

**Общероссийская общественная организация «Российская  
osteопатическая ассоциация»**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКИХ  
ДИСФУНКЦИЙ**

Кодирование по  
Международной статистической  
классификации болезней и проблем,  
связанных со здоровьем:

**M99.0**

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 2022

Разработчик клинической рекомендации:

Общероссийская общественная организация «Российская остеопатическая ассоциация»

2022 год

## Оглавление

Ключевые слова .....	
Список сокращений .....	
1. Краткая информация .....	
1.1 Определение .....	
1.2 Этиология и патогенез .....	
1.3 Эпидемиология.....	
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	
Примеры формулировки диагнозов .....	
1.5 Классификация .....	
1.6 Клиническая картина.....	
2 Диагностика.....	
2.1 Жалобы, анамнез .....	
2.2 Физикальное обследование .....	
2.3 Лабораторная диагностика.....	
2.4 Инструментальная диагностика .....	
2.5 Лечение .....	
3.1 Консервативное лечение .....	
3.1 Хирургическое лечение .....	
4. Реабилитация .....	
5. Профилактика и диспансерное наблюдение .....	
6. Организация оказания медицинской помощи .....	
7. Дополнительная информация, в том числе, влияющая на течение и исход заболевания .....	
7.1 Осложнения .....	
7.2 Исходы и прогноз .....	
8. Критерии оценки качества медицинской помощи .....	
9. Список литературы .....	
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	
Приложение А3. Связанные документы .....	
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента .....	
Приложение В. Информация для пациентов .....	
Приложение Г. Расшифровка примечаний .....	

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

- остеопатия
- соматическая дисфункция
- биомеханическая составляющая
- ритмогенная составляющая
- краниальный ритмический импульс
- кардиальный ритмический импульс
- торакальный ритмический импульс
- нейродинамическая составляющая
- глобальная соматическая дисфункция
- региональная соматическая дисфункция
- локальная соматическая дисфункция
- острая соматическая дисфункция
- хроническая соматическая дисфункция

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГБК – глобальное биомеханическое нарушение

ГНН – глобальное нейродинамическое нарушение

ГРН – глобальное ритмогенное нарушение

ЗВПО – задне-верхняя подвздошная ось

КПС – крестцово-подвздошный сустав

ОКС – острый корональный синдром

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ПВПО – передне-верхняя подвздошная ось

ПДМ – первичный дыхательный механизм

РБН – региональное биомеханическое нарушение

РНН – региональное нейродинамическое нарушение

РРН – региональное ритмогенное нарушение

СД – соматическая дисфункция

СТ – соединительная ткань

ТМО – твердая мозговая оболочка

## **1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

### **1.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Соматическая дисфункция — это обратимое структурно-функциональное нарушение в тканях и органах, проявляющееся пальпаторно определяемыми ограничениями различных видов движений и подвижности.

Соматические дисфункции (син. рестрикции, остеопатические повреждения), проявляющиеся как нарушения подвижности и других биомеханических свойств тканей, являются специфическим объектом остеопатического воздействия.

Остеопатия — область клинической медицины, включающая оказание медицинской помощи пациентам с соматическими дисфункциями на этапах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, основанная на анатомо-функциональном единстве тела и использующая мануальные методы, восстанавливающие способности организма к самокоррекции. Остеопатия рассматривает организм человека как целостную систему, представляющую собой нечто более сложное, чем простая сумма его частей (Мохов Д.Е. и соавт., 2020).

### **1.2 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Нарушение подвижности, то есть СД, может иметь несколько компонентов: фасциальный (биомеханический) — снижение эластичности (упругости), смещаемости, податливости, увеличение жесткости; метаболический (жидкостный) — увеличение вязкости, нарушение «метаболических» ритмов; нейродинамический — нарушение нервной регуляции (тонуса и сокращения скелетных мышц и гладкомышечных органов). Эти компоненты могут сочетаться и иметь разную степень выраженности. Они выявляются остеопатами при пальпаторном обследовании и проведении специальных тестов. Типичные диагностические индикаторы для СД, определяемые пальпаторно, — это

нарушения биомеханических свойств тканей: ненормальность текстуры ткани (вязкости, эластичности, жесткости), асимметрия, ограничение движения и подвижности (рис. 1).



Рисунок 1. Нарушения, выявляемые при остеопатической диагностике

Восстановление подвижности является целью применения остеопатических лечебных техник и приводит к нормализации функционального состояния тканей.

В 2010 г. Всемирная организация здравоохранения сформулировала пять основных моделей структурно-функциональных отношений, которыми остеопатам следует руководствоваться в диагностике и лечении (Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy. World Health Organization 2010).

**1. Биомеханическая.** В этой модели делается акцент на значимости правильной позы и равновесия тела для поддержания баланса. Напряжение или дисбаланс, возникающие в механизмах их поддержания, изменяют структуру суставов и отражаются на восприятии собственного тела. При этом могут нарушаться двигательные функции, нарастают энергозатраты на поддержание позы и перемещение тела в пространстве. Соответственно, целью остеопата

является восстановление осанки, баланса тела и способствование эффективной работе опорно-двигательного аппарата.

**2. Респираторно-циркуляторная.** Главным условием нормального функционирования органов эта модель полагает беспрепятственный обмен жидкостями между клеткой и интерстицием: доставку кислорода и питательных веществ и удаление продуктов клеточного метаболизма. Патологическое напряжение, если оно возникает в тканях, препятствует токам жидкостей, что ведет к повреждению тканей. Соответственно, остеопат стремится устранить препятствия внешнему дыханию, циркуляции крови и других жидкостей тела.

**3. Нейрологическая.** В этой модели главный элемент — нейроиммунно-эндокринная система с ее балансом афферентно-эфферентных потоков и ноцицепции. Изменения в интеро- и особенно в ноцицепции вызывают облегчение спинальных эфферентных нейронов (повышение их возбудимости), и импульсация от них нарушает нормальную работу мышц и многих органов. В данной модели акцент делается на взаимодействии соматической и автономной нервной системы. Уменьшая механические напряжения, остеопат стремится сбалансировать афферентные потоки и устранить патологические изменения в ноцицепции.

**4. Биопсихосоциальная.** В центре этой модели — сумма воздействующих на человека экологических, социально-экономических, культурных, физических и психологических факторов, и задача остеопата — устранить последствия биопсихосоциального стресса.

**5. Биоэнергетическая.** В основе этой модели — баланс между энергопродукцией и энерготратами и правильное распределение энергии в организме, что необходимо для адаптации к различным стрессорам (иммунологическому, пищевому, психологическому и т.д.). Усилия остеопатов должны быть направлены на устранение факторов, препятствующих правильному

энергетическому балансу тела, нарушающих регулирование производства, распределения или расхода энергии.

В последнее время предложена дополнительная модель — **пептидная**. В основе данной модели — накопленный материал, показывающий эффект остеопатического воздействия, выражающийся в высвобождении различных пептидных компонентов регуляторных гомеостатических механизмов организма (Johnson I.P., 2008).

Все модели включают центральное понятие остеопатии — соматическую дисфункцию. Каждая взятая в отдельности модель несет ограниченный специфический подход к выбору определенных параметров анализа человеческого тела. Эти модели дополняют друг друга, поэтому в реальной остеопатической практике необходимо использование их совокупности.

Понимание этих моделей можно облегчить, если отталкиваться от возможных повреждающих факторов, вызывающих патологические изменения в организме, от знаний о типовых патологических процессах и от того, на какие структуры в первую очередь направлено диагностическое и лечебное внимание остеопата.

Из всех возможных повреждающих воздействий следующие основные причины могут привести к возникновению СД:

- физические (механические травмы, чрезмерная нагрузка, вынужденная поза и т.п.);
- химические/метаболические (неправильное питание, побочное действие лекарственных препаратов, различные интоксикации);
- психоэмоциональные.

Структурно-функциональные нарушения в организме могут происходить остро (травма, острая интоксикация, стресс) или исподволь, хронически



(длительная вынужденная поза, хроническая интоксикация, хроническое психоэмоциональное напряжение и т.п.). При остро возникших нарушениях либо происходит полное выздоровление, либо в организме остаются структурно-функциональные изменения, которые остеопатом могут расцениваться как СД. Эти изменения компенсируются, в результате чего могут формироваться вторичные СД, не совпадающие с местом повреждения. При воздействии повреждающих факторов изменения в организме сначала носят функциональный, обратимый характер. Если человеку не оказывается адекватная медицинская помощь, а собственных адаптационных ресурсов недостаточно, то происходит соматизация нарушений, то есть патологические изменения структуры и функциональных свойств тканей и органов нарастают и из обратимых постепенно становятся необратимыми (рис. 2). Именно поэтому СД могут выявляться как при наличии, так и при отсутствии явных признаков заболевания. На стадии обратимости остеопатическая коррекция максимально эффективна.

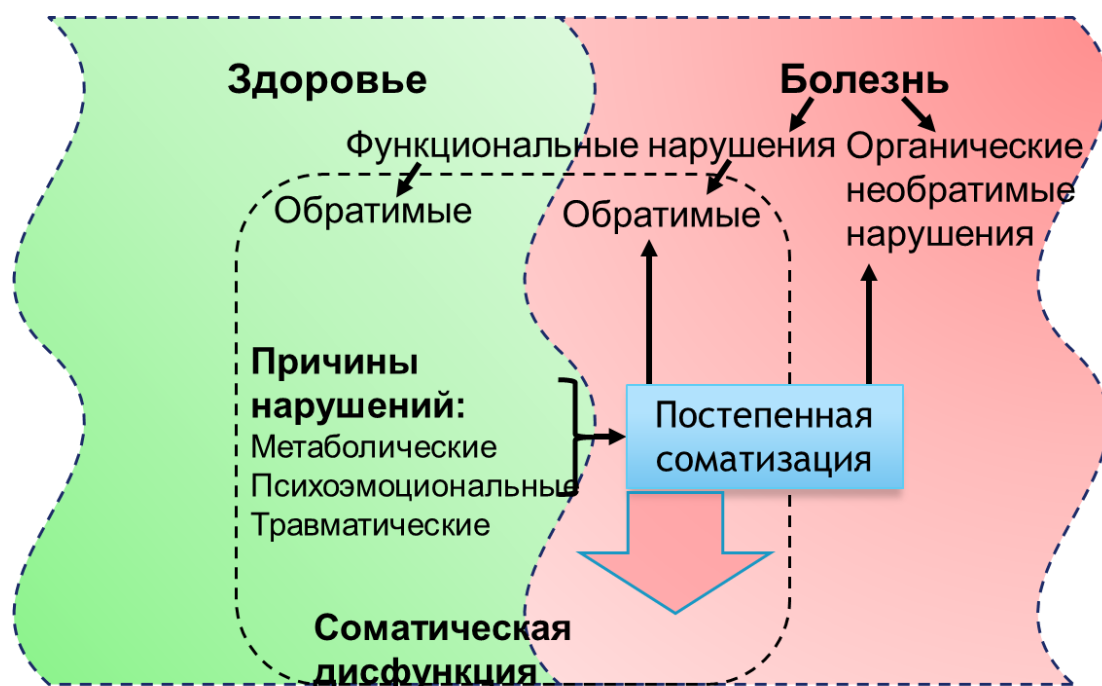


Рисунок 2. Взаимоотношение понятий «здоровье», «болезнь» и «соматическая дисфункция».

Типичные патологические изменения, при которых показана остеопатическая коррекция, в основном происходят в системе соединительной

ткани. Соединительная ткань (СТ) и ее производные составляют 85% удельного веса тела (Алексеев А.А., Заворотинская Н.В., 2008). Помимо того, что она формирует органы опорно-двигательного аппарата (кости, связки, суставы, фасции и т.д.), а также кожный покров и сосуды, СТ присутствует во всех без исключения органах. Соединительная ткань выполняет биомеханическую (опорную), трофическую (метаболическую), защитную (барьерную), структурообразовательную (пластическую, репаративную) и регуляторную (местная гуморальная регуляция) функции (Серов В.В., Шехтер А.Б., 1981). Соединительная ткань активна, ее активность выражается в миграции клеток, синтезе и резорбции ими межклеточного матрикса и выделении физиологически активных веществ. В СТ разворачивается воспаление — важнейшая защитная реакция организма на любое повреждение. Благодаря СТ возможно восстановление структуры органов после повреждения.

Локальная острая СД есть не что иное, как очаг острого воспаления в СТ. Воспаление — это защитно-приспособительная реакция организма на местное повреждение, характеризуемая явлениями альтерации, расстройствами микроциркуляции (с экссудацией и эмиграцией) и пролиферацией, направленными на локализацию, уничтожение и удаление повреждающего агента, а также на восстановление (или замещение) поврежденных тканей. Несмотря на сильные проявления, острое воспаление остается физиологической реакцией, которая может закончиться полным выздоровлением. При большом объеме повреждения образуется соединительнотканый рубец и может сформироваться локальная хроническая СД.

Локальные хронические СД могут являться разными стадиями хронического воспаления и рубцевания в СТ. Постоянная травматизация (экзогенная или эндогенная) поддерживает хронический воспалительный процесс, препятствующий размягчению рубца. Формирующаяся рубцовая ткань — это плотная неоформленная СТ, которая содержит коллагеновые волокна, образующие плотно, но хаотично расположенные пучки. Вследствие этого

возникает ограничение подвижности тканей, уменьшение эластичности и увеличение их жесткости разной степени выраженности.

Локальная хроническая СД может иметь не только воспалительный генез. Механическая деформация соединительной ткани может вызвать градиенты гидростатического давления, поток жидкости в матриксе, деформацию волокон и клеток. В зависимости от интенсивности и длительности воздействия реакции СТ могут быть разными. При кратковременной компрессии мягких тканей происходит вытеснение межклеточной жидкости из области воздействия и снижение капиллярного кровотока. Эти изменения обычно полностью обратимы. Если это воздействие продолжается длительное время, вследствие местного нарушения кровообращения и реакции фибробластов на механические воздействия может развиваться отек тканей. Фибробласты увеличивают синтез гликозаминогликанов и протеогликанов, которые повышают гидрофильность ткани, причем достаточно быстро. Ферментативное разрушение этих веществ происходит гораздо дольше. Все это приводит к локальному накоплению и задержке жидкости, повышению внутритканевого давления. Такие изменения также обратимы.

Механические воздействия (из внешней среды и возникающие в самом организме) являются специфическими для СТ. Для ее клеток и межклеточного матрикса характерна структурная перестройка в соответствии с силой и характером механического воздействия (Серов В.В., Шехтер А.Б., 1981). Если в силу разных механических воздействий происходит избыточное натяжение какой-либо структуры (фасции, связки и т.д.), то повышается активность фибробластов, в результате чего увеличивается количество коллагеновых волокон и изменяется форма эластиновых волокон. Этому способствуют также микроциркуляторные и метаболические нарушения. Соединительная ткань уплотняется, теряет способность к динамике, формируется локальная хроническая СД. Организм пытается скомпенсировать возникшие нарушения подвижности. Первичная СД может менять натяжение и подвижность других

структур, в результате чего возможно возникновение новых СД на локальном и региональном уровнях.

Таким образом, локальные хронические СД представляют собой различные варианты фиброза и склероза с разрастанием коллагеновых волокон. Они могут формироваться вследствие хронического воспаления либо в результате адаптивной перестройки СТ под влиянием механических воздействий (рис. 3).

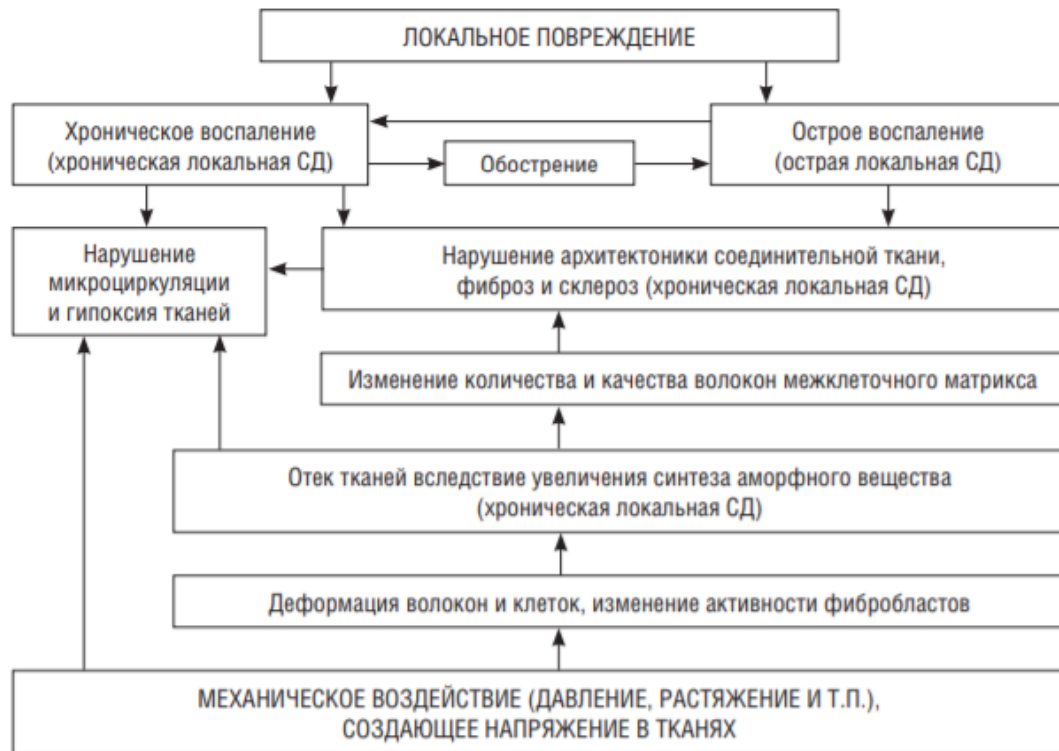


Рисунок 3. Основные звенья патогенеза локальных соматических дисфункций (Мохов Д.Е. и соавт., 2020).

### 1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

СД является результатом реакции организма на повреждающее воздействие. Как правило, эта реакция имеет индивидуальный характер и зависит от адаптационных возможностей конкретного организма. Лица, подвергающиеся воздействиям аналогичных повреждающих факторов, так же, как и пациенты, имеющие аналогичные заболевания, могут иметь разную структуру соматических дисфункций. Понимание этого факта обуславливает индивидуальный характер остеопатической коррекции. В связи с этим проведение популяционных исследований распространенности СД имеет ограниченный характер. В тоже время накоплено уже достаточно

данных о представленности соматических дисфункций у пациентов с самой различной патологией.

#### **1.4. КОДИРОВАНИЕ ПО МКТ-10**

Соматические дисфункции (СД) включены в Международную классификацию болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра.

M00–M99 Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

M95–M99 Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани.

M99 Биомеханические нарушения, не классифицированные в других рубриках.

M99.0 Сегментарная или соматическая дисфункция.

M99.00 Биомеханическая дисфункция — область шеи.

M99.01 Соматическая дисфункция — область головы.

M99.02 Соматическая дисфункция — область груди.

M99.03 Соматическая дисфункция — область поясницы.

M99.04 Соматическая дисфункция — область крестца.

M99.05 Соматическая дисфункция — область таза.

M99.06 Соматическая дисфункция — нижняя конечность.

M99.07 Соматическая дисфункция — верхняя конечность.

M99.08 Соматическая дисфункция — грудная клетка.

M99.09 Соматическая дисфункция — область живота и другие.

M99.8 Другие биомеханические нарушения.

M99.9 Биомеханические нарушения неуточненные.

В МКБ-10 фактически присутствуют только региональные СД. Глобальный и локальный уровни в этой классификации отсутствуют.

#### **ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА**

1. Глобальное биомеханическое нарушение.

2. Глобальное ритмогенное нарушение – нарушение выработки кардиального ритмического импульса.
3. Глобальное нейродинамическое нарушение – постуральное.
4. Региональное биомеханическое нарушение – регион верхней конечности.
5. Региональное нейродинамическое нарушение – висцеро-соматическое
6. Хроническая локальная соматическая дисфункция правого плечевого сустава.
7. Острая локальная соматическая дисфункция крестца.

### **1.5. КЛАССИФИКАЦИЯ**

В структуре соматической дисфункции условно выделяют биомеханическую, гидродинамическую/ритмогенную и нейродинамическую составляющие:

*биомеханическая составляющая СД* — это потенциально обратимое нарушение подвижности, податливости и эластичности тканей тела человека;

*гидродинамическая составляющая СД* — потенциально обратимое нарушение вязкостных характеристик тканей и естественного тока жидкостей тела человека, пальпаторно определяемое в том числе как нарушение выработки, передачи и синхронизации эндогенных ритмов (синоним: ритмогенная составляющая СД);

*нейродинамическая составляющая СД* — это потенциально обратимое нарушение процессов нервной регуляции.

В соответствии с этими составляющими проводится остеопатическая диагностика, о которой далее подробно пойдет речь. Соматические дисфункции в организме могут проявляться на глобальном, региональном или локальном уровнях. Состояние пациента может быть также описано (охарактеризовано) на этих трех уровнях со стороны биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений (рис. 4).

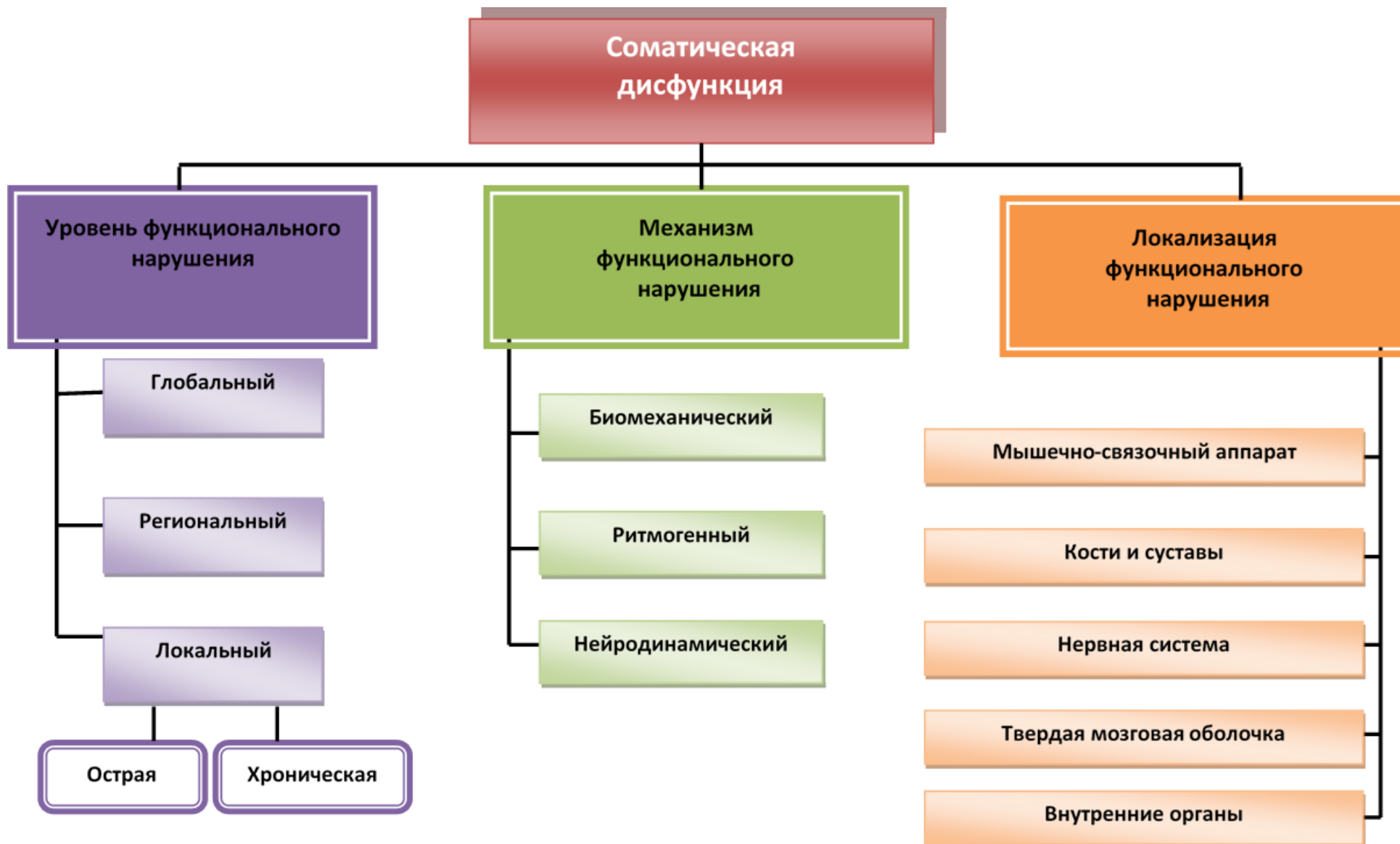


Рисунок 4. Классификация соматических дисфункций

## **Глобальный уровень проявления соматической дисфункции (уровень организма в целом)**

### *1. Глобальное биомеханическое нарушение*

Глобальное биомеханическое нарушение (ГБН) — это обратимое изменение характеристик тканей, не соответствующее возрасту, не связанное с острым болевым синдромом, затрагивающее три осевых региона и более (полирегиональность) и сопровождающееся значимым ограничением подвижности тела в одной из плоскостей пространства.

### *2. Глобальное ритмогенное/гидродинамическое нарушение*

Глобальное ритмогенное нарушение (ГРН) — это обратимое расстройство выработки эндогенных ритмов. С клинической точки зрения может быть обусловлено как функциональными, так и сочетанием функциональных и органических причин и проявляется во всех тканях целостного организма.

Наиболее часто оцениваются следующие эндогенные ритмы: краниальный, торакальный (дыхательный) и кардиальный (сердечный). Оценка осуществляется по следующим параметрам: частота, сила и амплитуда.

Глобальное ритмогенное краниальное нарушение — нарушение выработки краниального ритмического импульса (КРИ), которое на уровне региона головы проявляется в виде снижения частоты, амплитуды, силы КРИ, а на периферическом уровне — изменением глобального расширения/сжатия (наружная и внутренняя ротация) тканей тела.

Глобальное ритмогенное кардиальное нарушение — нарушение выработки кардиального ритмического импульса, формирующего вторичные полирегиональные соматические дисфункции. Проявляется на уровне сердца изменением ритма, снижением амплитуды и силы кардиального ритмического импульса, на периферии — изменением основных характеристик пульса, а также изменением гидродинамических характеристик тканей вследствие их гипоксии.



Глобальное ритмогенное торакальное нарушение — нарушение выработки торакального ритмического импульса, формирующего вторичные полирегиональные соматические дисфункции. Проявляется на уровне легких изменением ритма, снижением амплитуды, силы торакального ритмического импульса и на периферии — изменением гидродинамических характеристик тканей вследствие их гипоксии.

### *3. Глобальное нейродинамическое нарушение*

Глобальное нейродинамическое нарушение (ГНН) — это обратимое нарушение нервной регуляции организма, проявляющееся психовисцеросоматическими, постуральными расстройствами и/или нарушениями двигательных стереотипов. Постуральное нарушение — это изменение подвижности тканей и позиции тела в пространстве, связанное с нарушением процессов проприоцепции.

Психовисцеросоматическое нарушение (ПВСН) — это состояние тканей, характеризующееся вторичными полирегиональными соматическими ограничениями подвижности, которые связаны с психоэмоциональным компонентом.

Нарушение двигательных стереотипов (нормальных синкинезий) — изменение подвижности тканей, связанное с функциональными нарушениями безусловно-рефлекторных комплексов взаимосвязанных движений (ходьба, содружественные движения головы и глаз, частей тела и т.п.) вследствие разобщения в центральных звеньях рефлекторных дуг.

### **Региональный уровень проявления соматической дисфункции (уровень одного из регионов тела)**

#### *1. Региональное биомеханическое нарушение*

Региональное биомеханическое нарушение (РБН) — это обратимое изменение подвижности, податливости и эластичности тканей, которое выявляется в одном из регионов организма

Остеопаты условно выделяют следующие регионы: регион головы, регион шеи, грудной, поясничный и тазовый регионы, регионы верхних конечностей (правой и

левой) и нижних конечностей (правой и левой), регион твердой мозговой оболочки (краниосакральная система как отдельный регион).

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

На региональном уровне отдельно ритмогенную составляющую можно не выделять, так как она связана в той или иной степени с определенной региональной ригидностью тканей, а значит, оценивается в разделе региональных биомеханических нарушений. В то же время на региональном уровне могут происходить гидродинамические нарушения — ухудшение артериального притока, микроциркуляции, венозного и/или лимфатического оттока. Причинами этих нарушений могут быть натяжение или компрессия соединительнотканых структур, перестройка соединительной ткани или спазмированные мышцы.

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

Региональное нейродинамическое нарушение — это изменение состояния тканей тела, связанное с раздражением одного или нескольких звеньев рефлекторной дуги: рецепторов; отростков чувствительных, вегетативных и двигательных нейронов, идущих в составе периферических нервов; вегетативных ганглиев или симпатического ствола; спинномозговых корешков; сегментов спинного мозга. Региональное нейродинамическое нарушение может проявляться висцеросоматическими, висцеро-висцеральными, сомато-соматическими и соматовисцеральными дисфункциями. Механизм формирования РНН достаточно полно описан Ирвином Корром, который сформулировал теорию об «упрощенном медуллярном сегменте» на основе многочисленных экспериментальных и клинических исследований.

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

На локальном уровне определяются отдельные соматические дисфункции того или иного органа. При этом соматическая дисфункция на данном уровне на основании оценки биомеханического, ритмогенного и нейродинамического компонентов может определяться как острая или хроническая (табл. 1). Выделение острых и хронических

дисфункций может быть и на других уровнях, но именно для локальных СД это имеет большее клиническое значение.

Таблица 1. Компоненты локальной соматической дисфункции

Компонент\дисфункция	Острая соматическая дисфункция	Хроническая соматическая дисфункция
Биомеханический	слабо ограниченная смещаемость	значительно ограниченная смещаемость
Ритмогенный	повышение гидротации тканей (отек), повышение местной температуры	дегидротация тканей (фиброз), понижение местной температуры
Нейродинамический	острая боль, выраженная болезненность	менее выраженная боль и болезненность

## Локальные соматические дисфункции

### 1. Соматические дисфункции костно-мышечной системы.

#### СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

##### Соматические дисфункции грудино-ключичного сустава

Соматическая дисфункция грудино-ключичного сустава в компрессии— дисфункция ключицы, заключающаяся в ее медиальном смещении, сопровождающаяся глобальным ограничением подвижности в грудино-ключичном суставе.

Соматическая дисфункция ключицы в верхнем положении — смещение грудинного конца ключицы в цефалическом направлении с ограничением подвижности в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция ключицы в нижнем положении— смещение грудинного конца ключицы в каудальном направлении с ограничением подвижности в цефалическом направлении.

Соматическая дисфункция ключицы в переднем положении— смещение грудинного конца ключицы вентрально с ограничением дорсолатерального движения.

#### Соматические дисфункции акромиально-ключичного сустава

Соматическая дисфункция акромиально-ключичного сустава в раскрытии — смещение акромиального конца ключицы вентрально с ограничением подвижности в дорсальном направлении.

Соматическая дисфункция акромиально-ключичного сустава в закрытии — смещение акромиального конца ключицы дорсально с ограничением подвижности в вентральном направлении.

#### Соматические дисфункции плечевого сустава

Соматическая дисфункция головки плечевой кости в верхнем положении — смещение головки плечевой кости цефалически с ограничением каудального движения.

Соматическая дисфункция плечевой кости в переднем положении — смещение головки плечевой кости вентрально с ограничением подвижности в дорсальном направлении.

Соматическая дисфункция плечевой кости в заднем положении — смещение головки плечевой кости дорсально с ограничением подвижности в вентральном направлении.

Соматическая дисфункция плечевой кости в передне-верхнем положении - смещение головки плечевой кости цефалически и вентрально с ограничением каудального и дорсального вектора движения.

#### Соматические дисфункции луче-локтевого сустава

Соматическая дисфункция заднее смещение головки лучевой кости

Соматическая дисфункция переднее смещение головки лучевой кости

### Соматические дисфункции плече-локтевого сустава

Соматическая дисфункция локтевой кости в приведении

Соматическая дисфункция локтевой кости в отведении

### Соматические дисфункции лучезапястного сустава

Соматическая дисфункция флексии-экстензии, лучевой-локтевой девиации, супинации-пронации

### Соматические дисфункции пястно-фаланговых и межфаланговых суставов

## СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

### Соматические дисфункции тазобедренного сустава

Соматическая дисфункция головки тазобедренного сустава в переднем положении — вентральное смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины.

Соматическая дисфункция головки тазобедренного сустава в заднем положении — дорсальное смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины.

### Соматические дисфункции коленного сустава

Соматическая дисфункция большеберцовой кости в переднем положении — вентральное смещение большеберцовой кости под бедренной костью.

Соматическая дисфункция большеберцовой кости в заднем положении — дорсальное смещение большеберцовой кости под бедренной костью.

Соматическая дисфункция большеберцовой кости в приведении — смещение дистальной части большеберцовой кости к средней линии.

Соматическая дисфункция большеберцовой кости в отведении — смещение дистальной части большеберцовой кости в латеральном направлении.

Соматическая дисфункция большеберцовой кости в наружной трансляции — смещение большеберцовой кости под бедренной костью кнаружи (травматическая дисфункция).

Соматическая дисфункция большеберцовой кости во внутренней трансляции — смещение всей большеберцовой кости под бедренной костью кнутри (травматическая дисфункция).

Соматическая дисфункция внутреннего мениска в медиальном положении — наружная ротация большеберцовой кости относительно бедренной кости со смещением внутреннего мениска медиально и вентрально.

Соматическая дисфункция наружного мениска в латеральном положении — внутренняя ротация большеберцовой кости относительно бедренной кости со смещением наружного мениска латерально и вентрально.

#### Соматические дисфункции малоберцовой кости

Соматическая дисфункция головки малоберцовой кости в переднем положении — смещение головки малоберцовой кости вентрально относительно большеберцовой кости.

Соматическая дисфункция головки малоберцовой кости в заднем положении — смещение головки малоберцовой кости дорсально относительно большеберцовой кости.

Соматическая дисфункция латеральной лодыжки в переднем положении — смещение латеральной лодыжки (дистальной части малоберцовой кости) вентрально относительно большеберцовой кости.

Соматическая дисфункция латеральной лодыжки в заднем положении — смещение латеральной лодыжки (дистальной части малоберцовой кости) дорсально относительно большеберцовой кости.

Соматическая дисфункция малоберцовой кости в верхнем положении — смещение в цефалическом направлении малоберцовой кости относительно большеберцовой кости в верхнем и нижнем большеберцово-малоберцовом суставах.

Соматическая дисфункция малоберцовой кости в наружной ротации — положение малоберцовой кости в наружной ротации относительно большеберцовой кости.

Соматическая дисфункция малоберцовой кости во внутренней ротации — положение малоберцовой кости во внутренней ротации относительно большеберцовой кости.

### Соматические дисфункции голеностопного сустава

Соматическая дисфункция таранной кости в переднем положении — вентральное смещение таранной кости относительно вилки голеностопного сустава.

Соматическая дисфункция берцовой вилки голеностопного сустава в переднем положении — смещение таранной кости дорсально относительно вилки голеностопного сустава.

### Соматические дисфункции подтаранного сустава

Соматическая дисфункция головки таранной кости в передневнутреннем смещении — смещение головки таранной кости медиально и вентрально относительно пяточной кости.

Соматическая дисфункция головки таранной кости в задненаружном смещении — смещение головки таранной кости кзади и кнаружи относительно пяточной кости.

### Соматические дисфункции ладьевидно-кубовидной пары

Соматическая дисфункция ладьевидной кости в верхнем положении — смещение в цефалическом направлении ладьевидной кости относительно таранной кости в супинационном паттерне стопы.

Соматическая дисфункция кубовидной кости в верхнем положении — смещение в цефалическом направлении кубовидной кости относительно пяточной кости в пронационном паттерне стопы.

Соматическая дисфункция кубовидной кости в нижнем положении — смещение в каудальном направлении кубовидной кости относительно пяточной кости в супинационном паттерне стопы.

Соматическая дисфункция ладьевидной кости в нижнем положении — смещение в каудальном направлении ладьевидной кости относительно таранной кости в пронационном паттерне стопы.

### Соматические дисфункции кубовидных костей

Соматическая дисфункция I клиновидной кости в верхнем положении — смещение I клиновидной кости в цефалическом направлении относительно ладьевидной кости.

Соматическая дисфункция I клиновидной кости в нижнем положении — смещение I клиновидной кости в каудальном направлении относительно ладьевидной кости.

Соматическая дисфункция II клиновидной кости в верхнем положении — смещение II клиновидной кости в цефалическом направлении относительно ладьевидной кости.

Соматическая дисфункция III клиновидной кости в верхнем положении — смещение III клиновидной кости в цефалическом направлении относительно кубовидной кости.

Соматическая дисфункция III клиновидной кости в нижнем положении — смещение III клиновидной кости в каудальном направлении относительно кубовидной кости.

### СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ



Соматическая дисфункция лонного сочленения в компрессии — дисфункция лонных костей, заключающаяся в медиальном смещении обеих костей с резким ограничением всех видов движений в лонном симфизе.

Соматическая дисфункция лонной кости в заднем (задневерхнем) положении — смещение лонной кости в цефало-дорсальном направлении с ограничением подвижности в каудально-вентральном направлении. Сопровождается функциональным удлинением конечности на стороне дисфункции.

Соматическая дисфункция лонной кости в переднем (передненижнем) положении — смещение лонной кости в каудально-вентральном направлении с ограничением подвижности в цефало-дорсальном направлении. Сопровождается функциональным укорочением конечности на стороне дисфункции.

### СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

Соматическая дисфункция подвздошной кости в переднем положении — смещение подвздошной кости в положение передней ротации. Задняя ротация ограничена. При этом на стороне дисфункции передняя верхняя подвздошная ось (ПВПО) располагается каудально, задняя верхняя подвздошная ось (ЗВПО) — цефалически, седалищный бугор — дорсо-каудально по отношению к противоположной стороне; конечность на стороне дисфункции удлинена.

Соматическая дисфункция подвздошной кости в заднем положении — смещение подвздошной кости в положение задней ротации. Передняя ротация ограничена. При этом на стороне дисфункции ПВПО располагается цефалически, ЗВПО — каудально, седалищный бугор — вентрально-цефалически по отношению к противоположной стороне; конечность на стороне дисфункции укорочена.

Соматическая дисфункция подвздошной кости в раскрытии — смещение подвздошной кости в положение наружной ротации таким образом, что на стороне дисфункции ПВПО располагается более латерально, ЗВПО — более медиально (с заполнением бороздки крестцово-подвздошного сустава). Расстояние от пупка до ПВПО больше на стороне дисфункции. Внутренняя ротация ограничена.

Соматическая дисфункция подвздошной кости в закрытии — смещение подвздошной кости в положение внутренней ротации таким образом, что на стороне дисфункции ПВПО располагается более медиально, ЗВПО — более латерально (с углублением бороздки крестцово-подвздошного сустава). Расстояние от пупка до ПВПО меньше на стороне дисфункции. Наружная ротация ограничена.

Соматическая дисфункция подвздошной кости в верхнем положении (дисфункция «ап-слип», «upsleep») — смещение подвздошной кости цефалически. На стороне дисфункции ПВПО и ЗВПО находятся более цефалически, седалищный бугор и гребень подвздошной кости — более цефалически; конечность функционально укорочена.

## СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ КРЕСТЦА

Соматическая дисфункция крестца в передней торсии (физиологическая) (левая по левой оси) — нарушение подвижности крестца вокруг оси его физиологического механического движения, заключающееся в смещении крестца таким образом, что верхний правый квадрант крестца находится вентрально, а нижний левый квадрант — дорсально и каудально.

Соматическая дисфункция крестца в передней торсии (физиологическая) (правая по правой оси) — является зеркальным отображением левой торсии по левой оси.

Соматическая дисфункция крестца в задней торсии (нефизиологическая) (правая по левой оси) — нарушение подвижности крестца вокруг оси его физиологического механического движения, заключающееся в смещении крестца таким образом, что правый верхний квадрант крестца находится дорсально, а левый нижний квадрант — вентрально и цефалически.

Соматическая дисфункция крестца в задней торсии (нефизиологическая) (левая по правой оси) — является зеркальным отображением правой торсии по левой оси.

Соматическая дисфункция крестца в односторонней флексии — дисфункция крестца, заключающаяся в его смещении таким образом, что на стороне дисфункции основание находится вентрально, а нижнелатеральный угол — каудально и дорсально.

Экстензия крестца ограничена. Удлинение конечности на стороне дисфункции (в положении лежа на животе).

Соматическая дисфункция крестца в односторонней экстензии — дисфункция крестца, заключающаяся в его смещении таким образом, что на стороне дисфункции основание находится дорсально, а нижнелатеральный угол — вентрально. Флексия крестца ограничена. Укорочение конечности на стороне дисфункции (в положении лежа на животе).

Соматическая дисфункция крестца в двусторонней флексии — дисфункция крестца, заключающаяся в его двустороннем смещении в положение механической флексии (нутации, наклона вперед). Экстензия крестца ограничена.

Соматическая дисфункция крестца в двусторонней экстензии — дисфункция крестца, заключающаяся в его двустороннем смещении в положение механической экстензии (контрнутации, наклона назад). Флексия крестца ограничена.

## СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЗВОНКОВ

Соматическая дисфункция Вебстера — специфическая дисфункция грудного позвонка, заключающаяся в его трансляции во фронтальной плоскости и с одноименной ротацией, сопровождающаяся асинхронизмом краниосакральной системы.

Соматическая дисфункция FRS — дисфункция позвоночно-двигательного сегмента, заключающаяся в смещении вышележащего позвонка относительно нижележащего. Вышележащий позвонок находится в положении флексии, сопровождающейся односторонними ротацией и боковым наклоном (латерофлексией). Движения экстензии, ротации и бокового наклона в другую сторону ограничены.

Соматическая дисфункция ERS — дисфункция позвоночно-двигательного сегмента, заключающаяся в смещении вышележащего позвонка относительно нижележащего. Вышележащий позвонок находится в положении экстензии, сопровождающейся односторонними ротацией и боковым наклоном

(латерофлексией). Движения флексии, ротации и бокового наклона в другую сторону ограничены.

Соматическая дисфункция NSR — групповая дисфункция позвонков, заключающаяся в их смещении в положение ротации и бокового наклона. Ротация и боковой наклон в другую сторону ограничены.

Соматическая дисфункция отдела позвоночника — сочетанная дисфункция группы позвонков, которая включает в себя две и более дисфункции (с указанием направлений дисфункций).

### СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ РЕБЕР

Соматическая дисфункция ребра в компрессии — дисфункция ребра, заключающаяся в смещении головки ребра вентрально, а грудинного конца ребра дорсально. При этом аксиллярная часть ребра выступает (смещается латерально). Дисфункция резко ограничивает все виды движений ребра.

Соматическая дисфункция ребра в дисторсии — дисфункция ребра, заключающаяся в смещении его головки дорсально, а грудинной части вентрально. Аксиллярная часть ребра западает (смещается медиально). Дисфункция резко ограничивает все виды движений ребра.

Соматическая дисфункция ребра на вдохе — смещение ребра в положение вдоха с ограничением его движения на выдохе.

Соматическая дисфункция ребра на выдохе — смещение ребра в положение выдоха с ограничением его движения на вдохе.

Соматическая дисфункция ребра в переднем положении (передний подвывих) — смещение головки ребра вентрально, сопровождающееся западением заднего угла ребра.

Соматическая дисфункция ребра в заднем положении (задний подвывих) — смещение головки ребра дорсально, сопровождающееся выбуханием заднего угла ребра.

## 2. Соматические дисфункции краниосакральной системы и органов головы.

### *Физиологические дисфункции СБС:*

*Соматическая дисфункция СБС: флексия* — дисфункция СБС, выражающаяся в преобладании амплитуды флексии по сравнению с амплитудой экстензии в СБС в рамках ПДМ.

*Соматическая дисфункция СБС: экстензия* — дисфункция СБС, выражающаяся в преобладании амплитуды экстензии по сравнению с амплитудой флексии в СБС в рамках ПДМ.

*Соматическая дисфункция СБС: торсия*— дисфункция СБС, выражающаяся в разнонаправленном повороте клиновидной и затылочной костей вокруг передне-задней оси движения (сагиттальной оси). Дисфункция физиологическая (сохранены движения вокруг физиологических осей затылочной и клиновидной костей).

*Соматическая дисфункция СБС: боковой наклон с ротацией (SBR, side-bend-rotation)* — дисфункция СБС, выражающаяся в разнонаправленном развороте клиновидной и затылочной костей вокруг патологических вертикальных осей и одноименном наклоне этих костей вокруг патологической сагиттальной оси. Дисфункция физиологическая (сохранены движения вокруг физиологических осей затылочной и клиновидной костей).

### *Нефизиологические дисфункции СБС:*

*Соматическая дисфункция СБС: вертикальный стрейн*— дисфункция СБС, выражающаяся в смещении тела клиновидной кости выше (верхний-высокий стрейн) или ниже (нижний-низкий стрейн) основания затылочной кости, формирующаяся в результате однонаправленного поворота затылочной и клиновидной костей относительно собственных поперечных осей.

*Соматическая дисфункция СБС: латеральный стрейн*— дисфункция СБС, выражающаяся в смещении тела клиновидной кости влево (левый стрейн) или вправо

(правый стрейн) относительно основания затылочной кости, формирующаяся в результате однонаправленного поворота затылочной и клиновидной костей относительно собственных вертикальных осей.

*Соматическая дисфункция СБС в компрессии* – дисфункция СБС, заключающаяся в сближении тела клиновидной кости с основанием затылочной кости, приводящем к резкому ограничению амплитуды движения СБС в ритме ПДМ.

*Соматическая дисфункция височной кости* — ротация височной кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).

*Соматическая дисфункция лобной кости* — ротация лобной кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).

*Соматическая дисфункция теменной кости* — ротация теменной кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).

*Соматическая дисфункция скуловой кости* — ротация скуловой кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).

*Соматическая дисфункция верхней челюсти* — ротация верхней челюсти: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся

преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).

*Соматическая дисфункция костей лицевого черепа* — дисфункция, проявляющаяся ограничением подвижности определенной кости относительно собственных физиологических осей.

*Соматическая дисфункция твердой мозговой оболочки (ТМО)* — дисфункция, проявляющаяся ограничением подвижности ТМО в местах ее физиологического прикрепления. Характеризуется ограничением свободы ТМО.

*Соматическая дисфункция «Wiplash» (по типу хлыстовой травмы)* — дисфункция, характеризующаяся асинхронным движением затылочной кости и крестца. Сопровождается ограничением движения ТМО.

*Соматическая дисфункция височно-нижне-челюстного сустава (ВНЧС)* — ограничение подвижности и/или смещение нижней челюсти.

*Соматическая дисфункция черепно-мозговых нервов (ЧМН)* — «сдавление» одного из нервов в зонах остеопатических конфликтов (СД, костей черепа, ТМО).

*Соматическая дисфункция швов черепа* — дисфункция, проявляющаяся ограничением подвижности швов черепа.

*Соматическая дисфункция «краниосакральный асинхронизм»* — дисфункция, проявляющаяся нарушением симфазности работы краниальной и сакральной составляющих краниосакральной системы.

*Соматическая дисфункция «внутрикостное повреждение»* — дисфункция, характеризующаяся изменением напряжения в определенных частях кости (часто обусловлена особенностями эмбрионального развития костей черепа).

*Соматическая дисфункция структур вегетативной нервной системы (ВНС)* — дисфункция с повреждением симпатической или парасимпатической составляющей ВНС.

### **3. Соматические дисфункции периферической нервной системы.**

#### **4. Соматические дисфункции внутренних органов.**

##### Соматические дисфункции гортанно-глоточного комплекса

Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает ротация гортанно-глоточного комплекса относительно вертикальной оси вправо.

Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает ротация гортанно-глоточного комплекса относительно вертикальной оси влево.

Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает правый боковой наклон гортанно-глоточного комплекса относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает левый боковой наклон гортанно-глоточного комплекса относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в верхнем положении — дисфункция, при которой преобладает краниальное смещение гортанно-глоточного комплекса.

Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает каудальное смещение гортанно-глоточного комплекса.

Сочетанная соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направлений дисфункций).

##### Соматические дисфункции легких

Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) на вдохе — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в фазе диафрагмального вдоха по сравнению с фазой выдоха.



Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) на выдохе — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в фазе диафрагмального выдоха по сравнению с фазой вдоха.

Данные соматические дисфункции могут быть сочетанными, то есть включать любое количество долей легких в любых дисфункциях.

1. Ограничение мобильности верхней доли легкого, преимущественно вызванное рестрикцией связок купола плевры
2. Ограничение мобильности верхней доли легкого, преимущественно вызванное рестрикцией связки-ракетки (связки корня легкого)
3. Ограничение мобильности нижней доли легкого, преимущественно вызванное фиксациями плевры
4. Ограничение мобильности нижней доли легкого, преимущественно вызванное рестрикцией межплевральной связки
5. Ограничение мотильности верхней/нижней доли легкого с преобладанием фазы экспир
6. Ограничение мотильности верхней/нижней доли легкого с преобладанием фазы инспир

Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

Данные соматические дисфункции могут быть сочетанными, то есть включать любое количество долей легких в любых дисфункциях.

### Соматические дисфункции плевры

Соматическая дисфункция плевры — ограничение подвижности плевры (с указанием зоны) при диафрагмальном вдохе.

### Соматические дисфункции средостения

Соматическая дисфункция органов средостения в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в правой ротации относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция органов средостения в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в левой ротации относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция органов средостения в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в правый боковой наклон относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция органов средостения в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в левый боковой наклон относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция органов средостения во флексии — дисфункция, при которой преобладает движение переднего наклона объема средостения относительно горизонтальной оси.

Соматическая дисфункция органов средостения в экстензии — дисфункция, при которой преобладает движение заднего наклона объема средостения относительно горизонтальной оси.

Сочетанная соматическая дисфункция органов средостения — дисфункция, которая включает в себя две и более дисфункции (с указанием направлений дисфункций).

Соматические дисфункции перикарда (дисфункции, характеризующиеся напряжением связок перикарда) - нарушение мобильности перикарда.

Соматическая дисфункция вертебро-перикардиальной связки — напряжение вертебро-перикардиальной связки.

Соматическая дисфункция верхней грудино-перикардиальной связки — напряжение верхней грудино-перикардиальной связки.

Соматическая дисфункция нижней грудино-перикардиальной связки — напряжение нижней грудино-перикардиальной связки.

Соматическая дисфункция диафрагмально-перикардиальной связки — напряжение диафрагмально-перикардиальной связки.

Сочетанная соматическая дисфункция — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции: напряжение двух и более связок перикарда.

### Соматические дисфункции желудка

#### 1. Ограничение мобильности желудка:

Соматическая дисфункция желудка в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение правого бокового наклона желудка относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция желудка в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение левого бокового наклона желудка относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция желудка в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает правая ротация желудка относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция желудка в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает левая ротация желудка относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция желудка по типу птоза — дисфункция, при которой преобладает подвижность желудка в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция желудка в верхнем направлении при наличии грыжи пищеводного отверстия грудобрюшной диафрагмы — дисфункция, при которой преобладает подвижность желудка в краниальном направлении.

Сочетанная соматическая дисфункция желудка — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункций).

Соматическая дисфункция — спазм пилорического сфинктера.

## 2. Ограничение мотильности желудка

Соматическая дисфункция желудка в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения желудка в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция желудка в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения желудка в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

## Соматические дисфункции печени

### 1. Ограничение мобильности печени:

Соматическая дисфункция печени в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение правого бокового наклона печени относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция печени в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение левого бокового наклона печени относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция печени в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает правая ротация печени относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция печени в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает левая ротация печени относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция печени по типу птоза — дисфункция, при которой преобладает подвижность печени в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция печени в верхнем направлении — дисфункция, при которой преобладает подвижность печени в краниальном направлении.

Сочетанная соматическая дисфункция печени — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункций).

## 2. Нарушение мотильности печени

Соматическая дисфункция печени в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения печени в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция печени в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения печени в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

### Соматические дисфункции связок печени

Соматическая дисфункция правой треугольной связки печени — напряжение правой треугольной связки печени.

Соматическая дисфункция левой треугольной связки печени — напряжение левой треугольной связки печени.

Соматическая дисфункция венечной связки печени — напряжение венечной связки печени.

Соматическая дисфункция серповидной связки печени — напряжение серповидной связки печени.

Соматическая дисфункция круглой связки печени — напряжение круглой связки печени.

Соматическая дисфункция печеночно-двенадцатиперстной связки — напряжение печеночно-двенадцатиперстной связки.

Соматическая дисфункция печеночно-желудочной связки — напряжение печеночно-желудочной связки.

Соматическая дисфункция печеночно-ободочной связки — напряжение печеночно-ободочной связки.

Соматическая дисфункция печеночно-почечной связки — напряжение печеночно-почечной связки.

Сочетанная соматическая дисфункция — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции: напряжение двух и более связок печени.

### Соматические дисфункции двенадцатиперстной кишки

Нарушение мобильности:

Соматическая дисфункция двенадцатиперстной кишки — ограничение подвижности двенадцатиперстной кишки.

Соматическая дисфункция сфинктера Одди — нарушение тонуса сфинктера Одди.

Нарушение мотильности:

Соматическая дисфункция двенадцатиперстной кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения двенадцатиперстной кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция двенадцатиперстной кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения двенадцатиперстной кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

### Соматические дисфункции тощей кишки

Нарушение мобильности:

Соматическая дисфункция тощей кишки в нижнем положении — птоз - дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость тощей кишки в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция дуодено-еюнального сочленения — ограничение подвижности дуодено-еюнального сочленения.

Нарушение мотильности:

Соматическая дисфункция тощей кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание

движения тощей кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция тощей кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание

движения тощей кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

Соматические дисфункции подвздошной кишки и илеоцекальной зоны

Соматическая дисфункция подвздошной кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость подвздошной кишки в каудальном направлении. Дисфункция сопровождается изменением илеоцекального угла.

Соматическая дисфункция сфинктера Баугиниевой заслонки — нарушение тонуса сфинктера Баугиниевой заслонки.

Соматические дисфункции слепой кишки

Нарушение мобильности (спазм, фиксация)

Соматическая дисфункция слепой кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость слепой кишки в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция слепой кишки в правой подвздошной области — фиксация слепой кишки в правой подвздошной области.

Нарушение мотильности:

Соматическая дисфункция слепой кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения слепой кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция слепой кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения слепой кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

### Соматические дисфункции восходящей и нисходящей ободочной кишки

Нарушение мобильности (фиксация, спазм)

Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки — ограничение латерального смещения восходящей (нисходящей) ободочной кишки — дисфункция, при которой преобладает медиальное смещение восходящей (нисходящей) ободочной кишки.

Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки — ограничение медиального смещения восходящей (нисходящей) ободочной кишки — дисфункция, при которой преобладает латеральное смещение восходящей (нисходящей) ободочной кишки.

Нарушение мотильности:

Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения восходящей (нисходящей) ободочной кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание



движения восходящей (нисходящей) ободочной кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

### Соматические дисфункции сигмовидной кишки

Нарушение мобильности (фиксация, спазм)

Соматическая дисфункция сигмовидной кишки — ограничение подвижности сигмовидной кишки.

Соматическая дисфункция сигмовидной кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость сигмовидной кишки в каудальном направлении.

Нарушение мотильности:

Соматическая дисфункция сигмовидной кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения сигмовидной кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция сигмовидной кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения сигмовидной кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

### Соматические дисфункции прямой кишки

Нарушение мобильности (фиксация, спазм)

Соматическая дисфункция прямой кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость стенки прямой кишки в каудальном направлении.

### Соматические дисфункции почек

Нарушение мобильности (фиксация, птоз)

Соматическая дисфункция почки в нижнем положении — дисфункция, при которой во время диафрагмального вдоха преобладает каудальное смещение почки.

Соматическая дисфункция «Замороженная» почка — дисфункция, при которой резко ограничено движение почки на фазах диафрагмального дыхания.

#### Нарушение мотильности

Соматическая дисфункция почки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения почки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция почки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения почки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

#### Соматические дисфункции мочевого пузыря

##### Нарушение мобильности (фиксация, спазм, птоз)

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение правого бокового наклона мочевого пузыря относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение левого бокового наклона мочевого пузыря относительно передне-задней оси.

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает правая ротация мочевого пузыря относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает левая ротация мочевого пузыря относительно вертикальной оси.

Соматическая дисфункция мочевого пузыря по типу птоза — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость мочевого пузыря в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в верхнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость мочевого пузыря в краниальном направлении.

Сочетанная соматическая дисфункция мочевого пузыря — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункций).

Нарушение мотильности:

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения мочевого пузыря в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция мочевого пузыря в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения мочевого пузыря в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

### Соматические дисфункции матки

Нарушение мобильности (фиксации, птоз, спазм)

Соматическая дисфункция матки — Ретрофлексия матки — задний наклон тела матки относительно горизонтальной оси с сохранением маточно-шеечного угла.

Соматическая дисфункция матки — Ретроверсия матки — задний наклон тела матки относительно горизонтальной оси с изменением маточно-шеечного угла.

Соматическая дисфункция матки — Латерофлексия матки — боковой наклон тела матки относительно передне-задней оси (с указанием направления наклона) с сохранением маточно-шеечного угла.

Соматическая дисфункция матки — Латероверсия матки — боковой наклон тела матки относительно передне-задней оси (с указанием направления наклона) с изменением маточно-шеечного угла.

Соматическая дисфункция матки — Опущение матки — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость матки в каудальном направлении.

Соматическая дисфункция матки — смещение матки в верхнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость матки в краниальном направлении.

Сочетанная соматическая дисфункция матки — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункции).

Нарушение мотильности матки:

Соматическая дисфункция матки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения матки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

Соматическая дисфункция матки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения матки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

## 1.6 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Согласно одному из определений, болезнь — это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов при мобилизации его компенсаторно-приспособительных механизмов. Можно утверждать, что любая болезнь имеет как функциональную, так и структурную составляющую.

Нарушения структуры и функции могут быть: обратимыми, частично обратимыми, необратимыми. Соматическая дисфункция — это *обратимое* структурно-функциональное нарушение в тканях и органах. Нарушение структуры обусловлено: изменениями в системе СТ, соотношении разных видов коллагена, а также коллагена и эластина (биомеханика); изменениями качественных характеристик жидкостей организма и их движения (гидродинамика); затруднениями проведения нервного сигнала (нейродинамика). СД могут выявляться как при наличии, так и при

отсутствии явных признаков заболевания. В результате процессов адаптации и компенсации, а также при их нарушениях (при дезадаптации и декомпенсации), формирующаяся в организме СД в ряде случаев может вызвать различные клинические проявления, которые могут не совпадать с ней по локализации.

## 2. ДИАГНОСТИКА

### 2.1 АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА-ОСТЕОПАТА НА ПРИЕМЕ

Действия врача-остеопата при обращении к нему пациента можно условно отразить в виде простого алгоритма (рис. 5).

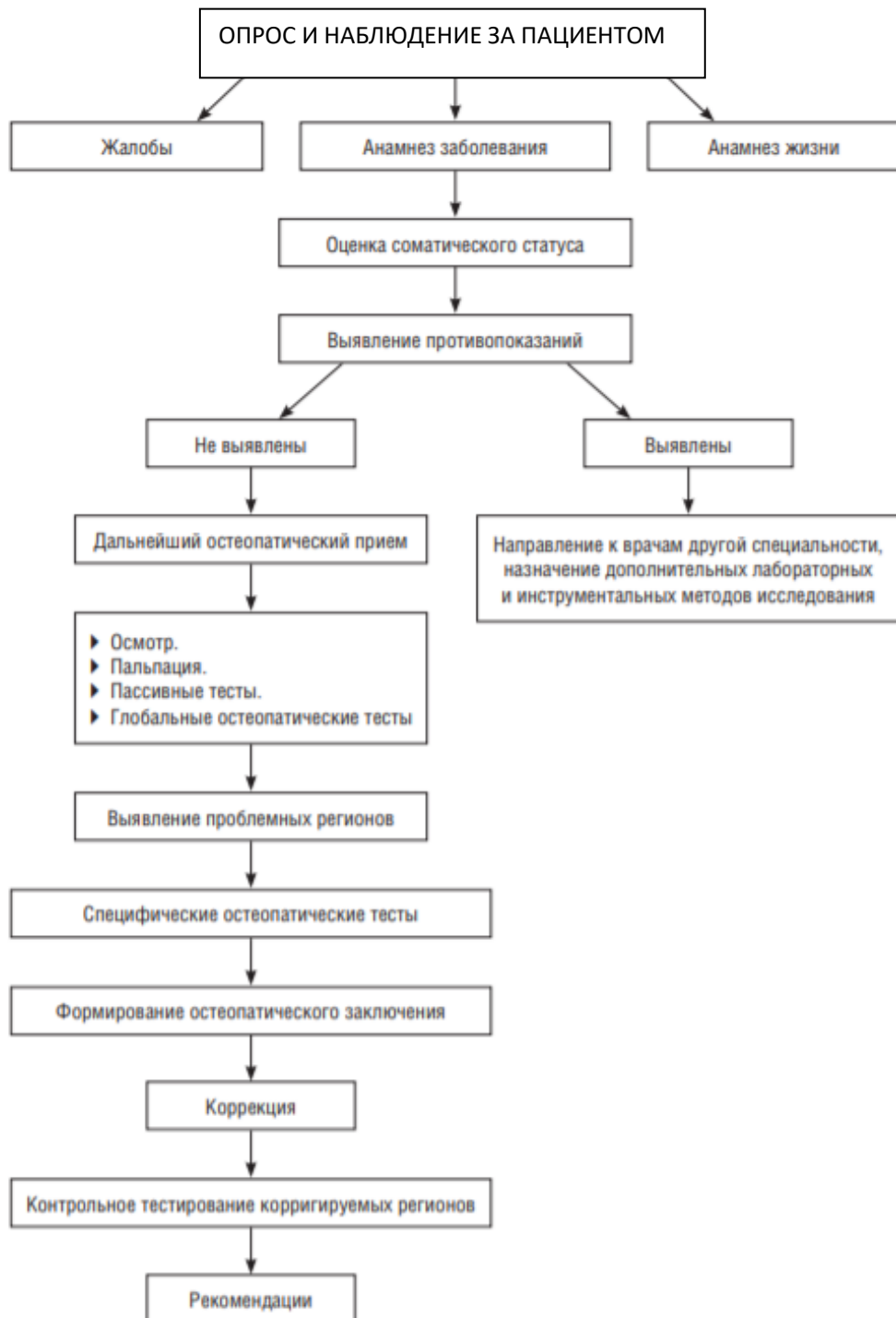


Рисунок 5. Алгоритм действий врача-остеопата на приеме

### 2.2. ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

1. Наблюдение.
2. Жалобы.

3. Анамнез заболевания.
4. Анамнез жизни.
5. Оценка соматического статуса.
6. Общий остеопатический осмотр.
7. Постановка диагноза.
8. Коррекция выявленных соматических дисфункций.
9. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест).
10. Рекомендации.

### **2.2.1 Наблюдение**

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

### **2.2.2. Жалобы**

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

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

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

#### Система органов кровообращения:

– Боль в области сердца - локализация (в области верхушки сердца, за грудиной, слева от грудины); характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и

т.д.); интенсивность; иррадиация; продолжительность; частота появления и причина (быстрая или медленная ходьба, другие физические нагрузки, волнение и т.д.); поведение во время болей (старается ходить, прекращает движение, ложится в постель и т.д.); появление чувства страха смерти, тоски, тревоги, повышенной потливости, повелительного мочеиспускания; болеутоляющий эффект валидола, нитроглицерина, других средств;

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

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

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

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

– Отёки – локализация; распространённость (местные или типа анасарки); выраженность (пастозность, умеренные, значительные); изменения в течение суток; эффективность использования мочегонных средств;

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

#### Система органов дыхания:

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

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

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



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

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

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

– Дыхание через нос - свободное или затруднённое;

– Выделения из носа - характер, количество; носовые кровотечения.

– Голос - обычный, сиплый, отсутствует (афония).

#### Система органов пищеварения:

– Боли в животе - локализация, интенсивность, характер (острые, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные, опоясывающие), иррадиация, длительность, периодичность, связь с приёмом пищи (сразу или вскоре после приёма пищи, через 1,5-2 часа, ночные боли, «голодные») и её качеством (после жирной, сладкой, солёной, мясной, горячей, холодной); облегчение или купирование (особое положение тела, после приёма пищи, медикаментов, применения тепла, холода и т.д.).

– Диспепсические явления - затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу; тошнота; рвота; отрыжка, изжога, вздутие живота. Степень выраженности диспепсических явлений, отношение к приёму пищи. Рвотные массы, количество, характер (кислая жидкость, рвота съеденной пищей, застойное содержимое), примесь желчи, крови (алой, тёмных сгустков, в виде «кофейной гущи»), запах (кислый, гнилостный, каловый, «тухлых яиц»), изменение самочувствия после рвоты.

– Аппетит - сохранён, понижен или отсутствует, повышен, извращён. Отвращение к пище (жирной, мясной), насыщаемость (нормальная, быстрая).

– Вкус во рту - обычный, притуплён, извращён. Чувство жжения в языке.

– Слюноотделение - обычное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту).

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

#### Система органов мочеподделения:

- Боль - локализация (в поясничной области, внизу живота), иррадиация; характер боли (острая или тупая, постоянная или приступообразная); условия возникновения (физическая нагрузка, изменение положения тела, приём острой пищи, алкоголя); чем купируется.
- Отёки - локализация, распространённость, изменение в течение суток.
- Мочеиспускание - частота, количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигоурии, анурии); странгурия; дизурические явления.
- Моча - цвет (соломенно-жёлтый, тёмный, цвета пива, «мясных помоев», красный); прозрачность (прозрачная, мутная, наличие примесей крови, осадка); запах (обычный, фруктовый, резкий, каловый).

#### Половая система:

- Боль - локализация (внизу живота, в паху, крестце, в области наружных половых органов); характер; иррадиация; условия возникновения; чем купируется.
- Менструации - регулярность, продолжительность, цикличность, количество менструальных отделений, болезненность; менопауза. Особенности течения климактерического периода.
- Беременность (роды, аборты).

#### Нервная система и органы чувств:

- Головная боль - локализация, характер, продолжительность, интенсивность, периодичность, чем купируется.
- Головокружение - частота, условия появления (при ходьбе, перемене

положения тела, повороте головы, лёжа). Тошнота при головокружении, шум в голове.

- Потеря сознания - частота, продолжительность, провоцирующие моменты.

Другие нарушения сознания.

- Сон - хороший, сонливость, бессонница, тревожный.

- Память.

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

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

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

#### Костно-мышечная система:

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

- Отёчность, деформация, ограничения подвижности суставов.

- Масса тела (её изменения).

### **2.2.3 Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)**

Необходимо подробно в хронологическом порядке описывать возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его признаков до момента обращения на прием к врачу-остеопату.

Под настоящим заболеванием следует понимать основное заболевание (болезненное состояние, послужившее причиной обращения к врачу). Картина истории настоящего заболевания должна формироваться у врача - остеопата в результате расспроса пациента, его сопровождающих, а так же анализа данных медицинской документации (выписки из историй болезни или карты амбулаторного больного, консультативные заключения, данные лабораторных и инструментальных методов обследования и т.д.).

Указываются данные об обстоятельствах возникновения заболевания, первых его проявлениях, динамике начальных симптомов, особенностях течения заболевания и длительности ремиссий, возникших осложнениях, предшествующем лечении и его

эффективности, ранее проводимых диагностических мероприятиях и их результатах, а также трудоспособность за период заболевания.

Примерная схема наиболее часто задаваемых вопросов:

1. В течение какого времени считает себя больным?

2. С появлением каких признаков (симптомов или синдромов) началось настоящее заболевание? Где и при каких обстоятельствах впервые появились данные признаки (жалобы)?

3. Какие факторы, на Ваш взгляд, способствовали началу болезни?

4. Когда и где имело место первое обращение к врачу? Каковы результаты проводившихся исследований, характер и результаты проводившегося тогда лечения?

5. Последующее течение заболевания:

а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов;

б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;

в) госпитализации в стационар по данному поводу;

г) применявшиеся лечебные мероприятия (медикаментозные и немедикаментозные), результаты диагностических исследований, эффективность ранее проводимого лечения;

д) трудоспособность за период заболевания.

6. Когда и в связи с чем наступило настоящее ухудшение состояния? Каковы результаты проводившегося лечения и обследования (если они были)?

8. Мотив обращения на прием к врачу-остеопату.

Остеопату необходимо помнить, что истинное начало заболевания может намного предшествовать тому периоду, когда у пациента появляются первые признаки болезни.

#### **2.2.4. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)**

- Краткие сведения о психическом и умственном развитии: как рос и развивался в детстве, образование, начало трудовой деятельности, отношение к военной службе, занятия спортом;

- Бытовые условия: в детстве, в настоящее время;

- Условия питания: режим и регулярность, разнообразие пищи, диета, увлечение соленым, сладким и т. д.;

- Трудовой анамнез: с какого возраста, кем и где начал работать. Дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности (при необходимости с указанием мест работы и должностей). Условия и режим труда (ночные смены, пребывание на сквозняке, длительное статическое напряжение, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.п.). Профессиональные вредности.

- Вредные привычки: курение (с какого возраста, в каком количестве), употребление алкоголя, наркотических веществ, крепкого чая, кофе, пристрастие к некоторым лекарственным веществам (кофеин, фенацетин, транквилизаторы);

- Перенесенные заболевания: в хронологической последовательности излагаются все перенесенные заболевания, операции, травмы, ранения, контузии с указанием возраста больного, длительности и тяжести этих заболеваний, их осложнений и проводившегося лечения. Отметить, переливалась ли ранее кровь и кровезаменители, и были ли реакции на переливание. Выясняются иммунологические данные: сделанные прививки (какие, когда, сколько раз, время последней прививки); введение сывороток; перенесенные в прошлом инфекционные заболевания.

- Аллергологический анамнез: непереносимость пищевых продуктов, различных медикаментов, сывороток, наличие аллергических реакций (вазомоторный ринит, крапивница, отёк Квинке, поллинозы);

- Семейное положение: наличие детей, состояние здоровья членов семьи (жены / мужа, детей);

- Наследственность: сведения о здоровье близких родственников, перенесённых ими заболеваниях (психических, эндокринных, сердечно-сосудистых, онкологических, инфекционных); сведения о причинах смерти родственников (отца, матери, бабушки, дедушки, тётей, дядей, братьев, сестёр и их детей).

Эпидемиологический анамнез. Эпидемиологический анамнез имеет наводящее значение при подозрении на инфекционное заболевание. Эпидемиологический анамнез преследует цель – выявить возможный источник инфекции, пути заражения, иммунный статус. При сборе эпидемиологического анамнеза выявляются наличие контакта с инфекционными больными (дома, у соседей, на работе; контакт с

лихорадящими больными). Следует уточнить, не было ли случаев инфекционных заболеваний в доме, во дворе, ближайшем окружении. Пребывание в дороге, в разъездах, контакт с приезжими лицами, проживание в эпидемически неблагоприятной местности в последнее время. Контакт с больными животными, уход за животными, участие в охоте, пребывание за границей; характер трудовой деятельности. При наличии контакта, выяснить: кто болел, когда, какой был контакт (кратковременный, длительный, в каком периоде болезни).

- Экспертно-трудовой анамнез: пребывание на листе нетрудоспособности за последний год; наличие группы инвалидности, причины и продолжительность.

### **2.2.5 Оценка соматического статуса**

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

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

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

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

таковые на верхних. Артериальное давление на ногах может различаться между собой не более чем на 5-10 мм.рт.ст.

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

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

Уточняется характер физиологических отправления (стул, мочеиспускание).

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

## **2.2.6 Общий остеопатический осмотр**

Проводится у всех пациентов независимо от жалоб и патологии.

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

#### **1. Осмотр спереди / сбоку / сзади**

*Спереди врач оценивает:*

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

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

*Сбоку врач оценивает:*

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

*Сзади врач оценивает:*

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

## **2. Пальпация, перкуссия мышечного тонуса**

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



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

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

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

### **3. Глобальные активные тесты :**

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

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

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

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

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

### **4. Глобальное остеопатическое прослушивание**

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

Врач просит пациента закрыть глаза, после этого кладет руку и прослушивает ладонью с головы пациента глобальные зоны напряжения, ограничения подвижности. Следует отметить, что время прослушивания не должно превышать 3-4 секунд. Дополнительно оцениваются изменения, происходящие в теле при «вдохом» и «выдохом» его положении. Если выявленная «зона напряжения» сохраняется во всех трех положениях (нейтральное положение, положение «вдоха» и «выдоха»), то она

является первичной. Если «зона напряжения» исчезает хотя бы в одном из указанных положений, то речь уже идет о каких-то компенсаторных реакциях.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1. Флексионный тест сидя.**

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

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

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

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

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

*Интерпретация флексионного теста стоя и сидя.*

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

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

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

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

## **2. *Пассивные тесты в трансляции для таза, поясничного и грудного отделов позвоночника.***

Исходное положение врача: сбоку или позади пациента

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

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

## **3. *Тест «трех объемов»***

- нижеабдоминальный;
- поддиафрагмальный;
- торакальный.

Исходное положение врача: стоя позади пациента.

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

Для оценки поддиафрагмального объема врач кладет одну руку продольно на верхний отдел передней брюшной стенки по средней линии (основание ладони на уровне мечевидного отростка грудины) (рисунок 28). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне нижнегрудного-верхнепоясничного отделов позвоночника (Th10-

Th11-Th12- L1-L2) в проекции первой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (нижнегрудной и верхнепоясничные отделы позвоночника) и висцерального (органы верхнего этажа брюшной полости, диафрагма) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

Для оценки торакального объема врач кладет одну руку продольно на передней поверхности грудной клетки по средней линии (основание ладони на уровне яремной вырезки грудины) (рисунок 30). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне верхнегрудного и среднегрудного отделов позвоночника (Th2-Th3-Th4-Th5-Th6- Th7) в проекции первой. Дополнительно, при необходимости, врач создает точку фиксации на голове пациента своим плечом или головой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (верхнегрудной и среднегрудной отделы позвоночника) и висцерального (органы грудной полости) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

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

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

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

Исходное положение врача: сбоку лицом к пациенту.

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

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

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

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

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

Врач двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов нижних конечностей – тазобедренных, коленных, голеностопных, подтаранных, ладьевидно – кубовидных, проверяет движение клиновидных и плюсневых костей. Оцениваются глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.

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

## **3. Тест ригидности крестцово-подвздошных суставов через SIAS.**

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

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

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

## **4. Тест ригидности суставов верхней конечности.**

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

Врач двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов плечевого пояса и верхних конечностей: грудино-ключичных, акромиально-ключичных, плечевых, локтевых,

лучезапястных. Для грудино-ключичного, акромиально-ключичного и плечевого суставов производится ритмичная симметричная пальпация в дорзальном направлении; для локтевого сустава производится пальпация сустава с оценкой жесткости, податливости и амплитуды движения; для лучезапястного сустава производится оценка флексии, экстензии сустава. Оцениваются глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.

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

#### **5. Тест шейного отдела позвоночника в трансляции.**

Исходное положение врача: сидя со стороны головы пациента

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

При оценке С0-С1 врач ладонями в виде чаши захватывает затылок, первые пальцы – над ушами, локти лежат на столе. Врач оценивает свободу боковой трансляции (совокупное движение латерофлексии в одну сторону и ротации в противоположную) вправо – влево от центральной линии из нейтрального положения С0-С1.

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

#### **6. Оценка торакального и абдоминального регионов на спокойном и форсированном вдохе и выдохе.**

Исходное положение врача: стоя сбоку лицом к пациенту.

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

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

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

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

Исходное положение врача: стоя сбоку лицом к пациенту.

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

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

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

Оценка мобильности висцерального ложа шеи. Каудальной рукой врач чашей захватывает висцеральное ложе шеи. Цефалическая рука захватывает лобную кость и является опорной. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-



латеральное (вправо - влево) смещение висцерального ложа шеи, оценивая его глобальную подвижность.

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

## **8. Оценка краниального ритмического импульса, паттерна черепа.**

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

*Оценка синхронности.*

Исходное положение пациента: лежа на спине или на боку.

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

В норме движения затылочной кости и крестца должны быть симметричными.

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

Исходное положение врача: сидя со стороны головы пациента.

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

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

## **9. Оценка дыхательного ритмического импульса.**

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

Исходное положение врач: стоя сбоку лицом к пациенту.

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

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

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

## ***10. Оценка сердечного ритмического импульса, пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых и задних большеберцовых артериях***

### *Оценка сердечного ритмического импульса*

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

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

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

Пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых артериях.

Кисть пациента свободно захватывают рукой в области лучезапястного сустава так, чтобы большой палец находился на тыльной стороне предплечья, а остальные – на внутренней его поверхности (рисунок 63). Нащупав артерию II, III, IV пальцами, прижимает ее к подлежащей кости. Оценивается симметричность пульса, его частота, ритмичность. В норме пульс на лучевой артерии пальпируется, ритмичный, частота 60-80 ударов в минуту (у взрослого человека), симметричный справа и слева.

Пальпаторное исследование артериального пульса на задних большеберцовых артериях.

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

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

## 2.2.7 Постановка диагноза

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

Диагноз должен быть:

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

*Основное заболевание.*

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

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

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

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

*Осложнения основного заболевания.*

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

#### *Сопутствующие заболевания.*

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

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

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

Кроме общепринятой формулировки диагноза оформляется *остеопатическое заключение* с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях (таблица 2).

Таблица 2. Остеопатическое заключение.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	<b>Регион:</b>	<b>сома</b>	<b>висcera</b>
	Головы	1 2 3	1 2 3
	Шеи	1 2 3	1 2 3
	Верх. конеч .	1 2 3	
	Грудной	1 2 3	1 2 3
	Поясничной	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3	
ТМО		1 2 3	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция:			

В таблице так же указывается доминирующая соматическая дисфункция, коррекция которой и будет являться логической конечной целью данного остеопатического сеанса.

Определение доминирующей соматической дисфункции подчиняется следующим принципам.

1. При заполнении остеопатического заключения и вынесении доминирующей соматической дисфункции мы ориентируемся на принцип иерархии, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные — над локальными.

2. В случае наличия нескольких соматических дисфункций глобального или регионального уровня доминирующей, как правило, оказывается дисфункция, максимальная по степени выраженности в баллах. Если несколько соматических дисфункций равны по степени выраженности, то проводится тест ингибиции, в результате которого выявляется доминирующая дисфункция.

3. Локальная соматическая дисфункция может быть отнесена к доминирующей только в случае острого повреждения. В этом случае острая локальная соматическая дисфункция преобладает над региональными и глобальными нарушениями.

4. Наряду с соматической дисфункцией глобального уровня в графу «Доминирующая соматическая дисфункция» также может быть вынесена наиболее значимая региональная дисфункция. В данном случае под наиболее значимой подразумевается та региональная дисфункция, которая на момент осмотра вызывает большую дезадаптацию организма. Как правило, такая региональная дисфункция при этом имеет большую выраженность в баллах по сравнению с остальными дисфункциями.

5. Доминирующая соматическая дисфункция является вектором коррекции на остеопатическом сеансе. Соответственно, это должно быть подтверждено перечисленными техниками в графе «Лечение».

### **2.2.8 Коррекция выявленных соматических дисфункций**

В практике у остеопатов существует огромное количество методик и техник,

правильное и избирательное применение которых помогает достичь высоких результатов. Однако правильное и избирательное применение тех или иных техник возможно только в том случае, если есть определенный порядок или алгоритм выхода на дисфункцию и ее уровень. Выполнение данных алгоритмов в ежедневной практике позволяет обеспечить пациентам долговременный и прогнозируемый положительный результат.

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

### **2.2.9 Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест)**

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

### **2.2.10 Рекомендации.**

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

### **3. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Государственное регулирование остеопатии началось в 2012 году и к настоящему времени охватывает практически все основные аспекты оказания населению РФ медицинской помощи по профилю «Остеопатия». Врач-osteopat в своей работе руководствуется перечисленными ниже постановлениями Правительства РФ и приказами органов исполнительной власти.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.05.2014 № 236 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 444 “О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации”».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2014 № 959 «О списке главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.07.2015 № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности “Остеопатия”».

Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28.09.2018 № 655н «Об утверждении примерной дополнительной профессиональной программы по специальности “Остеопатия”».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”».

Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2016 № 1327 «О внесении изменений в приложение к Положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими 2.5. Организация медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия» организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”»).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2016 № 157 «О федеральном методическом центре по остеопатии».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.04.2017 № 320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2017 № 325н «О внесении изменений в Требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и/или тканей, обращении донорской крови и/или ее компонентов в медицинских целях, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 г. № 121н».



Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.06.2017 № 328н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 № 1043 «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н»

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.01.2018 № 21н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Остеопатия”».

Приказ Минздрава России от 02.11.2020 №1186н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

Право на занятие медицинской практикой по профилю «Остеопатия» (как в медицинских организациях разных форм собственности, так и частной практикой) имеют лица, соответствующие квалификационным требованиям к врачу- остеопату, профессиональному стандарту «Врач-остеопат».

Квалификационные требования к врачам-остеопатам сформулированы в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 707н, дополнения внесены приказом от 15.06.2017 № 328н.

Согласно действующему законодательству в Российской Федерации врачом-остеопатом может быть только специалист, имеющий высшее медицинское образование. В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» подготовка врачей-специалистов осуществляется путем реализации образовательных программ высшего образования и дополнительных профессиональных образовательных программ (ст. 82, п. 1); ординатура является уровнем высшего образования. Подготовка врачей-остеопатов осуществляется в ординатуре и на длительных циклах профессиональной переподготовки, которые смогут проводить только лицензированные образовательные организации на основании примерных программ, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации (ст. 82, п. 3).

В 2017 г. Министерство образования и науки Российской Федерации утвердило введение специалитета по остеопатии в медицинских вузах — остеопатия вошла в число базовых медицинских специальностей наряду с лечебным делом, педиатрией и стоматологией. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.04.2017 № 320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования» был дополнен перечень специальностей высшего образования — специалитета по УГС «Здравоохранение и медицинские науки» направление 31.00.00 «Клиническая медицина» еще одной специальностью — 31.05.04 «Остеопатия». Приказом Минобрнауки от 16.09.2020 г. №1187 утвержден федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования — специалитет по специальности 31.05.04 Остеопатия.

Таким образом, в Российской Федерации принята поливариантная модель подготовки врачей-остеопатов (в отличие от других медицинских специальностей, для которых основным способом получения необходимой квалификации является подготовка в ординатуре):

1) обучение по программе высшего образования (уровень специалитета) по специальности 32.05.04 «Остеопатия»;

2) обучение по программе высшего образования — подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности 31.08.52 «Остеопатия»;

3) обучение по программе дополнительного профессионального образования — профессиональной переподготовки по специальности «Остеопатия» при наличии подготовки в ординатуре по одной из 56 специальностей согласно приказа МЗ РФ №707н (с изменениями и дополнениями).

Независимо от формы получения образования врач-остеопат будет иметь право оказывать медицинскую помощь по профилю «Остеопатия».

Условием допуска к профессиональной деятельности является наличие сертификата по специальности «остеопатия», а с 2020 года – обязательным является прохождение процедуры аккредитации (приказ МЗ РФ от 21.12.2018 № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 г. № 1043н»).

Врач-остеопат может оказывать медицинскую помощь населению по профилю «Остеопатия» в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по остеопатии.

Медицинская помощь по профилю «Остеопатия» определяется как совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, проводимых пациентам с соматическими дисфункциями (обратимыми структурно-функциональными нарушениями соединительной ткани), которые могут как выступать в виде самостоятельной нозологической формы, так и сопровождать острые и хронические заболевания терапевтического, неврологического, педиатрического, стоматологического профиля (за исключением острой хирургической патологии), травматические повреждения.

Медицинская помощь по профилю «Остеопатия» оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи, специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы медицинской помощи по профилю «Остеопатия»:

- плановая;
- неотложная.

Плановая помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Неотложная помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, не требующих экстренной медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-osteопатом по медицинским показаниям при самостоятельном обращении пациента либо по направлению врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача мануальной терапии, фельдшера. Для обеспечения принципа преемственности при

направлении к врачу- остеопату пациенту предоставляется выписка из медицинской документации пациента, заверенная подписью лечащего врача и подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностике и лечении и подтверждающая необходимость оказания медицинской помощи по профилю «Остеопатия». К выписке из медицинской документации пациента прилагаются результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз.

Если требуется дополнительное обследование пациента, врач-остеопат рекомендует его проведение (с указанием необходимого объема дополнительного обследования).

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При наличии медицинских показаний пациент направляется для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Медицинская услуга по профилю «Остеопатия» может быть простой (неделимой) или комплексной (совокупность простых услуг, отражающих технологический процесс оказания остеопатической помощи при определенной соматической дисфункции), что нашло отражение в номенклатуре медицинских услуг, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Как правило, остеопатическая медицинская услуга является комплексом медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию, и имеет самостоятельное законченное значение.

Система ведения медицинской документации в медицинских организациях должна обеспечивать прочную и логическую связь между:

- номенклатурой услуг и номенклатурой специалистов;
- правилами заполнения медицинских карт пациента и наименованиями услуг;
- документами о страховой ответственности за качество медицинской услуги и актами судебно-медицинских экспертиз;
- стандартами оказания медицинской помощи и договорами платных услуг;
- информированными согласиями и, опять же, номенклатурой услуг.

Индивидуальный персонифицированный подход к пациенту, отличающий оказание медицинской помощи по профилю «Остеопатия», не исключает выполнения единых диагностических алгоритмов и предполагает выбор тактики остеопатической коррекции, основанной на остеопатическом статусе пациента и выявленной доминирующей соматической дисфункции (остеопатическое заключение в медицинской документации — бланке осмотра врача- остеопата).

Индивидуализация остеопатических услуг определяется не только остеопатическим статусом конкретного пациента, но и его возрастными и анатомо-физиологическими особенностями (новорожденные и дети первого года жизни, дети, лица преклонного возраста, беременные), физическим и эмоциональным состоянием врача-остеопата и пациента в момент получения услуги.

В ряде случаев индивидуальный подход к пациенту снижает предсказуемость результатов, но повышает качество остеопатической услуги.

Оценка результатов медицинских услуг по остеопатии не всегда однозначна. Остеопатическая диагностика позволяет выявить нарушение функционального состояния еще на этапе предболезни, или на ее ранней, доклинической стадии. В ряде случаев это предполагает проведение дополнительных углубленных методов диагностики, в том числе лабораторной и инструментальной. В результате диагностических мероприятий могут быть выявлены различные заболевания, и их

выявление не всегда будет пациентом оцениваться положительно. В то же время ранняя диагностика заболеваний позволяет провести терапию еще на доклинической стадии, что значительно повышает прогноз положительного исхода для пациента.

Доказанным фактом является феномен отсроченного терапевтического эффекта, который наблюдается в течение 72 ч после оказания остеопатической помощи. Терапевтический эффект после сеанса в 20–30% случаев пациентами не расценивается как положительный. В то же время по истечении 72 ч после терапии механизмы самокоррекции и восстановления, запущенные во время остеопатического сеанса, значительно улучшают состояние пациента, вплоть до полного исчезновения клинической симптоматики.

Сотрудничество врача-osteопата и пациента в процессе оказания медицинских услуг по остеопатии значительно влияет на субъективную составляющую оценки качества самой услуги.

Таким образом, можно сказать, что специфическими особенностями медицинских услуг по профилю «Остеопатия» является:

- перцептивный «диалог с телом» и высокая эффективность пальпаторной диагностики;
- персонифицированность;
- целостность и комплексность;
- неосязаемость до момента получения;
- субъективность оценки результата;
- зависимость от взаимодействия с пациентом.

Оказание медицинской помощи по профилю «Остеопатия» — это сегмент общего рынка медицинских товаров и услуг, предоставляющий специализированные остеопатические услуги для восстановления, сохранения и улучшения здоровья граждан.

Основным показанием к остеопатическому лечению, согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, являются соматические дисфункции, описанные в классе XIII БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (M00-M99):

M95-M99 Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани

M99 Биомеханические нарушения, не классифицированные в других рубриках

M99.0 Сегментарная или соматическая дисфункция

99.00—Биомеханическая дисфункция—область шеи

99.01—Соматическая дисфункция—область головы

99.02—Соматическая дисфункция—область груди

99.03—Соматическая дисфункция—область поясницы

99.04—Соматическая дисфункция—область крестца

99.05—Соматическая дисфункция—область таза

99.06—Соматическая дисфункция—нижняя конечность

99.07—Соматическая дисфункция—верхняя конечность

99.08—Соматическая дисфункция—грудная клетка

99.09—Соматическая дисфункция—область живота и другие

M99.8 Другие биомеханические нарушения

M99.9 Биомеханические нарушения неуточненные

Кроме того, остеопатические методы лечения показаны как элемент комплексной терапии при различных заболеваниях, особенно на этапах реабилитации, для профилактики обострений и осложнений.

Основными показаниями для остеопатической коррекции (ОК) являются:

- в качестве монотерапии - наличие у пациента соматических дисфункций с отсутствием или минимальной выраженностью клинических проявлений (при отсутствии нозологического диагноза) и отсутствие противопоказаний к остеопатическому лечению,



- в составе комплексной терапии при совместном ведении пациента с врачом соответствующей специальности - при всех нозологических единицах в случае отсутствия противопоказаний.

Ниже представлен достаточно полный список болезней и проблем, влияющих на здоровье в соответствии с МКБ-10, при которых показано вмешательство остеопата в составе комплексного лечения.

#### Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)

(F84) Общие расстройства психологического развития

(F84.0) детский аутизм

(F84.3) другое дезинтегративное расстройство детского возраста

(F88) другие расстройства психического развития

(F89) расстройство психического развития неуточненное

(F90 – F98) Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском возрасте

(F90.0) нарушение активности и внимания

(F90.1) гиперкинетическое расстройство поведения

(F91) расстройства поведения

(F92) смешанные расстройства поведения и эмоций

(F93) эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста

(F98) Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

(F98.0) энурез неорганической природы

(F98.1) энкопрез неорганической природы

(F98.5) заикание (запинание)

(F98.6) речь взхлеб

(F98.9) эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящемся на детский и подростковый возраст, неуточненное

#### Класс VI. Болезни нервной системы (G00 — G99)

(G43) мигрень

(G44) другие синдромы головной боли

(G44.1) сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках

(G44.2) головная боль напряженного типа

(G44.3) хроническая посттравматическая головная боль

(G44.8) другой уточненный синдром головной боли

(G45) переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы [атаки] и родственные синдромы

(G45.0) синдром вертебробазилярной артериальной системы

(G50 – G59) Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений

(G50.0) невралгия тройничного нерва

(G50.9) поражение тройничного нерва неуточненное

(G51.9) поражение лицевого нерва неуточненное

(G52) поражения других черепных нервов

(G90) расстройства вегетативной (автономной) нервной системы

(G90.8) другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы

(G90.9) расстройство вегетативной [автономной] нервной системы  
неуточненное

(G93.2) доброкачественная внутричерепная гипертензия

(G93.4) энцефалопатия неуточненная

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00—H59)

(H04.4) хроническое воспаление слезных протоков

(H40) глаукома

(H46) неврит зрительного нерва

(H47) другие болезни зрительного (2-го) нерва и зрительных путей

(H50) другие формы косоглазия

(H51.1) Недостаточность конвергенции [конвергенция недостаточная и избыточная]

(H52) нарушения рефракции и аккомодации

(H54.5) пониженное зрение одного глаза

(H54.2) пониженное зрение обоих глаз

(H57.21) глазная боль

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H60—H95)

- (H65.2) хронический серозный средний отит
- (H65.4) другие хронические негнойные средние отиты
- (H81) нарушения вестибулярной функции
- (H93.1) шум в ушах (субъективный)
- (H83.9) болезнь внутреннего уха неуточненная
- (H90) кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха

(H65.2) хронический серозный средний отит

#### Класс IX. Болезни системы кровообращения (I00-I99)

- (I69) последствия цереброваскулярных болезней
- (I69.0) последствия субарахноидального кровоизлияния
- (I69.1) последствия внутричерепного кровоизлияния
- (I69.3) последствия инфаркта мозга
- (I69.4) последствия инсульта, неуточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга

(I83.9) варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления

(I84.3) внутренний геморрой без осложнений

(I84.5) наружный геморрой без осложнений

#### Класс X. Болезни органов дыхания (J00—J99)

- (J30.0) вазомоторный ринит
- (J31) хронический ринит, назофарингит и фарингит
- (J32) хронический синусит
- (J44.9) хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная
- (J45.1) неаллергическая астма
- (J45.8) смешанная астма
- (J96.1) хроническая респираторная недостаточность
- (J96.9) респираторная недостаточность неуточненная

#### Класс XI. Болезни органов пищеварения (K00-K93)

- (K21) Гастроэзофагеальный рефлюкс
- (K30) Функциональная диспепсия
- (K58) Синдром раздраженного кишечника
- (K59) Другие функциональные кишечные нарушения

(K82.8) Другие уточненные болезни желчного пузыря

(K91.3) Послеоперационная кишечная непроходимость

(K91.4) Дисфункция после колостомии и энтеростомии

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)

(M15-M19) Артрозы

(M40-M54) Дорсопатии

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99)

(N11) Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

(N31.8) Другие нервно-мышечные дисфункции мочевого пузыря

(N31.9) Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря неуточненная

(N39.3) Непроизвольное мочеиспускание

(N39.4) Другие уточненные виды недержания мочи

(N94) Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом

Класс XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99)

(O22) Венозные осложнения и геморрой во время беременности

(O23) Инфекция мочеполовых путей при беременности

(O26.7) Подвывих лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде

(O87.2) Геморрой в послеродовом периоде

(O87.8) Другие венозные осложнения в послеродовом периоде

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)

(T90) Последствия травм головы

(T91) Последствия травм шеи и туловища

(T92) Последствия травм верхней конечности

(T93) Последствия травм нижней конечности

(T94) Последствия травм, захватывающих несколько областей тела, и травм неуточненной локализации

(T98) Последствия других и неуточненных воздействий внешних причин

При первичном обращении пациента врач-остеопат должен выяснить, нет ли у пациента противопоказаний для ОК. Для уточнения диагноза и исключения противопоказаний врач-остеопат должен направить пациента на дополнительное обследование.

**Абсолютными противопоказаниями для ОК являются:**

- \* Лихорадочные состояния.
- \* Острые инфекционные заболевания (за исключением периода реконвалесценции).
- \* Хронические инфекционные заболевания в фазе обострения.
- \* Контагиозные заболевания кожи, ногтей, волос.
- \* Злокачественные системные заболевания крови.
- \* Кровотечение или подозрение на кровотечение.
- \* Острая хирургическая патология.
- \* Системные заболевания соединительной ткани в период обострения.
- \* Острые воспалительные заболевания кровеносных и лимфатических сосудов, острый тромбоз.
- \* Аневризма аорты и сердца.
- \* Лёгочно-сердечная недостаточность 3-й степени.
- \* Гипертонический и гипотонический криз.
- \* Острый коронарный синдром.
- \* Черепно-мозговая травма (острый период).
- \* Острые травматические повреждения позвоночника и суставов с нарушением целостности костных структур.
- \* Острые нарушения мозгового и спинномозгового кровообращения (острейший период).
- \* Острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек, позвоночника и суставов.
- \* Ранний послеоперационный период при хирургических вмешательствах.
- \* Гнойные процессы любой локализации.
- \* Диагностически неясные случаи с подозрением на патологию, являющуюся противопоказанием.

\* Эндогенные психические заболевания в период обострения, экзогенные психические расстройства с чрезмерным возбуждением.

### **Относительные противопоказания для ОК:**

\* Аномалии краниовертебральной зоны и шейного отдела позвоночника (в том числе аномалия Киммерли, аномалия Арнольда-Киари).

\* Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).

\* Грыжа межпозвонкового диска в области шейного отдела позвоночника в остром периоде заболевания при выраженном болевом синдроме.

\* Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.

\* Остеопороз.

\* Злокачественные новообразования любой локализации.

\* Доброкачественные образования (активный рост).

В данном случае стоит отметить, что вышеперечисленные заболевания и состояния являются больше противопоказанием к применению отдельных остеопатических техник и подходов, нежели остеопатической коррекции в целом.

Несмотря на то, что остеопатия развивалась относительно обособленно от официальной медицины, накоплен достаточно большой объем доказательств ее эффективности и безопасности при широком круге заболеваний, в том числе при проведении контролируемых рандомизированных исследований как в России, так и за рубежом. В исследованиях результаты ОК сравнивают с результатами, полученными при использовании стандартного аллопатического лечения или при имитации ОК. Доказательства результатов ОК опираются на сравнение выраженности жалоб пациентов, оценки качества жизни, количества принимаемых лекарств, результатов психологических тестов, а также данных объективных методов обследования (гониометрия, УЗИ, стабилметрия и др.).

## Заболевания, при которых доказаны положительные результаты остеопатической коррекции

Заболевание	Действие остеопатической коррекции (ОК)	Уровень доказательности	Литературные источники
<b>Болезни опорно-двигательного аппарата</b>			
Дорсопатия Неспецифическая хроническая боль в пояснице	Более выраженное снижение боли после курса ОК по сравнению со стандартным лечением или плацебо. После курса ОК боль в пояснице значительно уменьшилась в краткосрочном (1 месяц, $p=0,01$ ), среднесрочном (3 месяца, $p<0,001$ ), и долгосрочном (1 год, $p=0,03$ ) периоде. Более быстрое восстановление функций спины ( $p=0,003$ ), улучшения функций спины ( $p=0,02$ ).	Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).  РКИ, в том числе с плацебо-контролем (имитация ОК)	Franke H., Franke J. D., Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis // BMC Musculoskelet. Disord. – 2014. - №15(1). – P. 286. Licciardone J. C., Brimhall A. K., King L. N. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // BMC Musculoskelet. Disord. – 2005. - №4(6). – P. 43.  Licciardone J. C., Kearns C. M., Minotti D. E. Outcomes of osteopathic manual treatment for chronic low back pain according to baseline pain severity: Results from the osteopathic Trial // Man. Ther. – 2013. - №18(6). – P. 533-540. Licciardone J. C., Gatchel R. J., Aryal S. Recovery From Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2016. - №116(3). – P. 144-155.
Хроническая боль в пояснице во время беременности или после нее	После курса ОК интенсивность боли по ВАШ снизилась в среднем с 6 до 2 баллов ( $p<0,001$ ), в контрольной группе – изменений не было.	РКИ (по сравнению с отсутствием лечения)	Schwerla F., Rother K., Rother D., Ruetz M., Resch K.-L. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2015. - №115. – P. 416-425.
Хроническая неспецифическая боль в шее	В группе ОК значительное уменьшение интенсивности боли на 8-й неделе ( $p=0,001$ ) и на 20-й неделе ( $p=0,003$ ). Клинически значимое уменьшение интенсивности боли на 20-й неделе было у 78% пациентов в группе ОК, и у 48% пациентов в группе сравнения. В течение 8 недель лечения в группе ОК средний прием анальгетиков составил $0,1\pm 0,1$ суточной дозы и $0,5\pm 0,3$ суточной дозы группе имитации ОК.	РКИ с плацебо-контролем (имитация ОК)	Haller H., Lauche R., Cramer H., Rampp T., Saha F.J., Ostermann T., Dobos G. Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial // Clin J Pain. – 2016. - №32(5). – P. 441-449.
Острая боль в шее	Оценивался интенсивность боли по ВАШ непосредственно перед лечением и через час после лечения. В обеих группах	РКИ (сравнение однократной дозы кеторолака внутримышечно и сеанса ОК)	McReynolds T.M., Sheridan B.J. Intramuscular Ketorolac Versus Osteopathic Manipulative Treatment in the Management of Acute Neck Pain in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial // J. Am.

	наблюдалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома. Пациенты, получавшие ОК, сообщили о значительно более заметном снижении интенсивности боли ( $p=0,02$ ).		Osteopath. Assoc. – 2005. - №105(2). – P. 57-68.
Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС)	Значительное различие ( $p<0,0001$ ) и большее влияние ОК на активное открытие рта и на боль при активном открытии рта по сравнению с другими консервативными методами лечения ДВНЧС.	Мета-анализ РКИ	Martins W. R., Blasczyk J. C., Furlan de Oliveira M. A., Gonçalves K. F. L., Bonini-Rocha A. C., Dugailly P.-M., de Oliveira R. Efficacy of musculoskeletal manual approach in the treatment of temporomandibular joint disorder: A systematic review with meta-analysis // J. Man. Ther. – 2016. - №21. – P. 10-17.
Постинсультная периартропатия плечевого сустава (замороженное плечо)	Независимо от метода лечения, интенсивность болевого синдрома после курса лечения снижалась у всех пациентов ( $p<0,05$ ). У больных контрольной группы через полгода интенсивность боли практически вернулась к исходной. В группе ОК показатели по опроснику ВАШ через полгода после лечения остались ниже исходного уровня. У всех больных произошло статистически значимое увеличение повседневной активности и возможности действия пораженной рукой по показателям простого теста плеча ( $p<0,05$ ). При этом в группе ОК показатели статистически значимо более высокие ( $p<0,001$ ).	РКИ (ОК на фоне стандартного лечения по сравнению со стандартным лечением)	Козлова Н.С., Амелин А.В. Эффективность дополнительных методов лечения постинсультной периартропатии плечевого сустава // Российский остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 34-42.
Восстановление после травмы верхних конечностей - перелом лучевой кости	Показатели, характеризующие объем движений в лучезапястном суставе, в опытной группе были значительно выше, чем в контрольной ( $p < 0,001$ )	РКИ (ОК по сравнению со стандартным курсом реабилитации)	Беззутская И.Н., Мирошниченко Д.Б. Клинико-функциональная эффективность реабилитации больных с консолидированным переломом лучевой кости остеопатическими методами // Российский остеопатический журнал. - 2016. - № 1-2 (32-33). - С. 56-59.
Восстановление после травмы верхних конечностей - перелом большого бугорка плечевой кости	В группе ОК после лечения отмечены более низкие показатели болевого синдрома ( $p=0,04$ ). Изменение объема движений у пациентов группы ОК после лечения было более выраженным, чем у	РКИ (ОК на фоне стандартного курса реабилитации по сравнению со стандартным	Богачев А. А., Кутузов И. А. Обоснование применения остеопатической коррекции в комплексной реабилитации больных с консолидированными переломами большого бугорка плечевой кости. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 80–87



	<p>пациентов контрольной группы: в 1,3 раза больше для сгибания, в 1,4 раза — для отведения и в 1,6 раза — для наружной ротации (<math>p=0,00001</math>). Средний срок восстановления функции плечевого сустава по шкале OSS в группе ОК составил <math>19,8\pm 2,7</math> дня, в контрольной — <math>27,5\pm 0,3</math> дня (<math>p=0,000001</math>).</p>	<p>курсом реабилитации)</p>	
<p>Посттравматическая кокцигодиния</p>	<p>После лечения в группе ОК интенсивность болевого синдрома снизилась в 4,6 раза, составив <math>1,3\pm 0,26</math> балла (<math>p&lt;0,001</math>), а через 3 месяца произошло лишь незначительное ее увеличение до <math>2,2\pm 0,72</math> балла (<math>p&lt;0,001</math>). В контрольной группе интенсивность болевого синдрома снизилась почти в 2 раза до <math>3,0\pm 0,83</math> балла (<math>p&lt;0,05</math>), однако через 3 месяца возросла до <math>4,9\pm 0,91</math> балла, приблизившись к исходным значениям (<math>p&gt;0,05</math>). Показатели физического и психологического компонентов здоровья по опроснику SF-36 в группе ОК превышали таковые в контрольной группы (<math>p&lt;0,001</math>).</p>	<p>РКИ (ОК по сравнению с мануальной терапией)</p>	<p>Антонова Ю.В., Искандаров А.М., Мизонова И.Б. Результаты остеопатической коррекции у пациентов с посттравматической кокцигодинией // Российский остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 19-27.</p>
<p>Травмы голеностопного сустава - повреждения капсульно-связочного аппарата</p>	<p>Показатели, характеризующие объем движений в голеностопном суставе, в группе ОК были выше, чем в контрольной в 1,5-1,8 раза (<math>p&lt;0,05</math>). В обеих группах имелась тенденция к снижению интенсивности болевого синдрома по ВАШ и соответственно к повышению качества жизни, более выраженная в группе ОК (<math>p&lt;0,05</math>).</p>	<p>РКИ (ОК на фоне стандартного лечения по сравнению со стандартным лечением)</p>	<p>Алексеев В.Н., Науменко Е.Ю. Влияние остеопатической коррекции на восстановление функций голеностопного сустава при частичном повреждении его связок // Российский остеопатический журнал. - 2019. - №1-2 (44-45). – С. 28-33.</p>
<p>Мышечная кривошея у детей вследствие родовой травмы</p>	<p>В группе ОК по сравнению с контрольной группой было отмечено более полное устранение биомеханических и тонусных нарушений в шее (<math>p&lt;0,05</math>), более быстрое уменьшение болевого</p>	<p>РКИ (ОК по сравнению с обычным лечением )</p>	<p>Новиков Ю.О., Мохов Д.Е., Амиг Ж-П., Мусина Г.М., Шаяхметов А.Р. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности остеопатической манипуляционной терапии при мышечной кривошее вследствие родовой травмы // Российский</p>

	синдрома, измеренного по шкале FLACC ( $p < 0,05$ ), и уменьшение коэффициента асимметрии при сонографическом исследовании ( $p < 0,05$ ).		остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 6-18. Keklicek H., Uygur F.A randomized controlled study on the efficiency of soft tissue mobilization in babies with congenital muscular torticollis // J Back Musculoskeletal Rehabil. - 2017 Sep. - №8.
Дисплазия и подвывих тазобедренного сустава (ТБС) у детей	Дети первого года жизни с дисплазией и подвывихом ТБС получали ОК в промежутках между сменами абдукционных шин-распорок. ОК приводила к улучшению соотношений костных элементов тазобедренного сустава по данным УЗИ, значительно уменьшало сроки их формирования, давало возможность формировать сустав без назначения лекарственных препаратов. Уменьшение сроков фиксации ребенка в отводящих шинах в среднем на 1 месяц ( $p < 0,05$ ) благоприятно влияет на психоэмоциональное состояние матери и ребенка, а также дает ребенку возможность не отставать в физическом развитии от сверстников. Получено более выраженное снижение ацетабулярного индекса при рентгенологическом обследовании в группе ОК на фоне ортопедического лечения по сравнению со стандартной программой ( $p < 0,05$ ).	РКИ (ОК на фоне стандартного лечения по сравнению со стандартным лечением)	Матвеев Д.В., Фролов В.А. Остеопатическое лечение дисплазии тазобедренного сустава у детей в возрасте до одного года // Российский остеопатический журнал. – 2013. - №1-2(20-21). – С. 49-57. Мохов Д.Е., Ширяева Е.Е., Стамболцян О.В., Стамболцян В.О. Остеопатическая диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов и подвывихов тазобедренных суставов у детей первого полугодия жизни в условиях ортопедического отделения // Российский остеопатический журнал. – 2015. - №1-2(28-29). – С. 15-24. Фабристов Н. А., Гайнуллин И. Р. Исследование возможной эффективности остеопатической коррекции в составе комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 39–49.  Гаврик Ю.Н., Маркелова Ю.Ю., Кузьмина Ю.О. Диагностика и коррекция соматических дисфункций у детей первого полугодия жизни с врожденной патологией тазобедренных суставов // Российский остеопатический журнал. - 2018. - № 3-4. – С. 56-63.
Идиопатический сколиоз 1 степени у детей	Уменьшение величины угла Кобба у в группе ОК (с $7,3 \pm 0,8$ до $4,2 \pm 0,8$ градусов; $M \pm m$ , $p < 0,05$ ), и увеличение данного показателя в группе сравнения (с $7,0 \pm 0,7$ до $9,1 \pm 1,4$ градусов; $M \pm m$ , $p < 0,05$ ).	РКИ (ОК по сравнению со стандартным лечением)	Камалетдинов В. Л., Камалетдинова О. В., Сафин Р. Ф. Исследование эффективности остеопатической коррекции в лечении пациентов детского возраста с идиопатическим сколиозом I степени. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 23–34.
Плоскостопие у детей	ОК привела к уменьшению числа жалоб (общая утомляемость при длительной ходьбе, боли в ногах и спине, спазм икроножных мышц,	РКИ (ОК на фоне стандартного лечения по сравнению со	Банных Н.И. Сравнительный анализ результатов лечения плоскостопия стандартными и остеопатическими методами // Российский остеопатический журнал. – 2017. - №1-2 (36-37). – С. 61-66.

	нарушение походки) в 13,5 раза, а в контрольной группе (стандартное лечение) – в 1,4 раза ( $p<0,05$ ). В группе ОК индекс Чижина вернулся к норме и состояние стоп оценили как нормальное ( $p<0,01$ ), в то время как у детей контрольной группы индекс Чижина не позволял оценить стопу как нормальную.	стандартным лечением)	
Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей и подростков	В группе ОК наблюдали снижение интенсивности болевого синдрома ( $p<0,05$ ), нормализацию функционирования вегетативной нервной системы (достижение состояния вегетативного равновесия, оцениваемого по индексу Кердо), снижение уровня депрессии и тревожности ( $p<0,05$ ) в большей степени, чем в группе контроля ( $p<0,05$ ).	РКИ (ОК по сравнению с обычным лечением)	Валиев К. Р., Вильданов И. Х., Зиятдинов Р. Р., Гайнуллин И. Р. Результаты остеопатической коррекции у детей и подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 49–59.
<b>Болезни нервной системы</b>			
Мигрень	ОК значительно снижает количество баллов НГТ-6 (влияние головной боли на повседневную активность) (ОК-обычное лечение $p<0,001$ , ОК-имитация ОК $p<0,001$ ), потребление анальгетиков, дней мигрени (ОК-обычное лечение $p<0,001$ , ОК-имитация ОК $p<0,001$ ), интенсивности боли и функциональной инвалидности ( $p<0,001$ ).	РКИ (ОК по сравнению с обычным лечением и с имитацией ОК)	Cerritelli F., Ginevri L., Messi G., Caprari E., Di Vincenzo M., Renzetti C., Cozzolino V., Barlafante G., Foschi N., Provinciali L. Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-armed randomized controlled trial // Complement. Ther. Med. – 2015. - №23 (2). – P. 149–156.
Головная боль напряжения	В группе ОК отмечено значительное уменьшение частоты приступов головной боли ( $p<0,05$ ), имитация ОК не произвела статистически значимых изменений. Значительно снизилось использование лекарств в группе ОК ( $p<0,05$ ). В группе ОК уменьшение степени выраженности болевого синдрома ( $p=0,01$ ) и астенического состояния ( $p<0,05$ ). У пациентов контрольной группы	РКИ (ОК по сравнению с плацебо - имитацией ОК)  РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Rolle G., Tremolizzo L., Somalvico F., Ferrarese C., Bressan L.C. Pilot trial of osteopathic manipulative therapy for patients with frequent episodic tension-type headache // J Am Osteopath Assoc. – 2014. - №114(9). – P. 678–685.  Белаш В. О., Брук И. И. Общее остеопатическое лечение в терапии пациентов с хронической головной болью напряжения. Российский остеопатический журнал. 2020; 1–2 (48–49): 18–27.

	достоверных изменений данных показателей получено не было.		
Туннельные компрессионно-ишемические невропатии - синдром запястного канала	Число пациентов с гипестезией в зоне иннервации срединного нерва на кисти в группе ОК статистически значимо снизилось с 60 до 33,3% ( $p < 0,05$ ), в контрольной группе $p > 0,05$ . ОК показывает большую эффективность при оценке субъективных жалоб пациентов и показателей ЭНМГ ( $p < 0,05$ ).	РКИ (ОК по сравнению с физиотерапией)	Кошенкова Е. Д., Белаш В. О. Возможности остеопатической коррекции компрессионно-ишемической невропатии срединного нерва в области запястного канала // Российский остеопатический журнал. — 2015. — № 3-4(30-31). — С. 59-67.
Перинатальные поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза 1–2 ст.	В группе детей до 1 года, получавших ОК, отмечалась существенная положительная динамика в виде уменьшения мышечного дисбаланса, увеличения объема активных и пассивных движений, исчезновения патологических рефлексов и признаков задержки психомоторного развития, восстановления выпрямительных реакций, становления координации движений, улучшения силы и манипулятивных функций кисти ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе была также отмечена положительная динамика, однако менее значимая по сравнению с основной группой. У 64% детей в основной и 28% детей в контрольной группе двигательные нарушения после проведенного лечения исчезли.	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Кузьмина Ю.О., Гореликова Е.А., Гусина Е.Н. Оценка эффективности применения остеопатического лечения у грудных детей 3–9 месяцев с задержкой моторного развития на фоне перинатального поражения нервной системы // Российский остеопатический журнал. – 2016. - №3-4(34-35). – С. 59-68. Токарева Н.П., Мохова Е.С., Кузьмина Ю.О. Остеопатический подход в коррекции двигательных нарушений при перинатальных поражениях ЦНС гипоксически-ишемического генеза у детей в раннем восстановительном периоде // Российский остеопатический журнал. – 2016. - №1-2(32-33). – С. 14-21.
Гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) у детей до 1 года	Пациентов с полным регрессом неврологической симптоматики не было ни в одной группе. В группе ОК наблюдалась более выраженная положительная динамика в проявлениях общей мозговой симптоматики, в уменьшении ширины	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Смирнов В.Л., Саматов А.Ф., Кузьмина Ю.О. Остеопатическая коррекция соматических дисфункций у детей 1 года жизни с гипертензионным синдромом // Российский остеопатический журнал. – 2016. - №3-4 (34-35). – С. 45-51.

	<p>боковых желудочков по данным нейросонографии, в уменьшении асимметрии линейной скорости кровотока по позвоночным артериям по данным УЗДГ (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>		
<p>Бульбарная дизартрия легкой формы у детей до 1 года</p>	<p>В группе ОК в 75% случаев восстановился тонус языка, в 85% случаев – нормальная подвижность и тонус круговой мышцы рта, в 80% случаев исчезала или уменьшалась асимметрия линейной скорости кровотока в вертебробазилярном бассейне по данным УЗДГ. В группе сравнения эти показатели остались без изменения или ухудшились. ОК позволяет эффективно устранить причины дизартрических проявлений, что существенно ускоряет процесс восстановления речевых функций, а также предотвращает прогрессирование задержки предречевого развития при интранатальном повреждении краниовертебрального перехода.</p>	<p>РКИ (ОК по сравнению со стандартным лечением)</p>	<p>Кузнецова ЕЛ, Гулькевич ОС. Дизартрические проявления задержки предречевого развития детей первого года жизни, связанные с родовой травмой краниовертебрального перехода // Российский остеопатический журнал. – 2014. - №1-2(24-25). – С. 29-36.</p>
<p>Детский церебральный паралич (ДЦП)</p>	<p>После курса ОК на фоне общепринятого лечения улучшаются двигательные функции (по Gross Motor Function Measurement (GMFM-88)) на 9,8% (<math>p &lt; 0,05</math>) и показатель функциональной независимости у детей (по Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)) (<math>p &lt; 0,05</math>). Улучшение GMFM, обнаруженное в группе ОК, выгодно отличается от результатов других исследований с использованием различных вмешательств, некоторые из которых были инвазивными</p>	<p>Когортное исследование</p>	<p>Duncan B., McDonough-Means S., Worden K., Schnyer R., Andrews J., Meaney F. Effectiveness of Osteopathy in the Cranial Field and Myofascial Release Versus Acupuncture as Complementary Treatment for Children With Spastic Cerebral Palsy: A Pilot Study // The Journal of the American Osteopathic Association. – 2008. - №108(10). – P. 559-570.</p>

	(например, селективная дорсальная ризотомия).		
Задержка речевого развития у детей	В группе ОК отмечено достоверное снижение степени выраженности речевых нарушений по сравнению с пациентами контрольной группы ( $p < 0,00001$ ).	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Абрамова Е. В., Аптекарь И. А. Остеопатическая коррекция соматических дисфункций у детей дошкольного возраста с задержкой речевого развития. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 54–61.
<b>Болезни пищеварительной системы</b>			
Синдром раздраженного кишечника (СРК)	ОК уменьшает метеоризм и боль в краткосрочном и долгосрочном периодах (1 год) ( $p < 0,05$ ), и также уменьшает ректальную чувствительность, выражающееся в увеличении порогового объема, и максимально допустимого объема ( $p < 0,001$ ). ОК способствует уменьшению выраженности симптомов СРК: боль в абдоминальной области, запор, диарея по сравнению с теми, кто получал имитацию или стандартное лечение ( $p < 0,05$ ). После проведения 2-3 сеансов ОК в сочетании с обычной терапией отмечается восстановление тонуса, ритмичности и амплитуды сокращений практически во всех отделах ЖКТ в отличие от пациентов контрольной группы, получавших только стандартное лечение ( $p < 0,05$ ) по данным электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ).	РКИ (ОК по сравнению с плацебо - имитацией ОК)  Обзор РКИ  РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Attali T.V., Bouchoucha M., Benamouzig R. Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: short-term and long-term results of a randomized trial // J Dig Dis. – 2013. - №14(12). – P. 654-661.  Müller A., Franke H., Resch K. L., Fryer G. Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2014. - №14(6). – P. 470-479.  Мохов Д.Е., Глыбовский Э. Е. Электрогастроэнтерография как метод объективизации остеопатического воздействия в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4(18-19). – С 32-37.
Хронический запор	После проведенного курса ОК отмечено значительное уменьшение выраженности запоров ( $p < 0,01$ ), общее улучшение симптомов ( $p < 0,01$ ), уменьшение времени транзита по толстой кишке ( $p < 0,01$ ) и улучшение общего качества жизни ( $p < 0,01$ ).	Когортное исследование	Brugman R., Fitzgerald K., Fryer G. The effect of Osteopathic Treatment on Chronic Constipation – A Pilot Study // International Journal of Osteopathic Medicine. – 2010. - Volume 13, Issue 1. – P. 17–23.
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)	В обеих группах статистически значимо снизилась выраженность	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по	Налётова Т. П., Удинцев Е. П., Орешко А. Ю., Чусовитина О. А. Эффективность коррекции

	клинических симптомов по опроснику GerdQ. При этом в основной группе снижение было статистически значимо более выраженным, чем в контрольной группе ( $p<0,05$ ).	сравнению со стандартным лечением)	в комплексном лечении взрослых пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 69–79.
Хронический гастрит	Уменьшение отека и гиперемии слизистой оболочки желудка в контрольной и основной группах ( $p<0,05$ ). У пациентов группы ОК отмечено снижение кислотности желудочного сока по сравнению с контрольной группой ( $p<0,001$ ).	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Фазлыяхметов Р. Т., Сафиуллин Р. Р., Устинов А. В. Результаты включения остеопатической коррекции в состав комплексной терапии пациентов с хроническим гастритом. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 80–89.
<b>Болезни мочевыводящих путей</b>			
Недержание мочи у женщин	Достигнуто статистически и клинически значимое улучшение, когда сравнивали группу, получавшую ОК, с нелеченной группой ( $p=0,001$ ). Сравнение результатов ОК с тренировкой мышц тазового дна показало практически одинаковый терапевтический эффект ( $p=0,94$ ).	Обзор РКИ	Franke H., Hoesele K. Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women // J. Bodyw. Mov. Ther. – 2013. - №17(1). – P. 11-18.
Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря, осложнённые хроническим буллезным циститом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) у детей	После проведённой комплексной терапии с включением ОК полностью исчезли симптомы, резко снижающие качество жизни: полное отсутствие позыва к микции (отведение мочи катетером), подтекание мочи и стрессовое недержание. По данным УЗИ в основной группе уменьшился объём мочевого пузыря ( $p<0,01$ ), толщина стенки ( $p<0,01$ ) и объём остаточной мочи ( $p<0,01$ ), по сравнению с контрольной группой. Включение ОК в комплексное лечение может быть рекомендовано так же с целью уменьшения фармакологической нагрузки и уменьшения оперативной активности при лечении ПМР.	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Беляева А.В., Лебедев Д.С. Оценка эффективности остеопатического лечения в комплексной терапии нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, осложнённых хроническим буллезным циститом и пузырно-мочеточниковыми рефлюксами у детей младшего школьного возраста // Российский остеопатический журнал. – 2015. - №1-2 (28-29). – С. 35-42.

Хронический пиелонефрит у беременных	В группе ОК отмечено уменьшение степени выраженности болевого синдрома ( $p=0,001$ ), увеличение показателей психоэмоционального состояния в категории «активность» ( $p=0,05$ ) по опроснику САН и повышение показателей физического и психологического компонентов качества жизни ( $p=0,02$ ) (опросник Medical Outcomes Study — Short Form).	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Ненашкина Э. Н. Влияние остеопатической коррекции на психоэмоциональное состояние и качество жизни беременных с сопутствующей патологией мочевыводящей системы. Российский остеопатический журнал. 2020; 1–2 (48–49): 66–74.
--------------------------------------	--	--	--

### Реабилитация после оперативных вмешательств

Пострадиационно - мастэктомический синдром	При рано начатой ОК (с первых недель после операции) отмечается улучшение функции верхней конечности ( $p<0,01$ ): сгибание и отведение верхней конечности через 3 и 6 месяцев восстанавливаются в большем объеме, чем у больных контрольной группы. Данные дуплексного сканирования свидетельствуют об улучшении показателей гемодинамики ( $p <0,05$ ), и соответственно, уменьшается и степень отека верхней конечности ( $p <0,05$ ).	КИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Кусевич М.Н., Новосельцев С.В., Вавилов М.П. Диагностика и остеопатическое лечение синдрома сдавления верхней апертуры грудной клетки у больных после радикального лечения рака молочной железы // Российский остеопатический журнал. - 2012. - №3-4 (18-19) – С. 53-64.
Послеоперационная кишечная непроходимость	После ОК, используемой после серьезной полостной операции, требуется меньше времени для выведения газов, и пациенты меньше времени проводят в больнице после операции. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре снижалась при ОК до 6,1 по сравнению с 11,5 днями в группе без ОК ( $p=0,006$ ).	КИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Baltazar G. A., Betler M. P., Akella K., Khatri R., Asaro R., Chendrasekhar A. Effect of osteopathic manipulative treatment on incidence of postoperative ileus and hospital length of stay in general surgical patients // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2013. - №113(3). – P. 204-209.
Операции с использованием срединной стернотомии	В опытной группе отмечалось более выраженное снижение интенсивности болевого синдрома по сравнению с контрольной группой ( $p<0,05$ ). По данным УЗИ, на	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Глушков А.А., Салахов Р.Г., Юнусова А.Д., Лебедев Д.С. Возможности применения остеопатической коррекции в реабилитации пациентов после стернотомий, выполненных в связи с хирургическим лечением приобретенных пороков сердца // Российский остеопатический журнал. –



	фоне ОК отмечено более выраженное ( $p < 0,05$ ) уменьшение объема жидкости в плевральных полостях с 420 мл до 50 мл ( $p < 0,01$ ), чем в контрольной группе (с 540 до 235 мл ( $p < 0,05$ )).		2020. - №1-2(48-49). – С. 122-130.
<b>Болезни бронхолегочной системы</b>			
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	Работоспособность через 6 минут ходьбы улучшилась в обеих группах, в группе ОК+ЛР улучшение было статистически значимо большим ( $p = 0,04$ ). Только в группе ОК+ЛР наблюдалось увеличение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1).	РКИ (легочная реабилитация (ЛР) и ОК по сравнению со стандартной ЛР)	Zanotti E., Berardinelli P., Bizzarri C., Civardi A., Manstretta A., Rossetti S., Fracchia C. Osteopathic manipulative treatment effectiveness in severe chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study // Complementary therapies in medicine. – 2011. - №20(1-2). – P. 16-22.
Пневмония	ОК является экономически эффективным вспомогательным лечением пневмонии, которое сокращает продолжительность пребывания пациентов в больнице и внутривенного введения антибиотиков, а также частоту дыхательной недостаточности. Группа ОК имела более низкую частоту дыхательной недостаточности, зависящую от аппарата искусственной вентиляции легких, чем в группе стандартного лечения (0 из 40 [0%] против 5 из 50 [10%]; $p = 0,05$ ). Дополнительная ОК снижает внутрибольничную смертность у взрослых в возрасте 75 лет и старше.	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Yang, M; Yuping, Y; Yin, X; Wang, BY; Wu, T; Liu, GJ; Dong, BR. Dong, Bi Rong, ed. "Chest physiotherapy for pneumonia in adults" // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2013. – №2 (2). - CD006338. Yao S., Hassani J., Gagne M., George G., Gilliar W. Osteopathic Manipulative Treatment as a Useful Adjunctive Tool for Pneumonia // J Vis Exp. – 2014. - №(87). - 50687. Published online 2014 May 6.  Noll DR, Degenhardt BF, Johnson JC. Multicenter Osteopathic Pneumonia Study in the Elderly: Subgroup Analysis on Hospital Length of Stay, Ventilator-Dependent Respiratory Failure Rate, and In-hospital Mortality Rate // J Am Osteopath Assoc. – 2016. - №116(9). – P. 574-587.
Хронический бронхит	В группе ОК положительная динамика показателей функции внешнего дыхания (экскурсия грудной клетки ( $p < 0,05$ ), форсированная жизненная ёмкость легких ( $p < 0,05$ ), пиковая скорость выдоха ( $p < 0,05$ )), по сравнению с группой контроля. Увеличение экскурсии грудной клетки и пиковой скорости выдоха на в группе ОК сохраняются и	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Белаш В. О., Хайбуллина Г. А. Оценка клинической эффективности остеопатической коррекции у детей с хроническим бронхитом в условиях санатория. Российский остеопатический журнал. 2021; 3: 41–53.

	через 3 мес после завершения курса терапии, что позволяет сделать вывод о пролонгированном эффекте.		
Реабилитация после коронавирусной пневмонии COVID-19	<p>После однократной процедуры ОК отмечено увеличение жизненной ёмкости легких (ЖЁЛ) с <math>78,2 \pm 2,7</math> до <math>85,3 \pm 3,3</math> % (<math>p=0,0006</math>), среднего показателя насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом SpO<sub>2</sub> с <math>94,2 \pm 0,2</math> до <math>95,0 \pm 0,3</math> % (<math>p=0,02</math>).</p> <p>После курса реабилитации в группе ОК отмечено увеличение ЖЁЛ на 12,3 % (<math>p&lt;0,0001</math>), ФЖЁЛ — на 12,1 % (<math>p&lt;0,0001</math>), уровня SpO<sub>2</sub> (с <math>96,6 \pm 0,2</math> до <math>97,5 \pm 0,2</math> %, <math>p=0,0013</math>). У пациентов контрольной группы основные показатели функции внешнего дыхания также улучшились, но изменения были статистически незначимы.</p>	<p>Когортное исследование</p> <p>РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)</p>	<p>Беляев А. Ф., Харьковская Т. С., Фотина О. Н., Юрченко А. А. Влияние остеопатической коррекции на функцию внешнего дыхания у пациентов, перенесших коронавирусную пневмонию COVID-19. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 8–17</p> <p>Беляев А. Ф., Фотина О. Н., Харьковская Т. С., Юрченко А. А. Эффективность реабилитации пациентов после перенесенной ковид-пневмонии методами остеопатии. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 14–22.</p>
Абдоминальный болевой синдром после перенесенной плевропневмонии	<p>В обеих группах было купирование абдоминальных болей эпигастральной локализации. Однако в контрольной группе причина данного синдрома не была устранена, что опасно рецидивами. ОК привела к значительному снижению показателей градиента давления в чревном стволе (через 2 недели на 43,8 %, через 1 месяц на 55,2 %, <math>p&lt;0,05</math>) и снижению скорости кровотока в чревном стволе (через 2 недели на 18,7 %, через 1 месяц на 31,1 %, <math>p&lt;0,05</math>), тогда как в контрольной группе эти показатели практически не изменились.</p>	РКИ (ОК по сравнению со стандартным лечением)	<p>Мишина С.В., Четверикова Н.А. Стабилизация абдоминального кровотока остеопатическими техниками у пациентов, перенесших плевропневмонию // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4(18-19). – С 32-37.</p>
<b>Болезни органов зрения</b>			
Миопия легкой степени и спазм аккомодации у детей	<p>В группе ОК произошло уменьшение тяжести миопии в среднем на 0,5 Дптр (59% случаев наступило</p>	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со	<p>Боброва Е.А., Аптекарь И.А., Абрамова Е.В. Остеопатическая коррекция миопии слабой степени у детей 7–10 лет // Российский остеопатический журнал. –</p>

	<p>уменьшение тяжести миопии, в 18% случаев – стабилизация процесса без изменения данных рефрактометрии, в 23% случаев – ухудшение состояния), в контрольной – увеличение тяжести на 1,0 Дптр (стабилизация заболевания наступила только в 18% случаев, ухудшение – в 82%, а улучшение состояния не наступило ни у кого). По данным УЗДГ сосудов головы и шеи исходно у всех детей наблюдалась асимметрия кровотока в позвоночных артериях. После лечения в группе ОК симметрия кровотока восстановилась у 83% пациентов, в контрольной группе изменений не наблюдалось.</p>	<p>стандартным лечением)</p>	<p>2015. - №1-2 (28-29). – С. 43-49. Новосельцев С.В., Иванов В.К., Панасейко А.В., Мерзляков Е.Л., Ставрова Г.В. Остеопатическое лечение детей 7-12 лет, страдающих миопией со спазмом аккомодации // Российский остеопатический журнал. – 2013. - №3-4 (22-23). – С. 36-46. Ведяшкина А. С., Милутка Ю. А., Ломакина Я. Н., Потехина Ю. П. Результаты остеопатической коррекции при миопии и спазме аккомодации у детей: систематический обзор с применением метаанализа. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 109–124.</p>
<p>Астигматизм у детей</p>	<p>В опытной группе детей в возрасте до 6 месяцев астигматизм после лечения уменьшился в 2,2 раза (с <math>2,31 \pm 0,76</math> Дптр до <math>1,05 \pm 0,53</math>, <math>p &lt; 0,05</math>), в группе контроля изменение тоже произошло, но всего в 1,3 раза (с <math>2,25 \pm 0,74</math> Дптр до <math>1,83 \pm 0,63</math> Дптр, <math>p &gt; 0,05</math>).</p>	<p>РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)</p>	<p>Бахтиярова Г.З., Стенькова О.В. Возможности остеопатического лечения детей раннего возраста с патологией рефракции // Российский остеопатический журнал. – 2018. - №3-4 (42-43). – С. 78-86.</p>
<p>Первичная открытоугольная глаукома</p>	<p>При неоперированной глаукоме ПА стадии в группе ОК отмечено достоверное снижение уровня внутриглазного давления (<math>p &lt; 0,05</math>) и показателей периметрии (MD, VFI) (<math>p &lt; 0,05</math>). У пациентов контрольной группы достоверных изменений данных показателей получено не было. У больных с прооперированной глаукомой в группе ОК уменьшилась выраженность болевого синдрома (<math>p &lt; 0,05</math>), увеличились поля зрения (<math>p &lt; 0,05</math>) и толщина слоя нервных волокон сетчатки по</p>	<p>РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)</p>	<p>Симакова Е. Н., Стенькова О. В. Клиническая эффективность остеопатической коррекции в комплексном лечении больных с неоперированной открытоугольной глаукомой. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 97–105.  Зубков О. В., Смирнова Е. А., Крамар В. В., Курбатов О. И. Исследование эффективности остеопатической коррекции в комплексном лечении больных с прооперированной первичной открытоугольной глаукомой. Российский остеопатический журнал. 2021; 3: 66–76.</p>

	данным оптической когерентной томографии ( $p < 0,05$ ).		
<b>Болезни ЛОР-органов у детей</b>			
Рецидивирующий острый средний отит	При 6-месячном наблюдении в группе ОК значительно уменьшилось количество эпизодов острого отита ( $p = 0,04$ ) и среднее количество безоперационных месяцев ( $p = 0,01$ ), увеличилась частота нормальных типов тимпанограмм ( $p = 0,02$ ) по сравнению с контролем. Также было меньшее количество хирургических вмешательств (пациенты с ОК - 1; пациенты группы контроля - 8; $p = 0,03$ ).	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Mills M.V., Henley C.E., Barnes L.L., Carreiro J.E., Degenhardt B.F. The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media // Arch Pediatr Adolesc Med. – 2003. – №157 (9). – P. 861–866.
Хронический аденоидит	В группе ОК было более выраженное уменьшение жалоб и состояния рото- и носоглотки по результатам эндоскопического обследования ( $p < 0,05$ ). Катамнестическая оценка результатов лечения показала, что включение остеопатической коррекции в комплексную терапию детей с хроническим аденоидитом позволяет добиться более продолжительной ремиссии ( $p < 0,05$ ).	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Чайко Е. В., Курбатов О. И. Возможности остеопатической коррекции соматических дисфункций у детей с хроническим аденоидитом. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 62–71.
<b>Невротические и поведенческие расстройства</b>			
Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)	ОК положительно связана с повышением точности ( $p = 0,04$ ) и скорости ( $p = 0,03$ ) выполнения теста Бьянкарди-Строппа для измерения зрительно-пространственного внимания. В группе ОК по сравнению с контрольной группой, отмечали увеличение показателей кратковременной памяти ( $p < 0,05$ ) и изменение типа и свойств нервной системы (от слабой к стабильной). Применение ОК в дополнение к ЭЭГ-БОС-тренингам сопровождается	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Accorsi A., Lucci C., Di Mattia L., Granchelli C., Barlafante G., Fini F., Pizzolorusso G., Cerritelli F., Pincherle M. Effect of Osteopathic Manipulative Therapy in the Attentive Performance of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // The Journal of the American Osteopathic Association. - May 2014. - Vol. 114. – P. 374-381. Белаш В. О., Байер Д. В., Костоусов В. В. Сочетанное применение остеопатической коррекции и транскраниальной микрополяризации головного мозга в лечении детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 50–62. Кудряшова В. Г., Четверикова Н. А.

	уменьшением количества поведенческих отклонений ( $p < 0,05$ ), увеличением продолжительности удержания внимания ( $p < 0,05$ ).		Исследование сочетанного применения остеопатической коррекции и ЭЭГ-БОС-тренингов у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 60–68.
Тревога и депрессия у детей с эпилепсией	После курса ОК у детей с идиопатической фокальной эпилепсией нормальная оценка тревоги увеличилась с 27% до 96% ( $p < 0,01$ ). У детей с идиопатической генерализованной эпилепсией нормальная оценка тревоги увеличилась с 16% до 37% ( $p < 0,05$ ), у детей с симптоматическими формами эпилепсии - с 46% до 62% ( $p < 0,01$ ). После проведенного курса ОК 96% детей с идиопатической фокальной эпилепсией отметили нормальные значения депрессии ( $p < 0,01$ ), при идиопатической генерализованной эпилепсии - 84% ( $p < 0,05$ ). Использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Мусина Г.М., Кушков А.А., Мухин К.Ю. Влияние остеопатического лечения на уровни тревоги и депрессии по шкале HADS у детей с различными формами эпилепсий // Российский остеопатический журнал. – 2018. - №3-4 (42-43). – С. 87-97.
Тревога и депрессия при люмбалгиях	В группе ОК по четырем шкалам из шести (ситуативной тревожности (СТ), депрессии, активности и настроения) получена высокая сила эффекта ( $d \geq 0,8$ ). По двум оставшимся шкалам получены значения, превышающие малую силу эффекта (шкала личностной тревожности (ЛТ), $d \geq 0,2$ ) и среднюю (шкала самочувствия, $d \geq 0,5$ ). В контрольной группе лишь две шкалы по своим значениям приближались к высоким показателям силы эффекта (активности, $d = 0,71$ ; настроения, $d = 0,77$ ); одна шкала (самочувствия) превышала средний уровень силы эффекта ( $d = 0,53$ ); три шкалы (СТ, ЛТ, депрессии) имели значения силы	РКИ (ОК по сравнению со стандартным лечением)	Терехова Е.Н., Мохов Д.Е. Эффективность остеопатического лечения пациентов с люмбалгией, сопровождающейся психосоматическими расстройствами // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4 (18-19). – С. 65-73.

	эффекта чуть превышающие низкий уровень ( $d \geq 0,2$ ).		
Эмоциональная напряженность и астения при синдроме позвоночной артерии (СПА)	<p>В группе ОК получена положительная динамика: уменьшение количества респондентов с высокой и средней степенью скрытой эмоциональной напряженности на 47,5 и 17,5 %, соответственно, увеличение количества пациентов с отсутствием скрытой эмоциональной напряженности на 65 % (<math>p &lt; 0,05</math>). В контрольной группе статистически значимых различий по результатам теста «Накопление эмоционально-энергетических зарядов, направленных на самого себя» (В. В. Бойко) получено не было.</p> <p>В группе ОК уменьшилось количество респондентов с сильной степенью астении на 32,5 %, с умеренной астенией — на 35 %. При этом возросло количество пациентов со слабой степенью астении и с отсутствием ее вообще — на 7,5 и на 60 %, соответственно (<math>p &lt; 0,05</math>). В контрольной группе достоверная позитивная динамика получена только по уменьшению количества пациентов с сильной степенью астении на 15 %.</p> <p>Использовалась шкала астенического состояния (ШАС Л. Д. Майкова, Т. Г. Чертова).</p>	РКИ (ОК вместе со стандартным лечением по сравнению со стандартным лечением)	Ерёмускин М. А., Мохов Д. Е., Белаш В. О. Динамика нейропсихологических показателей у пациентов с синдромом позвоночной артерии на фоне остеопатического лечения // Российский остеопатический журнал. - 2016. - № 1-2 (32-33). - С. 29-35.

## Действие остеопатической коррекции на организм

Механизмы оздоровительного и лечебного действия ОК на организм активно изучаются, и основные из них подтверждены экспериментальными и клиническими исследованиями (рис. 6).



Рис. 6 Эффекты остеопатической коррекции.

Эффекты остеопатической коррекции	Литературные источники
Нормализация/уменьшение пальпаторно и визуально определяемого мышечного тонуса	Дудин А. В., Туева И. Д., Белаш В. О. Оценка эффективности остеопатических методов коррекции в комплексной терапии псевдобульбарной дизартрии у детей дошкольного возраста // Российский остеопатический журнал. 2017. № 1-2 (36-37). С. 53-60. Кузнецова Е.Л, Гулькевич О.С. Дизартрические проявления задержки предречевого развития детей первого года жизни, связанные с родовой травмой краниовертебрального перехода // Российский остеопатический журнал. - 2014. - №1-2(24-25). - С. 29-36.
Уменьшение мышечного тонуса и улучшения кровоснабжения мышц по данным вибрационной вискоэластометрии	Потехина Ю.П., Тиманин Е.М., Кантинов А.Е. Вязкоупругие характеристики тканей и их изменения после остеопатической коррекции // Российский остеопатический журнал. - 2018. - № 1-2 (40-41). - С. 38-45. Тиманин Е.М., Потехина Ю.П., Мохов Д.Е. Исследование вязкоупругих характеристик мышц шеи и верхней части грудной клетки методом вибрационной вискоэластометрии. - Медицинская техника. 2019. № 5 (317). С. 25-28
Увеличение объема движений в суставах конечностей	Szlezak A. M., Georgilopoulos P., Bullock-Saxton J. E. Steele M. C. The immediate effect of unilateral lumbar Z-joint mobilisation on posterior chain neurodynamics: a randomised controlled study // Man Ther. - 2011. - №16(6). - P. 609-613. Samukawa M., Hattori M., Sugama N., Takeda N. The effects of dynamic stretching on plantar flexor muscle-tendon tissue properties // Man Ther. - 2011. - №16(6). - P. 618-622.
Увеличение объема движений в спине и шее	Sefton J. M., Yarar-Fisher C., Carpenter D. M., Berry J. Physiological and clinical changes after therapeutic massage of the neck and shoulders // Man Ther. - 2011. - №16(5). - P. 487-494. Рыльский А.В., Мохов Д.Е. Остеопатическое лечение больных с дорсопатией в остром периоде // Российский остеопатический журнал. - 2012. - №3-4(18-19). - С. 45-52.

Увеличение ширины открывания рта	Martins W. R., Blaszcyk J. C., Furlan de Oliveira M. A., Gonçalves K. F. L., Bonini-Rocha A. C., Dugailly P.-M., de Oliveira R. Efficacy of musculoskeletal manual approach in the treatment of temporomandibular joint disorder: A systematic review with meta-analysis // J. Man. Ther. – 2016. - №21. – P. 10-17.
Изменение плотности коллагеновых волокон и их ориентации в структуре матрикса, уменьшение количества поперечных сшивок в них, повышение гидратации матрикса	Pohl H. Changes in the structure of collagen distribution in the skin caused by a manual technique // J. Bodyw. Mov. Ther. - 2010. - №14 (1). – P. 27-34. Martin M.M. Effects of myofascial release in diffuse systemic sclerosis // J. Bodyw. Mov. Ther. - 2009. - №13 (4). – P. 320-327.
Изменения качественного и количественного состава внеклеточного матрикса вследствие механически индуцированных изменений синтетической активности фибробластов	Bordoni B, Zanier E. Understanding Fibroblasts in Order to Comprehend the Osteopathic Treatment of the Fascia // Evid Based Complement Alternat Med. – 2015. - 2015:860934. Аптекарь И.А., Костоломова Е.Г., Суховой Ю.Г. Изменение функциональной активности фибробластов в процессе моделирования компрессии, гиперкапнии и гипоксии // Российский остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 72-84.
Уменьшение уровня провоспалительных цитокинов и уменьшение периферической сенситизации	Licciardone J.C., Kearns C.M., Hodge L.M., Bergamini M.V. Associations of cytokine concentrations with key osteopathic lesions and clinical outcomes in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC Trial // J Am Osteopath Assoc. – 2012. - №112(9). – P. 596–605. Teodorczyk-Injeyan J. A., Injeyan H. S., Ruegg R. Spinal manipulative therapy reduces inflammatory cytokines but not substance P production in normal subjects // J.Manipulative Physiol. Ther. – 2006. – №29(1). – P. 14–21. Schander A., Downey H.F., Hodge L.M. Lymphatic pump manipulation mobilizes inflammatory mediators into lymphatic circulation // Exp Biol Med (Maywood). – 2012. - №237. – P. 58-63. Walkowski S., Singh M., Puertas J., Pate M., Goodrum K., Benencia F. Osteopathic manipulative therapy induces early plasma cytokine release and mobilization of a population of blood dendritic cells // PLoS One. – 2014. - №9(3). – P. 1-12.
Снижение активности симпатического отдела и повышение активности парасимпатического отдела ВНС, восстановление вегетативного равновесия по данным анализа вариабельности сердечного ритма	Ruffini N., D’Alessandro G., Mariani N., Pollastrelli A., Cardinali L., Cerritelli F. Variations of high frequency parameter of heart rate variability following osteopathic manipulative treatment in healthy subjects compared to control group and sham therapy: randomized controlled trial // Front Neurosci. – 2015. - №9. – P. 260-265. D’Alessandro G., Cerritelli F., Cortelli P. Sensitization and interoception as key neurological concepts in osteopathy and other manual medicines // Front Neurosci. – 2016. - №10. – P. 100-107. Giles P.D., Hensel K.L., Pacchia C.F., Smith M.L. Suboccipital decompression enhances heart rate variability indices of cardiac control in healthy subjects // J Altern Complement Med. – 2013. - №19. – P. 92-96. Кальюранд М.Т., Логинова Е.В., Потехина Ю.П. Динамика функционального состояния организма у детей с задержкой психического развития под влиянием остеопатического лечения (по спектральным показателям вариабельности сердечного ритма) // Российский остеопатический журнал. – 2016. - № 3-4. – С. 69-76.
Повышение уровня окситоцина в плазме	Lund I., Ge Y., Yu L.C., Uvnas-Moberg K., Wang J., Yu C.C., Kurosawa M., Ågren G., Rosén A., Lekman M., Lundeberg T. Repeated massage-like stimulation induces long-term effects on nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms // Eur. J. Neurosci. - 2002. - №16 (2). – P. 330-338.
Повышение уровня β-эндорфинов, серотонина и эндогенных каннабиноидов	Degehardt B. F., Darmani N. A., Johnson J. C., Towns L. C., Rhodes D. C., Trinh C., McClanahan B., DiMarzo V. Role of osteopathic manipulative treatment in altering pain biomarkers: a pilot study // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2007. - №107. – P. 387–400. McPartland J. M., Giuffrida A., King J., Skinner E., Scotter J., Musty R.E. Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2005. - №105. – P. 283–291.
Нормализация венозного давления (исходно повышенное снижалось, исходно пониженное повышалось)	Вчерашний Д.Б., Ерофеев Н.П., Мохов Д.Е., Новосельцев С.В., Труфанов А.Н., Васильев М.Ю. Влияние остеопатических техник на венозную гемодинамику человека // Мануальная терапия. - 2009. - № 2 (34). - С. 52-59.
Активация венозного возврата к сердцу за счет увеличения подвижности грудной клетки и присасывающего действия диафрагмы	Ерофеев Н.П., Мохов Д.Е., Новосельцев С.В., Вчерашний Д.Б. Остеопатическая коррекция венозного возврата // Мануальная терапия. -2010. - № 4 (40). - С. 22-32.
Нормализация венозного оттока от головы	Мохов Д.Е., Черныга С.А. Исследование влияния остеопатической техники дренажа венозных синусов на венозный отток из полости черепа // Российский остеопатический журнал. - 2014. - № 3-4 (26-27). - С. 58-65. Дудин А. В., Туева И. Д., Белаш В. О. Оценка эффективности остеопатических методов коррекции в комплексной терапии псевдобульбарной дизартрии у детей дошкольного возраста // Российский остеопатический журнал. - 2017. - № 1-2 (36-37). - С. 53-60.



Улучшение кровотока по позвоночным артериям, уменьшение асимметрии кровотока по данным УЗДГ	Белаш В.О., Мохов Д.Е., Трегубова Е.С. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии и реабилитации пациентов с синдромом позвоночной артерии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2018. - Т. 95. - № 6. - С. 34-43. Лютина Т.И., Кузнецова Е.Л. Эффективность остеопатического лечения гипертензионно-гидроцефального синдрома у детей раннего возраста // Российский остеопатический журнал. - 2015. - №1-2 (28-29). - Р. 7-14. Кузнецова Е.Л., Гулькевич О.С. Дизартрические проявления задержки предречевого развития детей первого года жизни, связанные с родовой травмой краниовертебрального перехода // Российский остеопатический журнал. - 2014. - №1-2 (24-25). - С. 29-36.
Улучшение микроциркуляции за счет выхода вазоактивных веществ из клеток соединительной ткани (оксида азота, простагландинов, гистамина и др.)	Salamon E., Zhu W., Stefano G.B. Nitric oxide as a possible mechanism for understanding the therapeutic effects of osteopathic manipulative medicine (Review) // Int. J. Mol. Med. - 2004. - №14 (3). - P. 443-449.
Улучшение лимфообразования и лимфотока	Degenhardt B. F., Kuchera M. L. Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system // J. Am. Osteopath. Assoc. - 1996. - №96(2). - P. 97-100. Dery M. A., Yonuschot G., Winterson B. The effects of manually applied intermittent pulsation pressure to rat ventral thorax on lymph transport // J. Lymphology. - 2000. - №33(2). - P. 58-61.
Выход лейкоцитов из депо	Schander A., Padro D., King H.H., Downey H.F., Hodge L.M. Lymphatic pump treatment repeatedly enhances the lymphatic and immune systems // Lymphat Res Biol. - 2013 - №11. - P. 219-226.
Уменьшение количества внеклеточной жидкости по данным биоимпедансометрии	Степанцова С.А., Мизонова И.Б., Новосельцев С.В., Вчерашний Д.Б., Мохов Д.Е. Остеопатическая коррекция объема внеклеточной жидкости тела человека // Мануальная терапия. - 2014. - № 1 (53). - С. 26-31.
Уменьшение вязкости тканей по данным вибрационной вискоэластометрии	Тиманин Е.М., Сиднева Н.С., Захарова А.А. Влияние остеопатической коррекции на вязкоупругие характеристики мышц голени // Российский остеопатический журнал. - 2019. - № 1-2 (44-45). - С. 93-98.

Эффекты ОК могут быть по степени выраженности локальными (в виде изменения коллоидного состояния, степени гидратации и структуры ткани), сегментарными (в виде рефлекторного ответа) или региональными (в виде улучшения кровоснабжения и лимфотока), и глобальными (в виде гормональных эффектов) и могут возникать через различные промежутки времени после сеанса ОК — от нескольких минут до нескольких недель. Описанные эффекты ОК в целом увеличивают адаптационные резервы организма, его устойчивость к различным повреждающим факторам, и стимулируют его собственные процессы самокоррекции и самовосстановления.

Остеопатию отличает системный подход к лечению и реабилитации человека, доверие к адаптационным и компенсаторным резервам организма. Индивидуальный подход к пациенту позволяет улучшить адаптационные возможности его организма. Остеопатия не лечит заболевания, а способствует выздоровлению за счет ликвидации функциональных нарушений и улучшает качество жизни. Вследствие этого ОК может применяться на всех этапах оказания медицинской помощи населению (Рис. 7).

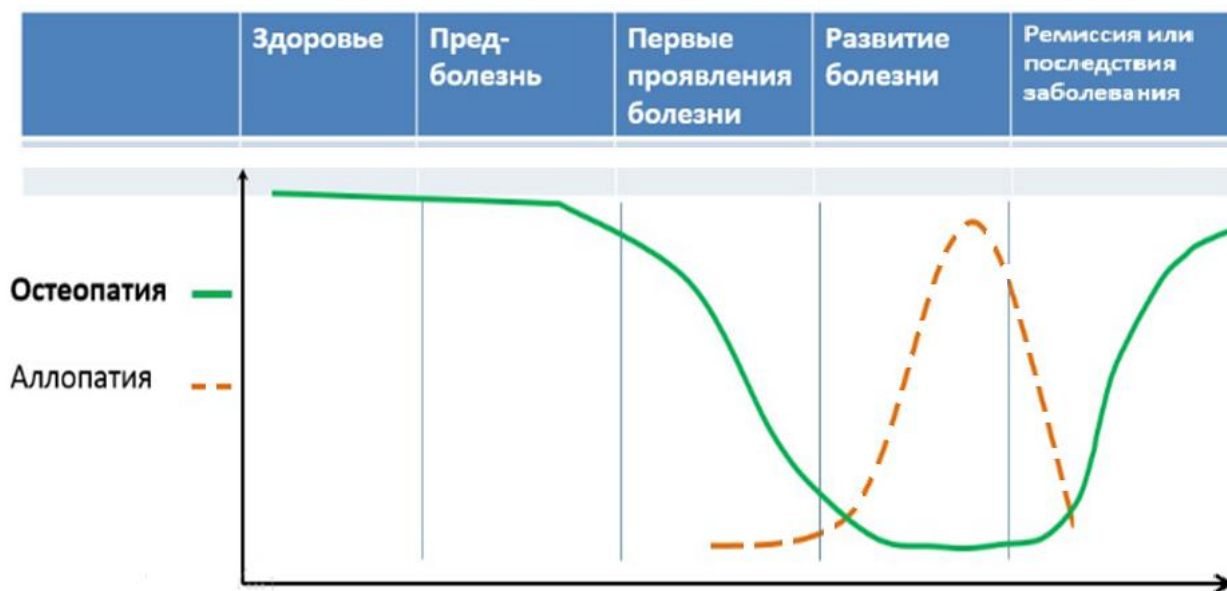


Рис. 7. Место остеопатии в системе оказания медицинской помощи населению.

ОК может применяться до, совместно или после фармакологического или хирургического лечения и усиливать терапевтический эффект, значительно сокращая при этом период реабилитации пациента и риск возникновения осложнений. Важным результатом ОК является уменьшение лекарственной нагрузки на организм больного, а, следовательно,

- снижение риска развития аллергических реакций,
- уменьшение побочных действий лекарственных препаратов,
- предотвращение развития полипрагмазии,
- уменьшение интоксикации, наконец.

### **3.1 Заполнение медицинской документации**

В соответствии с действующей нормативно-правовой базой врач-osteopat на приеме заполняет бланк «Первичный осмотр врачом-osteопатом» или бланк «Осмотр врачом-osteопатом (наблюдение в динамике)». Данные медицинские документы являются вкладьшем в Учетную форму № 025/у, утвержденную приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н.

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

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес \_\_\_\_\_

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

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

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

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

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

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_      8. СНИЛС \_\_\_\_\_

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

10. Код категории льготы \_\_\_\_\_      11. Документ \_\_\_\_\_ : серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

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

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

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

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

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

18. Изменение места работы \_\_\_\_\_

19. Изменение места регистрации \_\_\_\_\_

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови \_\_\_\_\_ 22. Rh-фактор \_\_\_\_\_ 23. Аллергические реакции \_\_\_\_\_

## 24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра \_\_\_\_\_ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) \_\_\_\_\_

Жалобы пациента \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания, жизни \_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

## 25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач



Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

26. Этапный эпикриз

Дата \_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

27. Консультация заведующего отделением

Дата \_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_

**28. Заключение врачебной комиссии**

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Заключение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Задатель \_\_\_\_\_ Члены комиссии \_\_\_\_\_

29. Диспансерное наблюдение

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

## 30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

## 31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

## 32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

**33. Результаты функциональных методов исследования:**

**34. Результаты лабораторных методов исследования:**



35. Эпикриз

**Приложение № 25**  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**Форма вкладыша № 1**

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-ОСТЕОПАТОМ**

1. Дата заполнения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_

2. Жалобы на момент обращения на:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> нарушение функции опорно-двигательного аппарата      | <input type="checkbox"/> нарушение функции дыхательной системы                |
| <input type="checkbox"/> нарушение функции органов желудочно-кишечного тракта | <input type="checkbox"/> нарушение функции мочевыделительной и половой систем |
| <input type="checkbox"/> нарушение функции сердечно-сосудистой системы        | <input type="checkbox"/> болевой синдром                                      |

Дополнительно: \_\_\_\_\_

3. Соматический статус:

3.1. Общее состояние:  удовлетворительное  средней тяжести  тяжелое  крайне тяжелое

3.2. Тип телосложения:  нормостенический  гиперстенический  астенический

3.3. Кожные покровы:  чистые  высыпания  влажные  сухие  экскориации

3.4. Слизистые оболочки:  чистые  высыпания  влажные  сухие

3.5. Дыхание:  пуэрильное  везикулярное  жесткое  ослабленное; хрипы:  нет  влажные  сухие

3.6. АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

3.7. Пульс на лучевых артериях \_\_\_\_\_ ударов в минуту;

ритмичный  аритмичный  симметричный  не симметричный  напряжен  не напряжен

3.8 Живот:  мягкий  напряжен  доступен глубокой пальпации  болезненный  болезненный при пальпации

3.9. Безусловные рефлексы (для детей первого года жизни):

<input type="checkbox"/> поисковый	<input type="checkbox"/> автоматической ходьбы	<input type="checkbox"/> Бабкина
<input type="checkbox"/> сосательный	<input type="checkbox"/> ползания по Бауэру	<input type="checkbox"/> Бабинского
<input type="checkbox"/> шейный тонический рефлекс	<input type="checkbox"/> подошвенный	<input type="checkbox"/> Моро
<input type="checkbox"/> хватательный		

3.10. Психомоторное развитие (для детей):  соответствует возрасту  не соответствует возрасту

Для детей первого года жизни:

<input type="checkbox"/> удерживает голову	<input type="checkbox"/> ходит, держась за одну руку
<input type="checkbox"/> лежа на животе, опирается на предплечья	<input type="checkbox"/> самостоятельная ходьба
<input type="checkbox"/> переворачивается со спины на живот	<input type="checkbox"/> осознанная улыбка
<input type="checkbox"/> переворачивается с живота на спину	<input type="checkbox"/> различает «своих» и «чужих»
<input type="checkbox"/> берет игрушку в ручку	<input type="checkbox"/> отдельные звуки певуче
<input type="checkbox"/> присаживается	<input type="checkbox"/> фиксирует взгляд на предмете и следит за ним
<input type="checkbox"/> сидит	<input type="checkbox"/> произносит «агу»
<input type="checkbox"/> встает на четвереньки	<input type="checkbox"/> слоги певуче
<input type="checkbox"/> ползает	<input type="checkbox"/> основные слова-определения
<input type="checkbox"/> берет предметы в ручку и совершает простые действия с ними	<input type="checkbox"/> знает названия базовых предметов и по просьбе ищет их
<input type="checkbox"/> встает у опоры	<input type="checkbox"/> дополнительно:
<input type="checkbox"/> переступает у опоры	

4. Osteопатический статус

4.1 Общий осмотр

4.1.1. Оцениваемые параметры:	симметричность / расположение на одном уровне	не симметрично / расположение на разных уровнях
Спереди:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
позиция головы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
межзрачковая линия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение ушных раковин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение углов нижней челюсти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
высота плеч, мышечные валики надплечий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень и симметричность ключиц	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ротация и форма грудной клетки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
экскурсия грудной клетки на спокойном дыхании	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
треугольники талии;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
позиция верхних конечностей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

позиция пупка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение гребней подвздошных костей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение передне-верхних подвздошных остей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ротация таза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение нижних конечностей (наружная или внутренняя ротация, длина)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение надколенников	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
своды стоп	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сзади:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
позиция головы и шейного отдела позвоночника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень сосцевидных отростков	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
высота плеч, мышечные валики надплечий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
уровень лопаток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
позвоночник во фронтальной плоскости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
треугольники талии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
высота гребней подвздошных костей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
положение задне-верхних подвздошных остей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
симметричность подъягодичных складок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ротация таза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
опора на ногу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
позиция пяток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1.2. Вертикаль Барре:  есть отклонение  нет отклонения

4.1.3. Изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости:

шейный лордоз  сохранен  сглажен  усилен

грудной кифоз  сохранен  сглажен  усилен

поясничный лордоз  сохранен  сглажен  усилен

4.2 Мышечный тонус:  симметричный  асимметричный

Дополнительно: \_\_\_\_\_

4.3. Активные тесты:

общая флексия  не ограничена ограничена:  в шейном  в грудном  в поясничном отделе

общая экстензия  не ограничена ограничена:  в шейном  в грудном  в поясничном отделе

латерофлексия вправо  не ограничена ограничена:  в шейном  в грудном  в поясничном отделе

латерофлексия влево  не ограничена ограничена:  в шейном  в грудном  в поясничном отделе

Дополнительно: \_\_\_\_\_

4.4. Тест флексии глобальный (для детей первого года жизни):  ограничена  не ограничена

4.5. Общее прослушивание:  вперед  назад  вправо  влево

Дополнительно: \_\_\_\_\_

4.6. Флексионный тест:

стоя:  отрицательный  положительный  «+»  «++»  «+++»  справа  слева

сидя:  отрицательный  положительный  «+»  «++»  «+++»  справа  слева

4.7. Оценка длины нижних конечностей в положении пациента лежа на спине:

равная  укорочение справа  укорочение слева

4.8. Оценка ригидности суставов и окружающих мягких тканей:

4.8.1. Суставы нижних конечностей, таза:

Оцениваемый сустав:	есть ригидность и ограничение	нет ригидности и ограничения
крестцово-подвздошный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тазобедренный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Коленный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Голеностопный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подтаранный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ладьевидно-кубовидный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
клиновидные кости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
плюсне-фаланговые	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.8.2. Суставы пояса верхних конечностей и верхних конечностей:

Оцениваемый сустав:	есть ригидность и ограничение	нет ригидности и ограничения
грудино-ключичный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
акромиально –ключичный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Плечевой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Локтевой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Лучезапястный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.9. Оценка трансляции:

таза  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево

поясничного отдела  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево

- грудного отдела  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево  
 шейного отдела  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево
- 4.10. Оценка пассивной флексии и экстензии:  
 поясничный отдел  нет ограничения  ограничена флексия  ограничена экстензия  
 грудной отдел  нет ограничения  ограничена флексия  ограничена экстензия
- 4.11. Оценка смещаемости висцеральных масс в сагиттальной плоскости:  
 средний и нижний этаж брюшной полости  не ограничена  ограничена вентрально  ограничена дорзально  
 верхний этаж брюшной полости  не ограничена  ограничена вентрально  ограничена дорзально  
 грудной полости  не ограничена  ограничена вентрально  ограничена дорзально
- 4.12. Оценка смещаемости висцеральных масс во фронтальной плоскости:  
 средний и нижний этаж брюшной полости  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево  
 верхний этаж брюшной полости  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево  
 грудной полости  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево  
 висцеральное ложе шеи  не ограничена  ограничена вправо  ограничена влево
- 4.13. Тест «трех сфер» (оценка для детей первого года жизни):  
 объем головы и шейного отдела:  нет ограничения  ограничен вентрально  ограничен дорзально  
 торакальный объем:  нет ограничения  ограничен вентрально  ограничен дорзально  
 абдоминальный и тазовый объемы:  нет ограничения  ограничен вентрально  ограничен дорзально
- 4.14. Оценка мобильности грудной и брюшной полостей:  
 нет ограничения  ограничение грудной полости  ограничение брюшной полости
- 4.15. Оценка ритмогенной составляющей.
- 4.15.1 Краниальный ритмический импульс: \_\_\_\_\_ в минуту; амплитуда \_\_\_\_\_; сила \_\_\_\_\_  
 4.15.2. Кардиальный ритмический импульс: \_\_\_\_\_ в минуту; амплитуда \_\_\_\_\_; сила \_\_\_\_\_  
 4.15.3. Торакальный ритмический импульс: \_\_\_\_\_ в минуту; амплитуда \_\_\_\_\_; сила \_\_\_\_\_  
 4.15.4. Пульс на лучевых артериях: симметричен  да  нет, ритмичен  да  нет  
 4.15.5. Пульс на задних большеберцовых артериях: симметричен  да  нет; ритмичен  да  нет
- 4.16. Дополнительные остеопатические тесты: \_\_\_\_\_

5. Остеопатическое заключение.

Нарушение / Уровень	Биомеханическое, Баллы	Ритмогенное, Баллы		Нейродинамическое*, Баллы		
Глобальный	1 2 3	Краниальное	1 2 3	Психовисцеросоматическое 1 2 3		
		Кардиальное	1 2 3	Постуральное 1 2 3		
		Дыхательное	1 2 3			
Региональный	Область (регион):	Структуральная составляющая	Висцеральная составляющая	Сг	Висцеро-соматический компонент	Сомато-висцеральный компонент
	Головы	1 2 3			1 2 3	
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C1–C3	1 2 3	1 2 3
	Верхних конечностей	1 2 3		C4–C6	1 2 3	1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C7–Th1	1 2 3	1 2 3
	Поясничной	1 2 3	1 2 3	Th2–Th5	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th6–Th9	1 2 3	1 2 3
	Нижних конечностей	1 2 3		Th10–L1	1 2 3	1 2 3
	Твердой мозговой оболочки	1 2 3		L2–L5	1 2 3	1 2 3
Локальный	Указывают отдельные соматические дисфункции (острые или хронические):					
Доминирующая соматическая дисфункция: _____						

\*Глобальное нейродинамическое нарушение у детей до 1 года не оценивается. Постуральное нарушение у детей оценивают с 12 лет.

6. Диагноз: Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

6. План лечения: \_\_\_\_\_

8. Листок нетрудоспособности, справка: \_\_\_\_\_

9. Рекомендации: \_\_\_\_\_

9.1. Консультации специалистов:

невролога  терапевта  педиатра  ортопеда  офтальмолога  стоматолога

9.2. Обследования:

клинический анализ крови  общий анализ мочи  биохимический анализ крови \_\_\_\_\_

рентгенография \_\_\_\_\_  ультразвуковое исследование: \_\_\_\_\_

МРТ: \_\_\_\_\_  КТ: \_\_\_\_\_

Дополнительные методы исследования: \_\_\_\_\_

9.3. Медикаментозная терапия: \_\_\_\_\_

9.4. Дополнительные немедикаментозные методы лечения:  лечебная физкультура  массаж  физиотерапия  рефлексотерапия

9.5. Рекомендации по двигательному режиму: \_\_\_\_\_

9.6. Рекомендации по питанию: \_\_\_\_\_ 9.7.

Повторный осмотр через \_\_\_\_\_ дней

Врач-osteopat: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**Приложение № 27**  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**Форма вкладыша № 2**

**ОСМОТР ВРАЧОМ-ОСТЕОПАТОМ (НАБЛЮДЕНИЕ В ДИНАМИКЕ)**

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

Время \_\_\_\_\_

2. Жалобы на момент обращения на:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> нарушение функции опорно-двигательного аппарата      | <input type="checkbox"/> нарушение функции дыхательной системы                |
| <input type="checkbox"/> нарушение функции органов желудочно-кишечного тракта | <input type="checkbox"/> нарушение функции мочевыделительной и половой систем |
| <input type="checkbox"/> нарушение функции сердечно-сосудистой системы        | <input type="checkbox"/> болевой синдром                                      |

Дополнительно: \_\_\_\_\_

3. Динамика на фоне проводимого лечения \_\_\_\_\_

4. Остеопатическое заключение.

Остеопатическое заключение						
Нарушение Уровень	Биомеханическое, Баллы	Ритмогенное, Баллы		Нейродинамическое*, Баллы		
Глобальный	1 2 3	Краниальное Кардиальное Дыхательное	1 2 3 1 2 3 1 2 3	Психовисцеросоматическое 1 2 3 Постуральное 1 2 3		
Региональный	Область (регион):	Структуральная составляющая	Висцеральная составляющая	Висцеро- соматический компонент	Сомато- висцеральный компонент	
	Головы	1 2 3		Сг	1 2 3	
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C1–C3	1 2 3	1 2 3
	Верхних конечностей	1 2 3		C4–C6	1 2 3	1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C7–Th1	1 2 3	1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th2–Th5	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th6–Th9	1 2 3	1 2 3
	Нижних конечностей	1 2 3		Th10–L1	1 2 3	1 2 3
	Твердой мозговой оболочки	1 2 3		L2–L5	1 2 3	1 2 3
Локальный	Указывают отдельные соматические дисфункции (острые или хронические):					
Доминирующая соматическая дисфункция: _____						

\*Глобальное нейродинамическое нарушение у детей до 1 года не оценивается. Постуральное нарушение у детей оценивают с 12 лет.

5. План лечения: \_\_\_\_\_

6. Листок нетрудоспособности, справка: \_\_\_\_\_

7. Рекомендации: \_\_\_\_\_

7.1. Консультации специалистов:

- невролога     терапевта     педиатра     ортопеда     офтальмолога     стоматолога

Дополнительно: \_\_\_\_\_

7.2. Исследования:

- клинический анализ крови     общий анализ мочи     биохимический анализ крови \_\_\_\_\_  
 рентгенография \_\_\_\_\_     ультразвуковое исследование: \_\_\_\_\_  
 МРТ: \_\_\_\_\_     КТ: \_\_\_\_\_

Дополнительные методы исследования: \_\_\_\_\_

7.3. Медикаментозная терапия: \_\_\_\_\_

7.4. Дополнительные немедикаментозные методы лечения:  лечебная физкультура  массаж  физиотерапия  рефлексотерапия

7.5. Рекомендации по двигательному режиму: \_\_\_\_\_

7.6. Рекомендации по питанию: \_\_\_\_\_

7.7. Повторный осмотр через \_\_\_\_\_ дней

Врач-остеопат: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Проблема оценка качества медицинской помощи в остеопатии стоит достаточно остро. Исходно постулируется максимально персонифицированный подход к каждому пациенту, что делает практически невозможным разработку универсальных протоколов остеопатической коррекции.

Одним из критериев, отражающим качество оказываемых медицинских процедур, является своевременное и грамотное заполнение медицинской документации. Вкладыш «Первичный осмотр врачом-osteопатом» (далее – Вкладыш -1) в Медицинскую карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, заполняется врачом-osteопатом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «osteопатия». Вкладыш -1 заполняется на каждого впервые обратившегося пациента. Все записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые во Вкладыше-1 исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью врача-osteопата, заполняющего Вкладыш -1.

Вкладыш «Осмотр врачом-osteопатом (наблюдение в динамике)» в Медицинскую карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях (далее – Вкладыш-2) заполняется врачом-osteопатом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «osteопатия». Вкладыш-2 заполняется на каждого повторно обратившегося пациента. Вкладыш-2 заполняется при каждом повторном посещении пациента. Записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые во Вкладыше-2 исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью врача-osteопата, заполняющего Вкладыш-2.

Также критерием качества оказываемой остеопатической помощи является соответствие проводимых лечебных манипуляций заполненному на приеме остеопатическому заключению.

В случае, если необходимая медицинская документация заполнена своевременно и грамотно, проведенное лечение логично следует из заполненного остеопатического заключения, можно предварительно на начальном этапе сделать заключение об оказании медицинских процедур надлежащего качества.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ерофеев Н. П. К теоретическому обоснованию остеопатических техник. // Мануальная терапия, 2008.- № 2.-С.79-85.
2. Ерофеев Н. П., Орлов Р. С., Чащин А. В. К вопросу об объемном статусе тканей организма человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11 «Медицина». 2009. Вып. 4. С.17-27.
3. Корр Ирвин М. Нейрофизиологические основы остеопатии. СПб, «Медиа-сфера». 2012. – 268 с.
4. Кушков А. А., Мохов Д. Е. Значение остеопатической диагностики и коррекции структурно-функциональных нарушений для профилактики и лечения заболеваний. //Российский остеопатический журнал. 2013. - №3-4. – С.117-128.
5. Малиновский Е. Л., Новосельцев С. В., Ивашкевич Л. А. Модели адаптивной реакции организма при проведении остеопатического лечения. Обзор методов и возможностей. //Российский остеопатический журнал. 2011. - № 1-2. –С.116-129.
6. Москаленко Ю. Е., Кравченко Т. И., Вайнштейн Г. Б., и др. Медленноволновые колебания в кранио-сакральном пространстве: гемолитвородинамическая концепция происхождения. //Физиологический журнал России им.И. М. Сеченова. 2008.- Том 94, № 4. - С. 441- 447.
7. Москаленко Ю. Е., Кравченко Т. И., Вайнштейн Г. Б. О роли литвородинамического компонента в формировании периодических флуктуаций электроимпеданса головы // Физиол. ж. 1996. Т. 82, № 7. С. 36-45.
8. Мохов Д. Е., Марьянович А. Т. Остеопатия как доказательная медицина. //Российский остеопатический журнал. 2013. - №1-2. – С.138-154.
9. Мохов Д. Е., Мохова Е. С. Принципы остеопатии в исторической и методологической перспективе. //Российский остеопатический журнал. 2014. - №1-2. – С.85-91.
10. Мохов Д. Е., Новосельцев С. В., Малиновский Е. Л. Развитие остеопатии в России: теория и практика (ответ на статью Жана-Пьера Амига «Теряет ли себя остеопатия?») //Российский остеопатический журнал. 2011. - № 3-4. – С.3-9.
11. Мохов Д. Е., Вчерашний Д. Б., Ерофеев Н. П., Чащин А. В. Регистрация и проявление волновых процессов в тканях организма в исследованиях волюметрическим методом// Мануальная терапия, 2008.- № 1.- С. 47-50.



12. Мохов Д. Е., Ерофеев Н. П., Чашин А. В. Сравнительный анализ спектров объемнометрических сигналов и variability сердечного ритма при дозируемой компрессии тканей конечностей. //Мануальная терапия, 2010.- № 3.-С.31-39.

13. Мохов Д. Е., Микиртичан Г. Л., Лихтшангоф А. З. с соавт. Мануальная медицина, остеопатия: история, современное состояние, перспективы развития. СПб.: Сотис-Мед, 2011. - 220 с.

14. Мохов Д. Е., Трегубова Е. С., Белаш В. О., Юшманов И. Г.. Современный взгляд на методологию остеопатии // Мануальная терапия. – 2014. - № 4. – С.22-34.

15. Мохов Д. Е., Чашин А. В. Методические принципы и реализация объемнометрических исследований краниальных тканей в практической остеопатии // Мануальная терапия. 2010. № 3(39). - С. 10-21.

16. Мохов Д. Е., Чашин А. В., Чашин Д. А. Способ обследования краниальных тканей и устройство для его осуществления. Патент РФ на изобретение № 2372837, приор. 21.10.07.

17. Мохов Д.Е., Трегубова Е.С., Потехина Ю.П. Остеопатия и ее восстановительный потенциал, ООО «Институт остеопатии и холистической медицины». Санкт-Петербург, 2020.

18. Мохов Д.Е., Аптекарь И.А., Белаш В.О., Литвинов И.А., Могельницкий А.С., Потехина Ю.П., Тарасов Н.А., Тарасова В.В., Трегубова Е.С., Устинов А.В. Основы остеопатии. Учебник / под ред. Д. Е. Мохова. Москва, 2020.

19. Новосельцев С. В. Патобиомеханика поясничного отдела позвоночника у пациентов с грыжами поясничных дисков (клиника, лечебная тактика). Автореф. дис. ... докт. мед.наук. СПб., 2012.- 44 с.

20. Потехина Ю.П., Трегубова Е.С., Мохов Д.Е. Феномен соматической дисфункции и механизмы действия остеопатического лечения, Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020. Т. 15. № 1. С. 145-152.

21. Потехина Ю.П., Филатова А.И., Трегубова Е.С., Мохов Д.Е. Механосенситивность различных клеток: возможная роль в регуляции и реализации эффектов физических методов лечений (обзор), Современные технологии в медицине. 2020. Т. 12. № 4. С. 77-90.

22. Потехина Ю.П., Трегубова Е.С., Мохов Д.Е. Феномен соматической дисфункции и механизмы действия остеопатического лечения, Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020. Т. 15. № 1. С. 145-152.

23. Стилл Э. Т. Остеопатия. Исследование и практика. Сиэтл. 1992. – 242 с.

24. Чашин А. В., Ерофеев Н. П., Мохов Д. Е. Сравнительный анализ спектров объемнометрических сигналов и variability сердечного ритма при дозируемой компрессии тканей конечностей // Мануальная терапия. 2010. № 3(39). С. 31-30.

25. Barr A. E. Tissue pathophysiology, neuroplasticity and motor behavioural changes in painful repetitive motion injuries // Man Ther. 2006;11(3):173-4.

26. 15. Beattie P. F, Morgan P. S, Peters D. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging of normal and degenerative lumbar intervertebral discs: a new method to potentially quantify the physiologic effect of physical therapy intervention // J Orthop Sports PhysTher. 2008;38(2):42-9.

27. Bialosky J. E., Bishop M. D., Price D. D. et al. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model // Man Ther. 2009; 14 (5):531-8.

28. Cagnie B., Dirks R., Schouten M. et al. Functional reorganization of cervical flexor activity because of induced muscle pain evaluated by muscle functional magnetic resonance imaging // Man Ther. 2011;16(5):470-5.

29. Chaves T. C., Nagamine H. M., de Sousa L. M. et al. Comparison between the reliability levels of manual palpation and pressure pain threshold in children who reported orofacial pain // Man Ther. 2010;15(5):508-12.

30. Chiradejnant A., Latimer J., Maher C. G. Forces applied during manual therapy to patients with low back pain // J Manipulative PhysiolTher. 2002;25(6):362-9.

31. Cholewicki J., Lee A. S., Reeves N. P. et al. Trunk muscle response to various protocols of lumbar traction // Man Ther. 2009;14(5):562-6.

32. Cook C., Brismée J. M., Sizer P. S. Factors associated with physiotherapists' confidence during assessment of clinical cervical and lumbar spine instability // Physiother Res Int. 2005;10(2):59-71.

33. Degenhardt B. F., Kuchera M .L. Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system // J Am Osteopath Assoc. 1996;96(2):97-100.

34. Dishman J. D., Ball K. A., Burke J. First Prize: Central motor excitability changes after spinal manipulation: a transcranial magnetic stimulation study // J Manipulative PhysiolTher. 2002;25(1):1-9.

35. Elghozi J. L., Laude D., Girard A. Effects of respiration on blood pressure and heart rate variability in humans // *ClinExpPharmacol Physiol*. 1991;18(11):735-42.
36. Erwin W. M., Jackson P. C., Homonko D. A. Innervation of the human costovertebral joint: implications for clinical backpain syndromes // *J Manipulative PhysiolTher*. 2000;23(6):395-403.
37. Fernández-Pérez A. M., Peralta-Ramírez M. I., Pilat A. et al. Effects of myofascial induction techniques on physiologic and psychologic parameters: a randomized controlled trial // *J Altern Complement Med*. 2008;14(7):807-11.
38. Fujii M., Suzuki D., Uchiyama E. et al. Does distal tibiofibular joint mobilization decrease limitation of ankle dorsiflexion? // *Man Ther*. 2010;15(1):117-21.
39. Hall T., Briffa K., Hopper D. et al. Reliability of manual examination and frequency of symptomatic cervical motion segment dysfunction in cervicogenic headache // *Man Ther*. 2010;15(6):542-6.
40. Herzog W., Scheele D., Conway P. J. Electromyographic responses of back and limb muscles associated with spinal manipulative therapy // *Spine (Phila Pa 1976)*. 1999;24(2):146-52.
41. Johnson G. M. The sensory and sympathetic nerve supply within the cervical spine: review of recent observations // *Man Ther*. 2004;9(2):71-6.
42. Julien C. The enigma of Mayer waves: Facts and models // *Cardiovasc Res*. 2006;70(1):12-21.
43. Kawchuk G. N., Carrasco A., Beecher G. et al. Identification of spinal tissues loaded by manual therapy: a robot-based serial dissection technique applied in porcine motion segments // *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35(22):1983-90.
44. Koch L. E., Koch H., Graumann-Brunt S. et al. Heart rate changes in response to mild mechanical irritation of the high cervical spinal cord region in infants // *Forensic Sci Int*. 2002;128(3):168-76.
45. Korr I. M. Proprioceptors and somatic dysfunction // *J Am Osteopath Assoc*. 1975;74(7):638-50.
46. Korr I. M. Osteopathic research: the needed paradigm shift // *J Am Osteopath Assoc*. 1991;91(2):156, 161-8, 170-1.
47. Kumar S., Stoll S. Device, protocol and measurement of regional spinal stiffness // *J ElectromyogrKinesiol*. 2011;21(3):458-65.

48. McEwan I., Herrington L., Thom J. The validity of clinical measures of patella position // *Man Ther.* 2007;12(3):226-30.
49. Mokhov D. E., Chashchin A.V., Erofeev N. P. et al. Human volume tissue investigation method // *AAO Journal.* 2009. 19(3):17-21.
50. Moulson A., Watson T. A preliminary investigation into the relationship between cervical snags and sympathetic nervous system activity in the upper limbs of an asymptomatic population // *Man Ther.* 2006;11(3):214-24.
51. Nelson K. E. Osteopathic medical considerations of reflex sympathetic dystrophy // *J Am Osteopath Assoc.* 1997;97(5):286-9.
52. Nelson K. E., Sergueef N., Lipinski C. M. et al. Cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation: comparing laser-Doppler flowmetry and palpation // *J Am Osteopath Assoc.* 2001;101(3):163-73.
53. Nelson K. E., Sergueef N., Glonek T. Recording the rate of the cranial rhythmic impulse // *J Am Osteopath Assoc.* 2006;106(6):337-41.
54. Oleski S. L., Smith G. H., Crow W. T. Radiographic evidence of cranial bone mobility // *Cranio.* 2002;20(1):34-8.
55. Petersen C. M., Johnson R. D., Schuit D. Reliability of cervical range of motion using the OSI CA 6000 spine motion analyser on asymptomatic and symptomatic subjects // *Man Ther.* 2000;5(2):82-8.
56. Rogers F. J., D'Alonzo G. E. Jr, Glover J. C. Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care // *J Am Osteopath Assoc.* 2002;102(2):63-5.
57. Samukawa M., Hattori M., Sugama N. et al. The effects of dynamic stretching on plantar flexor muscle-tendon tissue properties // *Man Ther.* 2011;16(6):618-22.
58. Schmid A., Brunner F., Wright A. Paradigm shift in manual therapy? Evidence for a central nervous system component in the response to passive cervical joint mobilisation // *Man Ther.* 2008;13(5):387-96.
59. Sergueef N., Nelson K. E., Glonek T. Palpatory diagnosis of plagiocephaly // *Complement TherClinPract.* 2006;12(2):101-10.
60. Shepovalnikov A. N. Sleep psychiatry. In: *Development of sleep-wake structure in human ontogenesis* / London: Parthenon Publishing, 2003. P. 23-39.
61. Sterling M., Treleaven J., Jull G. Responses to a clinical test of mechanical provocation of nerve tissue in whiplash associated disorder // *Man Ther.* 2002;7(2):89-94.

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

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

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

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

## **Приложение А1. Авторский коллектив (рабочая группа)**

Мохов Дмитрий Евгеньевич — доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой остеопатии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, директор Института остеопатии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», врач-osteopat.

Белаш Владимир Олегович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры остеопатии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заместитель руководителя Института остеопатии Санкт-Петербурга по клиническим вопросам, врач-невролог, врач ультразвуковой диагностики.

Ненашкина Эльвира Николаевна – ассистент Института остеопатии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», врач-osteopat, врач акушер-гинеколог.

Потехина Юлия Павловна — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры нормальной физиологии им. Н.Ю. Беленкова ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, врач-физиолог.

Трегубова Елена Сергеевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры остеопатии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заместитель руководителя Института остеопатии Санкт-Петербурга по учебной и научной работе.

**Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.**

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-остеопаты;
2. Студенты медицинских ВУЗов, обучающиеся по специальности «Остеопатия» (специалитет);
3. Слушатели остеопатических школ;
4. Обучающиеся в ординатуре по специальности «Остеопатия»

### 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или не рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

**3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УУР	Расшифровка
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в три года.

Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учётом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.



### **Приложение АЗ. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОСТЕОПАТИЯ»**

Государственное регулирование остеопатии началось в 2012 году и к настоящему времени охватывает практически все основные аспекты оказания населению РФ медицинской помощи по профилю «Остеопатия». Врач-osteopat в своей работе руководствуется перечисленными ниже постановлениями Правительства РФ и приказами органов исполнительной власти.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.05.2014 № 236 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 444 “О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации”».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2014 № 959 «О списке главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.07.2015 № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности “Остеопатия”».

Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28.09.2018 № 655н «Об утверждении примерной дополнительной профессиональной программы по специальности “Остеопатия”».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”».

Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2016 № 1327 «О внесении изменений в приложение к Положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими 2.5. Организация медицинской помощи населению по профилю «Остеопатия» организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”»).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2016 № 157 «О федеральном методическом центре по остеопатии».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.04.2017 № 320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2017 № 325н «О внесении изменений в Требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и/или тканей, обращении донорской крови и/или ее компонентов в медицинских целях, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 г. № 121н».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.06.2017 № 328н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017 № 1043 «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское,

фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н»

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.01.2018 № 21н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Остеопатия”».

Приказ Минздрава России от 02.11.2020 №1186н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".