что это сходно с описанием самозабвенного танца пары, когда партнер-врач «знает» каждое желание партнера-пациента, и счастлив от этого знания, и доставляет радость партнеру.

Когда доктор ощутит в себе равновесие, которое характеризуется покоем, отсутствием тревоги, он отделяется. Пациент остается в системе только собственного органа взаимопроникания, который был поддержан и обучен во время общей Сущности с врачом. Доктор не лечит – он помогает излечиваться.

В результате исправлений в сущности Пациент-Врач пациент сможет использовать присущую ему способность к самоисправлению, то есть организовать с помощью собственного Первичного Дыхания Сущность, способную к энергетически комфортному Бытию.

ГЛАВА 2. ОСТЕОПАТИЯ У ДЕТЕЙ

2.1. Особенности остеопатической терапии у детей

При оказании помощи младенцу необходимо учитывать, что он совсем недавно находился в системе «мать – дитя» внутриутробно и его органное и целостное взаимопроникание происходило целиком за счет взаимодействия с организмом матери.

Направленность взаимопроникания у ребенка, его скорость и избирательность изменчивы в зависимости от возраста, но в течение всего периода развития отличаются от взрослых. Процесс взаимопроникания у детей характеризуется центробежной направленностью. Он как бы постоянно расширяется и для этого требует, и использует большее количество энергии.

Все перемены, возникающие в процессе развития эмбриона или плода, находят свое отражение в его органе взаимопроникания. *Ребенок рождается с «историей» внутриутробного развития. Она влияет на течение родов и на всю дальнейшую жизнь человека, сколь долгой бы она ни была.*

Внутриутробные повреждения у плода могут происходить:

1. В период построения органов – тогда могут появляться пороки развития.
2. Вследствие нарушения взаимопроникания уже сложившихся систем и органов плода с материнским организмом. Часто причиной этого являются нарушения непосредственно в органе взаимопроникания плода, 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 (некоторые виды болезни Гиршпрунга, врожденный пузырно-мочеточниковый рефлюкс, меконимальная непроходимость и др.).
3. При возникновении порока развития может иметь место комбинированная причина из первого и второго. Плод с пороком развития входит во взаимопроникание с материнским организмом. Это нарушает течение беременности. Усугубляет состояние родившегося ребенка.

Порок развития, по моему мнению, представлен в органе взаимопроникания как ребенка, так и матери. Вмешательство остеопата в послеродовом периоде у ребенка и оказание помощи матери улучшают прогноз.

Родовая травма

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

Beryl E. Arbuckle (1970), Viola M. Fryman (1976) провели научные работы по доказательству значения родовой травмы для объяснения нарушений психофизической функции ребенка. Фрайман пишет в 1976 году: «Родовая травма встречается гораздо чаще, чем некоторые думают. Изучение 1 250 младенцев показало, что 9 из 10 – травмировано». Правда, появление мануальной диагностики и лечения не привело человечество к значительным изменениям в здорovie.

Начиная с этих работ, остеопатия у детей рассматривалась, в основном, с точки зрения появления неврологических расстройств в связи с локальными повреждениями черепа, его содержимого и поврежденный позвоночника на разных уровнях в родах.

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, нарушение дыхательной функции. Успех лечения зависит от объема повреждения и квалификации реаниматологов.

Поздние проявления родовых повреждений, на мой взгляд, лежат в основе этиологии и патогенеза некоторых урологических заболеваний, острого гематогенного остеомиелита, деструктивной пневмонии и мн. др.

2.1.1. Энергия бытия у ребенка

Перед тем как перейти к особенностям постнатального периода, придется сделать небольшое отступление общего порядка.

На все протекающие физические процессы у человека требуется определенное количество энергии.

Речь идет об энергии, которую человек получает за счет питания, и она расходуется, в соответствии с целью жизни, для функционирования всего тела, то есть взаимопроникания.

- Известно, что *основной обмен ребенка интенсивнее*, чем у взрослого, за счет ускоренного образования новых клеток и тканей и быстрых изменений отдельных органов и систем.
- Развитие ребенка, как зависимого объекта, в большей степени зависит от адекватного окружения. Сущности, с которыми взаимодействует ребенок, могут нести гармонизирующее или дисгармонизирующее влияние.
- Потребность в энергии для преодоления *патологических структурных изменений* обеспечивается из того же ресурса, что и жизнедеятельность всего ребенка.

Энергия, которую ребенок получает с пищей, может использоваться рационально или нерационально. Ее, в конце концов, может оказаться недостаточно и для исправления повреждения, и для развития ребенка.

Остеопат должен оказывать положительное воздействие на нескольких направлениях. Он не только руками помогает организму исправить повреждения. Остеопат оказывает помощь советами по обеспечению нормального питания и воспитания, что помогает ребенку, в определенных пределах, самостоятельно исправить родовые повреждения.

2.1.2. Постнатальное развитие

Появление самостоятельного дыхания ребенка после родов завершает построение органа взаимопроникания, начатое внутриутробно. Ребенок готов к взаимопрониканию как Единая Сущность.

После рождения ребенок начинает взаимодействие уже через свой **орган взаимопроникания непосредственно**, в процессе кормления грудью. (Происходит воздействие через сосок с определенным ритмом через небо и сошник на передние отделы головного мозга.)

Ребенок получает таким образом опыт самостоятельного обретения гармонии, благодаря сочетанию ритмичного воздействия на орган взаимопроникания материнской грудью и заполнения утробы молоком. (Или не получает, например, при отсутствии грудного вскармливания и зондовом кормлении.)

С этого момента *начинается* активное внеутробное построение Единого Тела, которым Человек будет пользоваться после окончания процесса созревания – детства.

По моему наблюдению, вначале у ребенка организуются структуры в органе взаимопроникания, близко расположенные к первичному месту воздействия – материнской груди. Обоняние, зрение, слух

Работая на структурных напряжениях, мы облегчаем ребенку Бытие, используя свои профессиональные возможности остеопата по созданию симметрии. Мы исправляем ошибки материнского организма, возникшие при построении человека, из нестандартного, недостаточно идентичного ее организму материала.

Необходимо учесть, что некоторые проявления являются результатом нарушенного взаимопроникания уже в послеродовом развитии (нарушение контакта с матерью из-за «уродства» ребенка, информация врачей о прогнозе, взаимоотношения с родственниками и т.д.).

Если врач-osteopat решается помочь матери ребенка с генетическим заболеванием, необходимо попробовать принять вышесказанное. Конечно, все это является лишь гипотезой, но она помогает мне при оказании помощи.

Мы не можем отказаться от помощи человеку, если у нас есть это желание.

Природа умнее нас и рассудит верно. Нужно только не забывать спрашивать у нее. Для этого дана нам долгая врачебная жизнь, для этого мы ведем исследование и учет, которые помогают нам лечить и не вредить.

ГЛАВА 3. РАБОТА ОСТЕОПАТА В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

3.1. Какой диагноз?

Я заметил, что на занятиях по остеопатической терапии врачи часто обращаются ко мне с вопросом: «А какой диагноз? Какие приемы надо применять при этом диагнозе и т.п.». Рассказ об анатомо-физиологических изменениях при заболевании у ребенка обычно вызывал такие же вопросы.

Я понял, что соединение остеопатического лечения с аллопатическим диагнозом приводит к некоторым затруднениям у врача. Я попытаюсь изложить свое мнение на этот счет, иначе мои дальнейшие рассуждения будут бесполезны.

Весь накопленный к настоящему времени в медицине огромный фактический материал, иногда полезный, иногда нет, привязан к «диагнозу». Оценка деятельности врача в процессе лечения больного происходит также с учетом диагноза.

Болезнь чаще всего рассматривается **врачом-аллопатом** как нечто «чуждое», внедрившееся в человека и производящее в нем свои разрушающие действия. Врач исследует отдельные части тела и в дальнейшем составляет из мозаики результатов произвольную схему поражений тела – *место болезни в нем, называя это диагнозом*.

Этот путь построения диагноза логичен и может быть принят за основу при оказании помощи взрослому пациенту. То есть пациенту, от которого имеется запрос на оказание помощи в пораженном болезнью участке тела.

Для взрослого больного целью лечения является избавление от боли или восстановление нормальных движений и возможности общения – в общем, *сохранение комфорта жизни*. Нормализация какой-либо «части здоровья» воспринимается больным как благо.

Ребенок предъявляет запрос на оказание помощи врачом в связи с «общим нарушением здоровья». Да и предъявление этого запроса происходит через его представителя – мать.

Жалобы носят общий характер. Уровень поражения тела очень приблизительный. *Само появление болезни может угрожать возможности превращения Ребенка во Взрослого*.

Обычный путь постановки диагноза: область поражения, исходя из жалоб, уточняющее исследование и диагноз – часто превращается в нервческие метания по всему тельцу ребенка с УЗИ, рентгеном, биохимическими анализами и т.д., и т.п.

При оценке состояния и выработке тактики лечения в неотложных состояниях применяется такое понятие, как синдром. Синдром кровотечения, обезвоженности, электролитных расстройств, коматозного состояния, дыхательных нарушений, болевой синдром и т.п. Скорость развития угрожающих жизни состояний заставляет начинать лечение синдрома у больного и параллельно уточнять диагноз. *То есть лечение опережает диагноз.*

Появление синдромной диагностики предполагает поиск болезни среди предложенных «по списку» в соответствии с синдромом. Это, конечно, упрощает работу, но по-прежнему приходится *выбирать из бесчисленных сведений, которые к тому же постоянно увеличиваются в процессе поиска и становятся все более противоречивыми.*

Остеопат, в процессе мануального исследования, *определяет направление и интенсивность исправляющих сил всего тела* и участок тела, где происходит основное взаимодействие. (При необходимости проводится уточняющий поиск анатомических критериев, с помощью специальных исследований.)

В лечении мы ориентируемся на напряжения асимметрии, найденные при мануальном исследовании, и способствуем их ликвидации.

В остеопатической медицине аллопатический диагноз вторичен для выбора лечения.

В результате динамического (неоднократного) мануального исследования анатомических изменений в теле больного уточняются направленность и успешность процесса самовыздоровления пациента.

Таким образом, имеются два различных подхода: от анализа к ментальному синтезу у классического врача и от синтетического восприятия к анализу у Остеопата.

Преимущественное использование первого подхода привело к тому, что появление новых приемов диагностики вызвано необходимостью подтверждения диагнозов, большая часть которых появилась в конце 19 – начале 20 вв. Наука изучает сама себя, это уведит нас от пути к истине.

И все-таки, несмотря на несовершенство и часто отсутствие патогенетической направленности в «диагнозе», мы не можем от него отказаться.

На основании диагноза разрабатывалось современное лечение как минимум последние 100 лет медицинской практики. Опираясь

на диагноз, мы можем сопоставить результаты наших действий с официальными в аллопатии.

Эти рассуждения объясняют, почему я сравниваю результаты лечения больных определенных диагностических групп, хотя часто патогенез заболевания с точки зрения аллопата не совпадает с оценкой остеопата.

Мы оцениваем возможности оказания помощи субъективно. Но контроль результатов проводился по общепринятой методике в зависимости от аллопатического диагноза.

Вот такие рассуждения о диагнозе я хотел представить вам перед тем, как перейти к клиническому разделу.

3.2. Остеопатическая медицина в детской клинической больнице

У наблюдавшихся мной больных определяющими для создания алгоритма лечения были остеопатическая диагностика и терапия. Результаты их, естественно, постоянно контролировались, в соответствии с правилами оказания помощи в клинической больнице. Изучение данных, получаемых при исследовании в процессе лечения, позволили несколько изменить этиологические и патогенетические воззрения на многие заболевания детей в клинике.

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

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

Нахождение детей в клинике, куда больные поступают с неотложными состояниями или для операции, предполагает особенности остеопатического подхода 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 о патогенезе являются рабочими. Равно как и общепринятые, имеющиеся на сегодняшний день, а также и те, что появятся в будущем. Я предлагаю свои концепции, потому что на сегодняшний момент они дают лучший результат у ребенка в процессе лечения.

3.2.1. Работа остеопата в отделении реанимации

Особую роль играет остеопатический подход при оказании реанимационной помощи. *Реаниматолог обеспечивает доставку ингредиентов для выработки энергии, в том числе для органа взаимопроникания, врач-osteопат обеспечивает оптимальное использование энергии, воздействуя на орган взаимопроникания (рис. 1).*



Рис. 1

В идеале, с остеопатом советуются врачи-реаниматологи по многим вопросам оказания помощи ребенку в тяжелом состоянии. 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 нашей 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 0,5 года. Полное выздоровление.

В процессе 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 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.

ГЛАВА 4. РАБОТА ОСТЕОПАТА В АМБУЛАТОРИИ

Оказание остеопатической клинической амбулаторной помощи детям предполагает оказание помощи больным, которые находятся вне больницы. Они доставляются из дома для лечения, в специально оборудованное помещение, которое может быть связано территориально с больницей, где их обслуживает врач-osteopat.

Оказание амбулаторной помощи в условиях клинической больницы, на мой взгляд, – оптимальный вариант помощи детям.

Плюсы и минусы такой работы с точки зрения экономики, организации и законности можно урегулировать, при благожелательном отношении к лечебной деятельности руководства больницы. Я не приношу роль коммерческих центров для оказания помощи, но разработка новых приемов и практик для лечения возможна только в крупных клинических учреждениях, с обязательным привлечением научного исследования.

Всех наблюдаемых амбулаторно детей можно разделить на несколько групп.

1. *Больные дети, обращающиеся впервые за оказанием помощи, в состоянии не предполагающем госпитализацию.*
2. *Больные, получившие стационарную помощь и требующие реабилитации.*
3. *Здоровые дети, обращающиеся для обследования в связи с тревогой родителей, необоснованными претензиями других специалистов. К этой же группе относятся дети, получавшие в прошлом лечение остеопата. У них возникают те или иные жалобы, и они доверяют лечащему врачу.*

4.1. Амбулаторное остеопатическое лечение

Амбулаторное лечение составляет основу деятельности остеопата при оказании помощи детям.

Я проанализировал, как формируются интересы и, следовательно, категории больных у остеопата в амбулатории. Самое большое влияние оказывает медицинская профессия врача до начала практики остеопатии.

На мой взгляд, например, врач, не имеющий педиатрического образования, будет всячески уклоняться от лечения больных детей. Невропатологу трудно избавиться от привычных рецептов при лече-

нии неврологических пациентов. Урологу, хирургу и т.п. – от стремления к операции. Мы все приходим с багажом классических знаний, а остеопатическое чувство и навыки часто требуют от них отказаться. Я намеренно не касаюсь официальных требований.

Среди детей, получивших у меня амбулаторное лечение, вначале преобладали больные с Детским Церебральным Параличом (ДЦП). Это не моя основная профессия, но как-то родители этих больных прознали про меня и побежали за «волшебной остеопатией».

Эта группа больных достаточно спаяна «инвалидностью», периодическими встречами в больницах, общей судьбой. Я никогда не лечил ранее этих детей, но вокруг не было в то время никаких конкурентов, а мой учитель Виола Фрайман показывала именно больных с ДЦП.

Успехи в лечении у меня были несколько лучше, чем в официальных учреждениях, я работал совместно с грамотным невропатологом – жизнь удалась!

Внезапно я осознал, что пациенты меня представляют в виде искусного массажиста. Мне пришлось резко снизить количество детей с ДЦП и заняться теми проблемами у детей, которые мне были известны из моей основной профессии педиатрии, детской хирургии, ортопедии, травматологии, урологии.

Я не буду описывать свои правила при лечении ДЦП. Те немногие больные, которые получают у меня лечение до сих пор, довольны. Мануальное вмешательство у детей с неврологическими проявлениями прекрасно описано во всех монографиях по остеопатической медицине. Могу только добавить, что без работы психолога, родителей и официальной экономической помощи успех невозможен. Условия работы с этими больными в каждой стране свои, и с ними надо считаться, разрабатывая стратегию и тактику амбулаторной помощи детям с детским церебральным параличом.

Это отступление я сделал намеренно, чтобы объяснить, почему у меня при описании работы с больными присутствуют редкие для остеопатии патологии и не будет описания ДЦП.

4.2. Амбулаторная работа остеопата с новорожденными детьми и младенцами

Сразу уточняю, речь идет об амбулаторной работе. Я работал с новорожденными в стационаре, но это дети с тяжелой патологией. Чаще всего неврологической или хирургической. Лечение их остеопатом составляет часть общей деятельности большой группы специалистов.

4.2.1. Новорожденные

К остеопату в амбулаторию новорожденные поступают чаще всего с диагнозами: «Шейная родовая травма», «Дисплазия тазобедренного сустава», «Внутричерепное давление», «Гидроцефальный синдром». Все перечисленные «диагнозы», на мой взгляд, могут являться отражением нормальных процессов восстановления ребенка после родов, которое по тем или иным причинам несколько нарушено.

Позволю себе напомнить, что при обращении мы должны уточнить у матери:

- Состав семьи.
- Течение беременности.
- Особенности родов.
- Характер вскармливания.
- Применяемое лечение, если оно проводится.
- Лечебные процедуры по совету врачей и помощников.
- Основные жалобы матери.

Первый осмотр проводится обязательно полностью обнаженного ребенка. Вы можете обнаружить необычные сосудистые пятна на коже, пигментные пятна. Грыжевые выпячивания, необычное строение тела, половых органов, конечностей. Параллельно обратить внимание на симметричность движения конечностей, строение кистей и стоп, раскрытие кистей. Осмотр проводится «незаметно для матери» и не должен сопровождаться замечаниями и вопросами. После осмотра попросите мать одеть ребенка в легкую одежду (рубашка, памперс, ползунки). В процессе одевания вы оцениваете взаимоотношение матери и ребенка. Ребенок в первые месяцы после рождения должен быть в контакте в основном с матерью. Это природный дар матери и ребенка.

Последнее время мы много говорим о равенстве матери и отца, однако по отношению к ребенку мать ближе отца, и это необходимо признать. Просто младенец не говорит, иначе он бы рассказал о разнице между запахом грудного молока у матери и запахом отца, между руками матери и «мозолистыми» руками отца. Ритм покачивания ребенка матерью соответствует ритму ее Первичного Импульса в процессе вынашивания. Ритм покачивания ребенка отцом соответствует Первичному Импульсу матери отца и не имеет никакого отношения к Первичному Импульсу ребенка.

Если вы заметили, что мать «боится ребенка», передоверяет уход за ним бабушке или отцу, можно применить следующий метод «соединения» матери и ребенка.

Сначала вы берете ребенка на руки и чувствуете, что он спокоен на ваших руках. Если этого нет, можете не продолжать. После этого кладете ребенка на стол и просите мать взять его на руки.

Шея и голова ребенка должны лежать на локтевом сгибе одной руки, эта же рука предплечьем и кистью располагается под спиной и ягодицами. Вторая рука свободно обнимает ребенка. Врач стоит сбоку от матери. Он кладет одну руку на плечи матери – сзади «полуобнимая» ее, вторую на ребенка. Вы должны почувствовать обоих и создать общность. Как бы провести остеопатическое лечение пары. Мать почувствует «соединение» с ребенком. Обычно это улучшает взаимодействие матери и младенца.

Я рекомендую первые 2 месяца после рождения пеленать ребенка. Причем первый месяц с руками днем и ночью, второй – с руками на ночь. На мой взгляд, пеленание позволяет матери быстрее соединиться с ребенком, благодаря частому контакту с его телом через руки, а типичные, отработанные веками движения во время пеленания значительно полезнее «специальных упражнений».

Преимущество грудного вскармливания уже упоминалось в главе об особенностях остеопатической терапии у детей. Надо помнить, что руки матери, грудь матери, укачивание матери – это взаимодействие с «внутриутробными воспоминаниями», которые в раннем возрасте имеют значительное влияние.

Хотя это кажется парадоксальным, основная задача матери состоит в том, чтобы ребенок в процессе развития расставался с этими «воспоминаниями». Для этого с самого начала внеутробного существования ребенка необходимо организовать кормление с определенными интервалами. Это, во-первых, регулирует работу пищеварительного тракта, а во-вторых, начинает знакомить ребенка с ритмом времени вне материнского организма. Мать уже не пуповина, которая несет постоянное питание, она часть внешнего мира с его временем и порядком.

Хотел бы обратить ваше внимание, что перечисляемые мной особенности кормления и ухода за ребенком первых месяцев жизни описаны во многих руководствах по педиатрии. Я указал вам некоторые, они легко объяснимы с точки зрения остеопатической медицины. И, *главное, любые рекомендации, которые вы даете матери ребенка, должны быть объяснены самому себе с позиций остеопата.*

Выполнение только этих простых правил в процессе вскармливания и ухода за ребенком значительно облегчает задачу лечения.