

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Клинические рекомендации

2016 год

Авторы:

Абрамова Елена Витальевна – врач-osteопат, мануальный терапевт, педиатр, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист департамента здравоохранения Тюменской области по гигиене детей и подростков.

Аптекарь Игорь Александрович – врач-osteопат, мануальный терапевт, невролог, кандидат медицинских наук, директор НОУ ДПО «Тюменский институт остеопатической медицины» и АНО «Тюменский институт мануальной медицины», главный внештатный специалист по остеопатии по Уральскому федеральному округу.

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
Введение.	4
Общая модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии.	5
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при отдельных нозологиях.	12
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при цефалгиях.	12
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при заикании.	16
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при запорах.	18
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при кишечных коликах.	22
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при косоглазии.	25
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при косолапости.	28
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при кривошее.	31
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при срыгиваниях.	33
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при энурезе.	37
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при дисплазии тазобедренных суставов.	40
Модель алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при нарушениях сна.	42
Сокращения.	45
Список рекомендуемой литературы.	46

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день порядок оказания остеопатической помощи в педиатрии в полной мере учитывает возрастные особенности пациентов. Это, в значительной степени, повышает качество оказания медицинских услуг по остеопатии детям и позволяет оказывать остеопатическую помощь на ранних этапах жизни ребенка.

В Клинических рекомендациях «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии» (2015 г.) указаны абсолютные и относительные противопоказания для остеопатического лечения в детской практике [1]. Однако процедура приема врача-osteопата в педиатрической практике по-прежнему является более сложной, особенно для врачей-osteопатов, не имеющих первичной специализации по педиатрии.

Остеопатическая помощь на всех этапах медицинского сопровождения включает:

- оценку клинического состояния пациента (в т.ч. морфофункциональных параметров организма и состояния высших психических функций и эмоциональной сферы);
- оценку факторов риска проведения остеопатических мероприятий;
- оценку факторов, ограничивающих проведение остеопатических мероприятий;
- собственно остеопатическую диагностику (диагностику соматических дисфункций на глобальном, региональном и локальном уровнях);
- осуществление постоянного наблюдения за изменением состояния пациента и эффективностью проводимых остеопатических мероприятий с соответствующей записью в истории болезни или карте амбулаторного больного;
- разработку рекомендаций по дальнейшему остеопатическому лечению и прогноза состояния пациента.

Остеопатическая помощь показана при всех нозологических единицах (в тех случаях, когда имеются соматические дисфункции) и при отсутствии противопоказаний. Она реализуется при взаимодействии врача-osteопата с врачами-специалистами по профилю оказываемой медицинской помощи или иными врачами-специалистами.

В рамках данных клинических рекомендаций будет рассмотрен алгоритм дифференциально-диагностического подхода к проблемам детей, которые обращаются за остеопатической помощью. Предложенная модель «Алгоритма...» необходима для определения показаний и противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрической практике. Являясь не инвазивной и нетрудоемкой, она может быть использована для повышения качества оказания остеопатической помощи детям врачами-osteопатами.

ОБЩАЯ МОДЕЛЬ АЛГОРИТМОВ ПОСТРОЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИИ

При первичном обращении к врачу-osteопату любой пациент независимо от возраста и от характера жалоб должен быть обследован согласно утвержденному протоколу. Детальное описание остеопатического осмотра в педиатрической практике представлено в клинических рекомендациях «Диагностика соматических дисфункций в педиатрии» [Санкт-Петербург, 2015].

После выполнения протокола остеопатического осмотра определяются проблемные регионы, которые уже прицельно тестируются путем специфического остеопатического обследования. Проанализировав результаты, полученные в ходе остеопатического обследования, врач-osteопат заполняет остеопатическое заключение с указанием

биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях. Выделяет доминирующую соматическую дисфункцию и определяет тактику остеопатического лечения данного пациента.

Но прежде, чем приступить к остеопатической коррекции необходимо провести дифференциальную диагностику. Это позволяет своевременно заподозрить патологические состояния и заболевания, являющиеся противопоказанием к остеопатическому лечению, назначить дополнительные методы исследования (лабораторные и инструментальные) и консультации необходимых специалистов.

Консультации специалистов

Для проведения дифференциальной диагностики врачу-osteопату могут потребоваться консультации педиатра и/или любых специалистов: невролога, нейрохирурга, офтальмолога, отоларинголога, сурдолога, кардиолога, кардиохирурга, эндокринолога, хирурга, гематолога, психолога или психиатра и др.

Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования

Для проведения дифференциальной диагностики врачу-osteопату могут потребоваться любые дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования: клинические общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови и мочи, исследование ликвора, бактериологические исследования биологических жидкостей, серологические иммунологические анализы, ультразвуковое исследование, доплерография, дуплексное (триплексное) сканирование сосудов, электрокардиография, рентгенография, компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография, ядерно-магнитная резонансная ангиография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, электромиография и др.

Перечень обследования определяется подозреваемым патологическим состоянием.

Тактика врача-osteопата

Прежде, чем приступить к остеопатической коррекции необходимо провести дифференциальную диагностику. Это позволяет своевременно заподозрить патологические состояния и заболевания, являющиеся противопоказанием к остеопатическому лечению, назначить дополнительные методы исследования (лабораторные и инструментальные) и консультации необходимых специалистов.

Выявление любых «симптомов тревоги» или «красных флажков» требует тщательного диагностического поиска с целью исключения иного заболевания, имеющего более высокую степень тяжести и/или возможность осложнений. Необходима первоочередная консультация специалиста соответствующего профиля. Остеопатическое лечение до получения заключения врача-специалиста и/или результатов обследования противопоказано!

По окончании обследования и обосновании диагноза показана комплексная терапия совместно с соответствующим врачом специалистом (по показаниям).

Рассмотрим несколько возможных ситуаций на остеопатическом приеме. Приведена последовательность (алгоритмы) выполняемых действий.

Алгоритм 1.

Первичный прием врача-osteопата.

- Сбор жалоб и анамнестических данных.
- Проведение осмотра и тестирования согласно утвержденному протоколу.
- Определение проблемных регионов.
- Проведение специфического остеопатического обследования.
- Анализ полученных результатов.

При отсутствии симптомов тревоги – противопоказаний нет:

- Установление клинического диагноза.
- Установление остеопатического диагноза – выделение доминирующей соматической дисфункции. Заполнение остеопатического заключения с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях.

Остеопатическая коррекция показана:

- Определение плана лечения (кратность и временные интервалы приема).
- Проведение сеанса остеопатической коррекции.
- Проведение ретестирования.
- Проведение ре-балланса.
- Назначение повторного приема.

Алгоритм 2.

Первичный прием врача-osteопата.

- Сбор жалоб и анамнестических данных.
- Проведение осмотра и тестирования согласно утвержденному протоколу.
- Определение проблемных регионов.
- Проведение специфического остеопатического обследования.
- Анализ полученных результатов.
- Предварительный диагноз.

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение дополнительных методов обследования
- Повторный прием врача-osteопата (с результатами обследования)

При отсутствии симптомов тревоги (не подтверждены) – противопоказаний нет:

- Установление клинического диагноза.
- Установление остеопатического диагноза – выделение доминирующей соматической дисфункции. Заполнение остеопатического заключения с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях.

Остеопатическая коррекция показана:

- Определение плана лечения (кратность и временные интервалы приема).
- Проведение сеанса остеопатической коррекции.
- Проведение ре-тестирования.
- Проведение ре-баланса.
- Назначение повторного приема.

Алгоритм 3.

Первичный прием врача-osteopata.

- Сбор жалоб и анамнестических данных.
- Проведение осмотра и тестирования согласно утвержденному протоколу.
- Определение проблемных регионов.
- Проведение специфического остеопатического обследования.
- Анализ полученных результатов.
- Предварительный диагноз.

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение дополнительных методов обследования
- Повторный прием врача-osteopata (с результатами обследования)

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение консультации узких специалистов по профилю заболевания.

Подтверждены симптомы тревоги:

- Установление клинического диагноза узким специалистом по профилю заболевания.

Остеопатическая коррекция противопоказана.

Алгоритм 4.

Первичный прием врача-osteopata.

- Сбор жалоб и анамнестических данных.
- Проведение осмотра и тестирования согласно утвержденному протоколу.
- Определение проблемных регионов.

- Проведение специфического остеопатического обследования.
- Анализ полученных результатов.

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение консультации педиатра
- Установление клинического диагноза.

Симптомы тревоги не подтверждены – противопоказаний нет:

- Повторный прием врача-osteопата
- Установление клинического диагноза.
- Установление остеопатического диагноза – выделение доминирующей соматической дисфункции. Заполнение остеопатического заключения с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях.

Остеопатическая коррекция показана:

- Определение плана лечения (кратность и временные интервалы приема).
- Проведение сеанса остеопатической коррекции.
- Проведение ретестирования.
- Назначение повторного приема.

Алгоритм 5.

Первичный прием врача-osteопата.

- Сбор жалоб и анамнестических данных.
- Проведение осмотра и тестирования согласно утвержденному протоколу.
- Определение проблемных регионов.
- Проведение специфического остеопатического обследования.
- Анализ полученных результатов.
- Предварительный диагноз.

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение консультации педиатра.

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение консультации узких специалистов.
- Установление клинического диагноза.

Подтверждены симптомы тревоги – остеопатическая помощь противопоказана.

Алгоритм 6.

Первичный прием врача-osteопата.

- Сбор жалоб и анамнестических данных.
- Проведение осмотра и тестирования согласно утвержденному протоколу.
- Определение проблемных регионов.
- Проведение специфического остеопатического обследования.
- Анализ полученных результатов.
- Предварительный диагноз.

Выявлены симптомы тревоги (явные или сомнительные):

- Назначение консультации педиатра.
- Установление клинического диагноза.

Подтверждены симптомы тревоги – остеопатическая помощь противопоказана.

Общая модель «Алгоритма построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии» представлена на рисунке № 1.

**ОБЩАЯ МОДЕЛЬ АЛГОРИТМОВ
ПОСТРОЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА
В ПЕДИАТРИИ.**

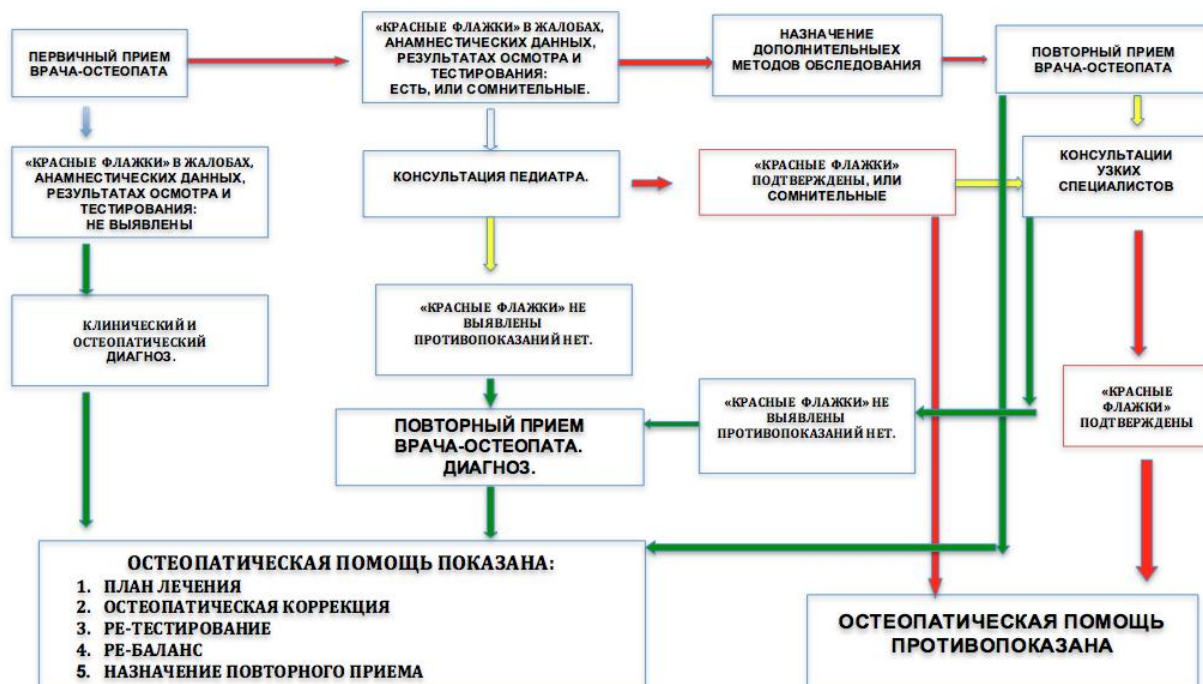


Рисунок 1. Модель построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии.

АЛГОРИТМЫ ПОСТРОЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЯХ

Разработаны 11 моделей «Алгоритма...» для отдельных нозологических форм, с которыми наиболее часто обращаются за помощью к остеопатам в педиатрической практике. В каждой из них отмечены необходимые для проведения дифференциального диагноза консультации специалистов и дополнительные методы обследования, дана сравнительная характеристика основного симптомокомплекса и перечень так называемых «симптомов тревоги» или «красных флажков». Обнаружение любого из этих симптомов у детей любого возраста и подростков требует тщательного диагностического поиска с целью исключения иного заболевания, имеющего более высокую степень тяжести и/или возможность осложнений. Остеопатическое лечение в таком случае до уточнения диагноза противопоказано. При установлении клинического диагноза необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму». Данные модели «Алгоритмов...» представлены ниже.

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при цефалгиях

Цефалгия (головная боль) – любые неприятные ощущения или чувство боли в области головы, начиная от бровей и заканчивая затылком.

Жалобы со стороны родителей и детей: на «головные боли», «беспокойное поведение с плачем».

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- По показаниям: консультация невролога, окулиста (с осмотром глазного дна), ЛОР-врача, психолога или психиатра, нейросонография, краниограмма, компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, исследование ликвора.

Сравнительная характеристика головной боли:

- **Головная боль напряжения у детей** – боль приступообразная, малой интенсивности, сжимающая или давящая, носит диффузный характер, не сопровождается тошнотой и/или рвотой, и/или повышенной раздражительностью, приступ возникает после напряженных занятий, после экзаменов, утомительной домашней работы, хорошо переносится, не препятствует привычной деятельности, часто проходит самостоятельно при смене рода деятельности, после отдыха, короткого сна. **Для уточнения диагноза:** консультация педиатра по режиму дня, консультация невролога по показаниям.

- **Мигрень имеет особенности в детском возрасте** – может в течение длительного времени проявляться приступами сильной боли в животе, необъяснимой рвоты или головокружения, головная боль повторная, односторонней локализации, пульсирующая, чаще средней силы и длится чуть более часа, часто сопровождается тошнотой, рвотой, плохой успеваемостью в школе, очень хорошо реагирует на сон – приступ после сна у большинства детей купируется, характерен семейный анамнез по мигрени. **Для уточнения диагноза:** консультация невролога, осмотр окулиста (глазное дно), по показаниям компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО.

- **Головные боли при заболеваниях ЛОР-сферы** – появляются на фоне общеинфекционных заболеваний и воспалительных процессов со стороны лор-органов (гайморит, тонзиллит, фронтит, аденоидные вегетации), в острый период болезни или непосредственно ему предшествуют, сопровождаются высокой температурной реакцией, интенсивные, уменьшаются или исчезают после купирования острых проявлений болезни. Положительный эффект на фоне применения антипиретиков. **Для уточнения диагноза:** консультация педиатра, ЛОР-врача.

- **Головные боли при нейроинфекциях** – обязательный симптом в клинической картине нейроинфекционного заболевания, всегда сочетаются с другими признаками поражения нервной системы (рвота, нарушение

сознания, судороги и очаговые симптомы в виде двигательных и чувствительных нарушений и расстройств функции тазовых органов. **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация инфекциониста.

- **Головные боли у детей при опухолях головного мозга** – имеют стойкий, постоянный характер, чаще утренние, сопровождаются многократной, не приносящей больному облегчения рвотой, сочетаются с симптомами очагового поражения нервной системы в зависимости от локализации патологического процесса. **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация невролога, онколога, КТ или МРТ головного мозга.

- **Головные боли при патологии органа зрения** – чаще у детей школьного возраста, непосредственно связаны с длительным напряжением зрения во время чтения, рисования, черчения или просмотра телевизионных передач, плохо поддаются анальгетикам, как правило, купируются после ограничения зрительной нагрузки и дополнительной коррекции зрения. **Для уточнения диагноза:** консультация педиатра по режиму дня, консультация окулиста.

Дифференциальный диагноз:

- Опухоли (объемные образования головного мозга)
- Эпилепсия
- Черепно-мозговая травма
- Расстройства мозгового кровообращения
- Воспалительные заболевания нервной системы (нейроинфекции, менингиты, менингоэнцефалиты).
- Воспалительные заболевания ЛОР-органов.
- Патология органа зрения

При подтверждении диагнозов: Головные боли напряжения, мигрень необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показана комплексная терапия, совместно с педиатром, окулистом или неврологом (по показаниям).

Таблица № 1

Симптомы тревоги при цефалгиях

Симптомы	Иные возможные причины
Необычный характер головной боли.	Объемное образование головного мозга. Эпилепсия.
Появление сильной головной боли, начавшейся внезапно, или постоянной, нарастающей головной боли с нарушением/потерей сознания, судорогами, лихорадкой, монотонным криком, со рвотой, не приносящей облегчения, сильной тошнотой, слабостью в руках и ногах, с изменениями в общем анализе крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ).	Нейроинфекция, менингит, менингоэнцефалит.
Наличие утренней головной боли/ просыпается утром с головной болью. Изменение характера и частоты приступов периодической головной боли или повышение их интенсивности.	Объемное образование головного мозга.
Сочетание головной боли с нарушением/потерей сознания, судорогами	Эпилепсия.
Изменение характера головной боли в зависимости от положения головы, усиление головной боли на фоне физической нагрузки.	Патология позвоночной артерии, и/или другие сосудистые изменения.
Головная боль появилась через несколько дней или недель после травмы головы.	Острые нарушения мозгового кровообращения.

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при заикании

Заикание (запинание) – затрудняющее процесс коммуникации патологическое изменение плавности, темпа и ритма речи, из-за вынужденных внезапных перерывов при произношении звуков.

Жалобы со стороны родителей и детей: на заикание, «запинание в словах» «нечеткость речи», «кашу во рту».

Характерные клинические особенности заикания:

- речь, характеризующаяся частым повторением или пролонгированием звуков, слогов или слов либо частыми запинаниями или паузами, что разрывает ритмичное течение речи.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация логопеда (для назначения индивидуальных коррекционных занятий с логопедом) и невролога.
- По показаниям: консультации окулиста, психолога, кардиолога, ЛОР-врача, ЭЭГ, КТ головного мозга, ЭКГ.

Сравнительная характеристика заикания (запинания):

- **Заикание (запинание) невротическое** – нарушение речи, в основе которого лежит спазм или судорожное состояние речевой мускулатуры, возникающее под влиянием острых или слабых, но продолжительно действующих психических травм. При обследовании не выявляется каких-либо органических поражений в речевых механизмах центральной и периферической нервной системы. Может купироваться само по себе или как результат лечения. Чаще возникает у легковозбудимых, астеничных детей 2-5 лет в период формирования развернутой фразовой речи, усиливается вследствие фиксации внимания на своем речевом дефекте, обычно сочетается с невротическими тиками, депрессией, эмоционально-волевыми нарушениями, сопровождается логофобией (страх перед речью, мучительное

тревожное напряжение перед слогами, словами и фразами произношение которых дается особенно дорого).

- **Неврозоподобное заикание** – обусловлено органическими поражениями ЦНС, вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, у больных с ДЦП и т.п. У пациентов отсутствует спазм мышц, участвующих в образовании речи, отсутствует страх при повторении слогов в попытке выговорить слово, нет зависимости между выраженностью степени заикания и внешней для пациента ситуацией. Заикание монотонное, однообразное, больные не переживают по этому поводу, не борются с ним, заикание усиливается после психического или двигательного возбуждения, вследствие переутомления или соматического заболевания. Если внимание ребенка фиксируют на речевом дефекте, то заикание резко уменьшается, этим неврозоподобное заикание отличается от невротического заикания.
- **Тики голосовой мускулатуры** (при патологии экстрапирамидных структур головного мозга) – сокращения голосовой мускулатуры продолжаются и тогда когда пациент не пытается говорить.
- **Тахилалия (торопливая речь)** – отсутствует страх речи, быстрота темпа речи, речь улучшается при контроле ее сознанием пациента.

Таблица № 2

Симптомы тревоги при заикании

Симптомы	Иные возможные причины
Появление заикания в сочетании с сильной головной болью, начавшейся внезапно, нарушением сознания, лихорадкой, рвотой, не приносящей облегчения, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ)	Нейроинфекция, менингит, менингоэнцефалит.
Появление заикания в сочетании с травмой в анамнезе.	ЧМТ

Дифференциальный диагноз:

- Опухоли (объемные образования головного мозга)
- Эпилепсия
- Черепно-мозговая травма

При подтверждении диагноза «Заикание» необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показана комплексная терапия, совместно с логопедом и неврологом (по показаниям).

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при запорах.

Запор – хроническая (более трех месяцев) задержка опорожнения кишечника более чем на 36 часов, сопровождающаяся затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения, отхождением малого (<100г) количества кала повышенной плотности.

Жалобы со стороны родителей и детей: на запоры, «отсутствие самостоятельного стула».

Характерные клинические особенности запоров у детей:

При отсутствии перечисленных в определении критериев запора и нерегулярной дефекации можно говорить о функциональной задержке стула.

На первом году жизни у ребенка *на исключительно грудном вскармливании:*

- Частота стула должна быть равна частоте кормлений
- При введении прикорма (возраст ребенка 5-6 месяцев) – стул должен быть не менее 2 раз в сутки

У ребенка на смешанном или искусственном вскармливании – стул должен быть не менее 1 раза в сутки.

У ребенка в возрасте старше года частота стула в норме составляет:

- в возрасте 1-4 года – 6 раз в неделю;
- в возрасте старше 4х лет – 4-6 раз в неделю.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация педиатра (оценить характер питания (исключительно грудное, смешанное или искусственное, сроки введения и объем докорма/прикорма, правильность прикладывания к груди/кормления из бутылочки), выявить нарушение режима питания и питьевого режима, режима дня и т.д.).
- По показаниям: консультация гастроэнтеролога, невролога, психолога или психиатра, УЗИ органов брюшной полости (для детей старше 1го года – с пробным завтраком), анализ кала на копрограмму, анализ кала на дисбактериоз кишечника.

Сравнительная характеристика запоров у детей:

- Отсутствие самостоятельной дефекации в течение нескольких дней в сочетании с задержкой газов, коликообразными болями в животе, повторной рвотой, явлениями коллапса, симптомами общей интоксикации, болезненностью при пальпации живота, пассивным напряжением брюшной стенки, повышением температуры до фебрильных цифр, отказом от еды, отсутствием эффекта от слабительных средств – возможна **острая хирургическая патология** (непроходимость кишечника). **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация хирурга.
- Хроническое отсутствие самостоятельной дефекации более трех месяцев в сочетании с задержкой газов, болями в животе, повторной рвотой, нарастающими симптомами общей интоксикации, болезненностью при пальпации живота, пассивным напряжением брюшной стенки, примесью крови в кале, оперативным вмешательством в анамнезе, отсутствием эффекта от терапии – возможна **органическая причина** запора (врожденная патология толстой кишки: атрезии, стенозы, мегаколон, долихосигма, мегаректум, болезнь Гиршпрунга; или приобретенная причина: опухоли толстой кишки и брюшной полости, трещины прямой кишки, геморрой, спаечная болезнь). **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация хирурга, при необходимости гастроэнтеролога.

- Связь запоров с голоданием или ограничением в пищевом рационе продуктов растительного происхождения, употреблением в большом количестве высокорафинированных углеводов, ранним (до возраста 3х месяцев) переводом на искусственное вскармливание, преждевременным введением прикорма – возможны **алиментарные запоры**. Для уточнения диагноза: консультация педиатра, при необходимости диетолога.

- Связь появления запоров с посещением ДДУ, или поездкой на отдых, т.е. необходимостью совершать акт дефекации в некомфортной с санитарно-гигиенической точки зрения или непривычной обстановке, сочетание запоров с проявлениями астенического, депрессивного, истерического или фобического синдромов – возможность **развития условно-рефлекторных запоров**. Для уточнения диагноза: консультация невролога/психиатра.

Дифференциальный диагноз запоров у детей:

- Поражение центральной и/или периферической нервной системы гипоксически-ишемического характера.

- Алиментарные запоры (при голодании или ограничении в пищевом рационе продуктов растительного происхождения, употреблением в большом количестве высокорафинированных углеводов, ранним (до возраста 3х месяцев) переводом на искусственное вскармливание, преждевременным введением прикорма).

- Врожденная патология ЖКТ (врожденная патология толстой кишки: атрезии, стенозы, мегаколон, долихосигма, мегаректум, болезнь Гиршпрунга).

- Соматическая патология (неспецифический язвенный колит, хронический колит, другая хроническая патология ЖКТ).

- Условно-рефлекторные запоры (связь с проявлениями астенического, депрессивного, истерического или фобического синдромов).

- Онкопатология (объемный процесс толстой кишки и в брюшной полости).

- Острая хирургическая патология (кишечная непроходимость, трещины прямой кишки, геморрой, спаечная болезнь).
- Внутрикишечная патология (дисбактериоз кишечника).
- Общеинфекционная патология.

Таблица № 3

Симптомы тревоги при запорах

Симптомы	Иные возможные причины
Сочетание запора с лихорадкой, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	Общеинфекционные заболевания.
Сочетание запора с рвотой с кровью (гематемезис), с черным дегтеобразным стулом (мелена)	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ
Сочетание запора с рвотой с кровью (гематемезис) и дисфагией.	Объемное образование пищевода
Сочетание с появлением алой крови в кале (гематокезия)	Кровотечение из нижних отделов ЖКТ, трещина слизистой прямой кишки
Сочетание запора с лихорадкой, с появлением алой крови в кале (гематокезия), с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	КИНЭ (гемоколит)
Сочетание запора с немотивированным снижением веса, черным дегтеобразным стулом (мелена)	Неспецифический язвенный колит
Сочетание запора с немотивированным снижением веса.	Объемное образование кишечника

При подтверждении диагноза: Синдром функциональных запоров необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показаны консультация педиатра (рекомендации по питанию и режиму дня) и комплексная терапия, совместно с гастроэнтерологом и неврологом (по показаниям).

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при кишечных коликах

Кишечные колики – приступообразные боли в животе, вызывающее дискомфорт, чувство распираания или сдавливания в брюшной полости.

Жалобы со стороны родителей и детей: «боли в животе», колики, «сучит ножками».

Характерные клинические особенности кишечных колик – «правило трех»:

- колики начинаются чаще в первые три недели жизни;
- продолжаются не более трех часов в день;
- встречаются у детей первых трех месяцев жизни;
- приступ, как правило, начинается внезапно, во время или вскоре после кормления, ребенок громко и пронзительно кричит;
- реально общее состояние ребенка не нарушено и в период между приступами он спокоен, нормально прибавляет в весе, имеет хороший аппетит.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация педиатра (оценить характер питания (исключительно грудное, смешанное или искусственное, сроки введения и объем докорма/прикорма, правильность прикладывания к груди/кормления из бутылочки), выявить нарушение режима питания и питьевого режима, режима дня и т.д.).
- По показаниям: УЗИ органов брюшной полости (для детей старше 1го года – с пробным завтраком), анализ кала на копрограмму, анализ кала на

дисбактериоз кишечника, консультация гастроэнтеролога, невролога или хирурга.

Сравнительная характеристика колик:

- выраженные колики, плохо купирующиеся, сопровождающиеся вздутием живота, болезненностью при пальпации живота, пассивным напряжением брюшной стенки, повышением температуры до фебрильных цифр, отказом от еды, повторной рвотой (не срыгиванием), отсутствием самостоятельного стула, отсутствием реакции и уменьшения болевого синдрома при использовании средств, снимающих функциональную кишечную колику – возможна **острая хирургическая патология**. Для уточнения диагноза: экстренная консультация хирурга.

- колики, длительно не купирующиеся, сопровождающиеся срыгиванием, повышением температуры до фебрильных цифр, отказом от еды, выраженным беспокойством ребенка, отсутствием эффекта от типичной терапии – возможна **острая соматическая патология** (например, острый отит, острый пиелонефрит). Для уточнения диагноза: экстренная консультация педиатра.

- колики, стойко не купирующиеся, сопровождающиеся неврологической симптоматикой и отсутствием эффекта от типичной терапии – возможны **поражение центральной и/или периферической нервной системы**. Для уточнения диагноза: экстренная консультация невролога.

Дифференциальный диагноз:

- Поражение нервной системы гипоксически-ишемического характера.
- Соматическая патология (острый пиелонефрит или обострение хронического пиелонефрита, неспецифический язвенный колит, хроническая патология ЖКТ, осложненная кровотечением).
- Онкопатология (объемный процесс в ЖКТ).
- Инфекционная патология (КИНЭ).
- Острая хирургическая патология (кишечная непроходимость, острый аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит, почечная колика).

- Внутрикишечная патология (лактазная недостаточность, дисбактериоз кишечника).

Таблица № 4

Симптомы тревоги при кишечных коликах

Симптомы	Иные возможные причины
Сочетание кишечной колики с лихорадкой, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	Острая хирургическая патология. Общеинфекционные заболевания.
Сочетание кишечной колики с рвотой с кровью (гематемезис), с черным дегтеобразным стулом (мелена).	Кровотечение верхних отделов ЖКТ.
Сочетание кишечной колики с рвотой с кровью (гематемезис) и дисфагией.	Объемное образование пищевода.
Сочетание кишечной колики с появлением алой крови в кале (гематохезия).	Кровотечение нижних отделов ЖКТ, объемное образование кишечника.
Сочетание кишечной колики с лихорадкой, с появлением алой крови в кале (гематохезия), с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	КИНЭ (гемоколит). Острая хирургическая патология.
Сочетание кишечной колики с немотивированным снижением веса, черным дегтеобразным стулом (мелена)	Неспецифический язвенный колит.
Сочетание кишечной колики с немотивированным снижением веса.	Объемное образование кишечника.

При подтверждении диагноза: Синдром кишечных колик необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показаны консультация педиатра (рекомендации по питанию и режиму дня) и комплексная терапия, совместно с гастроэнтерологом и неврологом (по показаниям).

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при косоглазии

Косоглазие (strabismus, страбизм) – патология глазодвигательного аппарата, при котором движения глаз несогласованны, зрительные оси не могут быть сведены на одном объекте, отчего глаза смотрят в разных направлениях. Гетеротропия (**heterotropia**) – любое аномальное нарушение параллельности зрительных осей обоих глаз.

Жалобы со стороны родителей и детей: на «косоглазие», «глазки смотрят неровно» и др.

Характерные клинические особенности косоглазия:

- один или оба глаза смотрят в разных направлениях.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация остеопата и/или педиатра (жалобы, сбор анамнеза, клинический осмотр, обследование – общий анализ крови).
- При отсутствии признаков поражения органа зрения, сочетании появления косоглазия с постоянными, нарастающими головными болями, нарушением сознания, лихорадкой, монотонным криком, изменениями в общем анализе крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ) – экстренная госпитализация, консультация инфекциониста, невролога.
- При отсутствии признаков поражения органа зрения, появлении косоглазия появилось через несколько дней или недель после травмы головы или глаза – экстренная госпитализация, консультация нейрохирурга, окулиста.
- При отсутствии признаков поражения органа зрения, выявлении постоянного отклонения глаз у ребенка до шестимесячного возраста – консультация окулиста и невролога.

- При отсутствии признаков поражения органа зрения, выявлении периодического отклонения глаз у ребенка в возрасте старше 6 месяцев возраста – консультация окулиста и невролога.

- При выявлении патологии органа зрения – консультация окулиста.

Сравнительная характеристика косоглазия:

- **Врожденное косоглазие** – присутствует при рождении или появляется в первые 6 месяцев жизни.

- **Косоглазие у детей первого года жизни** – постоянное отклонение глаз у ребенка до шестимесячного возраста может быть проявлением врожденной катаракты, аномалии развития сетчатки, зрительного нерва, воспринимающих зрительную информацию отделов головного мозга, неправильной структуры и места прикрепления наружных мышц глаза, патологии нервов, управляющих движением глаз.

- **Косоглазие у дошкольников** – связано с нарушением рефракции, когда глаз не может точно сфокусировать изображение на сетчатку и зрение становится нерезким. Провоцирующим фактором могут быть стрессовые ситуации, общие воспалительные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой.

- **Косоглазие у школьников и подростков** – связано с нарушением рефракции, часто сопровождающееся стойким функциональным снижением зрения. Провоцирующим моментом может служить высокая зрительная нагрузка, травма глаза и черепно-мозговая травма, воспалительное заболевание различных отделов глаза, нервной системы.

- **Псевдоэзотропия** – видимость косых и рассогласованных глаз у детей в возрасте до шести месяцев. Эффект усиливается при широко расставленных глазах и избыточной коже вокруг переносицы (псевдоэзотропия). **Для уточнения диагноза:** если впечатление косоглазия у ребенка не проходит после шести месяцев, необходима консультация окулиста.

- **Аккомодативная эзотропия** – форма косоглазия (страбизма), возникающая у дальнозорких детей старше двух лет, возникает, когда

ребенок старается сфокусировать глаз на близком объекте. **Для уточнения диагноза:** консультация окулиста.

- **Содружественное косоглазие** – обычно развивается в детском возрасте, характеризуется сохранением полного объема движений глазных яблок, отсутствием двоения и нарушения бинокулярного зрения, остается одинаково выраженным при взгляде в любом направлении. **Для уточнения диагноза:** консультация окулиста, невролога.

- **Паралитическое косоглазие** – обусловлено поражением соответствующих нервов или параличом или парезом одной или нескольких глазодвигательных мышц, сопровождается ограничением или отсутствием движений глаза в сторону действия пораженной мышцы, часто необычным вынужденным положением (поворотом) головы, двоением предметов перед глазами, головокружением. Для уточнения диагноза: консультация окулиста, невролога.

Дифференциальный диагноз:

- Поражение центральной и/или периферической нервной системы гипоксически-ишемического характера.
- ЧМТ или травма глаза.
- Врожденные аномалии развития глаз и глазных мышц.
- Опухоли нервной системы или самих глаз.
- Выраженные нарушения рефракции.
- Инфекционная патология (нейроинфекция, менингит, менингоэнцефалит).

При подтверждении диагноза: Содружественное косоглазие необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показаны комплексная терапия, совместно с окулистом и неврологом (по показаниям).

Симптомы тревоги при косоглазии

Симптомы	Иные возможные причины
Косоглазие появилось через несколько дней или недель после травмы головы или глаза.	ЧМТ или травма глаза.
Сочетание появления косоглазия с постоянными, нарастающими головными болями, нарушением сознания, лихорадкой, монотонным криком, изменениями в общем анализе крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ).	Нейроинфекция, менингит, менингоэнцефалит.
Постоянное отклонение глаз у ребенка до шестимесячного возраста.	Врожденные аномалии развития глаз и глазных мышц. Опухоли нервной системы или самих глаз.
Периодическое отклонение глаз у ребенка в возрасте старше 6 месяцев.	Опухоли нервной системы или самих глаз. Последствия ПП ЦНС. Выраженные нарушения рефракции.

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при косолапости

Косолапость – это врожденная или приобретенная деформация одной или обеих стоп ребенка, сопровождающаяся контрактурой суставов стопы.

Жалобы со стороны родителей и детей: на «загребание ножек при ходьбе», «неправильную походку», «стоит и ходит, как косолапый мишка».

Характерные клинические особенности косолапости:

- Стопа повернута внутрь, при этом ее внутренний край приподнят, а внешний – опущен.
- Нередко наблюдается скручивание голени наружу, поперечный перегиб подошвы, деформация пальцев.
- Подвижность голеностопного сустава ограничена.
- Для ребенка характерна «медвежья» походка.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация ортопеда.
- По показаниям: консультация невролога, рентгенография стоп в прямой и боковой проекции.

Сравнительная характеристика косолапости:

- **Врожденная косолапость** – врожденная контрактура суставов стопы, сопровождающаяся подошвенной флексией стопы (пятка поднята вверх, а стопа опущена), варусом подтаранного сустава (ось пятки смещена внутрь по отношению к оси голени), супинацией стопы (опускание наружного края стопы и поднятие внутреннего края по отношению к пятке) и аддукцией переднего отдела стопы (отклонение оси большого пальца внутрь по отношению к продольной оси стопы).
- **Вторичная косолапость** — нейропатия.

Дифференциальный диагноз:

- Нарушения роста костей или их недоразвитости (при невыявленной дисплазии тазобедренного сустава).
- Инфекционная патология голеностопного сустава (септический артрит, остеомиелит).
- Воспалительная патология голеностопного сустава (хронический ювенильный артрит, спондилоартропатии, заболевания соединительной ткани, васкулиты).
- Травма нижней конечности (неправильное сращение костей голеностопного сустава после перелома, контрактуры после ожогов).

- Поражение центральной и/или периферической нервной системы гипоксически-ишемического характера (пирамидальная недостаточность, пониженный тонус мышц).
- Последствия рахита.
- Неправильно подобранная обувь.

Таблица № 6

Симптомы тревоги при косолапости

Симптомы	Иные возможные причины
Косолапость появилась через несколько дней или недель после травмы (ушиба, удара и т.д.), сочетается с болевым синдромом.	Травма нижней конечности.
Сочетание появления косолапости с болевым синдромом, с наличием локальной симптоматики (отек, гиперемия, местное повышение Т, экхимозы, увеличение групп лимфоузлов в проекции голеностопного сустава и/или стопы), лихорадкой, изменениями в общем анализе крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ).	Артриты голеностопного сустава и/или суставов стопы различной этиологии (реактивные, ревматоидные и т.д.).

При подтверждении диагноза: Врожденная/приобретенная косолапость необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показаны комплексная терапия, совместно с педиатром, ортопедом и неврологом (по показаниям).

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при кривошее

Кривошея – заболевание, вызванное изменением мягких тканей, скелета и нервов шеи, выраженное наклонным положением головы с поворотом её в противоположную сторону.

Жалобы со стороны родителей и детей: на «кривошею», «неправильное положение головы», «неправильное положение шеи», «постоянный наклон головы» и др.

Характерные клинические особенности кривошеи:

- голова повернута в сторону укороченной мышцы;
- ограничение движения головы и асимметрия лица/черепа..

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация ортопеда.
- По показаниям: консультация невролога, окулиста, хирурга, рентгенография шейного отдела позвоночника, КТ.

Сравнительная характеристика кривошеи у детей:

- **Истинная кривошея** – первичная контрактура грудино-ключично-сосцевидной мышцы. **Для уточнения диагноза:** консультация ортопеда.
- **Костные формы кривошеи** – как результат врожденного нарушения сегментации в шейном отделе позвоночника, наличия дополнительных шейных ребер, патологических изменений (остеомиелита, опухолей) в позвонках шейного отдела. **Для уточнения диагноза:** консультация ортопеда, рентгенологическое исследование, в т.ч. КТ, МРТ при необходимости, УЗИ.
- **Десмогенные формы кривошеи** – как результат воспалений мягких тканей (лимфаденита, флегмоны и др.). **Для уточнения диагноза:** консультация хирурга.
- **Неврогенные формы кривошеи** – как результат родовой черепно-мозговой травмы, спастического паралича, энцефалита. **Для уточнения диагноза:** консультация невролога, ортопеда, нейросонография, рентгенологическое исследование при необходимости.

• **Компенсаторные формы кривошеи** – как результат нарушения зрения и слуха. При такой кривошее грудино-ключично-сосцевидная мышца не изменена и ребенок может держать голову правильно. **Для уточнения диагноза:** консультация окулиста и ЛОР-врача.

Таблица № 7

Симптомы тревоги при кривошее

Симптомы	Иные возможные причины
Кривошея появилась через несколько дней или недель после травмы, сопровождается болевым синдромом, ограничением в объеме движений.	Травма шейного отдела позвоночника.
Сочетание появления кривошеи с болевым синдромом, лихорадкой, с локальной симптоматикой (отек, гиперемия кожи, увеличение групп лимфоузлов), изменениями в общем анализе крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ).	Паратонзиллярный абсцесс. Лимфаденит шейных и подчелюстных лимфоузлов.
Сочетание появления кривошеи с болевым синдромом, ограничением в объеме движений.	Миозит. .

Дифференциальный диагноз кривошеи у детей:

- Травма шейного отдела позвоночника (вывих или подвывих шейных позвонков, деформация позвонков).
- Недоразвитость трапециевидной и/или укорочение грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.
- Воспалительные состояния (миозит).
- Снижение слуха или зрения.

- Острая хирургическая патология (паратонзиллярный абсцесс, лимфаденит шейных и подчелюстных лимфоузлов.).
- Поражении нервно-мышечных образований шеи.
- Злокачественные опухоли.

При подтверждении диагноза: Установочная кривошея необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показаны комплексная терапия, совместно с ортопедом и неврологом (по показаниям).

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при срыгиваниях

Срыгивания – ретроградный пассивный заброс небольших количеств пищи из желудка в глотку и ротовую полость, ежедневно в течение как минимум двух недель.

Жалобы со стороны родителей и детей: на срыгивания, рвоту.

Характерные клинические особенности функциональных срыгиваний:

- появляются внезапно, без каких-либо предвестников и происходят без заметного участия мышц живота и диафрагмы;
- не сопровождаются вегетативными симптомами, не отражаются на самочувствии, поведении, аппетите ребенка и прибавке массы тела;
- сочетаются с отхождением воздуха, наблюдается непосредственно сразу или вскоре после кормления нествороженным или частично створоженным молоком;
- характерны для детей первого года жизни (обусловлены АФО ЖКТ).

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация педиатра (оценить характер питания (исключительно грудное, смешанное или искусственное, сроки введения и объем докорма/прикорма, правильность прикладывания к груди/кормления из

бутылочки), выявить нарушение режима питания и питьевого режима, режима дня и т.д.).

- По показаниям: консультация гастроэнтеролога, невролога, психолога или психиатра, УЗИ органов брюшной полости (для детей старше 1го года – с пробным завтраком), анализ кала на копрограмму, анализ кала на дисбактериоз кишечника.

Сравнительная характеристика срыгиваний у детей:

- Рвота «фонтаном», возникающая на 2-3й неделе жизни ребенка, частая (от 1-2х раз в сутки до практически после каждого кормления), количество рвотных масс больше объема съеденного грудного молока или его заменителей, рвотные массы имеют вид створоженного молока с кислым запахом, без примеси желчи, иногда коричневатой окраски или в виде «кофейной гущи», отсутствие прибавки в весе и росте – возможна хирургическая патология (врожденный пилоростеноз). **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация хирурга.

- Рвота и срыгивания, возникающие на 2-3й неделе жизни ребенка, не имеющие строгой закономерности и упорного характера, обычно возникают вскоре после приёма пищи, чаще при перекорме, количество рвотных масс меньше объёма принятой пищи, рвотные массы не содержат патологической примесей, имеют кислый запах и чаще вид створоженного грудного молока, общее состояние детей заметно не страдает, прибавки в весе чаще соответствуют возрасту, отмечается повышенная возбудимость, крикливость, чрезмерная двигательная активность ребёнка, стул остаётся нормальным, не бывает упорных запоров, перистальтика желудка не усилена, при пальпации живота привратник не прощупывается – возможен диагноз Пилороспазм. **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация хирурга.

- Рвота в сочетании с лихорадкой, вялостью, монотонным криком и любыми другими неврологическими симптомами – возможно течение менингита, менингоэнцефалита. **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация инфекциониста.

- Типичные рвоты с вегетовисцеральным компонентом, состоянием продромы, отказом от кормления, отсутствием прибавки массы, сопровождающиеся длительным криком – возможен синдром внутричерепной гипертензии. **Для уточнения диагноза:** нейросонография, консультация невролога.

- Длительная и упорная рвота в сочетании с предшествующей тошнотой, сопровождающаяся общеинфекционными проявлениями (лихорадкой, слабостью, головной болью, часто в сочетании с диареей), наличие ее причинно-следственной связи с употреблением определенной пищи (в т.ч. неадекватной возрасту ребенка), пероральным попаданием несъедобных веществ (пластилин, чернила, средства гигиены и др.) – возможен диагноз острой кишечной инфекции или пищевого отравления. **Для уточнения диагноза:** экстренная консультация инфекциониста.

Дифференциальный диагноз срыгиваний у детей:

- Поражение центральной и/или периферической нервной системы гипоксически-ишемического характера.
- Врожденная патология ЖКТ (атрезии, стенозы пищевода и/или желудка).
- Соматическая патология (ГЭРБ, хронический эзофагит, другая хроническая патология ЖКТ).
- Онкопатология (объемный процесс в пищеводе и в брюшной полости).
- Острая хирургическая патология (пилоростеноз, пилороспазм).
- Инфекционная патология (КИНЭ).

При подтверждении диагноза: Синдром функциональных срыгиваний необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показаны консультация педиатра (рекомендации по питанию, режиму дня) и комплексная терапия, совместно с гастроэнтерологом и неврологом (по показаниям).

Симптомы тревоги при срыгиваниях

Симптомы	Иная возможная причина
Сочетание срыгиваний с лихорадкой, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	Общеинфекционные заболевания.
Сочетание срыгиваний с рвотой с кровью (гематемезис), с черным дегтеобразным стулом (мелена)	Кровотечение верхних отделов ЖКТ
Сочетание срыгиваний с рвотой с кровью (гематемезис) и дисфагией.	Объемное образование пищевода. Варикозное расширение вен пищевода.
Сочетание срыгиваний с появлением алой крови в кале (гематокезия).	Кровотечение нижних отделов ЖКТ. Трещина слизистой прямой кишки
Сочетание срыгиваний с лихорадкой, с появлением алой крови в кале (гематокезия), с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	КИНЭ (гемоколит)
Сочетание срыгиваний с немотивированным снижением веса, черным дегтеобразным стулом (мелена)	Неспецифический язвенный колит.
Сочетание срыгиваний с немотивированным снижением веса.	Объемное образование кишечника.

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при энурезе

Энурез – непроизвольное мочеиспускание во время сна.

Жалобы со стороны родителей и детей: на недержание мочи в ночные часы.

Характерные клинические особенности энуреза:

- непроизвольное мочеиспускание во сне чаще 1 раза в месяц у девочек старше 5 лет и у мальчиков старше 6 лет.

Диагностические критерии первичного ночного энуреза у детей (по МКБ-10 – F98.0 Энурез неорганической природы, R32 Недержание мочи неуточнённое):

- возраст ребенка не менее 5 лет
- частота непроизвольного или преднамеренного упускания мочи в кровати или одежде не реже 2 раз в месяц у детей до 7 лет, и не реже 1 раза в месяц у детей в возрасте 7 лет и старше
- отсутствие анатомических аномалий мочевой системы, эпилептических припадков, неврологических расстройств или психических заболеваний;
- длительность энуреза не менее 3 месяцев.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация педиатра (жалобы, сбор анамнеза, клинический осмотр, общеклинический минимум – общие анализы крови и мочи).
- При отсутствии признаков поражения органов мочевыделительной системы – консультация невролога, в дообследовании ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, КОП, КИГ. При наличии изменений – лечение у невролога и педиатра.
- При наличии признаков поражения органов мочевыделительной системы – обнаружение изменений в анализах мочи в виде протеинурии, изогипостенурии, лейкоцитурии, эритроцитурии необходимо дообследование – УЗИ почек и мочевого пузыря. При выявлении патологии – консультация уролога и нефролога, рентгеноурологическое и уродинамическое

исследования. При выявлении нарушений уродинамики – лечение под наблюдением уролога, при отсутствии – наблюдение нефролога и педиатра.

Сравнительная характеристика энуреза у детей:

- **Невротический энурез** – встречается среди стеснительных и пугливых детей, часто сочетается с чутким поверхностным сном. Такие дети сильно переживают из-за своих «мокрых» ночей и часто боятся засыпать по этой причине.
- **Неврозоподобный энурез** – отмечается у нервных детей, которые часто устраивают истерики. Они не слишком переживают по поводу ночных мочеиспусканий вплоть до переходного возраста. Потом проблема начинает их сильно угнетать, становятся замкнутыми и угрюмыми, у них могут развиваться неврозы.
- **Первичный энурез** – течение монотонное, не более 1 эпизода за ночь, дневное недержание мочи, запоры и энкопрез отсутствуют, характер мочеиспусканий не изменен, минимальная задержка формирования «зрелого» типа мочеиспускания, состояние детрузора мочевого пузыря нормальное.
- **Энурез при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря** – течение прерывистое, до 5 эпизодов за ночь, характерно дневное недержание мочи, часто сочетание с запорами и энкопрезом, мочеиспускания в виде поллакиурии, императивных позывов, императивного недержания, максимальное отклонение от нормы в формировании «зрелого» типа мочеиспускания, гиперрефлекторный тип нарушения функции детрузора мочевого пузыря.
- **Энурез при пороках развития органов мочевой системы** – течение чаще прерывистое, до 2-3 эпизодов за ночь, характерно дневное недержание мочи, нередко сочетание с запорами и энкопрезом, мочеиспускания в виде поллакиурии, характерна задержка в формировании «зрелого» типа мочеиспускания, бывает гипо- и гиперрефлекторный тип нарушения функции детрузора мочевого пузыря.

Симптомы тревоги при энурезе

Симптомы	Иные возможные причины
Энурез появился через несколько дней или недель после травмы (падение, удар).	Травма мочевых путей или спинного мозга.
Сочетание появления энуреза с лихорадкой, дизурией, болями в животе, поясничной области, болями при мочеиспускании, изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ), с изменениями в общем анализе мочи (наличие лейкоцитурии, гематурии, протеинурии, кристаллурии, цилиндрурии и др.).	Инфекционные и аллергические заболевания органов мочевыделительной системы.

Дифференциальный диагноз энуреза у детей:

- Пороки развития органов мочевого выведения (инфравезикальная обструкция — клапан задней уретры), каудальных отделов позвоночника (спинномозговая грыжа, миелодисплазия — нейрогенная дисфункция мочевого пузыря).
- Урологические заболевания (гиперактивный мочевой пузырь).
- Инфекционные и аллергические заболевания органов мочевыделительной системы.
- Травмы и заболевания мочевых путей или спинного мозга.
- Онкопатология (мальформации или опухоли пояснично-крестцового отдела спинного мозга, опухоли органов малого таза и почек).
- Эндокринные заболевания (несахарный диабет, сахарный диабет).
- Тубулопатии.
- Хронический запор.

- Патология нервной системы (ПП ЦНС, органическая патология головного или спинного мозга, невроз навязчивых состояний).

При подтверждении диагноза: Первичный ночной энурез необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показана комплексная терапия, совместно с педиатром, нефрологом, урологом или неврологом (по показаниям).

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при дисплазии тазобедренных суставов

Дисплазия тазобедренных суставов – аномалия развития характеризующаяся слабостью капсулы сустава с развитием подвывиха или полного вывиха тазобедренного сустава, что в дальнейшем способно привести к вторичным дегенеративным изменениям в суставе (остеоартроз).

Жалобы со стороны родителей и детей: на «шаткую походку», «пьяную походку», «неправильную походку», «неправильное ползание ребенка», подтаскивание ножки».

Характерные клинические особенности дисплазии тазобедренных суставов:

- Ограничения в пассивном отведении бедра со стороны пораженного сустава.
- Асимметрии складок на ягодицах и бедрах – только в сочетании с другими симптомами.
- Наружная ротация или наружный поворот вместе с симптомом соскальзывания – щелчка.
- Позднее начало ходьбы.

При тяжелой степени дисплазии тазобедренных суставов:

- Выражена специфическая походка или же неустойчивость, хромота при одностороннем поражении, при двустороннем будет переваливающаяся, «утиная» походка.

- Выраженный поясничный лордоз.
- Привычка ходить на пальчиках, «цыпочках».
- Вывернутые наружу или же вовнутрь пальцы на одной из ног.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация ортопеда.
- По показаниям: консультация невролога, КТ, МРТ, миелография, стабиллография, ЭМГ, биопсия мышц и периферических нервов, исследование ликвора, консультация психолога или психиатра, окулиста, отоларинголога или эндокринолога.

Сравнительная характеристика нарушения походки у детей:

- **Хромота** – причиной у ребенка может быть тесная обувь, травмы стопы (ссадины, занозы, синяки).
- **«Утиная походка»** – может возникнуть вследствие заболевания мышц бедер и таза, костной системы и периферических нервов.
- **«Пьяная»** походка – свидетельствует о серьезных нарушениях в работе центральной нервной системы.

Дифференциальный диагноз дисплазии тазобедренных суставов у детей:

- Инфекционная патология сустава (септический артрит, остеомиелит тазобедренных суставов).
- Травма (перелом в области тазобедренных суставов).
- Воспалительные состояния (хронический ювенильный артрит, спондилоартропатии, заболевания соединительной ткани, васкулиты).
- Особые ортопедические состояния (внутриутробная дисплазия бедра, преходящий синовит, болезнь Пертеса, соскальзывание верхней головки бедренной кости, остеохондрит коленного сустава).
- Невоспалительные состояния (рефлекторная симпатическая дистрофия, синдром повышенной подвижности).
- Злокачественные опухоли (лейкемия, первичные костные опухоли тазобедренных суставов).

- Гематологические заболевания (серповидноклеточная анемия, гемофилия).

При подтверждении диагноза: Дисплазия тазобедренного сустава необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показана комплексная терапия, совместно с педиатром, ортопедом и неврологом (по показаниям).

Таблица № 10

Симптомы тревоги при дисплазии тазобедренных суставов

Симптомы	Иные возможные причины
Сочетание с травмой в анамнезе, с болевым синдромом, хромотой.	Травма тазобедренных суставов.
Сочетание с болевым синдромом, с наличием локальной симптоматики (отек, гиперемия, местное повышение T, эхимозы, увеличение групп лимфоузлов в проекции сустава), с наличием изменений в общем анализе крови (анемия, лейкоцитоз и ускоренная СОЭ).	Артриты тазобедренных суставов различной этиологии (реактивные, ревматоидные и т.д.), коллагенозы.

Алгоритм построения дифференциального диагноза в процессе оказания остеопатической помощи в педиатрии при нарушениях сна

Нарушение сна – нарушения любых фаз сна.

Жалобы со стороны родителей и детей: на нарушение сна, «плохо засыпает», «беспокойный сон», «вертится во сне», «двигается по кровати во сне» и др.

Консультации специалистов и дополнительные методы обследования:

- Консультация невролога.

- По показаниям: консультация психолога или психиатра, нейросонография, компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, полисомнография.

Сравнительная характеристика нарушений сна:

- **Ночные кошмары** – патологическое состояние, характеризующееся внезапным пробуждением во время глубокого сна, криком, вегетативными нарушениями (тахикардия, тахипноэ, покраснение кожи, мидриаз) и изменением поведения, сопровождающимся выраженным чувством страха. Клинические проявления тем выраженнее, чем дольше пребывает больной в состоянии глубокого сна. Попытки успокоить ребенка во время приступа практически не помогают. Дети с ночными кошмарами обычно имеют нормальный интеллект. Нарушения поведения в межприступном периоде отсутствуют. **Для уточнения диагноза:** консультация невролога, по показаниям психиатра или психолога.

- **Снохождение (сомнабулизм)** – патологическое состояние, характеризующееся снохождением, изменением поведения во время глубокого сна. Манифестирует преимущественно в пубертатном возрасте и заканчивается в постпубертатном периоде. Попытки разбудить больного при сомнамбулизме, как и при других парасомниях, тщетны и могут приводить к проявлениям агрессивности, или агрессия у больных с сомнамбулизмом может наблюдаться спонтанно. Продолжительность эпизодов составляет от нескольких секунд до нескольких минут. Провоцирующими факторами являются: стресс, эмоциональные расстройства, прием различных лекарственных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов, антигистаминных, барбитуратов, иногда препаратов лития). **Для уточнения диагноза:** консультация невролога, по показаниям компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, полисомнография.

- **Сомнилокия (сноговорение)** – сноговорение, крики во сне, которые могут повторяться несколько раз в течение ночи. Об имевшихся эпизодах

сноговорения больные не помнят. Провоцирующими факторами являются лихорадка, стресс. **Для уточнения диагноза:** консультация невролога, по показаниям компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, полисомнография.

- **Эпилепсия** – большинство приступов, возникающих во сне, протекает очень стерто, характеризуются лишь открыванием глаз и тоническим отведением их вверх, в отдельных случаях-тоническим отведением головы, продолжительность не более 10 сек., четко оценить наличие ауры и нарушения сознания невозможно. Наиболее часто у детей отмечается аура в виде чувства страха, необычных ощущений (щекотания) в области эпигастрия, ощущений «уже виденного», сновидных состояний, реже – сложные иллюзии и галлюцинации, нарушение сознания, часто наблюдаются ороалиментарные автоматизмы (жевание, чмокание, облизывание губ), иногда – в сочетании с односторонними кистевыми автоматизмами и дистонической установкой кисти на контралатеральной стороне, характерны вегетативные симптомы в виде учащения сердцебиения и дыхания. Могут быть тонические моторные феномены в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей, вычурные позы и автоматизмы в виде хлопания руками, колесообразное вращение всего тела, нередко отмечается типичная «поза фехтовальщика». **Для уточнения диагноза:** консультация невролога, по показаниям компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, полисомнография.

- **Нарушения сна, обусловленные несоответствием режима дня возрасту ребенка** – затруднен утренний подъем и вечернее засыпание. **Для уточнения диагноза:** консультация педиатра по режиму дня, консультация невролога по показаниям.

Дифференциальный диагноз нарушений сна у детей (с заболеваниями, сочетающимися с афазией):

- Опухоли (объемные образования головного мозга)
- Эпилепсия

- Черепно-мозговая травма
- Расстройства мозгового кровообращения
- Инфекционно-воспалительные заболевания нервной системы (нейроинфекции, менингиты, менингоэнцефалиты).
- Метаболические расстройства.
- Расстройства сна при соматических заболеваниях.
- Расстройства сна при психиатрических заболеваниях.

Таблица № 11

Симптомы тревоги при нарушениях сна

Симптомы	Иные возможные причины
Сочетание с сильной головной болью, начавшейся внезапно, имеющей необычный характер, с судорогами, с нарушением/потерей сознания.	Эпилепсия
Сочетание с утренней головной болью (просыпается утром с головной болью).	Объемный процесс в головном мозге
Сочетание с лихорадкой, монотонным криком, судорогами, с нарушением/потерей сознания, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	Нейроинфекция, менингит, менингоэнцефалит

При подтверждении диагноза: Нарушение сна (с указанием фазы) необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму».

Показана комплексная терапия, совместно с педиатром, ортопедом и неврологом (по показаниям).

СОКРАЩЕНИЯ

АНО ТИММ – Автономная некоммерческая организация «Тюменский институт мануальной медицины»

АФО – анатомо-физиологические особенности

ГЭРБ – гастро-эзофагально-рефлюксная болезнь

ДДУ – детское дошкольное образование

ДЦП – детский церебральный паралич

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КИГ – кардиоинтервалография

КИНЭ – кишечная инфекция неясной этиологии

КОП – клиноортостатическая проба

КТ – компьютерная томография

ЛОР – отоларинголог

МРТ – ядерно-магнитная резонансная томография

М-ЭХО – ЭХО-энцефалография

НОУ ДПО ТИОМ – Негосударственное образовательное учреждение
Дополнительного профессионального образования «Тюменский институт
osteопатической медицины»

ПП ЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы

РЭГ – реоэнцефалография

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦНС – центральная нервная система

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЭКГ – электрокардиография

ЭМГ – электромиография

ЭХО-КГ – ЭХО-кардиография

ЭЭГ – электроэнцефалография

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Е.В., Аптекарь И.А., Мохов Д.Е., Малков С.С. Порядок заполнения протокола первичного приема врача-osteопата в педиатрической практике.// Российский остеопатический журнал. – 2014. – № 1–2 (24–25). – С. 37–47.
2. Егорова И.А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2008. – 41с.
3. Егорова И.А., Е.Л. Кузнецова. Остеопатия в акушерстве и педиатрии: монография. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. – 186с.
4. Кривошеина Е.Н., Мизонова И.Б., Мохов Д.Е. Остеопатическая помощь в первые дни жизни ребенка.// Российский остеопатический журнал.– 2013.– № 3–4 (22–23).– С. 97–103.
5. Методика объективного исследования здорового и больного ребенка./ К.А. Лебедева, В.П. Сорогин, Г.К. Елунина, Е.П. Ашихмина. – Тюмень, 2008 – 49с.
6. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии. Клинические рекомендации. – СПб.: «Невский ракурс», 2015. – 60с.
7. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций. Клинические рекомендации.- СПб.: «Невский ракурс», 2015. – 90 с.
8. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии. Клинические рекомендации.- СПб.: «Невский ракурс», 2015. – 60 с.
9. Пропедевтика детских болезней./Под ред. А. А. Баранова. – М.: Медицина, 2009.– 336с.
10. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей./ М-во здравоохранения и соцразвития Российской Федерации [и др.]; под ред. А. А. Баранова. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 692с.
11. Соматическая дисфункция в различных диагностических и лечебных моделях остеопатии.// Российский остеопатический журнал. – СПб., 2014. – № 3-4 (26–27). – С. 117–128.

