

Общероссийская общественная организация «Российская остеопатическая ассоциация»

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКИХ  
ДИСФУНКЦИЙ В ПЕДИАТРИИ**

**Клинические рекомендации**

**2015 год**

## Содержание

Введение.....	
Соматическая дисфункция – определение и сущность.....	
Уровни проявления соматической дисфункции у детей.....	
Порядок обследования ребёнка на приеме.....	
Общий остеопатический осмотр ребёнка.....	
Бланк педиатрического приема врача-osteопата.....	
Показания и противопоказания к остеопатическому лечению детей...	
Приложения.....	

## Введение

Проблема охраны здоровья детей одна из важнейших в современной медицине. Она носит национальный характер и имеет выраженную социальную направленность. В трудах многих специалистов в области педиатрии исследованы многие аспекты проблемы сохранения, восстановления и поддержания здоровья детей.

Отмечается увеличение числа и изменение соотношения факторов риска утраты здоровья, степень влияния которых зависит от адаптационно-приспособительных возможностей организма [Егорова И.А., Бучнов А.Д., 2014]. Увеличивается число детей, имеющих сочетанную патологию. Наиболее часто в патологический процесс вовлекается центральная и вегетативная нервная система. У детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС соматическая патология представлена нарушениями осанки (100%), патологией желудочно-кишечного тракта (85,9%), проявлениями вегетативной дисфункции (58,6%), аллергическими заболеваниями (26,6%) [Александрова В.А., 2004; Братова Е.А., 2004]. При перинатальной патологии ЦНС часто отмечаются нарушения корково-подкорковых структур, приводящие к дисбалансу вегетативной нервной системы. Ведущее звено в формировании вегето-висцеральных нарушений – поражение диэнцефальных структур мозга, лимбической системы, продолговатого мозга и последующее расстройство нейроэндокринной регуляции с развитием сосудистых, желудочно-кишечных нарушений, а также нарушений терморегуляции [Егорова И.А., 2008].

В последние годы повысилась распространенность функциональных нарушений среди детей и подростков [Егорова И.А., Бучнов А.Д., Михайлова Е.С., 2012]. Они преобладают со стороны костно-мышечной (23,3%), нервной систем и психической сферы (15,8%), эндокринной системы и обмена веществ (13,6%) [Баранов А.А., 2005]. В этой связи уместно говорить о соматических дисфункциях, которые в МКБ-10 относятся к блоку М 99 – «биомеханические нарушения, ...». Соматические нарушения приводят к глубинным расстройствам всех органов и систем [Grenier В., 1986; Auquier О., 1997; Frymann V. М., 1998; Бобко Я.Н., 2000; Лопушанский П.Г., 2001; Братова Е.А., 2004; Куликов А.М., 2004; Кривоносов И.В., 2005; Егорова И.А., 2008]. Это обуславливает актуальность проблемы диагностики, интерпретации соматических дисфункций и их проявлений для обоснования эффективных методов лечения.

Для дальнейшего совершенствования медицинской помощи детям необходимо внедрение в практику новых эффективных методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации.

На сегодняшний день крайне важной представляется совместная взаимодополняющая работа врачей-osteопатов и специалистов педиатрического профиля. Внедрение остеопатии в медицинскую практику позволяет оказывать остеопатическую помощь на ранних этапах жизни ребенка [Кривошеина Е.Н., Мизонова И.Б., 2013]. Ранняя диагностика и коррекция соматических дисфункций у детей, предоставляет потенциальные возможности профилактики развития различных заболеваний в будущем и повышения уровня здоровья населения РФ [Мохов Д.Е., 2011, 2014].

Клинические рекомендации «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии» имеют большое значение для повышения качества медицинской помощи, их необходимо учитывать при разработке индикаторов контроля и управления качеством медицинской помощи, создании программ непрерывного медицинского образования врачей-osteопатов, оптимизации использования ресурсов специализированных медицинских учреждений по остеопатии и экономических расходов на осуществление медицинской деятельности врача-osteопата, а также формирования объемов медицинской помощи в рамках системы государственных гарантий [Абрамова Е.В., Аптекарь И.А., 2014; Мохов Д.Е., 2014, 2015].

## **Соматическая дисфункция – определение и сущность**

*Соматическая дисфункция* — функциональное нарушение, проявляющееся биомеханическим, ритмогенным и нейродинамическим компонентами:

- биомеханическая составляющая соматической дисфункции — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением подвижности, податливости и равновесия тканей тела человека;
- ритмогенная составляющая соматической дисфункции — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением выработки, передачи и акцепции эндогенных ритмов;
- нейродинамическая составляющая соматической дисфункции — это функциональное нарушение, проявляющее себя нарушением нервной регуляции.

Соматические дисфункции у детей могут проявляться на глобальном, региональном или локальном уровнях [статья+кр].

### ***Глобальный уровень проявления соматической дисфункции у детей.***

#### ***I. Глобальное биомеханическое нарушение.***

Глобальное биомеханическое нарушение (ГБН) - это функциональное нарушение качественных характеристик ткани, не соответствующее возрасту, не связанное с болевым синдромом, затрагивающее три и более региона тела (полирегиональность) и заключающееся в значимом уменьшении подвижности, податливости и равновесия тканей в одной из плоскостей пространства.

У детей первых месяцев жизни глобальное биомеханическое нарушение может проявляться в изменении тонуса скелетной мускулатуры (латерофлексия тела в одну сторону, экстензия тела, выраженное снижение тонуса).

#### ***II. Глобальное ритмогенное нарушение.***

Глобальное ритмогенное нарушение (ГРН) – это функциональное расстройство выработки эндогенных ритмов.

Наиболее значимыми эндогенными ритмами в остеопатии являются: краниальный, дыхательный и кардиальный ритмичные импульсы. Они

оцениваются по следующим параметрам: частота, сила (мощность) и амплитуда.

При оценке у детей следует учитывать возрастные особенности частоты кардиального и торакального ритмического импульсов.

### *III. Глобальное нейродинамическое нарушение.*

Глобальное нейродинамическое нарушение (ГНН) – это функциональное нарушение нервной регуляции организма, проявляющееся психовисцеросоматическими и/или постуральными расстройствами.

Психовисцеросоматическое расстройство – это глобальное нейродинамическое функциональное нарушение, характеризующееся вторичными полирегиональными соматическими ограничениями подвижности тканей, которые анамнестически связаны с психоэмоциональным влиянием.

Постуральное нарушение – это глобальное нейродинамическое функциональное нарушение, характеризующееся изменением регуляции вертикальной позиции тела в пространстве, связанное с нарушением процессов проприоцепции.

Глобальный нейродинамический уровень нарушений у детей до года не оценивается. Так же следует учитывать, что постуральный баланс у детей можно оценить начиная с 12 лет.

### ***Региональный уровень проявления соматической дисфункции (уровень одного из регионов целостного организма).***

#### *I. Региональное биомеханическое нарушение (РБН).*

Региональное биомеханическое нарушение (РБН) – это функциональное изменение подвижности, податливости и равновесия тканей, которое выявляется в одном из регионов организма.

Регион – это выделяемая при остеопатическом осмотре часть тела, включающая органы и ткани, объединенные анатомо-функциональными взаимосвязями.

Остеопатами условно выделяются 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).

#### *II. 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.

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

Региональное нейродинамическое нарушение (РНН) - это функциональное расстройство, возникающее на уровне нескольких сегментов спинного мозга и связанное с раздражением одного из элементов невральнoй цепочки между висцеральным и соматическим компонентами. Региональное нейродинамическое нарушение может проявляться висцеро-соматическими, висцеро-висцеральными, сомато-соматическими и сомато-висцеральными дисфункциями.

Для практики с целью оценки выраженности биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном и региональном уровнях предлагается введение условных обозначений баллами:

- один балл (1) - легкая степень выраженности нарушения;
- два балла (2) – умеренная степень выраженность нарушения;
- три балла (3) – значительная степень выраженности нарушения.

У детей до 1 года региональный нейродинамический уровень не оценивается.

#### ***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)

Таблица 1. Признаки острой и хронической соматической дисфункции

<b>Компонент\дисфункция</b>	<b>Острая соматическая дис- функция</b>	<b>Хроническая соматическая дисфункция</b>
<b>Биомеханический</b>	относительно хорошая сме- щаемость	ограниченная смещаемость
<b>Ритмогенный</b>	повышение гидратации тка- ней, повышение местной температуры	дегидратация тканей, пони- жение местной температуры

<b>Нейродинамический</b>	острая боль, выраженная болезненность	менее выраженная боль и болезненность
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

### **ЛОКАЛЬНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ**

соответствуют таковым у взрослых [кр]

I. СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

II. СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ КРАНИО-САКРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОРГАНОВ ГОЛОВЫ

III. СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ НЕРВНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

IV. СОМАТИЧЕСКИЕ ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ



## **Порядок обследования ребёнка на приеме**

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

### **1. Наблюдение**

Особенности наблюдения и обследования детей во многом зависят от возраста ребёнка.

Наблюдение начинается с первых секунд контакта с пациентом. Обращается внимание как ребёнок зашел в кабинет (на его походку), как сел. Отмечается поведение, общее психоэмоциональное состояние, соответствие движений уровню развития моторики в соответствии с возрастом.

Для детей 1-го года жизни обращается внимание на общую реакцию ребёнка в новой обстановке, выражение эмоций (улыбка, плач).

### **2. Жалобы**

Сбор жалоб должен производиться активно и подробно, с наводящими вопросами к родственникам, сопровождающим ребёнка. Если ребёнок активно контактирует с врачом и может ответить на вопросы, то и ему следует задать вопросы относительно его жалоб.

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 необходимо

активно выявлять жалобы по органам и системам, которые могут быть вовлечены в патологический процесс. Следует отметить, что уже на этапе выяснения жалоб проводится дифференциальная диагностика.

Особенностью выявления жалоб у детей первого года жизни является активный расспрос родственников не только о том, что их беспокоит в ребёнке, но и о других возможных проблемах, которым они не придают значения или могут считать нормой. Например: частота стула у ребёнка (родители не упоминают о запорах, а при активном расспросе выявляется, что дефекация у ребёнка 1-го месяца происходит 1 раз в 3-4 дня, что не является нормой).

Расспрос по органам и системам проводится по тому же алгоритму, что и у взрослых, с учётом особенностей детского возраста.

К важным вопросам для выявления жалоб со стороны **нервной системы** относятся вопросы, касающиеся сна и процесса засыпания, характера ребёнка, особенностей его поведения, эмоциональное состояние (плаксивость, резкая смена настроения, раздражительность, плаксивость и т.д.), успеваемости в школе, памяти, усидчивости, метеозависимости. Для ребёнка первых месяцев жизни важно уточнить - нет ли нарушений сосания груди или бутылочки (затрудненное, вялое сосание, поперхивания, быстро устаёт). Так же важным вопросом на первом году жизни является соответствие возрастным нормативам двигательной активности и психо-эмоционального развития ребёнка (задержки развития). В более старшем возрасте важно обращать внимание на задержки речевого развития, дислалии, дисграфии.

К особенностям жалоб со стороны **органов дыхания** можно отнести различные виды нарушений дыхания, такие как эпизоды апноэ, врождённый стридор, дыхательная аритмия, одышка, тахипноэ.

К особенностям жалоб со стороны **органов пищеварения** у детей первого года жизни относят наличие срыгиваний, колики, повышенный метеоризм, функциональные нарушения пассажа пищи (запоры и учащённый стул), повышенное слюноотделение. Особенно следует обращать внимание на состояние аппетита у ребёнка любого возраста и изменение массы тела.

К особенностям жалоб со стороны **мочеполовой системы** у мальчиков, особенно первого года жизни, относят водянку яичек, крипторхизм, фимоз, паховые и пахово-мошоночные грыжи. У девочек в пубертатном периоде следует расспросить об особенностях становления менструальной функции.

К особенностям жалоб со стороны **костно-мышечной системы** относят: наличие особенностей походки (в зависимости от возраста, особенно это касается детей раннего возраста, хождение «на носочках», косолапость, искривления голеней), нарушение осанки («криво сидит за столом»), хруст в суставах, боли в ногах (в периоды интенсивного роста), ночные боли, невозможность длительной ходьбы («устаёт долго ходить, болят ноги»), невозможность или неохотное выполнение каких-либо простых движений («не может лазать по различным спорт.снарядам, ходить по ступенькам, прыгать»), ограничение подвижности в суставах, наличие деформаций.

### **3. Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)**

При сборе анамнеза заболевания следует уточнить:

- с какого момента появились данные жалобы,
- при каких обстоятельствах развилось состояние,
- как оно протекало, каковы были проявления и какова была динамика;
- какое проводилось обследование,
- какие специалисты осматривали ребёнка (с использованием всей имеющейся на руках у родственников документации),
- какое проводилось лечение и его эффективность.

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

Анамнез жизни собирается активно, с помощью наводящих вопросов, со слов родственников и из имеющейся у них первичной документации (история развития ребёнка, выписная справка из родильного дома, стационара, результаты дополнительных методов обследования, в т.ч. лабораторных, заключения специалистов и т.д.).

1. От какой беременности по счёту родился ребёнок (исходы предыдущих беременностей), ЭКО;
2. Как протекала данная беременность (угрозы прерывания, заболевания, в т.ч. урогенитальные инфекции, токсикоз 1 половины, гестоз, преэклампсия, фето-плацентарная недостаточность, анемия, приём препаратов, антибиотиков, вредные привычки матери);
3. Как протекали роды: срок в неделях (преждевременные, запоздалые), длительность 1 периода родов (быстрые, стремительные, затяжные), кесарево сечение (плановое, экстренное, показания к нему), осложнения в родах (раннее излитие вод, воды с меконием, с кровью, длительный безводный промежуток), пособия в родах (щипцы, вакуум-экстрактор, родостимуляция медикаментозная, механическая),

- положение плода (тазовое, ножное, поперечное, задний вид затылочного предлежания, лобное, лицевое), состояние пуповины (обвитие, узлы);
4. Состояние ребёнка при рождении: масса, окружность головы, закричал сразу (после стимуляции, санации ВДП), оценка по Апгар, когда приложили к груди, как прошёл первый день жизни.
  5. Ранний период адаптации в родильном доме: как сосал, какие были проблемы, сделаны ли прививки, были ли осложнения, заболевания в период пребывания в родильном доме, на какие сутки выписан домой.
  6. Состояние в периоде новорожденности: заболевания, проблемы, вид вскармливания.
  7. Как рос и развивался на 1-м году жизни: физическое и психомоторное развитие в соответствии с нормативами, сроки и последовательность прорезывания зубов.
  8. Какие заболевания перенёс, в том числе детские инфекции, в каком возрасте.
  9. Состоит ли на диспансерном учёте у врачей специалистов и с каким диагнозом, какое получает лечение, динамика данного заболевания.
  10. Были ли травмы, операции, какие, в каком возрасте.
  11. Вакцинирован ли ребёнок согласно национальному календарю прививок, или в индивидуальном графике, как переносит прививки, были ли осложнения.
  12. Приём лекарственных препаратов в данный момент.
  13. Аллергологический анамнез ребёнка: наличие пищевой, лекарственной или респираторной аллергии, с какого возраста, как часто бывают обострения.
  14. Наследственные заболевания.

Оценка периода адаптации (первые дни жизни) помогает определить степень повреждения ребенка в родах и возможности вегетативной нервной системы проявлять адаптационно-приспособительные механизмы, то есть – оценить жизнеспособность. Обращается внимание на все проявления вегетативных дисфункций (цвет кожных покровов, дыхание, сердечно-сосудистая деятельность, состояние ЖКТ – качество сосания, вздутие живота, дефекация и т.д., мышечный тонус, рефлекторные реакции – тремор, наличие гипотермии, сон). Оценка адаптационных возможностей помогает в прогнозе успешности и примерных сроков остеопатического лечения.

## 5. Оценка соматического статуса

Оценка общего состояния пациента основывается на объективных признаках – сознание, активность поведение. Параллельно отмечается эмоциональное состояние ребенка, у детей первых месяцев жизни – крик, его эмоциональная окраска (болезненный, монотонный). Окончательное заключение делается по окончании объективного осмотра. Выделяют удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое состояние.

Оценивается телосложение (соответствие пропорций тела возрасту), осанка оценивается так же в соответствии с возрастом, уровень питания (удовлетворительный, пониженный, избыточный).

Осмотр кожных покровов производится сверху вниз, при этом необходимо обратить внимание на кожу 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 («мраморность» у детей 1 года жизни). У новорождённых возможна иктеричная окраска кожных покровов и слизистых в связи с физиологической желтухой (является нормой до 14 дней жизни). У детей 1 года жизни в естественных складках кожи могут быть опрелости, на слизистой ротовой полости могут быть признаки «молочницы» (кандидоз). У новорождённых на волосистой части головы возможно наличие кефалогематомы (оценить её размеры).

При осмотре слизистой рта необходимо одновременно оценить состояние зубов (соответствие количества возрасту, наличие кариеса, нарушения прикуса, состояние уздечек). Состояние лимфатических узлов шейной, подчелюстной, затылочной, над- и подключичной группы оценивается при пальпации.

Информация о состоянии сердечно-сосудистой системы получается при пальпаторном исследовании артериального пульса на лучевых артериях (частота, ритмичность, соответствие ЧСС возрасту), выявлении отёков, патологической пульсации сосудов.

Дыхательная система оценивается по состоянию носового дыхания (свободно, заложенность, отделяемое), по частоте дыхания (соответствие возрасту), участию грудной клетки в акте дыхания (симметричность, западение или выбухание податливых участков).

Осмотр костно-мышечной системы необходимо производить в разных положениях и в зависимости от возраста (лежа, сидя, стоя, во время движения). Костная система исследуется последовательно в следующем порядке: голова (череп), туловище (грудная клетка, позвоночник), верхние и нижние конечности. Оценить форму, положение головы, шеи, грудной клетки, конечностей; уровень лопаток, форму позвоночника, выраженность кифоза и лордозов, наличие сколиоза, симметричность треугольников талии; наклон таза, взаимоотношение таза и нижних конечностей, сгибание и разгибание в суставах конечностей, симметричность подъягодичных, бедренных, подколенных складок (особенно у детей первого года жизни), укорочение конечностей, искривление нижних конечностей (вальгусное, варусное), плоскостопие, форму суставов, наличие деформаций, температуру кожи над суставами, отечность, болезненность, объем активных и пассивных движений.

Живот осматривают как в положении пациента лежа на спине, так и в положении стоя (по возрасту). Отмечается величина и форма живота, его участие в акте дыхания. Производится поверхностная и глубокая пальпация, отмечаются зоны болезненности, вздутие живота. У детей первого года жизни следует пальпировать пупочное кольцо.

Уточняется характер физиологических отправления (стул, мочеиспускание).

У детей первого года жизни важным компонентом осмотра является **исследование нервной системы**. Оно начинается с наблюдения за поведением ребенка, за положением головы (вынужденный наклон или поворот в одну из сторон), туловища (латерофлексия, выгибание назад с запрокидыванием головы), активностью движений, их симметричностью, реакцией на окружающих. Проводится исследование двигательной функции: анализ объема пассивных и активных движений в руках, ногах в положении на спине. Важно оценить состояние тонуса конечностей (при пассивных движениях) и мышц шеи (пальпаторно).

Врач-остеопат в ходе первичного приема детей первого года жизни должен уметь оценивать безусловные рефлексы (хватательный, Моро, Бабкина, хоботковый, сосательный, поисковый, ползания по Бауэру, Робинзона, асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричные тонические шейные рефлексы, рефлекс опоры и автоматической ходьбы) и учитывать сроки их угасания (см. Приложение №1).

На первом году жизни необходимо оценивать форму головы, состояние костей черепа, большого родничка, малых родничков, которые в норме могут быть открыты у недоношенных (их размеры, состояние краёв, выбухание или западение, пульсацию). Так же важно состояние швов черепа (податливость или расхождение), плотность костей (наличие размягчения), определение кефалогематомы (размеры, напряжённость, изменение кожи).

У детей первого года важной составляющей состояния нервной системы является психомоторное развитие. Врач остеопат должен уметь оценить соответствие уровня психомоторного развития возрасту ребёнка (**см. Приложение №2**).

При подозрении на определенную нозологию врач может провести ряд дополнительных тестов, которые помогают уточнить диагноз. Так же необходимо направить ребёнка на консультацию к специалисту и на дополнительные методы исследования.

## **6. Общий остеопатический осмотр**

Общий остеопатический осмотр будет иметь особенности в зависимости от возраста ребёнка.

Ребёнка старше 12 лет можно осматривать и проводить остеопатическое обследование согласно алгоритму взрослого пациента (см. клинические рекомендации «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций»). При оценке полученных результатов необходимо учитывать возрастные анатомо-физиологические особенности.

У детей 1 года жизни общий остеопатический осмотр будет проводиться в положении младенца лёжа на спине и на животе.

Осмотр лёжа на спине.

Оценивается положение тела, симметричность положения рук и ног относительно тела, положение головы относительно туловища, длина нижних конечностей, вальгусное или варусное искривление нижних конечностей.

Осмотр лёжа на животе.

Оценивается положение тела, симметричность положения рук и ног относительно тела, положение головы относительно туловища, длина нижних конечностей, симметричность подъягодичных, бедренных, подколенных складок.

**Пальпация, перкуссия мышечного тонуса** (проводится у детей, которые уже уверенно ходят).

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.

Тесты лёжа на спине (для детей первого года):

**1. Тест флексии (глобальный).**

Положение пациента: лёжа на спине.

Положение врача: лицом к пациенту.

Тест: врач производит флексию выпрямленных нижних конечностей по направлению к голове.

Оценка: степень свободы движения во флексии.

**2. Оценка подвижности на уровне отделов позвоночника (региональный).**

Положение пациента: лёжа на спине.

Положение врача: сбоку, лицом к пациенту.

Положение рук врача: 1 пальцы обеих рук находятся на груди.

2,3,4,5 пальцы обеих рук - на уровне остистых отростков позвонков перемещаются по оси позвоночника, индуцируя вентральное движение позвонков.

Оценка: свобода и качество тканей на уровне отдельных групп позвонков.

Данный тест может быть произведён из положения пациента сидя (с момента, как ребёнок начнёт уверенно сидеть).

Положение врача: сзади от пациента.

Положение рук врача: 1 пальцы обеих рук с двух сторон паравертебрально, обхватив остальными пальцами грудную клетку.

Тест: производится индукция движения позвонков в вентральном направлении, смещаясь по оси позвоночника вниз.



Оценка: степень подвижности групп позвонков и рёберно-позвоночных сочленений, качество тканей.

**3. Тест на подвижность в поясничном отделе (региональный).**

Положение пациента: лёжа на спине с согнутыми конечностями.

Положение врача: лицом к пациенту, придерживает согнутые конечности.

Тест: врач производит смещение согнутых конечностей попеременно вправо и влево относительно центральной оси тела.

Оценка: симметричность латерофлексии с обеих сторон.

**4. Тест на амплитуду движения и тонус верхних и нижних конечностей (региональный).**

Определяется амплитуда движения во всех суставах верхней и нижней конечности во всех направлениях (флексия, экстензия, приведение, отведение, циркумдукция).

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

Используется у детей, когда пациент адекватно может выполнить просьбу врача.

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 ишиокруральной группы мышц флексионный тест стоя повторяют. Если результаты его изменились, то для дальнейшей интерпретации используется второй результат.

### ***Флексионный тест сидя***

Используется у детей, когда пациент адекватно может выполнить просьбу врача.

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.

### ***Пассивные тесты в трансляции (для таза, поясничного и грудного отделов позвоночника)***

Исходное положение врача: сбоку или позади пациента

Исходное положение пациента: сидя.

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.

### ***Тест «трех объемов»***

У детей до года под объемами нужно понимать: первый объем - объем головы и шейного отдела, второй объем – торакальный, третий объем – абдоминальный и тазовый. Тестирование можно проводить начиная с рождения ребенка.

Тест «трёх объёмов» может производиться в модифицированном варианте из положения пациента лёжа до момента, когда ребёнок начинает уверенно сидеть.

#### **ЛЕЖА**

Исходное положение пациента: лежа

Исходное положение врача: сидя сзади или сбоку

Для оценки объема головы и шеи врач кладет руки на область головы захватом по Сатерленду, кончики пальцев пальпируют область шеи. Врач совершает движения дорзально(флексия) и вентрально (экстензия)

объема. Оценивается эластичность тканей и смещаемость объема в дорзальном и вентральном направлении с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

Для оценки торакального объема врач кладет одну руку вентрально поперечно на грудную клетку ребенка, другую дорзально поперечно на грудную клетку. Врач активно производит смещение объема вентрально и дорзально. Оценивается свобода смещения висцерального и структурального компонентов этого объема.

Для оценки тазового и абдоминального объемов врач кладет одну руку на переднюю брюшную поверхность с захватом тазовой области поперечно или продольно, вторая рука располагается дорзально в области поясничного отдела и тазово-крестцовой области продольно или поперечно. Врач активно совершает движения дорзально и вентрально, оценивает 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.

Когда ребенок может сидеть, проводится классический «тест трех объемов» и определяются следующие объемы:

- нижеабдоминальный;
- поддиафрагмальный;
- торакальный.

Исходное положение врача: стоя позади пациента.

Исходное положение пациента: сидя.

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). 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). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне верхнегрудного и среднегрудного отделов позвоночника (Th2-Th3-Th4-Th5-Th6) в проекции первой. Дополнительно 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.

### ***Оценка длины нижних конечностей***

Может быть проведена у ребёнка, когда пациент адекватно выполняет просьбу врача (для проведения уравнивания таза).

Исходное положение врача: сбоку лицом к пациенту.

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

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 ноги равна, то есть «вилка» второго и третьего пальцев рук врача, при выполнении теста, находятся на одном уровне.

### ***Тест подвижности суставов нижних конечностей***

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

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

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.

### ***Тест подвижности крестцово-подвздошных суставов (через SIAS)***

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

Исходное положение пациента: лёжа на спине..

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.

### ***Тест подвижности суставов верхней конечности***

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

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

Врач двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов плечевого пояса и верхних конечностей, 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.

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

Исходное положение врача: сидя со стороны головы пациента

Исходное положение пациента: лёжа на спине..

Врач устанавливает указательные пальцы в проекции поперечных отростков шейных позвонков (C2-C7) и производит последовательное латеральное смещение (трансляцию) попеременно каждого позвонка. Оценивается амплитуда движения каждого позвонка.

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

### ***Оценка торакального и абдоминального регионов***

Исходное положение врача: стоя сбоку лицом к пациенту.

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

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 дыхании.

### ***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.

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

Врач производит захват черепа по Сатерленду, синхронизируется с краниальным ритмическим импульсом. Оценивается частота, амплитуда и сила краниального ритмического импульса, определяется паттерн черепа (физиологический или патологический).



В норме: частота краниального ритмического импульса 8-12 в минуту, амплитуда (+++), сила (+++) для любого возраста.

***Оценка дыхательного ритмического импульса***

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

Исходное положение врач: стоя сбоку лицом к пациенту.

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

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 грудине, а среднелучевая линия приходится на первый межпальцевый промежуток.

В норме: амплитуда (+++), сила (+++), симметрично проводится справа и слева.

### ***Оценка сердечного (кардиального) 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.

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

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

В норме: 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. Нащупав артерию II, III, IV пальцами, прижимает ее к подлежащей кости. Оценивается симметричность пульса, его частота, ритмичность.

При обследовании следует учитывать возрастные особенности частоты кардиального и торакального ритмического импульсов (см. Приложение № 4).

#### ***Оценка мобильности висцеральных органов (оценивается глобальная подвижность):***

- висцерального ложа шеи,
- грудной клетки,
- области живота,
- области малого таза.

Исходное положение врача: стоя сбоку лицом к пациенту.

Исходное положение пациента: лёжа на спине.

Для оценки мобильности органов 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 органов 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 органов грудной клетки 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 является опорной и захватывает лобную кость. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смещение висцерального ложа шеи, оценивая его глобальную подвижность.

В норме мобильность внутренних органов (их латеро-латеральное смещение) должна быть симметричной.

### **Дополнительные тесты для обследования детей до года**

#### ***1. Тест платка (шарфа).***

Тест на пассивный (базовый) мышечный тонус, проводится до 2-х месяцев жизни.

Положение ребенка: лежа на спине.

Врач помещает ладонь ребёнка на противоположное плечо.

**Интерпретация.** В норме локоть должен находиться на середине его тела. Если же он оказывается дальше середины – это мышечная гипотония, если не доходит до неё, то это гипертония.

### ***2.Тест дорсифлексии стоп.***

Положение ребенка: лежа на спине.

Тест проводится до 8-9 месяцев и заключается в приведении стопы к голени. Тест может проводиться медленно или быстро.

**Интерпретация.** Медленная скорость – определение тонуса тонико-тонических волокон (**глобальный уровень**), быстрая – определение тонуса тонико-фазических волокон (**локальный уровень**). Разница в амплитуде – показатель гипертонии со стороны меньшей. Разница уже в 10° имеет большое значение.

### ***3.Тест шейного тонуса (пассивный).***

Положение ребенка: лежа на спине.

Врач располагает свою руку под головой ребенка. Врач приподнимает голову ребёнка, пальпируя сопротивление тканей.

**Интерпретация.** Если ощущаем выраженное сопротивление – значит, есть гипертонус. Если сопротивления совсем нет, то – гипотония.

### ***4.Тест свободной моторики головы - шейного тонуса (активный).***

Врач присаживает ребёнка, придерживая его головку. Затем отпускает его голову. **Интерпретация.** В норме до 2-х месяцев ребёнок способен удержать свою голову на некоторое время. Если же его голова сразу падает – это осевая гипотония (**глобальный уровень**).

### ***5.Тест глобальной подвижности черепа***

Положение врача: сидя у головы ребенка.

Оцениваем пальпаторно череп ребенка в целом, костные бугры на наличие деформаций (внутрикостные повреждения), оцениваем симметрию с разных сторон. В норме череп ребёнка даёт при пальпации ощущение мягкости, податливости, гибкости. Обязательно оценить состояние родничков и швов черепа.

### ***6.Тест центральной линии.***

Положение ребенка лежа на спине.

Положение врача: сидя у головы ребенка.

Положение рук врача: одна рука продольно располагается под затылочной костью, другая – продольно на лобной кости, третий палец по метопическому шву с опорой на назион.

Оцениваем положение и подвижность костей центральной линии, их симметрию и амплитуду движения. Затем производится оценка мембран центральной линии (серпа большого мозга, серпа мозжечка), каудальные натяжения.

**Интерпретация.** Тест позволяет оценить общее натяжение мембран.

В результате остеопатического осмотра формируется **osteопатическое заключение** с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях (таблица 2).

Таблица 2. Остеопатическое заключение.

Уровни/Нарушения	Биомеханический 1б/2б/3б	Ритмогенный 1б/2б/3б/	Нейродинамический 1б/2б/3б
Глобальный			Психовисцеросоматическое*  Постуральное**
Региональный			*
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция			

\*Данные параметры у детей первого года жизни не оцениваются

\*\*

## 7. Дифференциальный диагноз

При наличии у пациента соматических дисфункций и отсутствии органической патологии врач-osteопат может вести пациента самостоятельно. При подозрении на органическую патологию пациент должен быть направлен к педиатру и/или врачам-специалистам для дообследования и уточнения диагноза. Также с целью исключения органической патологии и уточнения диагноза может возникнуть необходимость проведения пациенту дополнительных инструментальных и лабораторных обследований.

## **8. Постановка диагноза**

В случае если приём остеопата является первичным, после проведения общего и остеопатического осмотра врач-osteopat в бланке осмотра формулирует диагноз по МКБ 10 - соматическая дисфункция (M99.0)<sup>1</sup>.

При наличии соответствующих жалоб пациента указывается синдромальный диагноз (например, люмбалгия, дорсалгия, диспептический синдром, нарушение сна и др.), в этом случае пациент должен быть направлен на дообследование и/или консультацию специалиста.

В случае если пациент направлен другим врачом – специалистом, то наравне с соматической дисфункцией в диагноз выносятся заключение направившего врача.

## **9. Коррекция выявленных доминирующих соматических дисфункций**

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

## **10. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест)**

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

## **11. Рекомендации**

В конце сеанса врач дает пациенту (или сопровождающим его родственникам) рекомендации по питанию, образу жизни, обсуждается

---

<sup>1</sup> М 99 – Биомеханические нарушения, не классифицируемые в других рубриках

99.0 – Сегментарная или соматическая дисфункция

99.8 – Другие биомеханические нарушения

99.9 – Биомеханические нарушения неуточненные

99.00 – Соматическая 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

повторное посещение врача остеопата (повторные сеансы, интервал между ними). При необходимости назначаются консультации специалистов другого профиля, дополнительные методы лабораторной и инструментальной диагностики.

При проведении приёма детей 1 года жизни следует учитывать длительность процедуры, т.к. дети этой возрастной группы быстро устают и могут негативно реагировать на манипуляции врача.

Важным условием при проведении педиатрического остеопатического сеанса является создание доброжелательной обстановки для ребёнка: необходимо войти в контакт с ним и сделать процедуру максимально комфортной.

### **Бланк приема врача остеопата в педиатрии (см. Приложение №3)**

Медицинская карта пациента оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями, предъявляемыми к оформлению медицинской документации.

### **Противопоказания для остеопатического лечения**

*К абсолютным и относительным противопоказаниями* для остеопатического воздействия в педиатрии являются те же состояния, что и у взрослых (см. клинические рекомендации «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций»).

### **Наиболее частые показания для консультации детей у врача - остеопата**

- различные последствия родовой травмы и постгипоксических нарушений (гипертензионно-гидроцефальный синдром, кефалогематома, перелом ключицы),
- отягощённый ante- и интранатальный период (внутриутробная гипоксия, аномалии положения плода, много- и маловодие, многоплодная беременность, недоношенность, переносимость, родостимуляция медикаментозная и механическая, кесарево сечение плановое и экстренное, акушерские пособия в родах – вакуумэкстрактор, акушерские выходные щипцы, быстрые, стремительные и затяжные роды, дискоординация родовой деятельности, длительный безводный период, аномалии предлежания плода),
- нарушения периода адаптации (затяжное течение переходных состояний новорождённого, в т.ч. физиологическая желтуха),

- нарушения сна,
- функциональные расстройства ЖКТ (срыгивания, колики, запоры, нарушения аппетита),
- дисплазия тазобедренных суставов,
- нарушения мышечного тонуса,
- установочная кривошея,
- плагиоцефалия и другие деформации черепа,
- различные вегетативные проявления («мраморность» кожи, гипергидроз ладоней и стоп),
- лор-патология (частые риниты, гаймориты, отиты, тугоухость),
- нарушения зрения (миопия, дальнозоркость, астигматизм, косоглазие),
- дакриоцистит,
- головные боли,
- головокружения,
- задержка психомоторного развития,
- речевые расстройства (задержка речевого развития, дислалия, дислексия),
- дисфункции зубочелюстной системы (нарушения прикуса),
- вторичный хронический пиелонефрит,
- энурез,
- синдром дефицита внимания и гиперактивности,
- нарушения осанки,
- сколиоз,
- плоскостопие,
- искривления конечностей (варусная и вальгусная установка),
- боли в разных отделах позвоночника, в конечностях,
- заболевания внутренних органов (бронхиальная астма, частые бронхиты, дискинезия желчевыводящих путей),
- часто и длительно болеющие дети,
- повышенная утомляемость,
- нарушения концентрации внимания,
- эмоциональная лабильность,
- последствия различных травм,
- последствия оперативных вмешательств.



### **Безусловные рефлексы новорождённых.**

Оценивая результаты исследования безусловных рефлексов, учитывают наличие их или отсутствие, симметричность, время появления и угасания, силу ответа и соответствие возрасту ребёнка. Если рефлекс вызывается у ребёнка в том возрасте, в котором он уже должен отсутствовать, он считается патологическим.

#### **1. Поисковый рефлекс.**

Поглаживание в области угла рта вызывает опускание губы и поворот головы в сторону раздражителя. Надавливание на середину верхней губы вызывает рефлекторное приподнимание верхней губы кверху и разгибание головы. Если то же раздражение приложить к середине нижней губы, то губа опускается, а голова ребенка производит сгибательное движение.

Дуга поискового рефлекса имеет афферентный путь через волокна тройничного нерва и эфферентный — через Варолиев мост, продолговатый мозг, верхние шейные сегменты спинного мозга.

Угасает рефлекс к трем месяцам. При наличии церебральной патологии у новорожденного рефлекс может быть задержан и не исчезает к 3-месячному возрасту.

#### **2. Хоботковый рефлекс.**

Вызывается постукиванием пальцем или молоточком по верхней губе — в ответ происходит сокращение мимической мускулатуры (губы складываются в виде хоботка).

Дуга хоботкового рефлекса практически та же, что и поискового, за исключением участия спинного мозга.

Сохранность хоботкового рефлекса позволяет считать сохранность функции V и VII нервов.

Хоботковый рефлекс угасает к 3-4 месяцам. Сохранение рефлекса в более старшем возрасте обычно указывает на патологию нервной системы

#### **3. Сосательный рефлекс.**

Поместить указательный палец исследующего в рот ребенка на глубину 3-4 см, новорожденный совершает ритмичные сосательные движения.

Строгая координация механизма сосания складывается из взаимодействия четырех пар черепно-мозговых нервов (V, VII, X и XII) с участием XI нерва.

При перинатальных поражениях головного мозга сосательный рефлекс исчезает или понижен.

Сосательный рефлекс снижается или даже исчезает при повреждении любого из черепных нервов, участвующих в акте сосания.

#### **4. Ладонно-ротовой рефлекс (Бабкина).**

Для вызывания рефлекса необходимо давить пальцем на ладонь ребенка, а тот в ответ открывает рот.

Этот рефлекс обычно постоянен и снижается при некоторых повреждениях нервной системы.

#### **5. Хватательный рефлекс.**

В ответ на штриховое раздражение ладони происходит сгибание пальцев и захватывание предмета.

Дуга хватательного рефлекса замыкается на уровне VI-VIII шейных сегментов.

Перед кормлением хватательный рефлекс выражен значительно ярче, причем процесс сосания усиливает хватательный рефлекс. Хватательный рефлекс чаще всего снижается при вялом парезе руки.

К 3-4 месяцам жизни этот безусловный рефлекс трансформируется в условный — ребенок начинает хватать игрушки целенаправленно.

#### **6. Рефлекс Робинзона**

Врач вкладывает свои пальцы в ручку новорожденному и он их захватывает. Затем врач постепенно приподнимает ребёнка за ручки, чтобы верхний плечевой пояс ребёнка повис в воздухе (или весь ребёнок). При этом новорожденный должен произвести сгибание головы, чтобы она не висела в запрокинутом состоянии.

#### **7. Нижний хватательный рефлекс (Веркома)**

Вызывается легким нажимом кончиков пальцев на переднюю часть подошвы новорожденного. В ответ возникает тоническое сгибание пальцев ног, напоминающее таковое при верхнем хватании. Наряду со сгибанием пальцев рефлекс нередко сопровождается сгибанием стопы.

Дуга его замыкается на уровне I и II крестцовых сегментов и V поясничного сегмента спинного мозга. Выпадает этот рефлекс прежде всего при поражении поясничного утолщения спинного мозга.

Постепенно исчезает к 9-14 месяцам жизни.

## **8. Рефлекс Моро**

Необходимо неожиданно ударить двумя руками по столу с двух сторон от головы ребенка, при этом обе руки ребенка, полусогнутые в локтях, разводятся в стороны, а пальцы растопыриваются (I фаза рефлекса), а затем происходит их возвращение в исходное состояние (II фаза рефлекса).

Дуга рефлекса Моро замыкается на уровне сегментов шейного утолщения спинного мозга, и потому снижение рефлекса Моро возникает при патологии прежде всего на этом уровне.

В норме рефлекс Моро сохраняется до 3-4 месяцев.

## **9. Рефлекс Галанта.**

При раздражении кожи спины вдоль позвоночника новорожденный описывает туловищем дугу, открытую в сторону раздражителя. Нога на стороне раздражения разгибается во всех суставах.

Рефлекс Галанта сохраняется обычно до 2-3-месячного возраста.

## **10. Рефлекс Переза**

Ребенка укладывают лицом вниз на ладонь врача. Исследующий, слегка надавливая, проводит пальцем по позвоночнику ребенка от копчика до шеи. В ответ на это раздражение у ребенка возникает кратковременное апноэ, резкий крик, лордоз позвоночника, разгибание рук и ног в сочетании с разгибанием головы, выпячивание ануса и мочеиспускание.

Наиболее надежные компоненты — крик, разгибание конечностей, поднятие головы и таза.

Дуга рефлекса Переза замыкается на уровне сегментов спинного мозга по всему его длиннику.

У новорожденных с натальным повреждением шейного отдела спинного мозга отмечается своеобразный вариант рефлекса Переза (Ратнер А. Ю., Рассказова А. А., 1976): все компоненты рефлекса вызываются, как обычно, но разгибание головы при этом отсутствует.

Рефлекс Переза обычно хорошо выражен в течение первого месяца жизни новорожденного и постепенно ослабевает к исходу 3 месяца. Сохранность рефлекса старше 3 месяцев следует считать признаком патологическим.

### **11. Рефлекс опоры.**

Взять новорожденного подмышки (он рефлекторно сгибает ноги в тазобедренных и коленных суставах) и поставить с опорой на стол. При опоре он разгибает ноги и плотно всей стопой упирается в поверхность стола.

Опора может быть на носки и с перекрестом ног - это указывает на пирамидную недостаточность.

Рефлекс опоры постепенно исчезает к 4-5-недельному возрасту.

### **12. Автоматическая походка, или шаговый рефлекс.**

Из положения, как при проведении рефлекса опоры произвести легкий наклон тела вперед: ребенок делает шаговые движения.

Дуга этого рефлекса замыкается на уровне сегментов поясничного утолщения спинного мозга и потому снижается при спинальной патологии на этом уровне.

Исчезает шаговый рефлекс постепенно к 2 месяцам жизни.

### **13. Рефлекс ползания Бауэра.**

Новорожденному, уложенному на живот, врач слегка давит на подошвы — в ответ ребенок рефлекторно выполняет движения ползания.

Дуга рефлекса замыкается на уровне поясничного утолщения спинного мозга.

### **14. Защитный рефлекс**

Уложенный на живот новорожденный сейчас же поворачивает голову в сторону и пытается ее приподнять.

Дуга защитного рефлекса замыкается на уровне верхних шейных сегментов спинного мозга, и потому особенно часто рефлекс исчезает при натальной цервикальной травме.

Защитный рефлекс у здоровых новорожденных выражен очень постоянно, а после полутора месяцев ребенок пытается удерживать голову сам.

### **15. Рефлекс отдергивания.**

Если поочередно уколоть каждую подошву иглой, происходит одновременное сгибание бедер, голеней и стоп.

Дуга рефлекса замыкается на уровне сегментов поясничного утолщения спинного мозга.

### **16. Шейно-тонические рефлексы.**

Асимметричный шейно-тонический рефлекс заключается в том, что при повороте головы в сторону к плечу, в конечностях с лицевой стороны повышается тонус в разгибателях, а с затылочной стороны — в сгибателях.

Рефлекс исчезает к 12 месяцам.

Симметричный шейно-тонический рефлекс характеризуется тем, что при запрокидывании головы повышается тонус в разгибателях рук и сгибателях ног, а при опускании головы — наоборот.

Эти рефлексы непостоянны, обнаруживаются примерно у половины всех новорожденных.

### **17. Рефлекс Бабинского**

В ответ на подошвенное раздражение по наружной поверхности стопы от пятки к пальцам происходит выраженная экстензия большого пальца и веерообразное расхождение остальных.

Рефлекс Бабинского является патологическим, «пирамидным» уже с первых дней жизни ребенка.

### **Психомоторное развитие детей 1 года жизни.**

Учитывая тесную связь моторных, сенсорных функций, голосовых реакций и сенсомоторного поведения с функциональным состоянием организма и развитием соматических дисфункций у детей раннего возраста, необходимо оценивать **психомоторное развитие** в категориях: общая моторика и ручная умелость, развитие речи, а также социальная адаптация (коммуникация).

Важно оценить **ключевые моменты этапов:**

#### **1. психомоторного развития:**

- зрительное и слуховое сосредоточение (1 месяц);
- держит голову, фиксирует взгляд (2 месяца);
- переворачивается (4-5 месяцев);
- ползает (по-пластунски 7 месяцев, на четвереньках 8 месяцев);
- сидит (7 месяцев), садится самостоятельно (8 месяцев);
- стоит (10 месяцев);
- ходит (12 месяцев).

#### **2. Речевого развития:**

- гуление и лепет (2-4 месяца);
- сенсорная речь, понимание слов и связывание слышимого с конкретным образом или предметом (7-8 месяцев);
- моторная речь (8-10 месяцев – произносит отдельные слоги, к 12 месяцам - 6-12 слов, к 16-18 месяцам – фразовая речь из 2-3 слов).

## **Психомоторное развитие по месяцам.**

### **1 месяц.**

Ребёнок проявляет зрительное и слуховое сосредоточение, сосет пальцы, при близости материнской груди оживает, поворачивает голову, производит сосательные и глотательные движения. Лежа на животе, ненадолго приподнимает голову, а в вертикальном положении несколько секунд удерживает ее прямо.

### **2 месяца.**

Ребёнок уверенно удерживает голову, фиксирует взгляд, следит за движущимися предметами, реагирует на голос поворотом головы. В ответ на обращение к нему улыбается, "гулит".

### **3 месяца.**

Переворачивается вначале на бочок, а затем к концу месяца и со спины на живот. Лежа на животе малыш может приподниматься на локтях на несколько секунд. Улавливает направление звука и поворачивается в его сторону. Разглядывает собственные руки – ладошки раскрыты, пальчики трогают и исследуют не только игрушки, но и себя, тянется к игрушкам.

### **4 месяца.**

Активно переворачивается со спины на живот. Начинает реагировать на знакомые и незнакомые лица, смеется, может различать голоса, захватывать небольшие игрушки рукой и умеет произносить звуки нараспев. Появляется реакция малыша на свое имя.

### **5 месяцев**

Переворачивается на живот из любого положения и подтягивается на руках, опершись на ладошки. Переворачивается с живота на спину. Опирается на ноги, поддерживаемый под мышки и любит приседать и подпрыгивать.

### **6 месяцев**

Пытается встать на четвереньки, подтягивается на ручках и преодолевает 15-20 сантиметров, отделяющих его от цели.

## **7 месяцев**

Поднимается на четвереньки, ползает, сидит самостоятельно. Учится действовать обеими ручками одновременно. Кушает с ложечки. Начинает произносить первые слоги: ма, ба, па и др.

## **8 месяцев**

Ребенок свободно ползает, встает и сам садится, цепляясь за кроватку. Повторяет заученные движения, хлопает в ладоши. Пробует ходить при поддержке за руки, может самостоятельно стоять у опоры и даже ходить, держась за нее. При поддержке он пританцовывает, подпрыгивает и топает ножками. Развивается сенсорная и моторная речь: понимает слова и связывает слышимого с конкретным образом или предметом, говорит слоги.

## **9 месяцев**

Перебирает игрушки, выполняет простые просьбы: "дай ручку" и др. Ищет спрятанный предмет. Пытается стоять с опорой. Делает первые шаги, держась за руку. Садится из вертикального положения.

## **10 месяцев**

Уверенно стоит, ходит, держась за руку. Подражает движениям взрослых. Начинает произносить простые слова. Быстро передвигается ползком, уверенно стоит и ходит у опоры, преодолевает высотные препятствия.

## **11-месяцев**

Ребенок встает, садится, нагибается. Знает названия некоторых предметов и показывает их. Понимает запрещения и выполняет просьбы.

В конце **первого года** делает первые шаги без поддержки. Произносит отдельные слова. Его запас около 10-12 слов.



**Бланк приема врача остеопата в педиатрии**

**Анамнез**

**Жалобы на момент обращения:** \_\_\_\_\_

**Анамнез заболевания:** \_\_\_\_\_

**Анамнез жизни:** Беременность по счету \_\_\_\_\_, исходы предыдущих беременностей \_\_\_\_\_

данная протекала \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_, на сроке \_\_\_\_\_ недель, протекали \_\_\_\_\_;

воды \_\_\_\_\_, пособия в родах: \_\_\_\_\_ положение

плода: \_\_\_\_\_

Масса \_\_\_\_\_ г., окр. гол. \_\_\_\_\_ Оценка по Апгар \_\_\_\_\_ баллов.

Закричал \_\_\_\_\_; обвитие пуповины \_\_\_\_\_

К груди приложен \_\_\_\_\_ Выписан домой на \_\_\_\_\_ сутки жизни. В периоде

новорожденности не болел/ болел \_\_\_\_\_

Вскармливание \_\_\_\_\_

Психомоторное развитие соответствует возрасту/не соответствует \_\_\_\_\_

На диспансерном учете не состоит / состоит с Ds: \_\_\_\_\_

Перенес (в т.ч. детские инфекции) \_\_\_\_\_

Травмы/операции \_\_\_\_\_

Вакцинация (негативные реакции) \_\_\_\_\_

Постоянно принимаемые препараты \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания \_\_\_\_\_

**Данные объективного обследования**

Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести, \_\_\_\_\_

**Телосложения** правильного. Нарушение осанки \_\_\_\_\_

**Питания:** удовлетворительного, пониженного, избыточного \_\_\_\_\_

**Кожные покровы:** физиологической окраски и влажности, чистые \_\_\_\_\_

**Зубы** \_\_\_\_\_ **Видимые слизистые оболочки** \_\_\_\_\_

**Периферические лимфоузлы** интактные \_\_\_\_\_

**Носовое дыхание:** свободное \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ в мин. \_\_\_\_\_

ЧСС \_\_\_\_\_ в мин.

**Живот:** правильной формы, мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребенка,

печень: по краю реберной дуги, \_\_\_\_\_, селезенка: не пальпируется \_\_\_\_\_.

**Стул:** \_\_\_\_\_ раз в сутки \_\_\_\_\_. **Мочепускание** не нарушено, дизурических явлений

нет \_\_\_\_\_.

**Зрение:** \_\_\_\_\_

**Данные лабораторных/инструментальных методов обследования:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Данные общего остеопатического обследования.**  
(\* - особенности у детей 1 года жизни)

1. Осмотр спереди / сбоку / сзади/\* лёжа на спине /\* лёжа на животе \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
    **Поза** \_\_\_\_\_  
    **Форма головы** \_\_\_\_\_  
    **Положение головы относительно тела** \_\_\_\_\_  
    **Экскурия грудной клетки и живота во время дыхания** \_\_\_\_\_
2. Активные движения \_\_\_\_\_
3. Пальпация / перкуссия мышечного тонуса: \_\_\_\_\_
4. \*Тест флексии \_\_\_\_\_
5. Оценка подвижности на уровне отделов позвоночника: \_\_\_\_\_
6. \*Тест на подвижность в поясничном отделе (флексия, латерофлексия, ротация) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **Флексионный тест** стоя \_\_\_\_\_ сидя \_\_\_\_\_
8. **Пассивные тесты в трансляции** \_\_\_\_\_
9. **Тест трех объемов,\*:**
  - \*Голова, шейный регион \_\_\_\_\_
  - \*Грудной регион \_\_\_\_\_
  - \*Поясничный , тазовый регионы \_\_\_\_\_
10. **Оценка длины нижних конечностей:** \_\_\_\_\_
11. **Тест подвижности суставов нижних конечностей** \_\_\_\_\_
12. **Тест подвижности КПС:** \_\_\_\_\_
13. **Тест подвижности суставов верхних конечностей** \_\_\_\_\_
14. **Оценка шейного отдела позвоночника (в трансляции)** \_\_\_\_\_
15. **Оценка торакального и абдоминального регионов** \_\_\_\_\_
16. **Кранио-сакральная сфера:**

Глобальная оценка подвижности КСС (асинхронизм) + / -  
Краниальный эндогенный ритм (RAF):  
ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_ Компрессия на  
уровне СБС: +/- Паттерн \_\_\_\_\_
17. **Кардиальный эндогенный ритм (RAF):**

ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_ Пульс на лучевых артериях:  
симметричность \_\_\_\_\_ частота \_\_\_\_\_ ритмичность \_\_\_\_\_  
Пульс на задних большеберцовых артериях: пальпируется (да / нет) \_\_\_\_\_  
симметричность \_\_\_\_\_
18. **Торакальный эндогенный ритм (RAF):**

Ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_
19. **Висцеральная система.**

**Оценка мобильности внутренних органов:**  
висцерального ложа шеи \_\_\_\_\_  
грудной клетки \_\_\_\_\_  
области живота \_\_\_\_\_  
области малого таза \_\_\_\_\_

**Дополнительные тесты:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Остеопатическое заключение:**

Уровень\Нарушение	Биомеханическое (+ - ++ - +++)	Ритмогенное (+ - ++ - +++)	Нейродинамическое (+ - ++ - +++)
Глобальный			*
Региональный			*
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
<b>Доминирующая соматическая дисфункция:</b>			

\*- не оценивается у детей 1 года жизни

**Диагноз (по МКБ-10):**

---

---

---

**Лечение:**

---

---

---

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_

**Необходимые консультации специалистов:**

---

**Необходимые обследования (лабораторные и инструментальные):**

---

---

---

**Повторный прием через** \_\_\_\_\_.

**Врач:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## Приложение 4.

Частота сердечных сокращений и дыхания у детей разного возраста

Возраст	Частота пульса	Частота дыхания
до 1 мес.	140-160	40-60
6 мес.	130-135	35-40
1 год	120-125	30-35
2 года	110-115	30-35
3 года	105-110	30-35
5 лет	100	25
8 лет	90	20-25
10 лет	80-85	20
старше 12 лет	70-75	16-18