

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ МФММ

МФММ И ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	3
---------------------------------------	---

ЮБИЛЕЙ

РАЗВИТИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ, ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ (К 10-ЛЕТИЮ ЮБИЛЕЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»).....	19
А.Б. Ситель, В.С. Гойденко	

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОСТРАНСТВЕННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ	24
А.Б. Ситель, С.В. Никонов, К.О. Кузьминов	
ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕРЫВИСТОЙ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ	37
А.М. Орел, И.С. Истомина	
ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИДКОСТНЫХ СРЕД ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ	40
Н.П. Ерофеев, Д.Е. Мохов, Д.Б. Вчерашний, Е.В. Урлапова	
ПРЕИМУЩЕСТВА ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	44
А.Г. Баиров, М.В. Эрман, Г.В. Баиров	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРОКИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ	49
О.А. Святкина, Н.П. Елисеев, И.Н. Шарапов, В.В. Беляков	
К ВОПРОСУ О ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ОЦЕНКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОСТХЛЫСТОВОМ СИНДРОМЕ	57
А.М. Орел, Н.В. Лаптева	

ОБЗОР

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, ВАЖНЫХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	61
В.А. Фролов, И.Г. Лугова	

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ЭМБРИОЛОГИЯ, ЧАСТЬ 2)	74
А.И. Небожин	
НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВЫХ МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ ПРИ СПАЗМЕ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ У ВРАЧЕЙ. САМОДИАГНОСТИКА И САМОКОРРЕКЦИЯ	82
Л.Ф. Васильева	

ИНФОРМАЦИЯ

CONTENTS

FIMM NEWS

FIMM AND OSTEOPATHIC MEDICINE	3
-------------------------------------	---

ANNIVERSARY

MANUAL THERAPY DEVELOPMENT IN RUSSIA, FUTURE TASKS (ON THE OCCASION OF THE 10 th ANNIVERSARY OF “MANUAL THERAPY” SPECIALTY)	19
A.B. SiteI, V.S. Goidenko	

ORIGINAL PAPERS

MANUAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPRESSION SYNDROMES OF THE LUMBAR SPINE DEPENDING ON A SPACE LOCATION OF THE INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION	24
A.B. SiteI, S.V. Nikonov, K.O. Kuzminov	
THE EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMBS USING MANUAL THERAPY AND INTERMITTENT PNEUMOCOMPRESSION	37
A.M. Orel, I.S. Istomina	
THE STUDY OF HUMAN BODY LIQUID MEDIA BY LASER DOPPLER FLOWMETERING METHOD	40
N.P. Yerofeev, D.E. Mokhov, D.B. Vcherashniy, E.V. Uralpova	
THE ADVANTAGES OF OSTEOPATHIC MANIPULATION THERAPY FOR THE TREATMENT OF SECONDARY CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN	44
A.G. Bairov, M.V. Erman, G.V. Bairov	
THE BODY-DIRECTED THERAPY EFFICIENCY EVALUATION IN CASE OF FIBROCYSTIC MASTOPATHY	49
O.A. Svyatkina, N.P. Yeliseev, I.N. Sharapov, V.V. Belyakov	
ABOUT THE PROBLEM OF X-RAY DIAGNOSTICS FOR THE EVALUATION OF THE SPINE POST-TRAUMATIC CONDITION IN CASE OF POSTWHIPLASH SYNDROME	57
A.M. Orel, N.V. Lapteva	

REVIEW

ABOUT THE PROBLEM OF SOME PECULIARITIES OF HEADACHES, WHICH ARE IMPORTANT FROM THE MANUAL THERAPY POINT OF VIEW	61
V.A. Frolov, I.G. Lugova	

TO ASSIST A PRACTITIONER

MANUAL THERAPY OF THE INTERNALS (EMBRYOLOGY, PART 2)	74
A.I. Nebozhin	
NEUROPHYSIOLOGIC MECHANISMS OF MUSCLE PAIN SYNDROMES FORMATION IN CASE OF DIAPHRAGM SPASM IN DOCTORS. SELF-DIAGNOSIS AND SELF-CORRECTION	82
L.F. Vasilieva	

INFORMATION

Fédération Internationale de Médecine Manuelle
International Federation for Manual/Musculoskeletal Medicine
Internationale Gesellschaft für Manuelle Medizin
Международная Федерация Мануальной Медицины



МФММ И ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ, ИЗЛАГАЮЩИЙ ПОЗИЦИЮ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО
 СОВЕТА МФММ, ПРИНЯТ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫМ СОВЕТОМ 19 АВГУСТА 2007 Г.**

ПРЕДСТАВЛЕН НА ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕЕ МФММ 15 СЕНТЯБРЯ 2007 Г.

FIMM AND OSTEOPATHIC MEDICINE

**AN OFFICIAL POSITION PAPER OF THE FIMM EXECUTIVE BOARD
 ACCEPTED BY THE EXECUTIVE BOARD ON AUGUST 19, 2007**

PRESENTED TO THE FIMM GENERAL ASSEMBLY ON SEPTEMBER 15, 2007

Международная федерация мануальной медицины (МФММ) признает, что ее руководители и многие представители Национальных обществ, являющихся ее членами, имеют желание или необходимость во взаимодействии с различными государственными или регулирующими органами, учеными, образовательными институтами и практикующими врачами в рамках международного сообщества. В частности, МФММ выделила в качестве приоритетного направления взаимодействие с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), относящееся к области мануальной/мышечно-скелетной (М/М) медицины.

ВОЗ в последнее время провела ряд совещаний, касающихся лечебных систем, которые включают «мануальные терапии». На последнем совещании были дифференцированы категории «osteopathic medicine» и «osteopathy, practiced by osteopaths with medical education» и «osteopathy, practiced by non-professional osteopaths» (без медицинского образования). С увеличением в рамках МФММ числа Национальных обществ, включающих остеопатов с медицинским образованием, osteopathic образовательные направления в М/М медицине и/или признанные osteopathic дипломы, эта тема является своевременной как в рамках МФММ, так и в отношении развития международной политики здравоохранения.

Организуя такие дискуссии, Исполнительный совет МФММ признает, что различные языки, традиции, истории, культуры и нормативные документы в сфере здравоохранения затрудняют общение и усиливают непонимание. Поэтому МФММ желает, чтобы во

The *Fédération Internationale de Médecine Manuelle* (FIMM) recognizes that its leaders and many representatives of its National Society membership desire or need to interact with various governmental and regulatory bodies, scientists, educational institutions, and healthcare practitioners within the international community. In particular, the FIMM has prioritized interactions with the World Health Organization (WHO) with regard to the field of Manual/Musculoskeletal (M/M) Medicine.

The WHO has recently undertaken a number of consultations with regard to healing systems that incorporate “manual therapies”. The most recent consultation differentiated osteopathic medicine and osteopathy as practiced by osteopathic physicians and so-called *lay osteopaths*. With an increasing number of National Societies within FIMM containing osteopathic physicians, osteopathic educational tracks in M/M Medicine, and/or recognized osteopathic credentials, this is a timely topic both within FIMM and with respect to developing international health policy.

In undertaking such discussions, the FIMM Executive Board recognizes that different languages, customs, histories, cultures, and health regulatory practices make communication difficult and increase the potential for miscommunication. Therefore, in all interactions and communications, including health policy processes, information

всех взаимодействиях и коммуникациях, включая основные направления развития здравоохранения, сбор информации, образование, сотрудничество, совместные предприятия и обсуждения, МФММ, ее Национальные общества и члены этих обществ, Академия МФММ и область М/М медицины были представлены правильно. Более того, МФММ подчеркивает ответственность за соблюдение этических норм, необходимость уважения к истории, авторитету и взаимоотношениям, управляющим в настоящее время международной политикой здравоохранения и медицины, при сообщении любой информации, касающейся МФММ, любого из членов ее Национальных обществ или области М/М медицины.

Для этой цели Исполнительный совет МФММ разработал данный документ, излагающий его позицию в отношении остеопатической медицины, насколько она касается МФММ и его позиции по мануальной/мышечно-скелетной медицине. Перспективы и принципы, намеченные в данном документе, хотя и не являются всеохватывающими, должны служить рекомендациями для руководства МФММ, представителей и уполномоченных из Национальных обществ МФММ и для тех, кто будет получать информацию о М/М медицине.

МФММ: многонациональная федерация, включающая только врачей

Международная федерация мануальной медицины (МФММ) – это некоммерческая, включающая только врачей, международная медицинская ассоциация, состоящая из отдельных национальных обществ со сходными философскими убеждениями и практическими методами. Проводимой научной, образовательной и исследовательской работой МФММ стремится создать согласующиеся высокие стандарты в практической мануальной/мышечно-скелетной медицине во всем мире. Совсем недавно федерация приняла на себя обязанности, лежащие на Национальных обществах – ее членах, по участию в формировании политики здравоохранения, предназначенной для облегчения доступа к помощи в рамках мануальной/мышечно-скелетной медицины и улучшения ее качества ради блага пациентов и заботы об их здоровье.

МФММ определяет следующие аспекты, относящиеся к ее роли как федерации:

1. МФММ предлагает площадку для обмена опытом и знаниями представителям различных школ М/М медицины.

2. МФММ поддерживает квалификацию и коллегиальность среди врачей, занимающихся М/М медициной во всем мире.

gathering, education, collaboration, cooperative ventures, and discussions, the FIMM desires accurate representation of the FIMM, its National Societies and their members' credentials, the FIMM Academy, and the field of M/M Medicine. Furthermore, the FIMM stresses the responsibility of integrating ethics and respect for the known history, authority, and relationships currently governing international health and medical policy when communicating any and all information concerning the FIMM, any of its National Society members, or the field of M/M Medicine.

To this end, the FIMM Executive Board has developed this Position Paper concerning *Osteopathic Medicine* as it relates to FIMM and its position on Manual/Musculoskeletal Medicine by physicians. While not all-inclusive, the perspective and principles delineated in this document should serve as guidelines for the FIMM leadership, representatives and delegates from FIMM National Societies, and for those who would know of M/M Medicine.

FIMM: A Physician-Only Multi-National Federation

The *Fédération Internationale de Médecine Manuelle* (FIMM) is a non-profit, physician-only international medical association comprised of individual national societies of similar philosophical beliefs and practices. Through scientific and educational channels, together with evidencebased research, FIMM aims to create consistently high standards in the practice of Manual/Musculoskeletal Medicine world wide. Most recently, the Federation has accepted the charge from member national societies to participate in health policy designed to improve access to and quality of care in Manual/Musculoskeletal Medicine for the benefit of patients and their healthcare.

FIMM identifies the following concerning its role as a Federation:

1. FIMM offers a platform for representatives of the different schools of M/M Medicine to exchange experience and knowledge.

2. FIMM promotes expertise and collegiality among physicians involved in M/M Medicine from all over the world.

3. МФММ считает себя ответственной за поддержку врачей-профессионалов в области М/М медицины с тем, чтобы усилить их профессиональную позицию.

4. МФММ поддерживает междисциплинарное сотрудничество в интересах пациентов и развития М/М медицины.

5. МФММ принимает активное участие в анализе научных отчетов и сообщений об инцидентах, несчастных случаях и осложнениях при использовании методов и техник М/М медицины, как это обычно делается в медицине.

6. МФММ вносит вклад в системы управления качеством разнообразными способами, включая регулярное проведение научных конгрессов и образовательных курсов, а также поддержку и совершенствование образовательных стандартов М/М медицины.

Остеопатическая медицина в США – признанная школа мануальной/мышечно-скелетной медицины

Исполнительный совет МФММ признает опыт правительства США в предоставлении американской остеопатической профессии статуса параллельной и основной особой медицинской школы, чей диплом (Доктор Остеопатии, DO) равнозначен по закону и объему практики другому врачебному диплому, выдаваемому в США, – Доктор Медицины (MD). Более того, Исполнительный совет МФММ считает, что в обучении врачей пальпаторной диагностике и остеопатическому мануальному лечению остеопатические медицинские школы составляют признанную и особую школу мануальной медицины. Данное заключение основано на сравнении базового учебного плана по М/М медицине, подготовленного Образовательным советом МФММ и принятого Генеральной ассамблеей МФММ, и документов и программ, содержание которых составляет основу обучения мануальной медицине в американских остеопатических колледжах/университетах.

При рассмотрении этого заключения Исполнительный совет обратился к документам МФММ^{1,2} для определения следующих аспектов, относящихся к мануальной/мышечно-скелетной медицине (М/М медицине):

1. М/М медицина – это медицинская дисциплина расширенных знаний и усовершенствованных

3. FIMM feels responsible to support medical professionals in M/M Medicine in order to strengthen their professional position.

4. FIMM promotes interdisciplinary cooperation in the interest of patients and the development M/M Medicine.

5. FIMM takes an active role in analyzing the scientific reports and communications about incidents, accidents and complications of methods and techniques of M/M Medicine, as it is usual in medicine.

6. FIMM contributes to quality management systems in many ways including promoting regularly scientific congresses and educational courses as well as promoting and updating educational standards of M/M Medicine.

Osteopathic Medicine in the U.S.A. as a Recognized School of Manual/Musculoskeletal Medicine

The FIMM Executive Board acknowledges the expertise of the United States government in according the American osteopathic profession status as a parallel and distinctive mainstream school of medicine whose degree (D.O.) is equal under the law and scope of practice with the other physician degree offered in the United States, that of M.D. Furthermore, the FIMM Executive Board considers that osteopathic medical schools in teaching palpatory diagnosis and osteopathic manipulative treatment to physicians constitute a recognized and distinctive school of manual medicine. This conclusion is based upon a comparison of the M/M Medicine core curriculum prepared by the FIMM Education Board (and adopted by the FIMM General Assembly) to documents and syllabi representing the content making up core manual medicine teaching required in American osteopathic colleges/universities.

In considering their conclusion, the Executive Board drew upon FIMM documents^{1,2} to identify the following aspects concerning Manual/Musculoskeletal Medicine (M/M Medicine):

1. M/M Medicine is the medical discipline of enhanced knowledge and skills in the diagnosis,

¹ Политика и Миссия МФММ (2005) www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm_policy_and_mission_e.pdf

² Базовая учебная программа МФММ (2005) www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/curriculum_manual_2nd_edition.pdf

¹ FIMM Policy & Mission (2005) www.fimmonline.com/pub/en/data/objects/fimm_policy_and_mission_e.pdf

² FIMM Core Curriculum (2005) www.fimmonline.com/pub/en/data/objects/curriculum_manual_2nd_edition.pdf

навыков в диагностике, терапии и предотвращении функциональных обратимых нарушений опорно-двигательного аппарата и, особенно, позвоночника.

2. М/М медицина завершает и дополняет программу как базового университетского, так и последипломного обучения и подготовки врачей.

- Диагностические навыки строятся на основе традиционных медицинских техник, основанных на научных биомеханических и нейрофизиологических принципах, с мануальной оценкой отдельных тканей и функциональной оценкой всей системы.

- Терапевтические навыки добавляют мануальные/манипулятивные техники и усовершенствованные интервенционные методы к традиционным видам лечения для уменьшения боли или достижения других терапевтических результатов.

3. М/М медицина является специфической помощью отдельному человеку, а также снижает общественные затраты.

4. Вовлечение пациента в терапевтическую деятельность в результате тщательной диагностики помогает предотвращать рецидивы.

5. МФММ предлагает включать базовый учебный план, составляющий примерно 300 часов, в учебную программу дипломного курса, чтобы она содержала обзорный курс, касающийся мануальной медицины, теоретические занятия (125 часов), практическую подготовку (125 часов) и консультирование пациентов в присутствии/под контролем наставника и с его комментариями в больничных/поликлинических учреждениях. Рекомендуемое распределение содержания программы: 35% теории, 35% лечебной практики и 30% обследований.

Исполнительный совет провел также сравнение М/М медицины и остеопатической медицины, взяв аналогичные пункты из документов^{3,4,5} Американской остеопатической ассоциации (АОА). Согласно им определена следующая информация, связанная с М/М и относящаяся к остеопатической медицине:

1. Остеопатическая медицина – полная система медицинской помощи, объединяющей потребности пациента с текущей практикой медицины, хирургии и родовспоможения, с философией, подчеркивающей взаимозависимость между структурой и

therapy and prevention of functional reversible disorders of the locomotor system and especially the spine.

2. M/M Medicine completes and complements the syllabus of both undergraduate and postgraduate education and training of physicians.

- Diagnostic skills build on conventional medical techniques with manual assessment of individual tissues and functional assessment of the whole system, based on scientific biomechanical and neurophysiologic principles.

- Therapeutic skills add manual/manipulative techniques and advanced interventional techniques to conventional treatments for the reduction of pain or other therapeutic outcome.

3. M/M Medicine is a specific help for the individual as well as economical for social expenditure.

4. Patient involvement in the therapeutic activity, resulting from the detailed diagnosis, helps in the prevention of recurrence.

5. FIMM suggests a basic core curriculum (totalling approximately 300 hours) to be structured in the style of a diploma course to contain an overview course concerning manual medicine, theory conferences (125 hours), practical training (125 hours), and assisted/supervised commented patient consultations in hospital/outpatient settings. The content distribution recommended was 35% theory, 35% treatment, and 30% examination.

The Executive Board then compared M/M Medicine to Osteopathic Medicine by listing parallel items from American Osteopathic Association (AOA) documents^{3,4,5}. These items identified the following M/M-related information concerning Osteopathic Medicine:

1. Osteopathic Medicine is a complete system of medical care with a philosophy that combines the needs of the patient with the current practice of medicine, surgery, and obstetrics, that emphasizes

³ ОСОП Глоссарий остеопатической терминологии (2006) www.aacom.org/om/Glossary.doc

⁴ Международный Белый Документ Бюро по международному остеопатическому образованию и международным делам (2007)

⁵ Документы, отражающие позицию АОА (2005) www.osteopathic.org/pdf/aoa_positionindex.pdf

³ ECOP Glossary of Osteopathic Terminology (2006) www.aacom.org/om/Glossary.doc

⁴ International White Paper of the Bureau of International Osteopathic Medical Education and Affairs (2007).

⁵ AOA Position Papers (2005) www.osteopathic.org/pdf/aoa_positionindex.pdf

функцией и высоко оценивающей способность тела к самоизлечению. Единственным видом лицензии для остеопатов с медицинским образованием (DO) в США является лицензия, отражающая полный объем врачебной практики.

2. Мануальная медицина – это искусное использование рук для диагностики и лечения структурных и функциональных отклонений в различных тканях и органах тела, включая кости, суставы, мышцы и другие мягкие ткани, являющееся неотъемлемой частью полной медицинской помощи. (Признано, что термин пришел из немецкого языка – «Manuelle Medizin»). Остеопатическое мануальное лечение (ОМЛ) – это терапевтическое применение усилий рук остеопата с медицинским образованием для улучшения физиологической функции и/или поддержки гомеостаза, нарушенного соматической дисфункцией.

- В США образовательные стандарты АОА определяют, что такой вид М/М медицины, как ОМЛ, является обязательным и неотъемлемым элементом полной программы как университетского (до получения диплома врача), так и последиplomного медицинского образования и практической подготовки остеопатов с медицинским образованием (DO).

- Диагностические навыки строятся на основе полного обследования пациента с мануальной оценкой, делающей акцент на нейро-мышечно-скелетной системе и включающей пальпаторную диагностику соматической дисфункции и висцеро-соматических изменений. Обследование проводится в контексте общего наблюдения пациента и акцентируется на выявлении дисфункций во всех частях тела посредством статических и динамических функциональных оценок в различных его положениях. Подчеркивается необходимость получения объективных диагностических данных, которые включают оценку боли, асимметрию, ограничение движения и локальное изменение структуры ткани.

- Терапевтические навыки включают способность врача к оценке соотношения риск/польза по всем известным методам лечения, включая мануальные/манипулятивные техники для уменьшения боли или достижения другого терапевтического результата.

- В США полный остеопатический медицинский лицензионный экзамен (COMLEX) принят всеми штатами и включает письменную и практическую проверку наличия навыков нейро-мышечно-скелетной медицины и определения показаний и противопоказаний для ОМЛ. Все вопросы COMLEX, используемые для проверки диагностических и терапевтических навыков в этой области, основаны на биомеханических и

the interrelationship between structure and function and that has an appreciation of the body's ability to heal itself. The only type of license for osteopathic physicians (D.O.) in the United States is one reflecting a full scope of medical practice.

2. Manual medicine is the skilful use of the hands to diagnose and treat structural and functional abnormalities in various tissues and organs throughout the body, including bones, joints, muscles and other soft tissues as an integral part of complete medical care. (Term recognized as coming from the German, "Manuelle Medizin"). Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) is the therapeutic application of manually guided forces by an osteopathic physician to improve physiologic function and/or support homeostasis that has been altered by somatic dysfunction.

- In the United States, the educational standards of the AOA specifies that such M/M Medicine (OMT) is a mandatory and integral component in the complete syllabus of both predoctoral and postgraduate medical education & training of osteopathic physicians (D.O.).

- Diagnostic skills build on the total examination of the patient with manual assessment emphasizing the neuromusculoskeletal system while incorporating palpatory diagnosis for somatic dysfunction and viscerosomatic change. The examination is performed within the context of total patient care and emphasizes finding somatic dysfunction in all parts of the body through static and dynamic (functional) evaluations in multiple positions. Objective diagnostic findings sought include tenderness, asymmetry, restriction of motion, and local tissue texture change.

- Therapeutic skills include a physician's consideration of the risk-to-benefit ratio of all recognized treatments including manual/manipulative techniques for the reduction of pain or other therapeutic outcome.

- In the United States, the Comprehensive Osteopathic Licensure Examination (COMLEX) is accepted by all States and integrates written and hands-on testing of neuromusculoskeletal medicine and of OMT indications and contraindications. All COMLEX questions used to test diagnostic and therapeutic skill in this field are based upon scientific biomechanical and neurophysiologic principles

нейрофизиологических принципах и современной доказательной медицине.

3. Остеопатическая медицина фокусируется на нуждах отдельного пациента, имеющего заболевание или симптом; пациенты являются центром диагностического и терапевтического процесса и очень поощряется, чтобы они несли ответственность за собственное здоровье. Остеопатический подход к пациенту является национально признанным, и растущая научная доказательная база говорит о нем как об эффективном, ценном и экономичном подходе к заботе о здоровье.

4. Учебный план по остеопатии ежегодно рассматривается Образовательным советом по остеопатическим принципам (ОСОП), который состоит из всех руководителей факультетов (отделений), которым в остеопатических колледжах поручено преподавание пальпаторной диагностики и мануального лечения. Комиссия по аккредитации остеопатических колледжей аккредитует все американские образовательные программы по остеопатии и утверждает учебный план, который поддерживает философски самостоятельную и отдельную, с точки зрения получения образования, школу медицины, интегрирующую остеопатическую философию, мануальную диагностику и лечение.

- Исследования ОСОП показывают, что 180-360 часов учебного плана даются только в течение первых двух лет обучения. Обычно это время делится поровну между лекциями и практическими лабораторными занятиями. Оставшаяся часть базового учебного плана МФММ выполняется в соответствии с требованиями по аудиторным, практическим занятиям и самостоятельной работе с пациентами под наблюдением специалиста в течение 3-4 лет, которая выполняется до получения диплома врача.

- Письменная и практическая проверка этих материалов проводится часто, является всеобъемлющей, и руководство ею осуществляется как на местном, так и национальном уровнях.

- Помимо требований базовой программы для получения диплома по остеопатической медицине, при любом последипломном образовании по образовательной программе, аккредитованной АОА, требуется дальнейшее обучение в области мануальной медицины. Количество учебных часов зависит от специализации, но наибольшее их количество в программах по семейной и нейро-мышечно-скелетной медицине, каждая из которых требует двух дополнительных лет работы в клинике под наблюдением по программе, занимающей полный рабочий день.

- Наконец, все Доктора Остеопатии (DO), получившие лицензию и практикующие в США, должны

and state-of-the-art evidence-based medicine references.

3. Osteopathic medicine centres upon the needs of the individual patient who may happen to have a disease or symptom; patients are centrally involved in the diagnostic and therapeutic process and are strongly encouraged to take responsibility for their own health. The osteopathic approach to the patient is nationally recognized and growing scientific evidence suggests it is an effective, valued, and economical approach to health care.

4. The osteopathic curriculum is annually reviewed by the Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP), which is made up of all chairpersons of the departments charged in osteopathic colleges to teach palpatory diagnosis and manual treatment. The Commission on Osteopathic College Accreditation accredits all American osteopathic educational programs and mandates a curriculum that supports a philosophically distinct and educationally separate school of medicine through the integration of osteopathic philosophy and manual diagnosis and treatments.

- ECOP surveys indicate 180-360 hours of curriculum is delivered in the first two years of training alone (typically this time is expended equally in lecture and hands-on laboratory sessions). The remainder of the FIMM Core Curriculum is fulfilled by further requirements for classroom, practical, and supervised applications completed during osteopathic year 3-4 predoctoral patient experiences.

- Written and practical testing of this material is frequent, comprehensive, and administered both locally and nationally.

- Over and above the basic core requirements for a degree in osteopathic medicine, further education in manual medicine is required in any postdoctoral training acquired in an AOA-accredited education program. These hours are variable depending upon the specialty field but are most prevalent in the family medicine residency program and in the neuromusculoskeletal medicine program each lasting two additional supervised years in a full-time hospital-linked program.

- Finally, all licensed D.O.s practicing in the United States must additionally complete a minimum

каждые три года дополнительно проходить курс последипломного медицинского обучения (не менее 120 часов), имеющего остеопатическую категорию IA (более половины инструкторов являются преподавателями, занимающимися обучением остеопатии).

МФММ признает международную диверсификацию в среде врачей, практикующих остеопатию

Остеопатическая медицинская профессия зародилась в сельской части Америки в 1892 г. как отдельная американская медицинская школа. В то время как первоначальная остеопатическая организация могла бы выдавать диплом Доктора Медицины (MD), основатель, желая для выпускников данной школы сделать акцент на мануальной медицине, решил, что Американская школа остеопатии будет выдавать диплом Доктора Остеопатии (DO). Почти сразу же после основания школы некоторые выпускники эмигрировали в другие страны.

В настоящее время, благодаря своим дипломам и успешному тестированию, некоторое количество эмигрировавших остеопатов с медицинским образованием, прошедших обучение в США, признаны полноправными врачами в ряде стран за пределами США. Тысячи других практикуют в качестве врачей за пределами США на службе в американской армии в составе международных медицинских миссий. Американские остеопатические колледжи и университеты зарегистрированы во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как медицинские школы.

Для более ранних выпускников Американской остеопатической школы, уехавших за границу, ситуация складывалась по-другому. Более того, судьба и разрешенный объем практики для этих выпускников 50-100 лет назад привели к расхождениям и/или ограничениям в образовательных стандартах, использовавшихся за пределами США. Для того, чтобы разобраться с путаницей, которая сохраняется по сей день, и лучше понять международную остеопатическую профессиональную сферу, в 2006 г. во Всемирной организации здравоохранения были проведены консультации, касающиеся базового обучения и безопасности в рамках международного остеопатического сообщества.

Исторически сложившиеся культурные различия в остеопатической профессии возникли из-за национальных границ и возможности/невозможности обеспечить право на практику. В результате остеопатическая философия, наука и искусство по-разному развивались на нескольких континентах, по-разному включаясь в сферу медицинской помощи в каждой стране и делая различными перспективы остеопатии и остеопатической медицины.

of 120 postgraduate continuing medical education hours every three years having osteopathic category IA status (at least half of the instructional staff are osteopathically related educators).

FIMM Recognizes International Diversity in Osteopathic Practitioners

The osteopathic medical profession originated in rural America in 1892 as a distinctively American medical school. Whilst the original osteopathic institution could have granted an M.D. degree, the founder, wishing to distinguish the graduates' of this school unique emphasis on manual medicine, elected to have the American School of Osteopathy grant the degree D.O. Almost immediately after the founding of the school, some graduates immigrated to other countries.

Today as a consequence of their individual credentials and successful testing, several emigrating osteopathic physicians trained in the United States have now been accepted as complete physicians in a number of countries outside the U.S.A. Thousands more practice outside the U.S.A. in the duty of the U.S. military or after being accepted to conduct international medical missionaries as physicians to those in need. American osteopathic colleges and universities are registered with the World Health Organization (WHO) as medical schools.

This was not the case for early graduates from the American osteopathic school who travelled internationally. Furthermore, the fate and allowed scope of practice of these early graduates 50-100 years ago led to divergence and/or restrictions in the educational pathways used outside the United States. To address the confusion that remains to this day and to better understand the international osteopathic professional arena, in 2006 a consultation was conducted at the World Health Organization concerning basic training and safety within the international osteopathic community.

Historically, cultural divergence within the osteopathic profession arose due to national boundaries and the ability (or lack thereof) to secure practice rights. As a consequence, the osteopathic philosophy, science, and art have evolved differently over time on numerous continents with varying impact on healthcare delivery in each country and differing perspectives on osteopathy and osteopathic medicine.

- В некоторых странах философии, науке и искусству остеопатии пришлось развиваться в условиях ограниченной практики, связанной или не связанной с параллельными стандартами медицинской диагностики и лечения врачей-аллопатов. Школы, которые возникали в таких условиях, не проводили полный курс обучения врачебной профессии, а, вместо этого, концентрировались на подготовке остеопатов для того объема практики, который допускался или затем признавался в этих странах.

- В некоторых странах отдельные элементы остеопатической культуры были перенесены в последипломные или специализированные курсы обучения врачей с полным спектром практики просто как навыки мануальной медицины. Наличие школ и программ, следующих этим путем, привели к тому, что среди получивших диплом Доктора Медицины (MD) были такие, кто не знал ни о какой остеопатической связи, и такие, кто некорректно приравнивал свободную связь к техникам, возникшим в остеопатической профессии. Такие врачи не подходят под определение «врач, практикующий остеопатию» (вне зависимости от того, как они сами себя называют, или некоего внутреннего аттестата).

- В некоторых странах мануальные терапевты с полным спектром практики стремились (и продолжают стремиться) расширить свое понимание остеопатической философии, науки и искусства. Некоторые Национальные общества МФММ активно обращались к профессорам остеопатии и/или заключали с ними контракты (в особенности, с дипломированными американскими Докторами Остеопатии (DO)) для разработки остеопатических учебных программ (от базово-частичных до более полных) или проведения обучения в своих странах. Прошедшие обучение по таким программам являются врачами, которые, согласно собственному обозначению, равноправному диплому или национальному регистру, реализуют М/М медицину как «врачи, практикующие остеопатию».

- В США «непоколебимая позиция Американской остеопатической ассоциации состоит в том, что единственным видом лицензии для Докторов Остеопатии (DO) в Соединенных Штатах является лицензия, отражающая полный объем медицинской практики»⁶. Это означает, что остеопаты, получившие образование в других странах, не могут практиковать в США с дипломом Доктора Остеопатии (DO), выданным другими организациями помимо тех, которые

- In some countries, the philosophy, science and art of osteopathy needed to operate in a limited spectrum-of-practice setting, linked or not to parallel standards of medical diagnosis and treatment of allopathic physicians. Schools that arose in this setting did not implement training of complete physicians and focused instead on preparing “osteopaths” for the scope of practice their countries would tolerate or subsequently recognize.

- In some countries, selected elements of the osteopathic culture were transferred in postgraduate or specialty training settings to full spectrum-of-practice physicians simply as “manual medicine” skills. Schools or organized programs electing this path resulted in M.D.’s ranging from those who were unaware of any osteopathic connection to those who incorrectly equate the loose connection to techniques that originated in the osteopathic profession to an osteopathic education. Such physicians are not considered by definition to be “osteopathic practitioners” (regardless of self-designation or some internal credential).

- In some countries, full-spectrum manual medicine physicians sought (and continue to seek) to expand their understanding of the osteopathic philosophy, science and art. Some FIMM National Societies actively requested and/or contracted osteopathic professors (particularly credentialed American D.O.s) to develop or teach osteopathic curricula (substantivepartial to more comprehensive) in their countries. Graduates of these curricula are physicians who, by self-designation, peer credential, or national registry, deliver M/M Medicine as physicians who were “osteopathic practitioners”.

- In the U.S.A., “It is the unwavering position of the American Osteopathic Association that the only type of license for D.O.s in the United States is one reflecting a full scope of medical practice.”⁶ This means that internationally educated osteopaths are not able to practice in the United States with a D.O. credential that originated outside the institutions accredited by the American Osteopathic Association. As a consequence of this historical divergence outside the United States, the recognition of what

⁶ Международный Белый Документ (2007) Бюро по международному остеопатическому образованию и международным делам.

⁶ International White Paper (2007) of the Bureau of International Osteopathic Medical Education and Affairs.

аккредитованы Американской остеопатической ассоциацией.

В результате этих исторически возникших расхождений в терминологии, за пределами США понятие «вести остеопатическую практику» стало размытым, и сейчас в мире довольно много путаницы как в общественной, так и в профессиональной сфере. В ходе процессов глобализации многонациональные федерации, такие как МФММ, обязаны принимать на себя функции хорошо осведомленных источников, чтобы помогать проводить классификацию в таких вопросах политики здравоохранения как безопасность, качество, доступность и стоимость.

Исполнительный совет МФММ признает, что он представляет многочисленные школы М/М медицины, и что многие его М/М Национальные общества включают самых разнообразных практикующих врачей с различным уровнем квалификации. Он также осведомлен о том, что ряд врачей, практикующих остеопатию, являются членами нескольких Национальных обществ МФММ. Он соглашается с тем, что обеспечение заявленной роли по поддержке позиции о целостности М/М медицины включает точное представление об уровне базового обучения и безопасности ряда различных школ мануальной медицины, включая те школы, где получили образование врачи, практикующие остеопатию. Далее он признает, что американское образование и лицензирование врачей, занимающихся остеопатической практикой, отличается от образования и лицензирования в других странах, как для мануальных терапевтов, так и для тех, кто не является врачами. В то же время он понимает, что отдельные Национальные общества М/М медицины имеют разный опыт в отношении обученных в Америке остеопатов с медицинским образованием и/или других врачей, практикующих остеопатию и прошедших обучение в своей стране или за рубежом. Он обеспокоен, что подобные разногласия могут стать помехой миссии МФММ, и, следовательно, приветствует лингвистические и политические усилия, чтобы помочь всем остальным понять и принять такое различие, уважая при этом независимое право стран и Национальных обществ действовать согласно собственным условиям.

Для этой цели Исполнительный совет МФММ официально принимает следующие термины в отношении остеопатической профессии, определения которых были даны на международном уровне⁷:

- **остеопат** – лицо, которое достигло в своей стране академических или профессиональных

it means to practice “osteopathically” has become blurred and confusion now internationally abounds in both public and professional settings. As national boundaries begin to have less meaning with globalization processes, multinational federations such as FIMM have an obligation to assume their roles as knowledgeable resources to help sort through health policy issues such as safety, quality, access, and cost.

The FIMM Executive Board acknowledges that it represents numerous schools of M/M Medicine and that its many M/M National Societies are made up of widely diverse practitioners with differing expertise within. It also is aware that a number of osteopathic practitioners are members of several FIMM National Societies. It accepts that to provide its stated role to support the position of the entirety of M/M Medicine includes accurate portrayal of the basic training and safety of a number of different schools of manual medicine including those received by its osteopathic practitioners. It further recognizes that the American education and licensure of osteopathic medical practitioners differs from that in other countries, both for manual medicine physicians and for non-physicians. It simultaneously understands that individual M/M Medicine National Societies have differing experiences with American-trained osteopathic physicians and/or other nationally or internationally trained practitioners who practice “osteopathy.” It is concerned that misunderstanding amongst such factors may interfere with the mission of FIMM and therefore welcomes language and policy to help others to understand such divergence while respecting the sovereignty of countries and National Societies to operate within their requisite environment.

To this end, the FIMM Executive Board formally adopts the following terms that have been internationally defined⁷ concerning the osteopathic profession:

- **osteopath**: 1. A person who has achieved the nationally recognized academic and professional standards within her or his country to independently practice diagnosis and treatment based upon the principles of osteopathic philosophy. Individual

⁷ Образовательный Совет по остеопатическим принципам, *Глоссарий остеопатической терминологии*, апрель 2006 г.

⁷ Educational Council on Osteopathic Principles, *Glossary of Osteopathic Terminology*, April 2006.

стандартов, признанных на национальном уровне, для того, чтобы независимо практиковать диагностику и лечение на основании принципов остеопатической философии. Отдельные страны устанавливают национальные академические и профессиональные стандарты для остеопатов, практикующих в этих странах (международное использование термина);

– рассматривается Американской остеопатической ассоциацией как архаичский термин при его использовании в отношении выпускников школ США (сохранен только как исторический термин и термин для использования в личных, неформальных ситуациях).

- **osteopat с медицинским образованием** – лицо, которое достигло в своей стране академических или профессиональных стандартов, признанных на национальном уровне, с полными неограниченными правами на медицинскую практику для того, чтобы независимо практиковать диагностику и лечение на основании принципов остеопатической философии. Отдельные страны устанавливают национальные академические и профессиональные стандарты для остеопатов с медицинским образованием, практикующих в этих странах.

- **врач, практикующий остеопатию** – относится к остеопату, остеопату с медицинским образованием или врачу-аллопату (MD), который прошел обучение остеопатическим принципам, практикам и философии.

И, наконец, Исполнительный совет МФММ признает, что МФММ, будучи федерацией, состоящей из членов – Национальных обществ, занимается М/М медициной, реализуемой врачами, и, следовательно, правильным представлением таких практикующих врачей. Практикующих остеопатов, которые не являются врачами, представляют другие организации, и МФММ не будет пытаться представлять этих практикующих специалистов или давать объяснения по их поводу. Однако Исполнительный совет МФММ обязуется представлять Докторов Остеопатии (DO), прошедших обучение в США и Канаде, как врачей, практикующих М/М медицину, и, при необходимости, правильно представлять тех врачей, которые квалифицируются как врачи, практикующие остеопатию, в своих странах и известны Национальным обществам или их зонтичным организациям.

Основания для связей МФММ с остеопатической школой М/М медицины

Международная федерация мануальной/мышечно-скелетной медицины (МФММ), основанная в 1958 г., в настоящее время представляет примерно 13000 врачей из более 29 стран. Каждая страна представлена в федерации своим Национальным обществом мануальной медицины или зонтичной организацией, состоящей из нескольких обществ,

countries establish the national academic and professional standards for osteopaths practicing within their countries (International usage). 2. Considered by the American Osteopathic Association to be an archaic term when applied to graduates of U.S. schools (reserved for historical, sentimental, and informal situations only).

- **osteopathic physician:** A person with full unlimited medical practice rights who has achieved the nationally recognized academic and professional standards within his or her country to practice diagnosis and treatment based upon the principles of osteopathic philosophy. Individual countries establish the national academic and professional standards for osteopathic physicians practicing within their countries.

- **osteopathic practitioner:** Refers to an osteopath, an osteopathic physician or an allopathic physician (M.D.) who has been trained in osteopathic principles, practices and philosophy.

Finally, the FIMM Executive Board acknowledges that the FIMM, as a federation of member National Societies, is primarily concerned with M/M Medicine delivered by physicians and therefore in representing these practitioners accurately. Other bodies represent osteopathic practitioners who are not physicians and FIMM will not attempt to represent or explain these practitioners. The FIMM Executive Board however is committed to representing American-trained D.O.s in the United States and Canada as M/M Medicine practitioners and, where relevant, in accurately representing those physicians who qualify as osteopathic practitioners in their countries known to the National Societies or their umbrella organizations.

Background of FIMM Relative to the Osteopathic School of M/M Medicine

Founded in 1958, the International Federation of Manual/Musculoskeletal Medicine (FIMM) now represents approximately 13,000 physicians in some 29 nations. Each country is represented in the Federation by a national manual medicine society or an umbrella organization consisting of several societies within that country. At this point in time, each nation is permitted a single vote (regardless of the number of physicians in that organization) at an annual General Assembly.

существующих в этой стране. В настоящий момент каждая страна имеет один голос (вне зависимости от количества врачей в такой организации) на ежегодной Генеральной ассамблее.

В начале МФММ была Европейским обществом, однако в 1966 г. 10 докторов медицины (MD) из США и Канады основали Северо-Американскую ассоциацию мануальной медицины (СААММ). Среди первых ее членов были Дженет Трэвелл (MD), Джон Меннелл (MD) и Джон Бурдиллон (MD), но в то время остеопаты с медицинским образованием (DO) были намеренно не допущены в СААММ.

В 1977 г. Филиппу Гринмэну (DO), Полю Кимберли (DO) и Роберту Уорду (DO) было разрешено присутствовать на заседании СААММ, а их квалификация и опыт заслужили уважение у руководства СААММ, проложив дорогу для участия других. Остеопаты с медицинским образованием, начиная с Пола Кимберли, были впервые приглашены Джоном Бурдиллоном присоединиться к СААММ в 1978 г. Со времени их принятия в 1978 г. преподаватели остеопатии из США обучали параллельно ведущих европейских врачей, практикующих мануальную медицину, как в США, так и за границей.

Хотя представительство остеопатического сообщества оставалось небольшим, Филип Гринмэн становится президентом СААММ, пишет учебник «Мануальная медицина» и позднее избирается вице-президентом МФММ. Роберт Уорд также занимает должность президента СААММ и вносит наибольший вклад в разработку документов Научного комитета МФММ. Майкл Кучера (DO) был избран в Совет директоров СААММ в 1991 г.

СААММ вошла в состав Американской ассоциации ортопедической медицины (AAOM) в 1992 г. После этого события д-р Кучера получил приглашение перейти из Совета директоров СААММ в Совет директоров AAOM. Он был назначен AAOM делегатом от Северной Америки для участия в Генеральной ассамблее МФММ в 1995 г. и был избран в Образовательный комитет МФММ. Другие американские остеопаты с медицинским образованием работали в Научном комитете МФММ, включая Роберта Уорда (DO) и Бойда Бьюзера (DO).

В 1996 г. AAOM предложила Генеральной ассамблее признать Американскую академию остеопатии (AAO) в качестве второй североамериканской организации МФММ (представляющей Канаду). Добавление более 1000 остеопатов с медицинским образованием, прошедших обучение в Америке, в сообщество МФММ вызвало некоторую обеспокоенность у нескольких представителей национальных обществ, однако, предложение было одобрено подавляющим большинством голосов на Генеральной ассамблее в 1998 г.

In the beginning FIMM was a European society; however, in 1966, 10 US and Canadian M.D.s founded the North American Association of Manual Medicine (NAAMM). Early members included Janet Travell, M.D., John Mennell, M.D., and John Bourdillon, M.D. and osteopathic physicians (D.O.s) were specifically excluded from NAAMM at that time.

In 1977, Philip Greenman, D.O., Paul Kimberly, D.O., and Robert Ward, D.O. were allowed to attend a NAAMM meeting and their expertise earned them the respect of the NAAMM leadership paving the way for others to attend. Osteopathic physicians, beginning with Paul Kimberly, were first invited by John Bourdillon to join NAAMM in 1978. From the time of their acceptance in 1978, osteopathic teachers from the USA taught alongside top manual medicine practitioners from Europe both in the USA and abroad.

While osteopathic representation remained numerically small, Philip Greenman would later become president of NAAMM, write a "Manual Medicine" textbook, and be elected FIMM vice-president. Robert Ward would also serve as NAAMM president and later be a major contributor to the FIMM Scientific Committee documents. Michael Kuchera, D.O. was elected to the Board of Directors of NAAMM in 1991.

NAAMM was absorbed into the American Association of Orthopaedic Medicine (AAOM) in 1992. With this event, Dr. Kuchera was invited to move from the NAAMM Board to that of AAOM. He was appointed by the AAOM as the North American delegate to the FIMM General Assembly in 1995 and was elected to the FIMM Education Committee. Other American osteopathic physicians served FIMM on the Scientific Committee including Robert Ward, D.O. and Boyd Buser, D.O.

In 1996, AAOM proposed to the General Assembly that the American Academy of Osteopathy (AAO) be accepted as the second North American FIMM organization (representing Canada). Adding over 1000 American-trained osteopathic physicians into the FIMM mix caused some concern for a few national society representatives; however the proposal was overwhelmingly approved by the General Assembly in 1998.

The FIMM General Assembly subsequently approved the AAO and AAOM to co-host the 13th

Впоследствии Генеральная ассамблея МФММ утвердила ААО и ААОМ в качестве принимающих сторон XIII научного и образовательного конгресса, проводимого раз в три года, который состоялся в Чикаго в 2001 г. В этом же году руководители и представители МФММ встретились с руководителями Американской остеопатической ассоциации (АОА) и членами Совета по международному остеопатическому образованию и международным делам этой организации в офисе АОА, расположенном в здании АОА.

Исполнительный совет МФММ предложил в 2002 г., когда ААОМ вышла из МФММ по финансовым причинам и была заменена Канадской ассоциацией ортопедической медицины (КАОМ), чтобы вновь принятая КАОМ представляла Канаду, а ААО представляла США. Это предложение исправляло нелогичность международного представительства, которое существовало с 1998 года. В этом же году д-р Кучера был выбран вице-президентом МФММ, а после реорганизации в 2006 г. он был избран Генеральным секретарем.

В настоящее время (2007 г.) США представлены единым Национальным обществом – ААО, которое насчитывает более 1200 докторов остеопатии (DO) и докторов медицины (MD), соответствующих положениям МФММ. Это делает США третьим по величине Национальным обществом. В перспективе Германия является крупнейшей организацией в МФММ со своей зонтичной организацией, состоящей из трех обществ (Немецким обществом мануальной медицины (НОММ)), представляющей более 6000 членов.

Наконец, значительное число Национальных обществ МФММ, помимо Американской академии остеопатии, имеют прямые и не прямые профессиональные контакты, которые должны быть отмечены в связи с данным документом, излагающим позицию МФММ.

- Канадская КАОМ включает в качестве членов некоторое число остеопатов с медицинским образованием, прошедших обучение в Америке.

- Лидер в области мануальной медицины во Франции Робер Мень прошел обучение в 1950 г. в Лондонской остеопатической школе для докторов медицины (MD). Обучение проводилось выдающимся американским преподавателем остеопатии Мирном Билом (DO). Мень постепенно отказался от традиционной остеопатии еще до опубликования своей первой книги по мануальному лечению спинальных болевых синдромов. Однако Французская школа в настоящее время выдает дипломы по мануальной медицине и остеопатии. Ряд французских мануальных терапевтов, изучавших остеопатическую медицину и/или остеопатию, называют себя «врачами, практикующими остеопатию» и/или входят в Европейский Реестр остеопатов с медицинским образованием (EROP).

Triennial Scientific & Educational Congress in Chicago in 2001. That year FIMM leaders and representatives met with leaders of the American Osteopathic Association (AOA) and members of that organization's Council on International Osteopathic Medical Education and Affairs in the AOA offices in the AOA Building.

In 2002, the FIMM Executive Board proposed that when the AAOM withdrew from FIMM for fiscal reasons and was replaced by the Canadian Association of Orthopaedic Medicine (CAOM), that the newly accepted CAOM represent Canada and AAO represent the USA. This was approval rectified the international representation anomaly that had existed since 1998. Dr. Kuchera was also elected Vice-President of FIMM that year and after reorganization in 2006, he was elected Secretary-General.

Currently (2007), the USA is represented by a single "national society", the AAO, which has approximately 1200 FIMMstatus D.O.s and M.D.s. This positions the USA as the third largest of the national societies. By perspective, Germany is the largest organization in FIMM with its three-society umbrella, the DGMM, representing approximately 6000 members.

Finally, a significant number of FIMM's national societies beyond the American Academy of Osteopathy have direct and indirect osteopathic links that should be noted in relationship to this position paper.

- Canada's CAOM has a number of American-educated osteopathic physicians as members.

- France manual medicine leader, Robert Maigne, received training in 1950 at London's osteopathic school for M.D.s (with acknowledged training from prominent American osteopathic teacher, Myron Beal, D.O.). Maigne progressively gave up traditional osteopathy before publishing his first book on manual treatment of spinal pain syndromes. The French school however presently provides their degree in *Médecine manuelle et ostéopathie*. A number of French manual medicine physicians have studied osteopathic medicine and/or osteopathy, identify themselves as "osteopathic practitioners" and/or belong to the European Register of Osteopathic Physicians (EROP).

- Все три немецких общества, входящие в немецкую зонтичную организацию (НОММ), имеют остеопатические образовательные концепции и даже выдают диплом «доктора остеопатии» своим членам. Связанная с MWE Немецко-Американская академия остеопатии (НААО) заключает контракты с американскими профессорами остеопатии из Филадельфийского колледжа остеопатической медицины, в то время как связанное с FAC Немецкое общество остеопатической медицины (НООМ) заключает контракты с американскими профессорами остеопатии из университетского колледжа остеопатической медицины Огайо. Многие члены НОММ называют себя «врачами, практикующими остеопатию» и входят в НООМ или в НААО. По крайней мере, один остеопат с медицинским образованием (DO), прошедший обучение в Америке, является в настоящее время членом НОММ (MWE) и имеет полную лицензию на ведение медицинской практики и практики по мануальной медицине в Германии.

- Национальное общество МФММ, представляющее Австрию, также заключает контракты с профессорами остеопатии из Филадельфийского колледжа остеопатической медицины, имеются специалисты, окончившие курс обучения по этой программе, которые называют себя «врачами, практикующими остеопатию».

- Ряд национальных обществ МФММ, включая Данию, Финляндию и Австралию, регулярно приглашает американских преподавателей остеопатии для обучения своих членов.

Реализация функций основной роли МФММ

Комитет по политике МФММ и Генеральная ассамблея недавно (в 2005 г.) приняли ряд основных пунктов, определяющих ее роль как федерации. Исполнительный совет МФММ пришел к заключению, что некоторые из этих пунктов напрямую применимы к взаимоотношениям МФММ с остеопатической профессией, а именно:

1. «МФММ предлагает площадку для обмена опытом и знаниями представителям различных школ М/М медицины»

- МФММ и ее Национальные общества признают, что получившие остеопатическую профессию в Америке являются практикующими врачами признанной и уважаемой школы М/М медицины.

- МФММ и ее Национальные общества признают, что остеопатическая профессия обеспечивает опыт и знания, которые значительно и положительно повлияли на школы, в которых работает ряд членов Национальных обществ.

- МФММ обязуется и в дальнейшем представлять среду, в которой представлена врачебная остеопатическая школа М/М медицины, и в которой

- All three of the German societies in the German umbrella organization, DGMM, have osteopathic educational tracks and even provide a “D.O.” credential to their members. The MWE-linked DAAO contracts with American osteopathic professors from the Philadelphia College of Osteopathic Medicine while the FAC-linked DGOM contracts with American osteopathic professors from Ohio University’s College of Osteopathic Medicine. Many members of the DGMM identify themselves as “osteopathic practitioners” and belong to the DGOM or the DAAO as well. At least one American-trained osteopathic physician (D.O.) currently is a member of DGMM (MWE) and has a full license to practice medicine and manual medicine in Germany.

- The FIMM national society representing Austria also contracts with osteopathic professors from the Philadelphia College of Osteopathic Medicine; it has graduates of this program who refer to themselves as “osteopathic practitioners”.

- A number of FIMM national societies have routinely invited American osteopathic educators to educate their members including Denmark, Finland, and Australia.

Implementation of FIMM Core Role Functions

The Policy Committee of FIMM and the General Assembly recently (2005) adopted a number of central core functions in defining its role as a Federation. The FIMM Executive Board concludes that several of these points are directly applicable to the relationship of FIMM with the osteopathic profession, as follows:

1. “FIMM offers a platform for representatives of the different schools of M/M Medicine to exchange experience and knowledge.”

- FIMM and its national societies recognize members of the American osteopathic profession as practitioners of a recognized and respected school of M/M Medicine.

- FIMM and its national societies acknowledge that the osteopathic profession has provided experience and knowledge that has significantly and positively impacted the schools employed by a number of its national society members.

- FIMM is committed to continue to offer an environment wherein the physicianbased osteopathic

все школы могут представлять и обогащать свой опыт и знания.

2. «МФММ поддерживает квалификацию и коллегальность среди врачей, занимающихся М/М медициной, во всем мире»

- МФММ и ее Национальные общества признают, что члены этих обществ могут извлечь пользу из квалификации и коллегальности врачей, являющихся врачами, практикующими остеопатию.

- МФММ и члены ее Национальных обществ признают, что остеопаты с медицинским образованием, прошедшие обучение в Америке, являются коллегами, практикующими медицинскую дисциплину расширенных знаний и усовершенствованных навыков в диагностике, терапии и предотвращении функциональных обратимых нарушений опорно-двигательного аппарата и, особенно, позвоночника.

- Члены Национальных обществ МФММ наблюдали и/или напрямую участвовали в подготовке врачей, практикующих мануальную медицину, которые теперь называются врачами, практикующими остеопатию, во многих странах за пределами США.

3. «МФММ считает себя ответственной за поддержку врачей-профессионалов в области М/М медицины с тем, чтобы усилить их профессиональную позицию»

- МФММ не поддерживает никакой отдельной М/М медицинской школы, дисциплины или философии, но предоставляет своим членам доступ к опыту и знаниям, полученным в процессе применения и исследования доказательной базы, тесно связанной с анатомией и нейрофизиологией.

- МФММ поддерживает остеопатов с медицинским образованием в США, тех, кто прошел обучение в США, и членов Национальных обществ МФММ, которые обучались по программе, включающей базовые элементы остеопатической школы М/М медицины.

- МФММ обязуется проводить работу по усилению профессиональной репутации мануальной медицины во всем мире, определяя границы мануальной медицины для Всемирной организации здравоохранения. Это обязательство включает в себя обозначение/защиту американских профессиональных остеопатов как врачей, которые практикуют разновидность мануальной медицины, признанную МФММ.

4. «МФММ поддерживает междисциплинарное сотрудничество в интересах пациентов и развитие М/М медицины»

- МФММ признает, что как интересам пациентов, так и интересам развития М/М медицины отвечает поддержка междисциплинарного сотрудничества,

school of M/M Medicine is represented and where all schools may offer and receive the experience and knowledge of the other schools.

2. “FIMM promotes expertise and collegiality among physicians involved in M/M Medicine from all over the world.”

- FIMM and its national societies recognize that members within their own societies may benefit from the expertise and collegiality of physicians who are osteopathic practitioners.

- FIMM and its National Society members recognize that American-trained osteopathic physicians are colleagues who practice the medical discipline of enhanced knowledge and skills in the diagnosis, therapy and prevention of functional reversible disorders of the locomotor system and especially the spine.

- FIMM National Society members have seen and/or directly participated in the development of manual medicine practitioners who are now identified as osteopathic practitioners in numerous countries outside the United States.

3. “FIMM feels responsible to support medical professionals in M/M Medicine in order to strengthen their professional position.”

- FIMM endorses no single M/M Medical school, discipline, or philosophy; rather it provides its members access to experience and discussion gained through the application and examination of an evidence-base closely aligned with the solid and central sciences of anatomy and neurophysiology.

- FIMM is supportive of osteopathic physicians in the United States, those who trained in the United States, and of members of its Federation of National Societies who have studied in a curriculum incorporating the core components of the osteopathic school of M/M Medicine.

- FIMM is committed to work to strengthen the worldwide professional standing of manual medicine by defining manual medicine to the World Health Organization; this commitment inherently includes denoting/defending the American osteopathic profession as physicians who practice a form of manual medicine recognized by FIMM.

4. “FIMM promotes interdisciplinary cooperation in the interest of patients and the development M/M Medicine.”

- FIMM recognizes that it is in the interest of both patients and the development of M/M Medicine to promote interdisciplinary

в особенности, сотрудничества между врачами - специалистами по М/М медицине безотносительно к их специализации (ревматология, семейная медицина, мышечно-скелетная медицина, ортопедическая медицина, нейро-мышечно-скелетная медицина и т.д.).

- МФММ признает, что как интересам пациентов, так и интересам развития М/М медицины отвечает поддержка междисциплинарного сотрудничества, в особенности, сотрудничества между врачами - специалистами М/М медицине, безотносительно к названиям их национально признаваемых дипломов полноправного врача (доктор медицины (MD), доктор остеопатии (DO), бакалавр медицины и бакалавр хирургии (MB BS, MB BCh, MB ChB, BM BCh или MB Bchir) и т.д.).

Заключительное заявление в отношении остеопатической медицины

Исполнительный совет МФММ специально вновь подтверждает роль МФММ в отношении ее политики и миссии, определенных и одобренных Генеральной ассамблеей в 2005 г. В частности, что касается остеопатической медицины, 19 августа 2007 г. Исполнительный совет МФММ официально принял этот документ, излагающий позицию МФММ, и принял следующие положения данного документа для их использования в будущих решениях, относящихся к управлению и руководству МФММ.

1. Прошлые взаимодействия между МФММ и остеопатическим сообществом

Поскольку остеопаты с медицинским образованием, прошедшие обучение в США, были приглашены в 1978 г. национальными и международными представителями МФММ присоединиться к продвижению миссии и целей МФММ

- было решено, что Исполнительный совет МФММ заявляет, что и очевидность, и история свидетельствуют в пользу имеющих место в течение более четверти века прямых, продуктивных и официальных взаимодействий с остеопатами с медицинским образованием, прошедшими обучение в США.

- было решено также, что Исполнительный совет МФММ активно поддерживает прошлые взаимодействия с Национальными обществами, которые включали остеопатов с медицинским образованием, прошедших обучение в Америке, в особенности, с Северо-Американской ассоциацией мануальной/манипулятивной медицины, Американской ассоциацией ортопедической медицины и Американской академией остеопатии.

2. Врачи, практикующие остеопатию, за пределами США

Поскольку за пределами Соединенных Штатов Америки существует путаница, и термины, включающие

cooperation especially cooperation between M/M Medicine physicians regardless of their specialty designation (rheumatology, family medicine, musculoskeletal medicine, orthopaedic medicine, neuromusculoskeletal medicine, etc).

- FIMM recognizes that it is in the interest of both patients and the development of M/M Medicine to promote interdisciplinary cooperation especially cooperation between M/M Medicine physicians regardless of their nationally recognized degree designation as a complete physician (M.D., D.O., MB BS, MB BCh, MB ChB, BM BCh or MB Bchir, etc).

Summary Statement with Respect to Osteopathic Medicine

The FIMM Executive Board specifically reaffirms the role of FIMM with respect to its policy and mission as delineated and approved by the General Assembly in 2005. In particular, with respect to osteopathic medicine, the FIMM Executive Board on August 19, 2007 officially accepted this Position Paper and adopted the following Position Paper points to be used in future decisions concerning the direction and management of FIMM.

1. Past FIMM-Osteopathic Interactions

- Whereas osteopathic physicians trained in the U.S.A. were invited in 1978 by national and international representatives of FIMM to join in advancing the mission and goals of FIMM;

- Therefore, be it resolved that the FIMM Executive Board declares that evidence and history both support over a quarter of a century of direct, productive and official interactions with American-trained osteopathic physicians.

- Therefore, be it further resolved that the FIMM Executive Board actively supports the past interactions with the national societies that have included American-trained osteopathic physicians especially the North American Association of Manual/ Manipulative Medicine, the American Association of Orthopaedic Medicine, and the American Academy of Osteopathy.

2. Osteopathic Practitioners Outside of the United States

- Whereas confusion exists outside of the United States of America where the terms incorporating descriptors such as "osteopathic and osteopathy" are not regulated;

такие идентификаторы как «остеопатический» и «остеопатия» не отрегулированы, и поскольку в ходе последней консультации с Всемирной организацией здравоохранения были определены и дифференцированы врачи, практикующие остеопатию, подтверждающие документально свое базовое образование - было решено, что Исполнительным советом МФММ, Глоссарием МФММ, всеми официальными документами МФММ и при всех дискуссиях принимаются официальные определения «остеопат», «врач, практикующий остеопатию» и «остеопат с медицинским образованием», использованные в этом международном документе, при обсуждении специалистов, практикующих остеопатию, за пределами США.

3. Американская (США) остеопатическая школа М/М медицины

Поскольку документально устанавливается наличие отдельной, но сравнимой школы мануальной/мышечно-скелетной медицины в США, практикующей и регулируемой остеопатами с медицинским образованием, ставящими первичный медицинский диагноз и дополняющими свой диагноз и решения о лечении использованием навыков мануальной медицины, приобретенных в ходе обучения по программе не менее полной, чем программа, рекомендованная МФММ,

- решено, что Исполнительный совет МФММ официально признает, что учебная программа по пальпаторной диагностике и мануальному лечению, преподаваемая врачам (DO) в колледжах, аккредитованных Американской остеопатической ассоциацией, представляет собой отдельную, но признанную школу М/М медицины, которая гарантирует представительство в рамках МФММ.

- решено, что Исполнительный совет МФММ и его представители будут определять и поддерживать таких врачей, практикующих остеопатию, из Американской остеопатической школы таким же образом, как они поддерживают врачей, практикующих М/М медицину, из других признанных школ М/М медицины.

- также решено, что Исполнительный совет МФММ увеличивает свои ресурсы для обеспечения того, чтобы между остеопатами с медицинским образованием (DO), прошедшими обучение в США, и остеопатами с медицинским образованием из других признанных школ М/М медицины существовали как коллегиальность, так и форум для обмена научным, экспериментальным и клиническим опытом.

- And whereas a recent consultation with the World Health Organization defined and differentiated various osteopathic practitioners, documenting their basic education;

- Therefore, be it resolved that the FIMM Executive Board, the FIMM *Glossary*, all official FIMM documents and all discussions adopt the official definitions of “osteopath”, “osteopathic practitioner”, and “osteopathic physician” used in this international document when discussing osteopathic practitioners outside the United States.

3. The American (U.S.A.) Osteopathic School of M/M Medicine

- Whereas documentation identifies a distinctive but congruent school of Manual/Musculoskeletal Medicine in the United States that is practiced and regulated by osteopathic physicians who make a primary medical diagnosis and supplement their diagnosis and treatment decisions by integrating manual medicine skills acquired in a curriculum at least as rigorous as that recommended by the FIMM;

- Therefore, be it resolved that the FIMM Executive Board formally recognizes that the curriculum of palpatory diagnosis and manual treatment as taught physicians (D.O.) in colleges accredited by the American Osteopathic Association constitutes a distinctive but recognized M/M Medicine school that warrants representation within the FIMM.

- Therefore, be it further resolved that the FIMM Executive Board and its representatives will define and support such osteopathic practitioners from the American osteopathic school in the same fashion as it supports M/M Medicine practitioners from other recognized schools of M/M Medicine.

- And therefore, be it yet further resolved that the FIMM Executive Board extends its resources to insure that both collegiality and a forum for exchange of scientific, experiential, and clinical expertise will exist between osteopathic practitioners (D.O.) trained in the United States and those of other recognized schools of M/M Medicine.

РАЗВИТИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ, ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ

(к 10-летию юбилею специальности «Мануальная терапия»)

А.Б. Ситель,
главный врач ЦМТ, профессор

В.С. Гойденко,
зав. кафедрой рефлексологии и мануальной терапии РМАПО, профессор

MANUAL THERAPY DEVELOPMENT IN RUSSIA, FUTURE TASKS (on the occasion of the 10th anniversary of “Manual therapy” specialty)

A.B. Sitel,
head doctor of the Manual Therapy Center, professor
V.S. Goidenko,
head of Reflexology and Manual Therapy Department
of Russian Medical Academy of Post-Graduate Education, professor

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются итоги развития мануальной терапии за 10 лет со времени образования медицинской специальности «мануальная терапия». Определяются задачи на ее будущее.

SUMMARY

In present article the results of Manual Therapy development within 10 years since its foundation as a medical specialty are presented. The tasks of Manual Therapy for future are determined.

Фото 1



Приказом МЗ РФ № 337 от 10.12.1997 г. в номенклатуру медицинских и провизорских специальностей была введена новая специальность – «мануальная терапия», определены должностные требования

к врачу – мануальному терапевту, и утверждена унифицированная программа обучения сроком 4,5 месяца. Согласно приказу, подготовка врачей-мануальных терапевтов должна осуществляться



Фото 2

из числа специалистов с базовым высшим медицинским образованием – врачей-неврологов и ортопедо-травматологов.

В соответствии с должностными требованиями, врач-мануальный терапевт обязан владеть диагностикой спондилогенных заболеваний, методами медикаментозной терапии, в том числе – техникой медикаментозных блокад, методами диагностики ортопедического статуса и выявления функциональных ограничений пассивной подвижности в позвоночнике – функциональных блокад – основы анатомического субстрата патологии позвоночника, а также методами мануальной терапии для ликвидации спондилогенной патологии.

Возникновение в 1997 году самостоятельной специальности «мануальная терапия» стало возможным в результате напряженной 20-летней работы группы врачей-энтузиастов во главе с профессором В.С. Гойденко. С 1977 года наши специалисты обучались в Чехословакии, параллельно с этим в Министерстве здравоохранения России готовились и утверждались учебные планы, лекции, семинары, учебные пособия, методические рекомендации. Большую поддержку в реализации этого цикла оказали академик РАМН Е.И. Гусев, зав. отделом ЦОЛИУВ профессор Н.Н. Курбаналиева и главный специалист отдела психоневрологической помощи В.А. Валенкова.

Даже в научной и врачебной среде России немногие представляли, что такое мануальная терапия, но узнать и обучиться хотели многие. На цикл обучения мануальной терапии зачисляли по личному распоряжению министра и зам. министра здравоохранения России. Куратором этого цикла являлся А.Б. Ситель. В группу, которую он вел, В.С. Гойденко определил весь профессорско-преподавательский состав кафедр неврологии медицинских вузов: проф. О.Г. Когана, доц. А.В. Клименко, доц. И.Р. Шмидт, Л.Ф. Васильеву и др.

Лекции читали проф. И. Дюрианова и Э. Турзова (ЧССР), поочередно помогая друг другу в проведении практических занятий в группах. Часть лекций читали преподаватели кафедры рефлексологии ГИДУВа: В.С. Гойденко, А.Б. Ситель, И.В. Руденко, В.П. Галанов и др.

После окончания обучения на первом в России цикле по мануальной терапии профессора и доценты на своих кафедрах стали обучать практических врачей в регионах. Создались региональные школы мануальной терапии. Одна из первых школ под руководством В.П. Веселовского и Г.А. Иваничева и во главе с известнейшим вертеброневрологом Я.Ю. Попелянским была открыта в Казани. На базе Новокузнецкого ГИДУВа О.Г. Коган и И.Р. Шмидт начали активно развивать мануальную терапию и

прикладную кинезиологию. В Ленинграде активно развивал метод проф. А.А. Скоромец.

Книга В.П. Веселовского «Практическая вертеброневрология и мануальная терапия» (1991 г.) стала настольной книгой всех мануальных терапевтов России.

Создавались и общественные объединения мануальных терапевтов. Так, в 1990 году была создана Всесоюзная ассоциация мануальной медицины (ВАММ). Ее президентами в разные годы были О.Г. Коган, Г.А. Иваничев, А.А. Лиев, А.А. Скоромец. А.А. Лиев учился мануальной терапии у К. Левита (ЧССР) и создал в Кисловодске свою великолепную школу мануальной терапии.

Во главе Лиги профессиональных мануальных терапевтов встал профессор А.Б. Ситель, а Московской ассоциации мануальной терапии – к.м.н. А.Е. Саморуков.

Признание мануальной терапии началось еще в 80-е годы. 1 октября 1987 года В.С. Гойденко и сотрудниками его кафедры были подготовлены проекты решений президиума ученого медицинского совета МЗ СССР, методические рекомендации и первый приказ №330 «О широком внедрении метода мануальной терапии в практику лечебно-профилактических учреждений» от 09.03.1987 г., а затем и приказ №311 «Об утверждении расчетных норм времени на проведение процедур мануальной терапии и организации приемов больных врачами, владеющими методом мануальной терапии» от 29.04.1988 г.

Мануальная терапия стала востребована в России и заняла нишу между неврологией, хирургией и нейрохирургией.

За 20 лет, прошедших до признания самостоятельной медицинской специальностью, мануальная терапия добилась значительных результатов при лечении тяжелых спондилогенных заболеваний консервативными методами. Ранее эти больные были обречены на нейрохирургическое вмешательство или на инвалидность. Именно эффективность мануальной терапии определила необходимость и сделала возможным введение новой медицинской специальности.

Для соответствия должностным требованиям, врачу-мануальному терапевту, согласно приказу №337, необходимо владеть методами классической мануальной диагностики и терапии. Это связано с тем, что стандарты разработанных к 1997 году методов лечения тяжелых спондилогенных заболеваний периферической нервной системы со статико-динамическими нарушениями основаны на применении классических методов мануальной терапии. Все методы мышечной релаксации у этой

категории больных неэффективны. Эти положения четко закреплены методическими рекомендациями «Показания и противопоказания к применению мануальной терапии», утвержденными Минздравсоцразвития в 2005 году (авт. А.А. Карпеев, А.Б. Ситель, В.С. Гойденко, Л.Ф. Васильева, А.С. Скоромец, А.А. Саморуков). Согласно этим методическим рекомендациям, классические методы мануальной терапии обозначены как **специфические**, а методы мышечной релаксации – как **неспецифические**. Показания для применения методов мышечной релаксации – заболевания без статико-динамических нарушений. Абсолютных противопоказаний для методов мышечной релаксации нет (кроме психических заболеваний). Поэтому все методы мышечной релаксации, в том числе, остеопатические и кинезиологические, после специального обучения могут выполнять и лица со средним медицинским образованием под наблюдением врача-мануального терапевта.

Подготовлены и утверждены Минздравсоцразвития России учебная программа и план тематического усовершенствования объемом 216 учебных часов для лиц со средним медицинским образованием.

Существующая система оказания медицинской помощи больным спондилогенными заболеваниями (на 15000 населения – 1 мануальный терапевт) не обеспечивала потребности населения. Благодаря практическому опыту, накопленному Центром мануальной терапии с 1997 года, мы считаем, что в отделениях и Центрах, где имеется достаточный штат мануальных терапевтов и специальная аппаратура для диагностических обследований, может оказываться более квалифицированная помощь. На основании этого нами был подготовлен, а в последующем и выпущен, приказ МЗ РФ №337 от 06.06.2001 г. «О внесении в номенклатуру лечебных амбулаторно-поликлинических учреждений Центров мануальной терапии: районных, окружных, городских и областных». Такие Центры мануальной терапии созданы в гг. Обнинске, Уфе, планируется открытие центров в гг. Калуге, Иванове, Владивостоке, Новосибирске, Кемерово, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге, Ярославле, Белгороде.

Официальное признание мануальной терапии в России самостоятельной специальностью позволило активно заниматься научными исследованиями, начали успешно защищаться кандидатские и докторские диссертации по данной специальности. Начиная с 1991 года издается журнал «Мануальная терапия», в котором публикуются материалы этих исследований. Его главным редактором в течение последних 7 лет является А.Б. Ситель, журнал признан ВАК.

К сожалению, ВАММ не проявила должной активности в продвижении российской мануальной терапии в международном сообществе. В своем открытом письме к членам ВАММ в октябре 2004 г. академик А.М. Скоромец подверг критике деятельность Международной федерации мануальной медицины и приостановил членство ВАММ в FIMM «до выяснения жизнеспособности этой организации» (журнал «Мануальная терапия», 2004. №4). Считая, что активное и полноценное развитие медицинской специальности, особенно ее научной составляющей, невозможно без постоянного обмена информацией с коллегами из других стран, Лига профессиональных мануальных терапевтов, заплатив долги ВАММ, была принята в FIMM и активно сотрудничает с мануальными терапевтами Англии, Франции, Германии, Америки, Швейцарии и пр.

Статьи ведущих специалистов FIMM публикуются в журнале «Мануальная терапия». Так же, как и другие материалы FIMM, они доступны всем мануальным терапевтам России.

Ряд отечественных специалистов стали действительными членами Академии МФММ: профессор А.Б. Ситель, доцент Е.Б. Тетерина, к. м. н. С.В. Никонов, к. м. н. Н.П. Елисеев, д. м. н. В.В. Беляков, д. м. н. В.В. Барташевич, д. м. н. А.Ю. Нефедов.

Учитывая большую значимость и авторитет Международной федерации мануальной медицины МФММ, руководимой признанными специалистами (Р. Мэнь, М. Хатсон, М.Ж. Тейсандье, Б. Террье),

членство России - это признание заслуг российской мануальной терапии.

Утверждение Минздравом РФ 10 декабря 1997 г. новой специальности — «врач — мануальный терапевт» потребовало разработки учебной программы, соответствующей европейским стандартам (Болонская декларация 1999 г.) и призывающей к объединению усилий по созданию единой модели высшего образования на уровне европейского региона. Этот процесс, по-видимому, будет происходить в течение многих лет. Российская программа подготовки мануальных терапевтов включает 576 учебных часов (4,5 месяца) очного обучения с отрывом от производства и согласуется с программами зарубежных стран. Следует отметить, что создание образовательных учебных программ носит коллективный характер. Кафедры Российской медицинской академии, как головного образовательного учреждения, готовят проекты и согласуют их с ведущими учебными и научными центрами. Только получив замечания и дополнения, Минздравсоцразвития РФ издает приказ по составу и срокам проведения заседания комиссии экспертов по обсуждению образовательных программ.

После этого программа утверждается Минздравсоцразвития РФ и становится обязательной для всех учебных заведений независимо от их ведомственной подчиненности. Утвержденная Минздравсоцразвития РФ усовершенствованная унифицированная программа обсуждалась комиссией экспертов на



Фото 3



Фото 4

кафедре рефлексологии и мануальной терапии в апреле 2005 года.

Качество подготовки специалиста во многом зависит от его мотивации к учебе, наличия базового образования, умственных и физических способностей, материального и социального положения врачей. Существование в стране унифицированной программы обучения мануальных терапевтов удерживает в единых рамках действия врачей различных школ и, в то же время, дает возможность совершенствовать педагогический процесс новыми достижениями при условии, что дополнение к программе научно обосновано и подтверждено практикой, утверждено ученым медицинским советом Минздравсоцразвития РФ. Именно так произошло с утверждением и разрешением применения методов мануальной терапии в практике здравоохранения.

Отличительной чертой отечественных образовательных программ по мануальной терапии является изучение врачами методов диагностики и лечения не только друг на друге, муляжах, схемах, тестах, но и на стационарных и амбулаторных больных,

обследованных (кроме общеклинических исследований) самыми современными инструментальными методами – магнитно-резонансной томографией, компьютерной томографией, изотопной диагностикой и др. Программа сертификации специалистов предусматривает сдачу экзамена по мануальной терапии через каждые 5 лет.

Благодаря работе институтов и факультетов усовершенствования врачей, население нашей страны получило открытый, бесплатный доступ к лечению у высокопрофессиональных мануальных терапевтов.

Наша главная задача – не потерять доверия населения, которое возрастает с каждым годом, сохранить и приумножить самые щадящие и высокоэффективные методы диагностики, лечения и профилактики во славу отечественной медицины, признавшей нужной и полезной мануальную терапию.

Мы состоялись!

Спасибо всем, кто принял посильное участие в развитии мануальной терапии в СССР и России.

С юбилеем Вас, дорогие коллеги!

УДК 616.832.24-008.6

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОСТРАНСТВЕННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

А.Б. Ситель, С.В. Никонов, К.О. Кузьминов
Центр мануальной терапии МЗ РФ, г. Москва, Россия

MANUAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPRESSION SYNDROMES OF THE LUMBAR SPINE DEPENDING ON A SPACE LOCATION OF THE INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

A.B. Siteľ, S.V. Nikonov, K.O. Kuzminov
The Manual Therapy Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

В настоящее время врачей различных специальностей все больше привлекает проблема остеохондроза и его неврологических проявлений. По данным Всемирной организации здравоохранения, 2/3 населения земного шара страдают от болей различной степени выраженности в спине и, в частности, в пояснице. Это, в основном, люди трудоспособного возраста, от 35 до 40 лет, страдание сопровождается подчас оформлением временной нетрудоспособности и даже инвалидности. При этом наиболее частым клиническим проявлением остеохондроза позвоночника является болевой синдром пояснично-крестцовой области (от 40 до 90%).

Более чем у 3/4 больных с пояснично-крестцовыми болями причиной их являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

До настоящего времени при планировании терапии не учитывалось пространственное расположение грыж межпозвонковых дисков.

Нами впервые выявлены особенности клинического течения корешковых компрессионных синдромов в зависимости от пространственного расположения грыж межпозвонковых дисков.

Определены траектории (направления) движений, одни из которых являются лечебными, а другие могут ухудшить состояние больного.

SUMMARY

At present doctors of various specialties are ever more attracted by a problem of osteochondrosis (OS) and its neurological manifestations. As to the data of the World Health Organization, two thirds of the globe population suffers from pains in the spine and, particularly in the lumbar spine with a different degree of expression. They are mostly people of labor ability at age 35-40, and their suffering is accompanied sometimes with temporary disability and even with stable disability. And the most often clinical OS manifestation is a pain syndrome in the lumbar-sacral spine (from 40 to 90%).

The cause for more than 3/4 of the patients with lumbar-sacral pains is degenerative-dystrophic changes in the spine.

Nobody till now has paid attention to a spacious position of herniated disc in the lumbar spine.

For the first time the peculiarities of a clinical flow of root compression syndromes have been discovered by us dependently on a space location of the intervertebral disc herniation (IVDH).

We have determined certain directions of movements which are therapeutic and the others that can worse a patient's condition.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время у врачей различных специальностей все больший интерес вызывает проблема остеохондроза и его неврологических проявлений. По данным Всемирной организации здравоохранения, 2/3 населения земного шара страдает от более различной степени выраженности в спине и, в частности, в пояснице. Это, в основном, люди трудоспособного возраста, от 35 до 40 лет, страдание сопровождается подчас оформлением временной нетрудоспособности и даже инвалидности.

При этом наиболее частым клиническим проявлением остеохондроза позвоночника (ОП) является болевой синдром пояснично-крестцовой области (от 40 до 90%). Более чем у 3/4 больных с пояснично-крестцовыми болями причиной их являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. До настоящего времени при планировании терапии не учитывается пространственное расположение грыж межпозвонковых дисков (ГМПД).

Нами установлено, что, в зависимости от пространственного расположения ГМПД, существуют два типа траекторий: движение по траекториям первого типа может привести к увеличению грыжевого выпячивания и ухудшить состояние больного, а движение по траекториям второго типа – к уменьшению грыжевого выпячивания. Нами впервые выявлены особенности клинического течения корешковых компрессионных синдромов в зависимости от пространственного расположения ГМПД.

Цели исследования:

- изучение особенностей клинического течения компрессионных синдромов поясничного остеохондроза в зависимости от пространственного расположения патоморфологического субстрата заболевания – межпозвонковых грыж;
- разработка комплекса дифференцированного лечения методом мануальной терапии с целью сокращения сроков лечения и восстановления трудоспособности;
- прогнозирование тактики врачебного воздействия в зависимости от пространственного положения ГМПД.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе отделений мануальной терапии, лучевой и функциональной диагностики Центра мануальной терапии МЗ РФ г. Москвы в период с 1996 по 2001 гг.

С целью изучения клинко-рентгенологических характеристик компрессионных корешковых синдромов поясничного остеохондроза (ПО) была отобрана группа из 162 больных с неврологическими проявлениями грыж межпозвонковых дисков (ГМПД), верифицированных инструментальными методами. Исследуемая группа состояла из 77 женщин и 85 мужчин в возрасте от 14 до 60 лет. Компрессионные корешковые синдромы поясничного уровня сочетались с рефлекторными синдромами поражения мышц таза и нижних конечностей.

Неврологическое обследование проводилось по специально разработанной схеме с учетом рекомендаций И.П. Антонова (1981), Д.К. Богородинского (1975), Я.Ю. Попелянского (1981, 1989), А.А. Скоромца (1996). Для больных с компрессионными корешковыми синдромами остеохондроза поясничного отдела позвоночника (ПОП) оценивался характер и выраженность неврологических симптомов, определялись наличие, характер и локализация боли (локальная, диффузная или распространяющаяся по дерматому), а также ее распространение на дистальные или проксимальные отделы конечности.

Изучены клинические особенности сосудисто-компрессионных корешковых синдромов ПОП в зависимости от пространственного расположения патоморфологического субстрата - ГМПД, анализировались наличие и локализация функциональных блокад (ФБ), частота возникновения ГМПД на различных уровнях ПОП и результаты дифференцированного лечения. В исследование не включались больные с признаками грубого органического поражения или сдавления спинного мозга. При первичном обращении больных выяснялась обусловленность клинических проявлений их спондилогенным происхождением, и в случае подтверждения изучался анамнез: особенности начала и течения, длительность заболевания, проводимое лечение и его результаты. Отбор больных проходил в несколько этапов.

Анализ изучаемого материала проводился по результатам нейроортопедического обследования, мануальной диагностики и инструментальных методик (рентгенография, КТ, МРТ, УЗ-методы исследования ПОП, ЭНМГ), а также по продолжительности заболевания и результатам лечения.

Исследуемые больные были разделены на две группы: в первой группе патоморфологическим субстратом заболевания являлись заднебоковые ГМПД (n_1 , 102 больных), во второй – заднесрединные ГМПД (n_2 , 60 больных).

В каждой из групп (n_1 , n_2) методом случайного выбора выделяли по 2 подгруппы. Пациенты одной из них получали только медикаментозное лечение ($n_{1_1}=47$, $n_{2_1}=27$), а другой – комплексное с включением мануальной терапии (МТ) ($n_{1_2}=55$, $n_{2_2}=33$). Возрастные и клинические характеристики пациентов в подгруппах были практически идентичны.

Проведено сравнение клинических показателей, полученных в подгруппах до, во время и после лечения. Всем обследуемым проводилось клиничко-неврологическое обследование с оценкой статодинамических нарушений, исследованием объема функциональных движений, мышечно-тонических нарушений. Болевые проявления оценивались с использованием Визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), применялась также и балльная характеристика выраженности неврологических симптомов (максимальный балл – 6). Общая оценка степени тяжести заболевания и нейроортопедического статуса пациентов проведена по клинической суммарной балльной шкале: от 89 до 110 баллов – средняя степень тяжести (35 пациентов), более 110 баллов – тяжелая степень (127 пациентов).

На ультрасонограммах визуализировались структуры пульпозного ядра (ПЯ) и фиброзного кольца (ФК), связочный аппарат, высота МПД. При исследовании ПК и корешковых пространств отмечалась их форма, ширина, переднезадние размеры (мм), эхо-структура эпидурального пространства, оценивалось расположение грыжевого выпячивания, его размеры (мм), наличие продолженного эпидурального отека и/или эпидурита.

В наших исследованиях мы определяли следующие параметры:

- 1) переднезадний, боковой, а, при необходимости, и косой размеры, а также форму МПД;
- 2) размеры ФК и ПЯ;
- 3) структура ФК и ПЯ (визуальная оценка однородности, сравнение экзогенности МПД различных уровней);
- 4) переднезадний и боковой размеры, форму, периметр, площадь ПК, переднезадние размеры боковых КР;
- 5) реактивные, воспалительные и рубцовые изменения в эпидуральном пространстве.

Исследования проводились как в сагиттальной плоскости, так и на аксиальных (горизонтальных) срезах, что позволяло определить пространственное положение (медианные, парамедианные, латеральные и фораменальные) и отношение ГМПД к сосудисто-нервному корешку, выяснить ее размеры, степень сужения просвета, деформации ПК и/или КР.

Для оценки функционального состояния периферического нервно-мышечного аппарата всем исследуемым пациентам (162 чел.) была проведена ЭНМГ. ЭНМГ-исследования проводились на многоканальном электронейромиографе «Cantata» фирмы «Dantec» и на отечественном универсальном нейромиографе фирмы «МБН» (г. Москва) с использованием накожных вилочковых стимулирующих электродов и накожных чашечковых регистрирующих электродов. Определение количества функционирующих двигательных единиц и исследование Н-рефлекса проведено по стандартной методике [8]. Всем пациентам выполнено исследование камбаловидной мышцы. Регистрировалось снижение/увеличение амплитуды М-ответа, снижение/увеличение латентного периода Н-рефлекса, определялось отношение Н/М до начала лечения, после курса лечения по прошествии 6 месяцев и 2,5 лет.

Катамнестическое исследование проведено у 162 больных с компрессионными синдромами ПОП через 2,5 года. Кроме клинических и инструментальных исследований проведен подсчет числа обострений и дней нетрудоспособности.

Комплекс дифференцированной терапии для больных с сосудисто-компрессионными корешковыми синдромами ПОП включал немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. До поступления в ЦМТ многие больные с сосудисто-компрессионными корешковыми синдромами ПОП лечились амбулаторно по месту жительства медикаментозными и физиотерапевтическими средствами.

В ЦМТ лечение начиналось при первом обращении больного. Подбор медикаментозных средств и метод их введения определялся характером и выраженностью клинических особенностей заболевания. Учитывая патогенез компрессионного синдрома, мы назначали больным:

- нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак Na или К в дозировках по 50 мг 2 раза в день per os, в/м или per rectum в течение 5 дней);
- венопротекторы (детралекс по 1 таблетке в полдень и вечером во время еды в течение 7 дней);

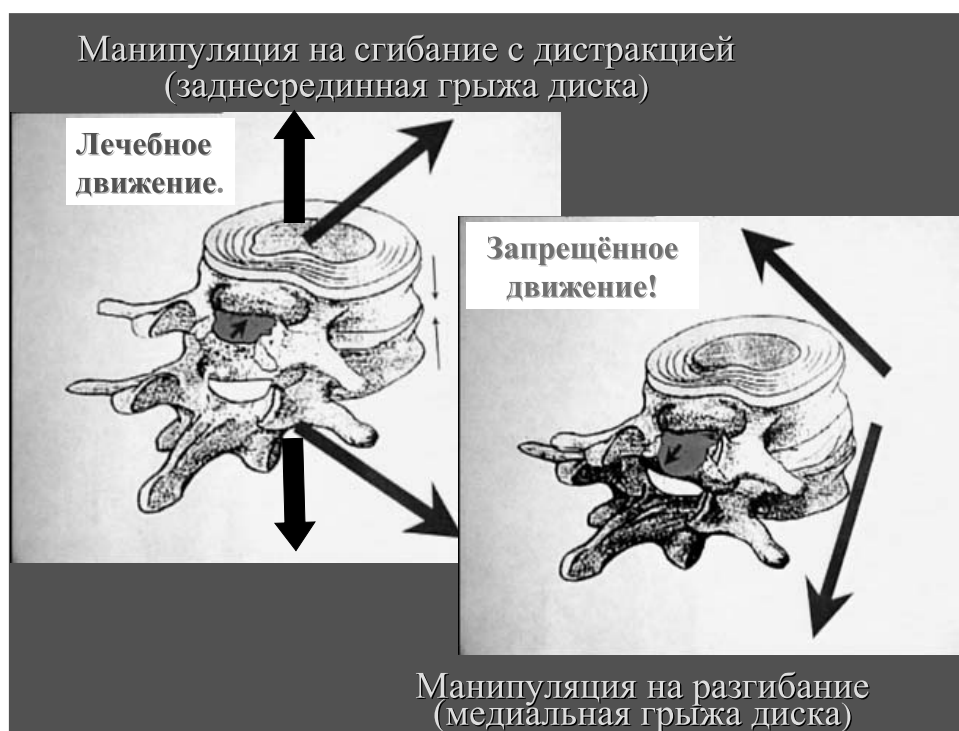
– для повышения порога болевой чувствительности (блокировка центральных дофаминергических рецепторов) мы использовали эглонил в капсулах по 50 мг 2 раза в день в течение 2-3 недель.

Медикаментозное лечение проводилось до регресса клинических проявлений компрессионных корешковых синдромов курсами по 2 недели с перерывами между ними в 2-3 недели.

С первых дней обращения пациентов в ЦМТ в качестве основного немедикаментозного метода лечения применяли мануальную терапию (МТ). МТ проводилась при выраженных клинических проявлениях компрессионных корешковых синдромов. Курс МТ состоял из 8-10 процедур. До появления признаков регресса болевого синдрома (3-4 дня) сеансы МТ проводились ежедневно, затем – через день. Повторный курс МТ назначался больным через 3-4 недели, а последующие курсы проводились каждые 2-3,5 месяца. В зависимости от динамики клинических проявлений, МТ рекомендовалась в течение 3-5 лет до полной фибротизации пораженного диска.

Во время сеанса МТ манипуляции проводились на ключевых ПДС: верхнешейный отдел, шейно-грудной переход, грудопоясничный переход, КПС с обеих сторон и, конечно, на всех поясничных ПДС. Манипуляциям на ПОП предшествовали мобилизации для достижения мышечной релаксации. МТ (манипуляции и мобилизации) проводилась с учетом особенностей анатомии ПДС и пространственного положения грыжевого выпячивания.

При *медианных* (срединных) ГМПД (патоморфологический субстрат располагается медианно по отношению к корешку) и их клинических проявлениях манипуляции и аутомобилизации проводились только на сгибание и дистракцию ПОП для передислокации грыжевого выпячивания от дурального мешка.



Увеличение межпозвонкового пространства путем дистракции вызывает одномоментное «подтягивание» грыжевого содержимого внутрь этого пространства согласно законам механики (закон Гука). Натяжение задней продольной связки при проведении процедуры способствует этому процессу. Ликвидация ФБ в ПДС в результате терапии ведет к снижению мышечного напряжения, что, в свою очередь, уменьшает давление на поврежденный диск. «Подтягивание» грыжевого содержимого в межпозвонковое пространство и снижение давления на МПД способствует формированию адекватного в функциональном состоянии рубца в месте повреждения МПД.

Одновременно выполнялись манипуляции на ПОП и 5-8 манипуляций на смежных и отдаленных отделах (шейный и грудной отделы) для устранения ФБ. Вследствие анатомических особенностей, ротационные

движения в этом отделе возможны в пределах 5° , т.е. по 1° в каждом сегменте. Это означает, что манипуляции на ПОП следует выполнять или на разгибание/сгибание и, возможно, на «скручивание», но не на ротацию. Учитывая сочетанность движений в позвоночнике, можно утверждать, что чрезмерная ротация ПОП («скручивание») приводит к сгибанию во фронтальной плоскости в противоположную ротации сторону. Этот феномен при манипуляциях использован в лечебных целях.

При клинических проявлениях *парамедианных и фораменальных* (заднебоковых) грыж использовались мобилизационные и манипуляционные методики, приводящие к разгибанию поясничного отдела при одно-временной дистракции и сгибании в «здоровую сторону». В результате манипуляции достигалась ликвидация ФБ, расслабление (в той или иной степени) мышц, окружающих данный ПДС, «подтягивание» содержимого грыжи в межпозвонковое пространство и, естественно, улучшение венозного оттока в месте компрессии.



При наличии у пациента заднебоковой ГМПД, ему настоятельно рекомендовалось избегать любых наклонов вперед, поскольку они могут привести к выдавливанию грыжевого выпячивания из межпозвонкового пространства кзади в просвет спинномозгового канала и осложнить течение заболевания.

Эффективность дифференцированного мануального лечения в динамике оценивалась по регрессу неврологической симптоматики и инструментальными методами (рентгенография, КТ, МРТ, УЗИ заднедискового пространства, ЭНМГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании больных из обеих групп нами впервые были выявлены различия в течении компрессионных корешковых синдромов ПОП и клинических проявлениях ГМПД различной пространственной локализации.

1. В нашем исследовании заднебоковые грыжи, как патоморфологический субстрат корешковых компрессионных синдромов, встречались в 63,0% случаев на поясничном уровне, а заднесрединные – в 37,0%. Полученные данные согласуются с литературными [15, 24].

2. У больных с клиническими проявлениями заднебоковых грыж МПД в большинстве случаев (82,3%) течение заболевания было хронически рецидивирующим, при заднесрединных ГМПД течение заболевания было хронически прогрессирующим (73,0%).

3. У большинства больных (58,0%), обратившихся за помощью в острой стадии, заболевание было обусловлено заднебоковыми ГМПД. У 73,0% больных, обратившихся за лечением в подострой стадии заболевания, были выявлены заднесрединные ГМПД.

4. Гетеролатеральный сколиоз был отмечен у больных с заднебоковыми ГМПД в 98,2 % случаев. Гомолатеральный сколиоз отмечался у больных с заднесрединными ГМПД (70,0%).

5. У больных с заднесрединными ГМПД кифотизация поясничного отдела позвоночника отмечалась в 86,7% случаев и только в 17,6% - при заднебоковых грыжах.

6. У больных с заднебоковыми ГМПД положительные односторонние симптомы натяжения отмечались в 97,7% случаев и в 35,0% случаев – с заднесрединными.

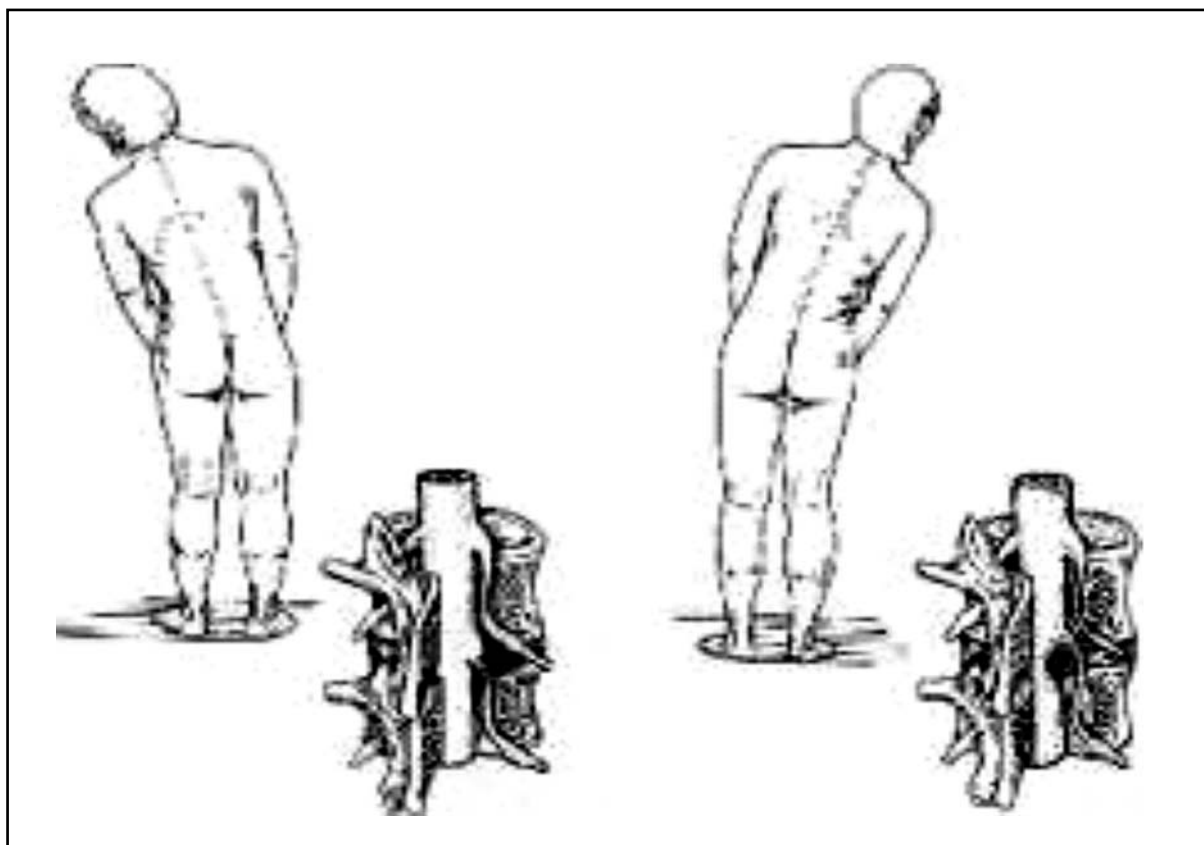
7. Нарушения чувствительности в зоне иннервации одного корешка чаще встречались при заднебоковых ГМПД (75,5%), а в зоне иннервации двух корешков – при заднесрединных ГМПД (36,4%).

8. Одностороннее поражение (компрессия) корешков в 98,6% случаев отмечалась при заднебоковых грыжах МПД и только в 48,0% при заднесрединных.

9. При заднебоковых грыжах в 98,5% случаев отмечено ограничение наклонов в «больную» сторону, а при заднесрединных – в «здоровую» (97,3%).

10. При заднебоковых грыжах в 97,4% случаев по данным УЗИ заднедискового пространства отмечались признаки односторонней венозной дисциркуляции на уровне пораженного ПДС. При заднесрединных ГМПД венозная дисциркуляция отмечалась в 86,7% случаев с обеих сторон.

При исследовании 162 больных с компрессионными синдромами ПОП нами было отмечено наличие у больных анталгических поз, выражающихся гомо- и гетеролатеральным сколиозом, кифозом поясничного отдела. Указанные патогенетические механизмы обоснованы концепцией о спазме мышц в ответ на патологическую импульсацию из дегенеративно-дистрофически пораженного позвоночника. Данные К. Lewit



Грыжевое выпячивание находится латеральнее компрессируемого корешка.

Грыжевое выпячивание находится медиальнее компрессируемого корешка.

[53] подтверждают эту концепцию. Импульсация по моторным волокнам вызывает спазм отдельных групп предпозвоночных мышц. Схему рефлекторной дуги для этого рефлекса дал еще в 1959 году R.B. Clovard: рецепторная часть находится в дисках, межпозвоноковых суставах, связках, а эффекторная - в волокнах скелетной мышцы. В ответ на поражение диска формируются реактивные синдромы с участием мышц не только конечностей, но и позвоночника – экстензионная, флекссионная или сколиотическая установка, а также явления нейроостеофиброза в зоне тонически напряженных мышц.

В наших исследованиях у всех больных с компрессионными синдромами ПОП, обусловленными заднебоковыми грыжами (102 пациента), отмечался гетеролатеральный поясничный сколиоз. При общем ограничении активных движений в ПОП пассивные движения вперед и в «больную» сторону были практически невозможны не только из-за рефлекторной миофиксации, но, в основном, из-за возникновения сильнейших болей в пояснице. У 86 больных наклон вперед ограничивался 10°.

С позиции биомеханики становится понятным неосознанное желание пациента наклониться в «здоровую» сторону, т.к. при этом создается натяжение сдавливаемого корешка с одновременным перемещением его медиально в сторону от ГМПД. Создающееся при наклоне натяжение волокон фиброзного кольца способствует «вправлению» грыжевого выпячивания. Миофиксация с образованием ФБ в данном случае играет саногенетическую роль.

При заднесрединных грыжах (60 случаев, 37,0%) мы наблюдали гомолатеральный сколиоз. В этих случаях патоморфологический субстрат располагается медиальнее по отношению к корешку и, следовательно, больной, наклоняясь в «больную» сторону, «перемещал» корешок латеральнее, в сторону от ГМПД. У всех пациентов этой группы, кроме гомолатерального сколиоза, отмечался выраженный кифоз ПОП, что тоже способствовало передислокации грыжевого содержимого от корешка.

Компрессионные синдромы ПОП протекают с выраженной симптоматикой, но сам патологический процесс в межпозвоночном диске возникает обычно задолго до клинических манифестаций.

Патоморфологически процесс образования ГМПД протекает следующим образом: при повреждении фиброзного кольца возникает асептическая воспалительная реакция. Возникновение реактивного воспалительного процесса в позвоночном канале на уровне ГМПД было отмечено хирургами во время операций. Авторы рассматривали эти изменения не как возможную причину компрессии корешка, но как следствие повреждения фиброзного кольца.

Реактивно-воспалительный процесс проходит два этапа [52]. Первый этап - *активный застой* - патоморфологически характеризуется гиперемией, отеком самого ФК и местным повышением температуры [63]. Клинически это может проявиться болезненными ощущениями в области поясницы.

На втором этапе достигается контроль над мембранной осмолярностью и возникает *пассивный застой*. Этот этап, описанный патоморфологами, мы считаем основным в патогенезе компрессионных синдромов ПО. Во время пассивного застоя происходит сдавление венозного сплетения позвоночного канала, пролиферация лимфы в заднедисковое пространство, его отек и выпячивание в просвет спинномозгового канала. При образовании грыжи в ПОП повреждается и задняя продольная связка.

Результаты инструментальных исследований (МРТ, УЗИ), проведенных всем пациентам группы, показали, что в 73,4% случаев (119 пациентов) спинномозговые корешки сдавливаются отеком заднедисковой клетчатки, т.е. воздействует на невральные структуры непосредственно не сама ГМПД, а конгломерат, состоящий из ГМПД, отечной эпидуральной клетчатки и расширенных вен (следствие компрессии). По нашим наблюдениям на этом этапе имеется довольно выраженный болевой синдром: боли локализуются в области поясницы, иррадиируют в ягодицы и нижние конечности. Именно в это время появляются анталгические сколиозы как результат миотонических синдромов. Без соответствующего лечения заболевание прогрессирует, появляются симптомы выпадения чувствительности, а затем и двигательные нарушения.

На протяжении длительного времени основным патогенетическим фактором компрессионных синдромов считали ГМПД [7, 35]. Сосудистый компонент компрессии описывался как сопровождающий возникновение ГМПД [21]. На основании сопоставлений клинической картины и результатов УЗИ заднедискового пространства мы пришли к выводу, что сосудистый фактор - один из основных в патогенезе компрессионных синдромов. Следовательно, можно говорить о *сосудисто-компрессионных синдромах* поясничного остеохондроза.

Клинический интерес представляли выделенные стадии восстановления и реконструкции в течении патоморфологического процесса в МПД и окружающих его тканях. На этих стадиях у исследуемых больных наблюдался регресс неврологической симптоматики: боли в пояснице становились не постоянными, а возникали при физических и статических нагрузках, резких наклонах в пояснице вперед. Анталгический сколиоз у большинства (93,0%)

больных отсутствовал, локальная миофиксация и ФБ отмечались только в нижнепоясничных ПДС (45,7%). У 14 больных с заднесрединными ГМПД сохранялся кифоз ПОП (23,3%). Симптомы натяжения были отрицательными у 87,0% больных, восстанавливалась чувствительность в зонах иннервации L4-L5 и S1. Через 6 месяцев лечения нарушения чувствительности определялись у 65 пациентов, получавших только медикаментозное лечение (87,8%), и у 34 (38,6%), получавших комплексное лечение с мануальной терапией.

В стадии *восстановления* гранулоциты удаляют метаболиты, формируются капилляры для доставки кислорода и питательных веществ в зону повреждения, которые активизируют фибробласты, продуцирующие коллаген. Коллагеновый рубец заменяет поврежденные ткани [37, 40]. Нашими исследованиями у 119 пациентов подтвержден факт регресса отека, улучшения кровообращения в зоне поврежденного МПД. При этом замещение тканей пульпозного ядра более плотными фиброзными через 6 месяцев лечения выявлено у 11 больных (12,5%), получавших МТ, и у 1 больного (1,3%), получавшего только медикаментозное лечение.

Производимый фибробластами коллаген имеет относительно низкое качество, т. к. его волокна направлены беспорядочно, это ослабляет возможности тканей переносить нагрузки, а именно – растяжение и сдавливание [52, 63].

В стадии *реконструкции*, длящейся до 12 месяцев, происходит реконструкция коллагенового рубца, приводящая к улучшению качества (в функциональном отношении) рубцовой ткани и повышению способности коллагена к растяжению [37]. Бесконтрольное заживление поврежденных тканей ведет к образованию фиброза, заживлению вторичным натяжением. При этом коллагеновая масса увеличивается, но уменьшается физиологическое соответствие связи норме. В наших исследованиях мы наблюдали полную фибротизацию МПД через 2,5 года после выраженной клинической манифестации заболевания у 3 больных (4,0%) группы, получавшей только медикаментозное лечение, и у 45 больных, получавших МТ (51,1%). При этом следует отметить, что из 45 пациентов с полной фиброзной регенерацией дисков у 31 пациента до лечения диагностировались заднебоковые ГМПД.

Изучив клинические проявления компрессионных синдромов ПОП на каждой стадии патоморфологического процесса, мы выяснили зависимость развития определенного симптомокомплекса от стадии и степени дегенеративных изменений МПД того или иного уровня и его вариабельность в зависимости от пространственного расположения ГМПД.

Традиционное лечение компрессионных синдромов, включающее назначение анальгетиков, противовоспалительных средств, физиотерапии и массажа, себя не оправдало [7, 12, 50, 57].

В нашем исследовании больные с тяжелыми компрессионными синдромами ПОП (162 пациента) получали как медикаментозное лечение без МТ (74 человека, n_{1_1} и n_{2_1}), так и МТ в комплексе с медикаментозным лечением (88 пациентов, n_{1_2} и n_{2_2}). Сравнение клинических проявлений у больных обеих групп (объединенных подгрупп) показало, что позитивная динамика неврологической симптоматики в группе, получавшей медикаментозное лечение и МТ, была более выраженной. Клиническое выздоровление после 2 курсов лечения в этой группе отмечалось у 56 больных (63,6%), в другой группе – только у 11 больных (14,8%). У больных, получавших МТ, обострения/рецидивы за 2,5 года наблюдений отмечались в 28 случаях (31,8%), в другой группе – 41 (55,4%).

УЗИ ФК, эпидуральной клетчатки, корешковых рукавов подтвердило более высокий темп регресса проявлений эпидурита с отеком заднедискового пространства у пациентов, получавших МТ. После первого курса лечения у больных, получавших только медикаментозное лечение, динамики улучшения кровотока (венозный стаз) и уменьшения отека не наблюдалось. При этом в группе больных с тяжелыми компрессионными синдромами ПОП, получавших МТ, отмечалось уменьшение отека заднедискового пространства в 17 случаях (19,3%). После второго курса лечения (3–4 недели) патоморфологический субстрат (ГМПД, отек эпидуральной клетчатки и задней продольной связки) наблюдался у 63 больных (85,0%), получавших только медикаментозное лечение, и у 24 (27,3%) из группы, получавшей МТ.

Нами получены достоверные данные о регрессе клинических проявлений через 6 месяцев лечения в группе больных, получавших МТ. Так, болевой синдром у всех пациентов группы отсутствовал, не было патологической миофиксации и, следовательно, сколиоза. ФБ определялись в нижнепоясничном отделе и КПС, а симптомы натяжения были отрицательными у 84 больных (95,0%). Коленные рефлексy были не изменены, а ахилловы рефлексy и чувствительность восстановились у 81 пациента (92,0%) и у 54 больных (61,3%) соответственно. Полученные результаты согласуются с литературными данными [6, 26, 55].

По результатам УЗИ заднедискового пространства у 50,0% больных обнаруживались признаки текущей фибротизации без признаков рубцово-спаечного процесса. При сравнении этих же параметров у больных

в группе, получавшей только медикаментозное лечение, мы отмечали следующее: умеренно выраженный болевой синдром выявлен у 16 пациентов (21,6%), постоянные слабовыраженные боли отмечались у 39 человек (52,7%); сколиоз/кифоз ПОП отмечался у 58 больных (78,4%), положительные симптомы натяжения отмечены у 62 пациентов (83,7%), снижение ахиллова рефлекса отмечено у 16 человек (21,6%), нарушения чувствительности сохранялось у 65 больных (87,8%). Полученные данные согласуются с имеющимися в литературе [7, 9, 62].

Оценивая результаты катamnестического исследования, проведенного для пациентов обеих групп через 2,5 года после начала лечения, мы отметили полный регресс неврологической симптоматики у пациентов, получавших МТ: отсутствуют болевой и миофиксационные синдромы, восстановлен нормальный объем активных движений в ПОП, нормализовались периферические рефлексы и чувствительность.

Из группы больных, получавших только медикаментозное лечение, нами было направлено на консультацию к нейрохирургу и прооперировано 2 человека. У 25 пациентов (33,8%) периодически возникали умеренно выраженные боли в пояснице при физической и статической нагрузке, у 6 больных (8,0%) с заднесрединными грыжами возникали сильные боли при наклонах вперед. Сглаженность лордоза сохранялась у 51 больного (68,9%). Активные движения в ПОП были ограничены у 43 больных (58,1%). Положительные симптомы натяжения сохранялись у 42 больных (56,7%), гипестезия в зоне иннервации заинтересованных корешков отмечалась у 32 больных (43,2%).

Л.Суріах [48] отмечал: «Когда асептическое воспаление атакует мягкие ткани, участвующие в двигательных процессах, лечение покоем приводит к стойкой нетрудоспособности, хотя симптомы могут временно исчезать. Поэтому в этом столетии лечение покоем уступило дорогу лечению поврежденных тканей терапевтическим движением. Оно может быть применено различными путями. Три основных из них: 1) активные и резистивные упражнения; 2) пассивные движения, особенно усиленные; 3) глубокий массаж». При проведении мануального лечения мы принимали во внимание особенности миофиксационных паттернов при ГМПД различной пространственной локализации.

Впервые нами применены дифференцированные методики при лечении заднебоковых и заднесрединных ГМПД. Лечебными движениями при лечении больных с заднесрединными ГМПД мы считали манипуляции и мобилизации на distraction со сгибанием ПОП вперед. При проведении МТ больным с заднебоковыми ГМПД лечебными манипуляциями являлись таковые на distraction с одномоментной ротацией и флексией в «здоровую» сторону. При определении направлений мы руководствовались биомеханикой позвоночника [14, 15, 56] и патоморфологией процессов образования ГМПД [37].

По нашим данным, через 1 год после начала лечения с применением МТ у всех больных наблюдалось клиническое выздоровление: полное отсутствие болевого синдрома, сколиоза, восстановление двигательных функций позвоночника и конечностей, восстановление чувствительности в зонах пораженных корешков. Мы считаем, что регресс неврологических проявлений стал возможным благодаря дифференцированной МТ в зависимости от пространственного расположения ГМПД.

Для наглядности приведем таблицу количества обострений и числа дней нетрудоспособности у исследуемых больных при лечении только медикаментозными препаратами и в сочетании с дифференцированной мануальной терапией.

Цифры говорят сами за себя. Количество обострений и, особенно, число дней временной нетрудоспособности при МТ в зависимости от пространственного расположения патоморфологического субстрата (ГМПД) было снижено более чем в 10 раз.

Динамические исследования ФК и заднедискового пространства при проведении курсового лечения выявили более интенсивное прогрессивное снижение интенсивности отека эпидуральной клетчатки, регресс проявлений эпидурита на уровне пораженного МПД при дифференцированном применении МТ.

Исходя из полученных результатов, мы считаем, что лечение клинических проявлений ГМПД должно быть комплексным.

1. Медикаментозное лечение должно быть направлено, во-первых, на борьбу с воспалением:

- а) купирование болевого синдрома;
- б) борьба с отеком тканей в месте повреждения;

в) нормализация кровообращения за счет улучшения оттока застойной жидкости с одновременным удалением продуктов распада, но не за счет увеличения притока крови, с которым вовлеченные в патологический процесс вены не могут справиться. Для этой цели нами рекомендовались детралекс, уменьшающий вязкость крови, укрепляющий сосудистую стенку и улучшающий отток, а также ИРТ.

Таблица

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У БОЛЬНЫХ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗА ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЯ (2,5 ГОДА)**

Параметр		Первая группа		Вторая группа	
		медикаментозное лечение ($n_{1_1}=47$)	комплексное лечение с МТ ($n_{1_2}=55$)	медикаментозное лечение ($n_{2_1}=27$)	комплексное лечение с МТ ($n_{2_2}=33$)
Среднее число курсов лечения		12,2	11	13	11
Обострения		68	5	47	2
Число обострений на 1 больного		1,4	0,09	1,7	0,06
Среднее число дней нетрудоспособности на 1 обострение		10	8	14	10
Общее число дней нетрудоспособности (обострения)		680	40	658	20
Фибро-тизация диска*	полная	4 (8,5%)	29 (52,7%)	2 (8%)	11 (33,3%)
	частичная	12 (25,5%)	15 (27,3%)	4 (16%)	19 (57,6%)
	нет	31 (66%)	11 (20%)	19 (76%)	3 (9,1%)

* по данным УЗИ.

2. Мануальная терапия – комплекс мероприятий по воздействию непосредственно на пораженный ПДС с целью восстановления нормальной биомеханики позвоночника и создания условий для нормальной фибротизации пораженного диска.

ВЫВОДЫ

1. Правильный отбор больных на лечение важен для выбора оптимальной терапевтической тактики и позволяет избежать осложнений.
2. Определены неврологические различия клинических проявлений ГМПД в зависимости от пространственного расположения: заднебоковые, заднесрединные.
3. При лечении компрессионных корешковых синдромов на поясничном уровне с учетом пространственного расположения грыжевого выпячивания наиболее эффективно использование МТ.
4. При лечении больных с заднесрединными грыжами межпозвонковых дисков лечебными движениями являются манипуляции и мобилизации, осуществляющие distraction позвонково-двигательного сегмента по оси и вентральную флексию поясничного отдела.
5. При лечении больных с заднебоковыми грыжами межпозвонковых дисков лечебное движение должно осуществлять одномоментную distraction, ротацию и латерофлексию поясничного отдела позвоночника в «здоровую» сторону.
6. Воспаление спинномозговой оболочки, флебостаз, реактивный отек эпидуральной клетчатки и задней продольной связки в результате грыжи межпозвонкового диска – причина компрессионных корешковых синдромов поясничного отдела позвоночника. Прогрессирование заболевания и выраженность клинических проявлений зависят от сосудистого фактора, нарушения венозного кровообращения на уровне пораженного диска.
7. Поражение спинномозгового корешка у больных с компрессионными синдромами поясничного отдела позвоночника, обусловленных ГМПД, имеет туннельный характер.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Образование ГМПД – причина компрессионного синдрома в сочетании с отечным эпидуритом, флебостазом, реактивным отеком задней продольной связки и вегетативным фоном.

Больным с клиническими проявлениями ГМПД поясничного отдела позвоночника перед лечением рекомендовано проводить комплексное неврологическое и инструментальное обследование (КТ, МРТ, УЗИ заднедискового пространства) для предупреждения возможных осложнений и выбора правильной тактики лечения.

Лечение компрессионных синдромов поясничного остеохондроза должно быть комплексным, включающим медикаментозное лечение и мануальную терапию.

Лечение компрессионных синдромов ПОП, обусловленных ГМПД, должно быть дифференцированным. Мануальная терапия должна учитывать пространственное расположение грыжевого выпячивания.

При лечении больных с ГМПД должно учитываться пространственное расположение экструзии. Следует знать и довести до сведения больного «запрещенные» направления движений в поясничном отделе.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ ТЕРМИНОВ:

ГМПД – грыжа межпозвонкового диска,
ИРТ – иглорефлексотерапия,
КР – корешковый рукав,
КТ – компьютерная рентгеновская томография,
МРТ – магнитно-резонансное исследование,
МТ – мануальная терапия,
МПД – межпозвонковый диск,
ОП – остеохондроз позвоночника,
ПДС – позвонково-двигательный сегмент,
ПК – позвоночный канал,
ПОП – поясничный отдел позвоночника,
ПЯ – пульпозное ядро,
ФБ – функциональная блокада,
ФК – фиброзное кольцо,
ЦМТ – Центр мануальной терапии,
ЭНМГ – электронейромиография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П. Современное состояние и перспективы изучения заболеваний периферической нервной системы. // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М.: 1988. – т. 3. – С. 274-277.
2. Антонов И.Д., Нездведь Г.К., Ивашина Е.Н. и др. К патогенезу неврологических проявлений поясничного остеохондроза / Клиника, лечение и профилактика заболеваний нервной системы: Материалы республиканской научно-практической конференции. – Казань: 1988. – С. 65-70.
3. Арутюнов А.И., Бротман М.К. Контрастные методы исследования в клинической диагностике дегенеративных процессов в межпозвонковых дисках // Вопросы хирургии, 1964. – №5. – С. 44-49.
4. Благодатский М.Д., Мейерович С.И. Диагностика и лечение дискогенного пояснично-крестцового радикулита. – Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1987. – 272 с.
5. Бротман М.К. Неврологические проявления поясничного остеохондроза. – Киев: Здоров'я, 1975. – 168 с.
6. Бугакчийская Н.М. Мануальная терапия в комплексном лечении неврологических проявлений поясничного остеохондроза: автореф. дисс. ... канд. мед. н. – Киев: 1987. – 21 с.
7. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 341 с.
8. Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.И., Санадзе А.Г. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний. – Таганрог: ТРТУ, 1997. – 370 с.

9. Голубков О.И. Исход и восстановление трудоспособности больных после консервативного и оперативного методов лечения поясничного остеохондроза: автореф. дисс. ... канд. мед. н. – М.: 1972. – 17 с.
10. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Беляков В.В. и др. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии. – М.: Нолидж, 2000. – 336 с.
11. Жарков П.Л. Остеохондроз и другие изменения позвоночника у взрослых и детей. – М.: Медицина, 1994. – С. 23-35.
12. Жулев Н.М., Бадзгарадзе Ю.Д., Жулев С.Н. Остеохондроз позвоночника. – СПб.: 2001. – 588 с.
13. Иваничев Г.А. Клинико-электромиографическая оценка координационных отношений мышц голени при поясничном остеохондрозе. / Современные методы исследования в неврологии и психиатрии. – Курск: 1977. – т. 2. – С. 109-111.
14. Казьмин А.И., Каптелин А.Ф. Показания к консервативному ортопедическому лечению при дискогенном болевом синдроме. – М.: 1974. – 18 с.
15. Казьмин А.И. и др. Оперативное лечение поясничного остеохондроза. // Ортопед. травматология, 1986. – №10. – С. 17-20.
16. Кинзерский А.Ю. Допплерография эпидуральных венозных сплетений в дифференциации причин компрессии корешков спинного мозга при межпозвонковом остеохондрозе. // Визуализация в клинике, 1999. – №14-15. – С. 44-46.
17. Кипервас И.П. Периферические нейроваскулярные синдромы. – М.: Медицина, 1985. – 175 с.
18. Мовшович И.А., Шотемор Ш.Ш. К вопросу о нестабильности позвоночника (классификация, диагностика). // Ортопед. травматология, 1979. – №5. – С. 24-29.
19. Мусалатов Х.А., Аганесов А.Г. Хирургическая реабилитация корешкового синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника (микрохирургическая и пункционная дискэктомия). – М.: Медицина, 1998. – 88 с.
20. Персон Р. С. Электромиография в исследованиях человека. – М.: Наука, 1969. – 199 с.
21. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. / Пельвиомембральные синдромы поясничного остеохондроза. – Йошкар-Ола: 1983. – 373 с.
22. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М., Медицина, 1989. – 463 с.
23. Попелянский Я.Ю. Клиническое обоснование диагноза остеохондроза. // Вертеброневрология, 1998. – № 2-3. – С. 5-8.
24. Продан А.И. и др. Анализ различных способов хирургического лечения корешковых синдромов при грыжах и протрузиях поясничных межпозвонковых дисков. // Ортопед. травматология, 1985. – №1. – С. 30-34.
25. Синдромы позвоночного остеохондроза. / Под ред. В.Ф. Богоявленского. – Казань: 1978.
26. Ситель А.Б. Мануальная терапия: руководство для врачей. – М.: 1998. – 303 с.
27. Ситель А.Б., Беляков В.В., Кузьминов К.О., Никонов С.В. Формирование рефлекторных и компрессионных синдромов при дискогенной болезни поясничного отдела позвоночника. // Ж. невропатологии и психиатрии, 2000. – т. 100. – вып. 10. – С. 18-23.
28. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной систем: руководство для врачей. – СПб.: 1996. – 320 с.
29. Скоромец А.А. с соавт. Сосудистые заболевания спинного мозга. – СПб.: 1998. – 525 с.
30. Скоромец А.П. с соавт. Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов. // Неврологический журнал, 1997. – №6. – С. 53-55.
31. Фарбер М.А. О патогенезе обострений и ремиссий при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите. // Журн. клин. мед., 1972. – вып. 9. – С. 78-71.
32. Фарбер М.А. Особенности расстройств болевой чувствительности при радикулярных синдромах поясничного остеохондроза. / Периферическая нервная система.– Минск: 1984. – вып.7. – С. 85-88.
33. Хелимский А.М. Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза. – Хабаровск: 2000. – 256 с.
34. Ходарев С.В. с соавт. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией. – Р-на-Д.: 2001. – 605 с.
35. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. – М.: Медицина, 1984. – 382 с.

36. Adams M.A., Hutton W.G. Mechanical factors in the etiology of low back pain. // *Orthop. ICS*, 1982. – v. 58. – №11. – P. 1461.
37. Adams M.A., Hutton W.C. Gradual disc prolaps. // *Spine*, 1985. – №10. – P. 524-531.
38. Anderson R., Meeker W.C., Wirick B.E. et al. A meta-analysis of clinical trials of spinal manipulation. // *J. Manipulative Physiology Ther.*, 1992. – №15. – P. 181.
39. Andersson S.A., Rydenhag B. Cortical nociceptive systems. // *Phil.Trans. R.Soc. Lond.*, 1985. – v. 308. – P. 347-355.
40. Armstrong R.G. Lumbar disc lesions. – Livingstone-London, 1965.
41. Assendelft W.J., Bouter L.M., Knipschild P.G. Complications of spinal manipulation: A comprehensive review of the literature. // *J. Fam. Pract.*, 1996. – vol. 42. – P. 475.
42. Barr J.S., Mixter W.S. Posterior protrusion of the lumbar intervertebral discs // *J.Bone Jt. Surg.*, 1941. – vol. 23. – №2. – P. 444-456.
43. Bogduk N. et al. The nerve supply to the human lumbar intervertebral discs. // *J. Anatomy*, 1981. – №132. – P. 39-56.
44. Bronfort G. Low back pain. Spinal manipulation. // *Neurologic Clinics*, 1999. – vol. 17. – №1. – P. 91-111.
45. Buchtal P., Rosenfalk A. Evoked action potentials and conduction velocity in human sensory nerves. // *Brain Res.*, 1966. – vol. 3. – P. 1-122.
46. Chen Y.J., Li F.B., Huang P.D. Biomechanics of traction for treatment for lumbar disc prolaps. // *Chang. Hua I. Hsueh. Tsa. Chin.*, 1994. – vol. 74. – №1. – P. 40-42.
47. Cyriax J. Lesions discales lumbaires. // *Acta Orthop. Belg.*, 1957. – vol. 27. – P. 442-461.
48. Cyriax J. Text book of Orthopedic medicine. Diagnosis of soft tissue lesions, 8-th edn. / Baillier Tindall. – London, 1986. – Vol. 1.
49. Dandy W.E. Concealed ruptured intervertebral discs. // *JAMA*, 1941. – vol. 118. – №10. – P. 821-823.
50. Hadler N.M., Curtis P., Gillings D.B., et al. A benefit of spinal manipulation as adjunctive therapy for acute low-back pain. A stratified controlled trial. // *Spine*, 1987. – №12. – P. 703.
51. Haldeman S., Phillips R.B. Spinal manipulative therapy in the management of low back pain. / Frymoyer J.W., Ducker T.B., Hadler N.M., et al. (eds) *The Adult Spine: Principles and Practice*. – New York, Raven Press Ltd., 1991. – P. 1581.
52. Kramer J. Intervertebral disc disease. – Thieme, N.Y., 1981.
53. Lewit K. The contribution of Clinical Observation to Neurobiological Mechanisms in Manipulative Therapy. *Neurobiologic Mechanisms in Manipulative Therapy*. – New-York: 1978. – P. 3-26.
54. Lumbar disc lesions. Pathogenesis and treatment of low back pain and sciatica. – Edinburgh, London, 1958. – 244 p.
55. Ottenbacher K., DiFabio R.P. Efficacy of spinal manipulation/mobilization therapy. A meta-analysis. // *Spine*, 1985. – №10. – P. 833. .
56. Panjabi M.M., White A.A. Clinical biomechanics of the spine. // J.B.Lippincott., Philadelphia, 1978.
57. Pope M.H., Phillips R.B., Haugh L.D. et al. A prospective randomized three-week trial of spinal manipulation, transcutaneous muscle stimulation, massage and corset in the treatment of subacute low back pain. // *Spine*, 1994. – №19. – P. 2571.
58. Schiötz E.H., Cyriax J. Manipulation past and present. – London: William Heinemann Medical Books, 1974.
59. Shekelle P.G. Spinal manipulation. // *Spine*, 1994. – №19. – P. 858.
60. Stoddard A. Manual of osteopathic techniques. – London: Hutchinson, 1959. – P. 275.
61. Teplitz J. The extruded disc fragment: Imaging Modalities. / *Arthroscopic microdiscectomy*. – Baltimore: 1991. – P. 35-48.
62. Waterworth R.F., Hunter I.A. An open study of diflunisal, conservative and manipulative therapy in the management of acute mechanical low back pain. // *NZ Med. J.*, 1985. – №98. – P. 372.
63. Zylbergold R.S., Piper M.C. Lumbar disc disease. Comparative analysis of physical therapy treatments. // *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1981. – №62. – P. 176.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕРЫВИСТОЙ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ

А.М. Орел¹, И.С. Истомина²

¹ Кафедра мануальной терапии ФППО(в)ММА им. И.М.Сеченова

² Кафедра физиотерапии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава

THE EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMBS USING MANUAL THERAPY AND INTERMITTENT PNEUMOCOMPRESSION

A.M.Orel¹, I.S.Istomina²

¹ Manual Therapy Department of the Faculty of Doctors' Post-Graduate Professional Education of Moscow Medical Academy named after I.M.Sechenov

² Physical Therapy Department of State Educational Institution of Additional Post-Graduate Education of the Russian Medical Academy of Post-Graduate Education of Roszdrav

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе обобщен опыт лечения больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей 4-5 стадии по классификации CEAP (12 пациентов в возрасте от 40 до 58 лет, из них 7 женщин и 5 мужчин) с использованием мануальной терапии и прерывистой пневмокомпрессии. Полученные объективные данные легометрии соответствовали субъективным ощущениям больных и свидетельствовали об эффективности примененного комплекса для данной группы больных.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, мануальная терапия, пневмокомпрессия.

SUMMARY

The experience of treatment of patients with 4-5 grade chronic venous insufficiency of the lower limbs according to CEAP classification (12 patients aged 40-58 – 7 women and 5 men) using manual therapy and intermittent pneumocompression has been summarized in this article. The obtained objective legometry data corresponded to the patients' subjective sensations and proved the applied complex efficiency for this group of patients.

Key words: chronic venous insufficiency of the lower limbs, manual therapy, pneumocompression.

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН НК) является распространенным заболеванием, имеющим большое социально-экономическое значение. ХВН НК встречается у 18-20% трудоспособного населения нашей страны. По данным М.И. Кузина, у 10-12% пациентов осложнения заболевания вызывают временную утрату трудоспособности, а у 1-3% больных отмечается ежегодная стойкая потеря трудоспособности. В настоящее время основным методом лечения ХВН НК является хирургический в сочетании с медикаментозной терапией и эластической компрессией. Однако, большое количество пациентов, страдающих ХВН НК, не подлежит хирургическому лечению из-за сопутствующих заболеваний или по тяжести состояния. Запущенные формы заболевания встречаются в 25% случаев и сопровождаются выраженным отеком, липодерматосклерозом, экземой или трофическими язвами. Оперативное вмешательство без предоперационной подготовки в этих случаях весьма затруднительно

и сопровождается различными осложнениями. В то же время, даже после успешно выполненной операции, необходима послеоперационная реабилитация. Таким образом, значительное количество пациентов нуждается в консервативном лечении. В последние годы растет интерес к лечению ХВН НК с использованием немедикаментозных методов.

Клиническая картина хронических заболеваний венозной системы может быть весьма вариабельной — от незначительного косметического дефекта, вызванного наличием патологически измененных поверхностных вен, до выраженной симптоматики ХВН НК и трофических язв. Симптоматика ХВН НК зависит непосредственно от ее причины, локализации венозного рефлюкса, индивидуальных особенностей венозной системы нижних конечностей и ее компенсаторных возможностей, поэтому в одном случае клиническая картина ограничивается субъективными признаками застоя в ноге (*heavy leg* — «тяжелая нога»), в другом — «венозным отеком», а наиболее тяжелая форма ХВН НК характеризуется отеком, липодерматосклерозом, экземой и трофической язвой.

Причиной развития трофических нарушений является хроническое повышение венозного давления, наиболее выраженное в дистальных отделах голени, что приводит к увеличению проницаемости венул и выходу жидкой части крови в периваскулярное пространство. В результате этого, с одной стороны, возникает интерстициальный отек, а с другой — происходит полимеризация фибрина, который в виде «манжетки» окутывает венозное и артериальное колена капилляров. Стойкие отеки являются наиболее частой причиной страданий больных.

Среди способов консервативного лечения с применением физических факторов, направленных на редукцию отека и динамической венозной гипертензии, одним из наиболее активных и надежных методов является метод прерывистой пневматической компрессии (ППК). Механизм действия переменной пневмокомпрессии основан на создании механического давления на ткани и повышении внутритканевого давления, что способствует более полному опорожнению венозной системы, уменьшению венозного давления, ускорению лимфооттока и, как следствие, ускорению выведения интерстициальной жидкости в лимфо-венозное русло. Применение ППК повышает фибринолитический потенциал крови, что способствует активации местного кровотока и повышению уровня трофического обеспечения тканей, а также профилактике микро- и макротромбозов.

Под нашим наблюдением находились 12 пациентов в возрасте от 40 до 58 лет, из них 7 женщин и 5 мужчин, страдающих ХВН НК 4-5 стадии по классификации CEAP. Основной жалобой являлся стойкий отек голени и стоп, усиливающийся при долгом стоянии, физической нагрузке, практически не проходящий после отдыха.

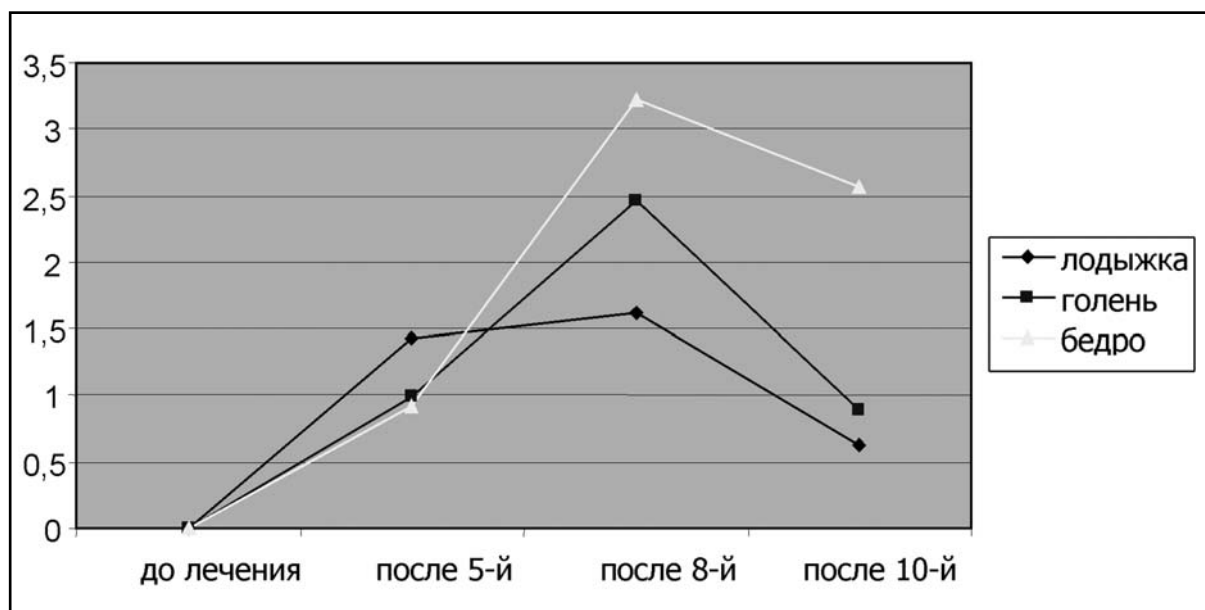


Рис. 1. Изменение длины окружности конечности от 1-й процедуры к 10-й

Больным проводился курс комплексного лечения, включающий мануальную терапию и прерывистую пневмокомпрессию.

Проводимая мануальная терапия осуществлялась с помощью мягкотканых и трастовых техник. Она включала устранение дисфункций суставов нижних конечностей, отработку мягких тканей нижних конечностей с помощью техник мышечных энергий, лимфодренажные техники. Мануальная терапия нижних конечностей дополнялась постизометрической релаксацией мышц тазовой диафрагмы и экстензоров поясничного отдела позвоночника. Преследовалась цель сбалансирования мышечных слоев, ограничивающих пути лимфатического и венозного оттока нижних конечностей. В процессе лечения мы стремились достичь симметричности и свободы указанных структур, что способствовало восстановлению кровоснабжения нижних конечностей и области малого таза.

Последовательно, без временного интервала проводилась процедура ППК в течение 40-60 мин. Давление пневмокомпрессии подбиралось индивидуально от 50 до 90 мм рт. ст.

Результаты лечения оценивались с помощью легометрии (измерение окружности нижней конечности (см) в трех точках: лодыжка, голень, бедро), динамикой толщины собственной фасции голени и интегральной оценкой клинической эффективности до и после курса лечения, включавшего 10 процедур.

Полученные данные показывают, что от 1-й до 8-й процедуры изменение длины окружности увеличивается, а затем к 10-й несколько уменьшается, но при этом разница от начала лечения до его окончания остается достоверной. Данные легометрии, характеризующие показатели регресса отека и индуративного воспаления, подтверждаются данными измерения толщины собственной фасции голени. После проведенного курса лечения методами мануальной терапии и прерывистой пневмокомпрессией толщина собственной фасции голени уменьшилась с $2,20 \pm 0,08$ мм до $1,97 \pm 0,03$ мм и в области лодыжки с $1,98 \pm 0,06$ мм до $1,72 \pm 0,02$ мм ($p < 0,05$). Интегральная оценка клинической эффективности составила 80,5% (рис. 2).

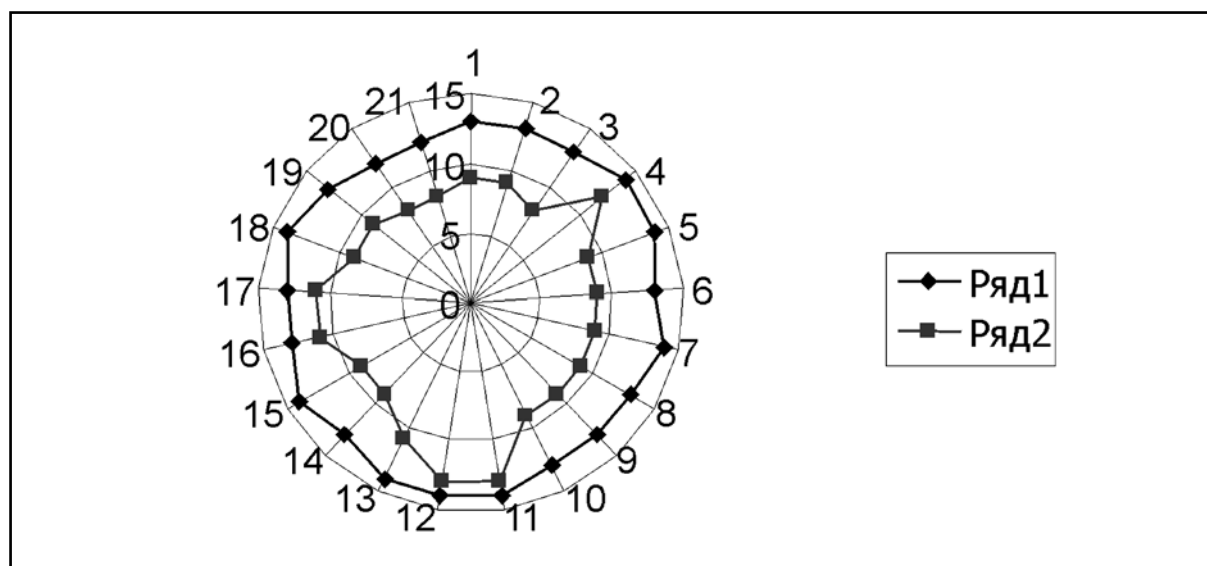


Рис. 2. Интегральная оценка эффективности применения комплексного воздействия мануальной терапии и прерывистой пневмокомпрессии (ряд 1 - до лечения, ряд 2 – после лечения)

ВЫВОДЫ

Применение разработанного комплекса, включающего мануальную терапию и прерывистую пневмокомпрессию, эффективно при лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей 4-5 стадии.

Данные легометрии подтверждают положительный эффект терапии и соответствуют изменению субъективного состояния больных.

УДК 615.828

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИДКОСТНЫХ СРЕД ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Н.П. Ерофеев¹, Д.Е. Мохов², Д.Б. Вчерашний¹, Е.В. Урлапова²¹ Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет² Институт остеопатии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета

THE STUDY OF HUMAN BODY LIQUID MEDIA BY LASER DOPPLER FLOWMETERING METHOD

N.P.Yerofeev¹, D.E.Mokhov², D.B.Vcherashniy¹, E.V.Urlapova²¹ St-Petersburg State University, Medical Faculty² Osteopathy Institute of the Medical Faculty of St-Petersburg State University

РЕЗЮМЕ

Периодическое изменение объема ткани, описанное в работах по остеопатии, вероятно, связано с характеристиками кровотока, отраженными в микроциркуляторном русле. С помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) проведены исследования с целью выявления медленных ритмов изменения подкожного кровотока на разных участках тела человека. В результате показано, что во всех исследуемых точках (лоб, мочка уха, предплечье и икроножная мышца) регистрируются ритмы модуляции ЛДФ-сигнала частотой 3,5–12 мин⁻¹.

Ключевые слова: остеопатия, лазерная доплеровская флоуметрия, краниальный ритмический импульс.

SUMMARY

Periodic changes of a tissue volume described in osteopathy papers are probably connected with the blood flow characteristics reflected in the microcirculation channel. Studies were done using laser Doppler flowmetering (LDF) method with the view of revealing slow rhythms of the subcutaneous blood flow change at human body's various parts. The result has demonstrated that the rhythms of the LDF-signal modulation with the frequency of 3.5-12 min⁻¹ are registered at each point under study (forehead, earlap, forearm, and gastrocnemius muscle).

Key words: osteopathy, laser Doppler flowmetering method, cranial rhythmical pulse.

ВВЕДЕНИЕ

В 30-е годы XX века широко известный специалист в области остеопатии Сатерленд (Sutherland W.G.) разработал представление о первичном дыхательном механизме (ПДМ) [4]. Позднее, в 1961 году, Вудс (Woods) использовал термин «краниальный ритмический импульс» (КРИ) для описания пальпаторного ощущения ПДМ. Мэгун (Magoun H.I.) утверждал, что «этот цикл проявляется в виде краниального ритмического импульса и представляет собой динамический метаболический обмен в каждой клетке на каждой фазе действия» [2]. Хотя краниальный ритмический импульс, как проявление ПДМ, наиболее доступен для пальпации на голове, он, тем не менее, пальпируется в каждой части тела. Для его описания используются амплитуды и частоты, большая часть авторов устанавливает частоту в 6-14 циклов в минуту.

В работе [3] впервые показана возможность регистрации ритмов, сходных по частоте с ПДМ, методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). На мочку уха человека был помещен ЛДФ-датчик, одновременно с этим проводилась пальпация КРИ. Результаты исследования указывают на то, что низкочастотная модуляция ЛДФ-сигнала близка по частоте к КРИ. В этой работе показана модуляция ЛДФ-сигнала медленными ритмами на разных участках тела человека.

МЕТОД ЛДФ

Метод лазерной доплеровской флоуметрии заключается в регистрации света, отраженного от движущихся эритроцитов. При воздействии на ткань в отраженном сигнале появляется сдвиг по частоте, прямо

пропорциональный скорости движения эритроцитов в сосудах (эффект Допплера). Поскольку в световое пятно попадает большое количество сосудов разного калибра и направления, полезный сигнал представляет собой суперпозицию отраженных от большого количества эритроцитов световых квантов. Отраженный сигнал от всех эритроцитов, находящихся в области зондирования и движущихся с разными скоростями, суммируется в приборе, в результате чего формируется диагностический параметр «показатель микроциркуляции», который измеряется в относительных единицах (рис. 1) [1]. В случае неинвазивных измерений через кожу, глубина просвечивания тканей составляет от 1 до 3 мм, основной вклад вносит капиллярный кровоток в подкожно-жировую клетчатку. В этой работе исследования проводились при помощи системы «Віорас МР100» с волноводным зондом, объем исследуемого участка составлял порядка 1 мм².

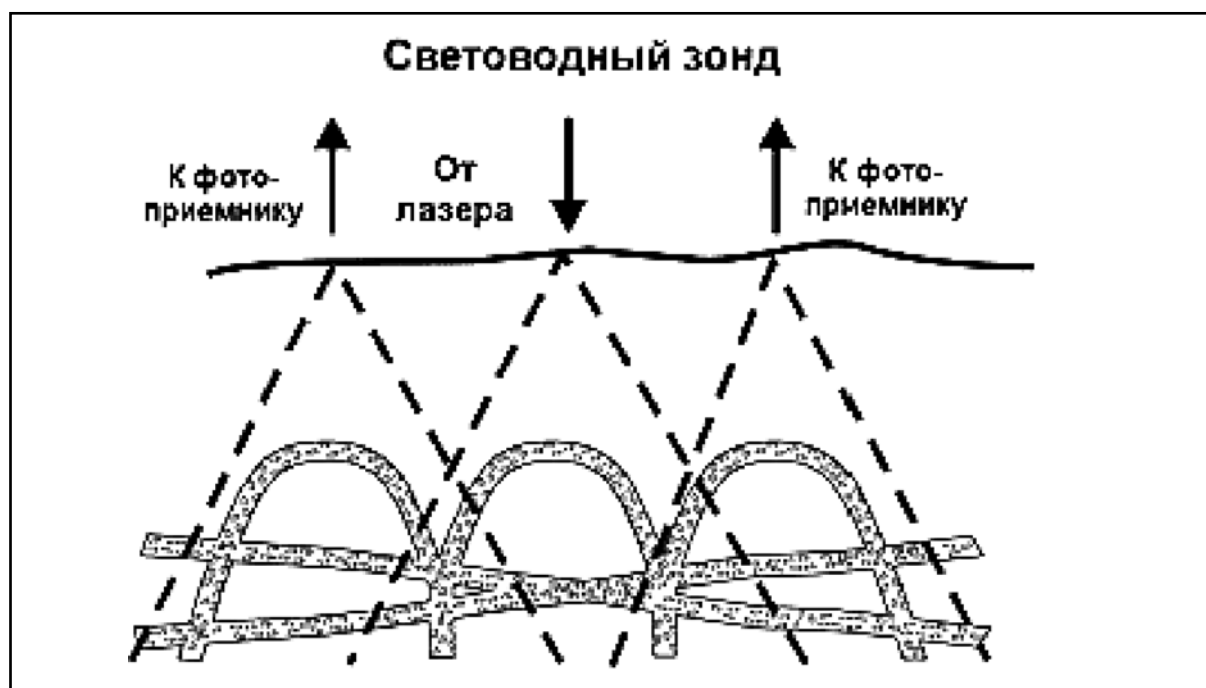


Рис. 1. Принцип действия ЛДФ

В данном приборе в качестве источника излучения применяется инжекционный лазер с длиной волны порядка 680 нм. Выбор красного диапазона обусловлен тем, что эта область спектра наиболее эффективно отражается от эритроцитов.

МЕТОДОЛОГИЯ ЭКСПЕРИМЕНТА И РЕЗУЛЬТАТЫ

Периодическое изменение объема ткани, описанное Сатерлендом и другими остеопатами, однозначно связано с характеристиками кровотока, отраженными в микроциркуляторном ложе, поэтому для диагностики был выбран метод ЛДФ. Нами используется модель, описывающая распространение импульсов через человеческое тело при уподоблении его упругому объему, заполненному жидкостью. В этих рамках все рассматриваемые процессы подчиняются законам гидродинамики и могут быть формализованы.

Капиллярный кровоток у разных пациентов исследовался на следующих участках тела: нижняя треть лба, мочка уха, предплечье и икроножная мышца. Волноводный оптический зонд прикреплялся к поверхности кожи при помощи специального двустороннего липкого диска. Перед началом эксперимента человек спокойно лежал на смотровом столе в течение примерно 5 минут, после чего проводилась автокалибровка, и запускался сбор данных. Рассматривалось фоновое состояние, а также проводились функциональные пробы при задержке дыхания и гипервентиляции. Для всех пациентов получены качественно схожие результаты. Количественные различия не превышали 22%.

На рис. 2 приведены временные кривые ЛДФ-сигнала, снятые с вышеперечисленных участков тела одного из пациентов в фоновом состоянии. Суммарное время каждой записи составляло 10

минут, на рисунке приведены 50-секундные участки. Очевидно, что во всех четырех случаях несущей частотой является сердечный ритм, который четко визуализируется даже без применения методов обработки (тонкие линии на рис. 2). Кроме того, во всех случаях имеется модуляция низкой частотой

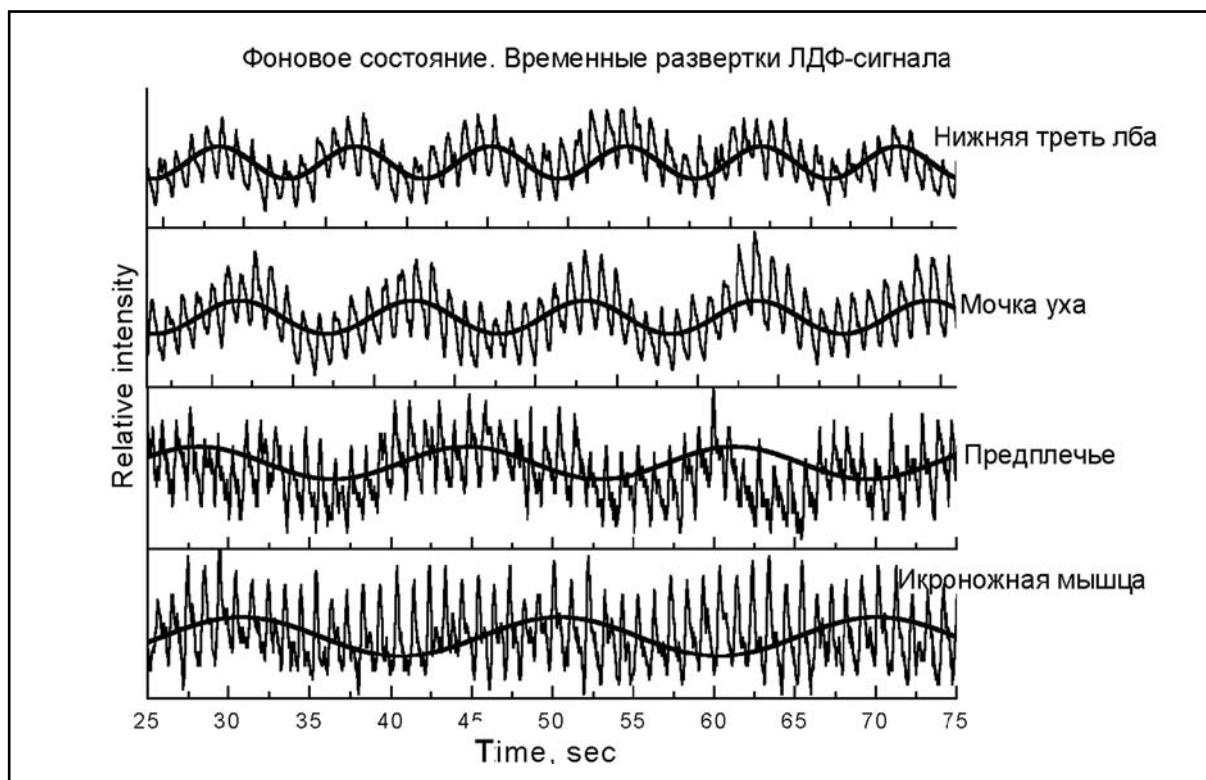


Рис. 2. Фоновые записи ЛДФ-сигнала

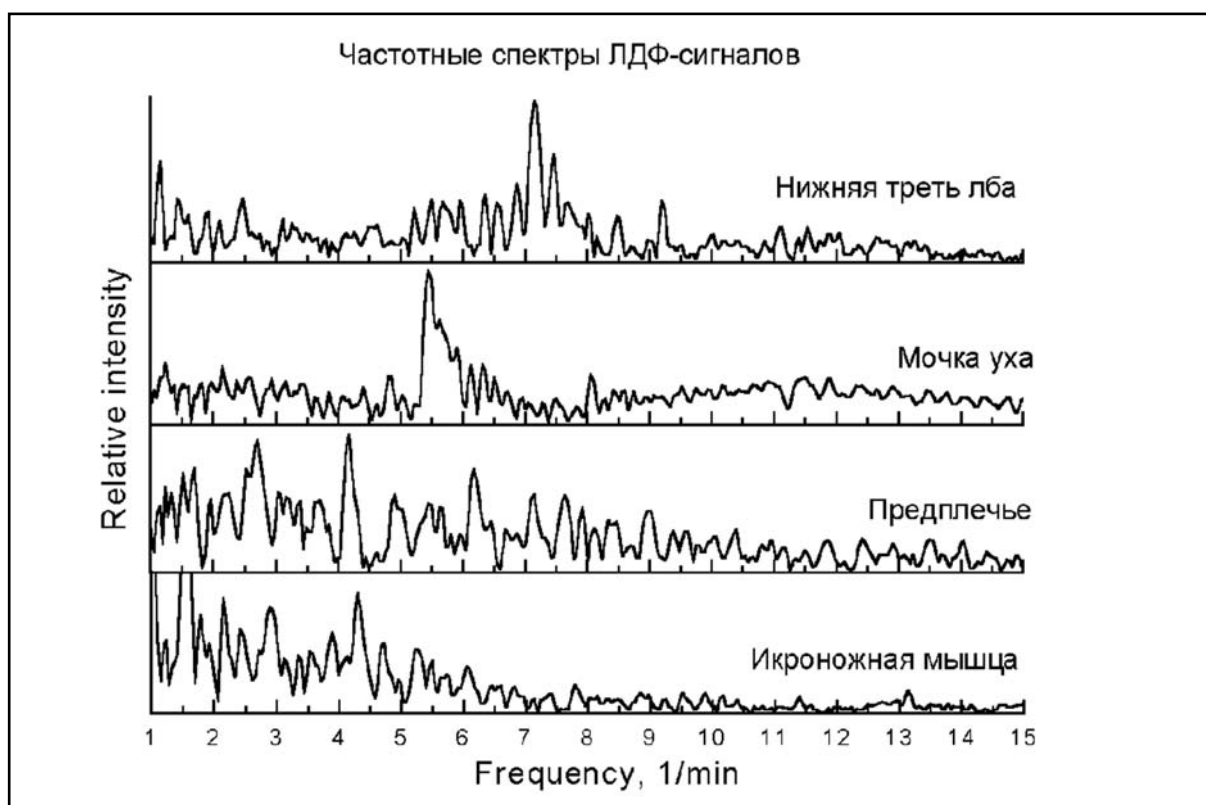


Рис. 3. Частотные спектры ЛДФ-сигналов фоновое состояние

(толстые линии на рис. 2), которая более четко выражена при снятии сигнала со лба и мочки уха, чем с предплечья и ноги.

Частотная обработка полученных результатов позволила выделить отдельные гармоники из сложной суперпозиции периодических сигналов. На рис. 3 показаны спектры в интервале частот от 1 до 15 мин⁻¹ для каждой из указанных кривых. Как видно, для сигналов, снятых со лба и мочки уха, у данного пациента имеются четкие пики 7,2 и 5,6 мин⁻¹ соответственно. Что касается сигналов с зоны предплечья и икроножной мышцы, то их спектр более размытый, и спектральные линии смещены по частоте в область 3,5-5 мин⁻¹. Размытость спектральной линии и появление нескольких пиков вблизи друг от друга свидетельствуют о том, что за время эксперимента частота модуляции самопроизвольно менялась, но, поскольку в этой области спектр слабо разрешен, невозможно точно определить ширину линии, для этого требуется значительно увеличить время эксперимента. Согласно полученным данным, чем ближе к голове находится исследуемая точка, тем стабильнее частота и больше амплитуда модуляции ЛДФ-сигнала, о чем свидетельствуют узкие спектральные линии. Кроме того, на всех исследуемых участках наблюдается разная частота модуляции.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ

Проведены лазерные доплеровские исследования с целью выявления медленных ритмов изменения подкожного кровотока на разных участках тела человека. В результате показано, что во всех исследуемых точках (лоб, мочка уха, предплечье и икроножная мышца) регистрируются ритмы модуляции ЛДФ-сигнала частотой 3,5-12 мин⁻¹. Частоты этих ритмов различны в каждой исследуемой точке у одного и того же пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. НПП ЛАЗМА, Принципы метода лазерной доплеровской флоуметрии. www.lazma.ru
2. Maroon H.I. Osteopathy in the cranial field. // Ed. 2. Journal Printing Co, Kirksville, MO, 1966.
3. Nelson K.E., Sergeef N., Lipinski C.M., Chapman A.R., Glonek T. Cranial rhythmic impulse related to the Trauble-Hering-Mayer oscillation: Comparing laser Doppler flowmetry and palpation. // JAOA, 2001. – v. 101. – №3.
4. Sutherland W.G. The cranial bowl. A treatise relating to cranial mobility, cranial articular lesions and cranial technique. // Ed. 1., Free Press Co, Mankato, MN, 1939.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

А.Г. Баиров, М.В. Эрман, Г.В. Баиров

Курс детской хирургии СПбГМА, кафедра педиатрии медицинского факультета СПбГУ, институт остеопатии медицинского факультета СПбГУ

THE ADVANTAGES OF OSTEOPATHIC MANIPULATION THERAPY FOR THE TREATMENT OF SECONDARY CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

A.G.Bairov, M.V.Erman, G.V.Bairov

Pediatric surgery course of St-Petersburg State Medical Academy; Pediatrics Department of the Medical Faculty of St-Petersburg State University

Osteopathy Institute of the Medical Faculty of St-Petersburg State University

РЕЗЮМЕ

Проведено исследование влияния остеопатической манипуляционной терапии (ОМТ) на течение вторичного хронического пиелонефрита у детей. При применении ОМТ у детей выявлена достоверная положительная динамика клинических и инструментальных параметров течения заболевания, по сравнению с детьми, находившимися на стандартном лечении.

Ключевые слова: остеопатическая манипуляционная терапия, хронический пиелонефрит.

SUMMARY

We have studied how osteopathic manipulation therapy (OMT) influences the clinical course of the secondary chronic pyelonephritis in children. Reliable positive dynamics of clinical and instrumental parameters of the disease course has been found in children when applying the OMT as compared to the children who received standard treatment.

Key words: osteopathic manipulation therapy, chronic pyelonephritis.

В иностранной литературе сообщается о возможности применения остеопатического подхода при различной висцеральной патологии [3-6]. Тем не менее, нам не удалось найти данных о продленном ретроспективном клиническом исследовании, посвященном этой проблеме. В Санкт-Петербургской ДГБ №2 Марии Магдалины остеопатический подход при лечении пиелонефрита у детей применяется с 1992 года после стажировки ведущих докторов больницы в остеопатическом центре в Ла-Хойе (США). С этого времени часть детей с вторичным хроническим пиелонефритом лечится по остеопатической методике [2]. В нашей работе мы постарались проанализировать 15-летний опыт клинической работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 88 детей в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, больных пиелонефритом. Верификация диагноза и контрольные обследования проводились в нефрологическом отделении клиники СПбГУ. Работа проводилась в течение 15 лет. В основную группу включили 47 детей (25 мальчиков, 22 девочки, средний возраст 8,9 года), получавших только остеопатическую манипуляционную терапию (ОМТ). В группу сравнения вошли пациенты с той же патологией – 41 человек (24 мальчика, 17 девочек, средний возраст 8,2 года), получавшие медикаментозное лечение по стандартному протоколу [1]: антибактериальная терапия, уросептики, фитотерапия, физиотерапия. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

По этиологии заболевания вся группа пациентов была условно разделена на подгруппы пациентов с функциональными и органическими нарушениями. К органическим нарушениям относили различные аномалии

развития, вызывающие нарушение уродинамики, такие как нарушения в пиелоуретральном сегменте (клапан, удвоение), перегиб мочеточника, поясничная дистопия почки, патология дистального отдела мочеточника, дивертикул мочевого пузыря – всего 35 чел. К функциональным нарушениям относили нарушения уродинамики, связанные с дисфункцией одного или нескольких сегментов мочевой системы, при отсутствии выраженных пороков и аномалий развития. Например, нейрогенный мочевой пузырь, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, пузырно-мочеточничко-лоханочный рефлюкс – всего 53 чел. Решающим критерием было рентгенологическое исследование (инфузионная урография, цистография). Соотношение подгрупп с органическими и функциональными причинами пиелонефрита было сопоставимым.

В целях объективизации сравнения динамического состояния пациентов основной группы и группы сравнения нами была предложена балльная шкала. В ее основу положены критерии, определяющие тяжесть течения вторичного хронического пиелонефрита [1], а именно: степень гидронефроза или пузырно-мочеточникового рефлюкса, количество обострений в год, клиническая картина обострения. Для этого были введены три балльных показателя, характеризующих каждый из указанных критериев.

Первый показатель отражал степень гидронефроза или пузырно-мочеточникового рефлюкса. При этом оценка в баллах соответствовала степени гидронефроза по R. De Petriconi и Ch. Viville (1982) или ПМР по Международной классификации рефлюкса [1]. При наличии и ПМР, и гидронефроза (диагноз - рефлюксирующий гидронефроз) оценка проводилась по степени рефлюкса. При двустороннем поражении оценивалась сторона максимального поражения. При отсутствии и гидронефроза, и рефлюкса данный показатель признавался равным 0 баллов. Максимальное значение этого балльного показателя – 4 балла, минимальное – 0 баллов.

Второй показатель характеризовал частоту обострений пиелонефрита. Обострением пиелонефрита мы считали наличие одного или нескольких симптомов, характеризующих клиническую картину (см. ниже). Если в течение 2 лет не было ни одного обострения, то данный показатель принимался равным 0 баллов. При обострении 1 раз в год – 1 балл, при обострении 2 раза в год – 2 балла, при обострении 3 раза и более – 3 балла. Таким образом, минимальное значение этого показателя равнялось 0, максимальное – 3 баллам.

Третий показатель характеризовал клиническую картину обострения хронического пиелонефрита. Для его определения оценивались три группы симптомов: общие симптомы заболевания, дизурические проявления и изменения в лабораторных исследованиях мочи. Сумма баллов по всем группам симптомов определяет величину данного показателя. К общим симптомам мы отнесли лихорадку, рвоту, боли в животе, приступы крика и беспокойства у маленьких детей, повышенную потливость. Возможными вариантами дизурии были учащение позывов на мочеиспускание до 30 раз в сутки и более, боли при мочеиспускании, недержание мочи. Оценивая лабораторные исследования мочи, положительным симптомом считали наличие лейкоцитурии больше 10 в поле зрения, достоверную бактериурию, эритроцитурию, протеинурию более 0,033 г/л. Наличие в момент обострений одной из этих групп симптомов оценивалось в 1 балл. Соответственно максимальное значение данного балльного показателя равнялось 3 баллам, минимальное – 1 баллу.

Таблица 1

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПО ГРУППАМ (ЧЕЛ. %)**

Группа	Течение вторичного хронического пиелонефрита, выраженное в баллах			Итого	Усредненная сумма балльных показателей
	Тяжелое течение (10-8 баллов)	Средне-тяжелое течение (7-6 баллов)	Легкое течение (5-2 баллов)		
Основная группа	22 (46,8%)	14 (29,7%)	11 (23,5%)	47 (100%)	7
Группа сравнения	19 (46,3%)	12 (29,3%)	10 (24,4%)	41 (100%)	7

Указанные три показателя оценивались до начала наблюдения и спустя минимум 3 года для каждого больного. Сумма этих показателей (общая балльная оценка) характеризовала тяжесть течения вторичного хронического пиелонефрита у конкретного ребенка. Как видно из табл. 1, обе группы были сопоставимыми по тяжести течения пиелонефрита. При повторной оценке (через 3 года) изменение суммы балльных показателей в интервале от 7 до 3 баллов наблюдалось у детей при отчетливом клиническом улучшении течения хронического пиелонефрита. Достоверность изменений оценивалась по критерию χ^2 -квадрат ($p < 0,01$).

Все участвующие в исследовании дети наблюдались не менее 3 лет, группы сопоставимы по срокам наблюдения. Срок наблюдения более чем половины пациентов обеих групп превосходит 4 года. В некоторых случаях срок наблюдения составлял 15 лет. Обе группы оказались практически одинаковыми по следующим показателям: распределение по полу и возрасту, соотношение функциональных и органических причин пиелонефрита, наличие в анамнезе операций на мочевыделительной системе, сроки наблюдения, тяжесть течения вторичного хронического пиелонефрита.

Больным основной группы остеопатическая манипуляционная терапия (ОМТ) проводилась врачами-специалистами. В основном применялись функциональные остеопатические техники, в том числе, кранио-сакральная коррекция. ОМТ назначалась исходя из обнаруженных терапевтом повреждений и напряжений в костно-мышечной системе, то есть, терапия была направлена на коррекцию остеопатической дисфункции, которая не всегда сегментарно связана с мочевыделительной системой. Следует отметить, что часть детей основной группы (23 человека) до начала исследования ранее лечились по стандартному протоколу лечения хронического пиелонефрита. Удовлетворительного результата достичь не удавалось. Причинами замены стандартного лечения на ОМТ были длительное сохранение активности воспалительного процесса, несмотря на проводимую антибактериальную терапию (более 6 месяцев), выраженные дизурические явления, не купирующиеся другими методами (позывы к мочеиспусканию до 30 и более раз в сутки), невозможность продолжать стандартное лечение из-за возникших осложнений (непереносимость, аллергические реакции). У части больных, нуждающихся в хирургической коррекции порока развития, пузырно-мочеточникового рефлюкса, проведение операции из-за непрекращающихся обострений пиелонефрита было невозможно. В то время санировать мочу при помощи антибактериальных или уросептических средств не удавалось, в том числе и из-за непереносимости или аллергической реакции на препараты. Остальные дети основной группы (24 человека) в связи с накопленным положительным клиническим опытом стали получать ОМТ без предварительного стандартного лечения. Все пациенты основной группы как в период ремиссии, так и в период обострения получали только ОМТ (антибактериальная терапия назначалась в раннем послеоперационном периоде, если по показаниям проводилось хирургическое лечение).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основной группе выраженное улучшение течения пиелонефрита (снижение общей балльной оценки на 3-7 баллов) отмечалось у 82,9% пациентов, в то время как аналогичное изменение в группе сравнения наблюдалось у 14,6% (см. табл. 2). У детей основной группы достоверно ($p < 0,01$) отмечается большая положительная динамика общей балльной оценки пиелонефрита.

Таблица 2

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА (ЧЕЛ., %)

Группа	Снижение, количество баллов			Итого
	7-5	4-3	2-0	
Основная группа	12 (25,5%)	27 (57,4%)	8 (17,1%)	47 (100%)
Группа сравнения	2 (4,9%)	4 (9,7%)	35 (85,4%)	41 (100%)

Важным фактором в ходе лечения и динамического наблюдения являлось снижение степени гидронефроза или пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса (ПМЛР). С гидронефрозом или ПМЛР в основной группе наблюдалось 42, а в группе сравнения 32 ребенка. В основной группе положительная динамика снижения степени гидронефроза или ПМЛР была достоверно ($p < 0,01$) выше, чем в группе сравнения (см. табл. 3).

Таблица 3

ДИНАМИКА СНИЖЕНИЯ СТЕПЕНИ ОБСТРУКТИВНОГО ГИДРОНЕФРОЗА ИЛИ ПМЛР (ЧЕЛ., %)

Группа	Снижение, степень			Итого
	4-3 ст.	2-1 ст.	без динамики	
Основная группа	7 (16,7%)	28 (66,6%)	7 (16,7%)	42 (100%)
Группа сравнения	2 (6,3%)	7 (21,9%)	23 (71,8%)	32 (100%)

В основной группе в процессе лечения менялась клиническая картина обострения пиелонефрита. Так, у 74,5% пациентов обострения характеризовались менее выраженной симптоматикой. Исчезали дизурические проявления, нередко обострения проходили без признаков интоксикации и характеризовались только изменениями со стороны лабораторных показателей мочи. В группе сравнения такая картина наблюдалась только у 5% пациентов.

У детей из обеих групп отмечалось снижение количества обострений пиелонефрита на фоне проводимого лечения, однако в основной группе это снижение было достоверно ($p < 0,01$) более выраженным (см. табл. 4).

Таблица 4

ДИНАМИКА СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА (ЧЕЛ., %)

Группа	Снижение кол-ва обострений в год			Итого
	на 2 и более	на 1	без динамики	
Основная группа	18 (38,3%)	25 (53,2%)	4 (8,5%)	47 (100%)
Группа сравнения	10 (24,4%)	18 (43,9%)	13 (31,7%)	41 (100%)

Пациенты основной группы достигали стадии ремиссии вторичного хронического пиелонефрита достоверно раньше ($p < 0,01$), нежели пациенты группы сравнения. Наступлением стойкой ремиссии считалось отсутствие обострения вторичного хронического пиелонефрита в течение полутора лет.

Кроме того, в основной группе отмечалась зависимость срока наступления ремиссии пиелонефрита от возраста пациента (см. табл. 5). Чем младше был ребенок, взятый на лечение, тем раньше наступала ремиссия. Так, в возрасте до 1 года в 75% случаев стойкой ремиссии удавалось достичь за 6 месяцев лечения. В возрасте от 1 года до 4 лет за 6 месяцев лечения удавалось добиться ремиссии у 68,7% пациентов, в возрасте от 4 лет до 7 лет – у 60%, в возрасте от 7 лет до 10 лет и с 10 лет до 14 лет – только в 25% случаев. В группе сравнения такой зависимости не наблюдалось.

Таблица 5

СРОКИ НАСТУПЛЕНИЯ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ПО ВОЗРАСТАМ (ЧЕЛ., %)

Сроки наступления стойкой ремиссии	Возраст пациентов, лет		
	0-5	5-10	10-15
Менее 6 мес.	14 (66,7%)	7 (38,9%)	0
Менее 12 мес.	5 (23,8%)	7 (38,9%)	4 (50%)
Более 1 года	2 (9,6%)	4 (22,2%)	4 (50%)
Итого	21 (100%)	18 (100%)	8 (100%)

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В исследовании представлен ретроспективный анализ 15-летнего применения остеопатического подхода при лечении пиелонефрита у детей. Выявлены существенные различия в результатах лечения детей, получавших ОМТ, по сравнению с детьми, находившимися на стандартном лечении.

У больных, получавших ОМТ, стадия ремиссии наступала раньше и носила стойкий характер. Нами отмечена следующая зависимость: чем младше ребенок, тем легче добиться ремиссии пиелонефрита. Отмечено благоприятное влияние ОМТ на течение основного заболевания, осложнившегося пиелонефритом, в виде уменьшения степени рефлюкса, уменьшения степени гидронефроза. Удержание достигнутой стадии ремиссии происходило у пациентов, лечавшихся стандартным и остеопатическим методом, одинаково успешно, хотя в группе сравнения приходилось для поддержания ремиссии прибегать к назначению поддерживающих курсов антибактериальной терапии. Обострения хронического пиелонефрита у детей, лечившихся методами остеопатической мануальной терапии, отличались более мягким течением. Симптомы дизурии и общей интоксикации не были выражены и проявлялись только изменениями в анализах мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эрман М.В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах: справочное руководство. – СПб.: Специальная литература, 1997. – 414 с.
2. DiGiovanna E.L., Schiovitz S. An osteopathic approach to diagnosis and treatment. // Philadelphia, Pa, JB Lippincott Co, 1991. – 561 p.
3. Johnston W.L., Kelso A.F. Changes in presence of segmental dysfunction pattern associated with hypertension: Part 2. Long-term longitudinal study. // JAOA, May, 1995. – v. 95. – №5. – P. 315-318.
4. Kuchera M., Kuchera W.A. Osteopathic consideration in systemic dysfunction. // Kirksville. – Mo. – KCOM press, 1991.
5. Stiles E.G. Osteopathic manipulation in hospital environment. // JAOA, 1976. – v. 76. – P. 243-258.
6. Schmidt I.C. Osteopathic manipulative therapy as a primary factor of the management of upper, middle and pararespiratory infections. // JAOA, 1982. – v. 81. – P. 382-388.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРОКИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

О.А. Святкина, Н.П. Елисеев, И.Н. Шарапов, В.В. Беляков
Центр мануальной терапии Калужской области, г. Обнинск

THE BODY-DIRECTED THERAPY EFFICIENCY EVALUATION IN CASE OF FIBROCYSTIC MASTOPATHY

O.A.Svyatkina, N.P.Yeliseev, I.N.Sharapov, V.V.Belyakov
The Manual Therapy Center of Kaluga region, Obninsk

РЕЗЮМЕ

Исследование проведено на базе Центра мануальной терапии Калужской области (г. Обнинск). Обоснована принципиальная возможность использования психодиагностических методик для оценки эффективности телесно-ориентированной терапии при фиброкистозной мастопатии.

SUMMARY

The study was done at the Manual Therapy Center of Kaluga region (the city of Obninsk). Principal possibility of applying psychodiagnostic methods for the evaluation of the body-directed therapy efficiency in case of fibrocystic mastopathy has been substantiated.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Мастопатия (N60; N60.1; N60.8; N60.9) – одно из самых распространенных заболеваний у женщин. В России (по разным оценкам) мастопатией страдает от 20% до 92% женщин, а из числа женщин, имеющих различные гинекологические заболевания, – 58% [7, 10, 11]. Мастопатия «молодеет»: при обследовании учениц старших классов (15-16 лет) уже обнаруживаются патологические изменения в молочных железах. Максимум заболеваемости мастопатией приходится на возраст 40-45 лет.

Диффузный вариант мастопатии не представляет опасности для жизни. Тем не менее, это заболевание, оставленное без внимания и адекватного лечения, причиняет существенные неудобства и неприятности как страдающим этой болезнью женщинам, так и их близким: болезненное состояние пациенток, как правило, осложняется серьезными психоэмоциональными переживаниями, что нередко приводит к стойкому снижению настроения и даже депрессии. Традиционное лечение в большинстве случаев является малоэффективным. В Центре мануальной терапии впервые разработана и применена интегративная методика телесно-ориентированной терапии при фиброкистозной мастопатии (ФКМ), сочетающая традиционные техники мануальной, кранио-сакральной и висцеральной терапии с комплексом психотерапевтических телесно-ориентированных подходов.

Цель работы – изучить возможность применения психодиагностических методик для оценки эффективности телесно-ориентированной терапии ФКМ в динамике.

Объект исследования – мультифакторная модель личностных особенностей женщин, страдающих ФКМ.

Предмет исследования – психофизиологические механизмы, лежащие в основе формирования функциональных блокад у женщин, страдающих ФКМ; динамика основных характеристик, отражающих состояние пациенток в ходе терапии.

Используемые методики: субъективная оценка выраженности болевого синдрома с помощью Визуально-аналоговой шкалы (ВАШ); психодиагностические методики (СМИЛ, методика Л.Н. Собчик; опросник для определения уровня личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина; ЦВЛ, методика Л.Н. Собчик).

Для обработки результатов исследования и статистического оценивания применялись параметрические и непараметрические методы математической статистики (пакет статистических программ SPSS версия 13.0 для Windows).

Гипотеза исследования - снижение уровней личностной и реактивной тревожности, а также изменение цветового выбора в ходе терапии могут служить оценкой эффективности терапевтического воздействия при ФКМ.

Группа - для проведения исследования отобрана группа из 120 женщин с клиническим диагнозом «фиброкистозная мастопатия» (N60; N60.1; N60.8; N60.9), установленным на основании анамнеза, клинических и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование молочных желез, маммография для рожавших женщин), лабораторных данных. В контрольную группу были отобраны 56 женщин без клинического диагноза «фиброкистозная мастопатия».

В обеих группах возраст участниц исследования составлял 15-60 лет, но преобладали женщины репродуктивного возраста. Группы сопоставимы по возрасту (см. рис. 1), уровню образования, трудоустроенности, демографическому и семейному статусу, характеристикам гинекологического анамнеза.

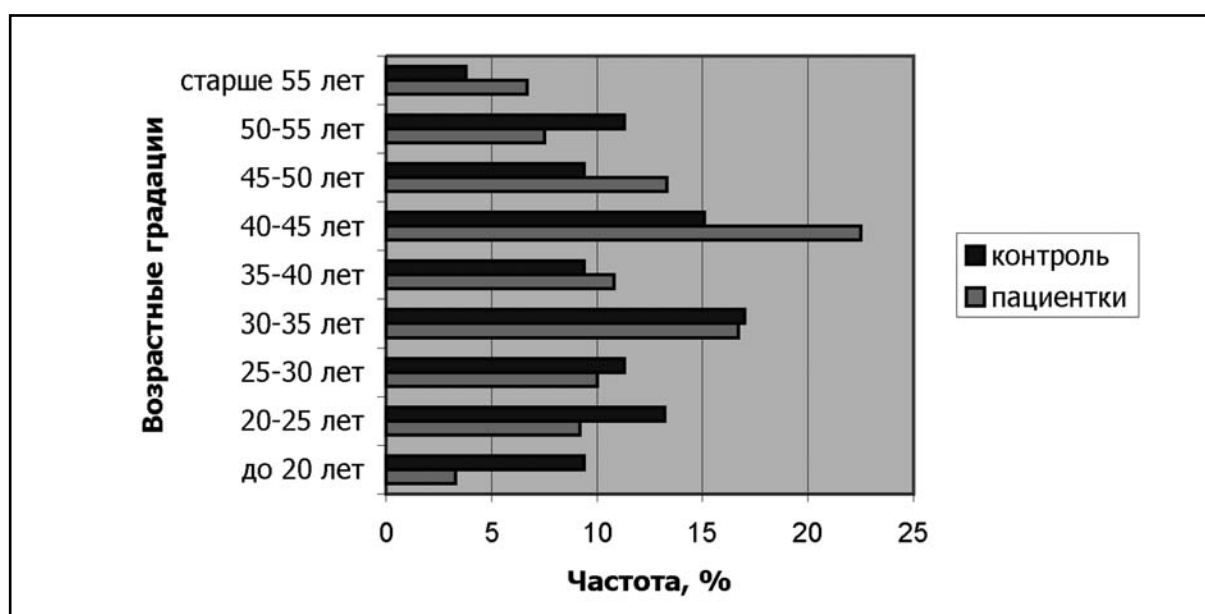


Рис. 1. Распределение участниц исследования по возрасту

Болевой синдром анализировался по степени его выраженности (частота, интенсивность, продолжительность боли), локализации и ряду других, в т.ч. психологических, характеристик. При анализе анамнестических данных установлено, что у большинства женщин провоцирующим фактором возникновения клинических проявлений ФКМ (в основном, боли в дебюте заболевания и при обострении) явилось общее состояние физического утомления – 28,6% и более чем в 55% - стрессовые ситуации. В ряде случаев (17%) развитие клинической картины происходило без провоцирующих факторов.

Ставшие привычными психоэмоциональные перегрузки (см. рис. 2) связаны, в основном, с неблагоприятными ситуациями на работе, неудовлетворенностью своим семейным и общественным статусом, пережитыми стрессами. Продолжительность заболевания составила от нескольких месяцев до 15-20 лет (см. рис. 3). Более половины женщин безуспешно лечились по поводу ФКМ в других лечебных учреждениях.

Проведенная мануальная диагностика у всех женщин основной группы выявила наличие функциональных биомеханических нарушений на уровне шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника в виде функциональных блокад (ФБ), локальной гипермобильности, неоптимального двигательного стереотипа [6].

У женщин, входящих и в основную и в контрольную группы, наиболее часто ФБ локализуются в сегментах шейного и верхнегрудного отдела (см. рис. 4). Частота ФБ в соответствующих сегментах и отделах позвоночника не зависит от наличия/отсутствия радикулопатии [6].

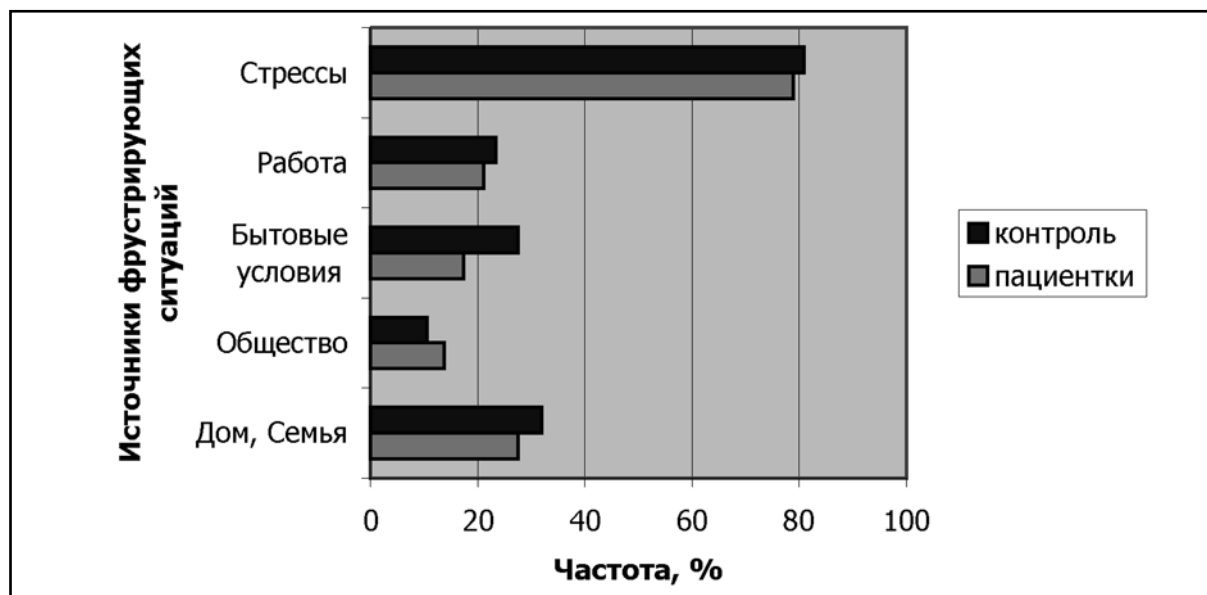


Рис. 2. Частота фрустрирующих ситуаций

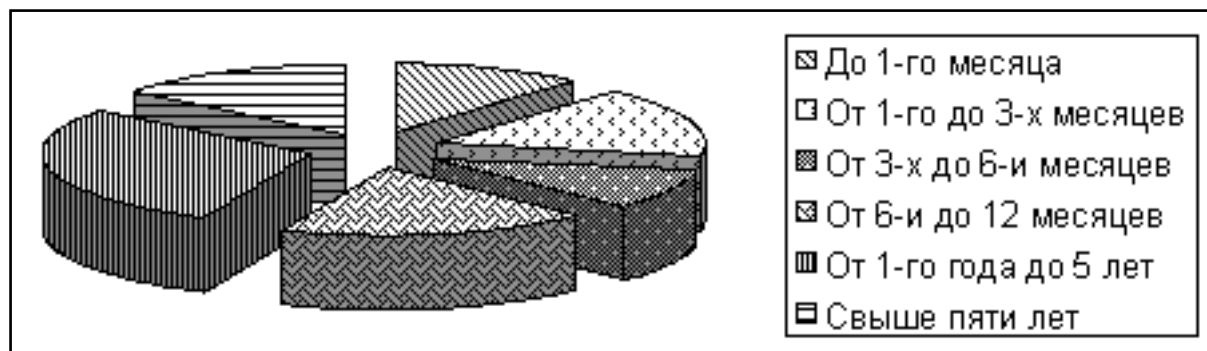


Рис. 3. Распределение пациенток по продолжительности заболевания

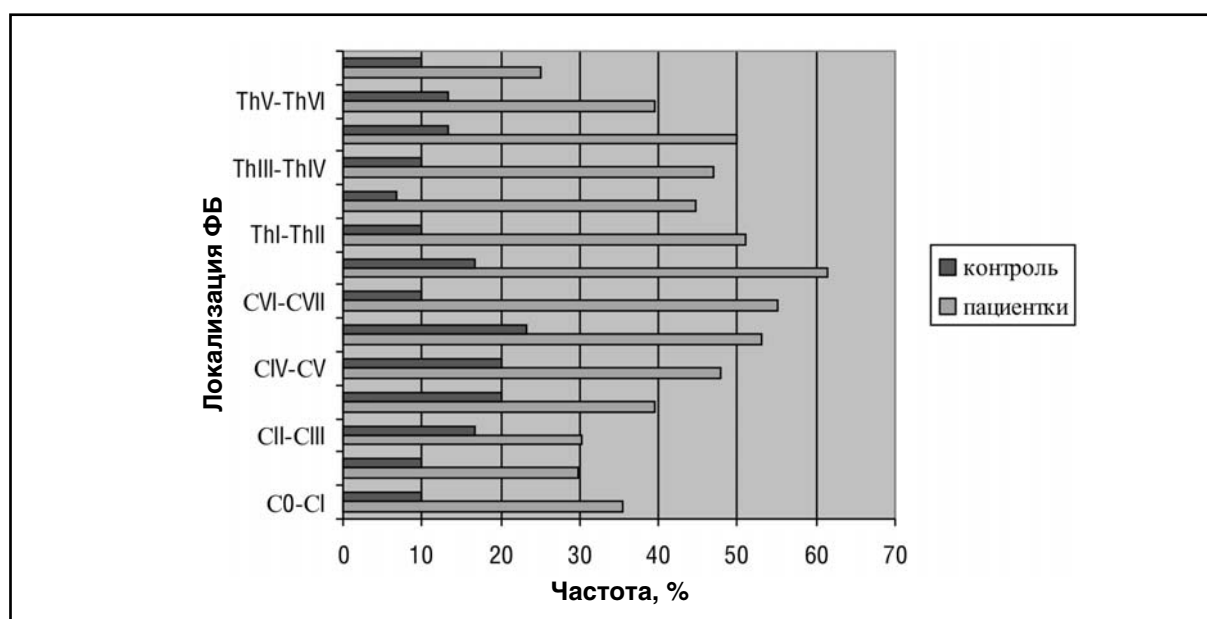


Рис. 4. Распределение ФБ по сегментам позвоночника при ФКМ

Таблица 1

ЧАСТОТА НЕВРОТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПО ТИПАМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ, %

Тип личностного реагирования	Шкалы клинического опросника*					
	Тр	НД	Аст	Ист	ОФ	Вег
Ипохондрический, Hs	60,0	60,0	66,7	40,0	60,0	80,0
Депрессивно-Импульсивный, D-Pd	35,7	28,6	14,3	28,6	28,6	42,9
Истероидный-Конверсионный, Hy	62,5	37,5	37,5	68,7	50,0	68,8
Депрессивно-Тревожный, D-Pt	33,3	44,4	55,6	22,2	27,8	27,8
Психопатический-Импульсивный, Pd	28,6	47,6	28,6	42,9	38,1	38,1
Пациентки, группа в целом	42,0	44,3	40,9	39,8	40,9	52,3
Контрольная группа	13,6	25,0	11,4	13,6	13,6	15,9

* Шкалы клинического опросника для выявления невротических состояний: Тр – тревоги, НД – невротической депрессии, Аст – астении, Ист – истерического типа реагирования, ОФ – обсессивно-фобических нарушений, Вег – вегетативных нарушений.

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА АКТИВАЦИИ ВНС ПРИ ЭНМГ-СТИМУЛЯЦИИ, %

Тип личностного реагирования	Тип активации ВНС		
	симпатотония	парасимпатотония	нормотония
Hs	60,0	30,0	10,0
D-Pd	50,0	50,0	-
D-Pt	53,3	40,0	6,7
Hy	70,6	29,4	-
Pd	63,6	18,2	18,2
Группа в целом	60,7	32,8	6,5

Один из основных факторов модели формирования мастопатии представляет собой отражение процесса астенизации организма, связанного с дефицитом резервных возможностей (см. табл. 1) в виде астенодепрессивного синдрома. У страдающих мастопатией женщин он характеризуется депрессивной реакцией на стресс, фиксацией депрессивных переживаний на источнике фрустрации или формированием obsessions, низкой степенью социальной адаптации, тревожностью. Невротические проявления отсутствуют у 24,6% пациенток (как правило, их «стаж» болезни не превышает 6 месяцев) и 52,9% женщин контрольной группы.

Вегетососудистые нарушения выявлены у 82,3% пациенток, при этом у 52,3% пациенток и только 14,7% женщин контрольной группы вегетативные нарушения достигают невротического уровня. В случае невротических расстройств вегетативных функций гармония между внешней ситуацией и вегетативными процессами нарушается, но все виды и типы нарушений можно свести к двум эмоциональным установкам: или борьба и бегство, или уход от активности, направленной вовне [1, 4, 5]. Подобные вегетативные реакции являются «составными частями эмоциональных состояний гнева и страха» [1], которые связаны с активацией симпатического отдела ВНС. Именно этот факт выявило электронейромиографическое исследование (ЭНМГ), проведенное в основной группе по методике Б.М. Гехта [3]: преобладание реактивности симпатического отдела ВНС - 60,7% случаев, в 6,5% отмечается нормотония, а в 32,8% - парасимпатотония (см. табл. 2). Выявленный астенодепрессивный синдром может являться следствием фиксации возбуждения в высших вегетативных центрах.

Психологическим коррелятом указанных состояний являются реактивная (реакция на стресс, RT) и личностная (черта характера, LT) тревожность, а психофизиологическим - предпочтение того или иного цвета в цветовом выборе Люшера (ЦВЛ).

Анализ результатов проводимой телесно-ориентированной терапии (ТО-терапии) показал, что после курса лечения достигнуто достоверное снижение выраженности болевого синдрома ($p < 0,01$). Полностью

Таблица 3

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ НА ФОНЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ, %

Характеристика боли	До	После
Резко выраженные	2,1	-
Выраженные	21,9	-
Умеренно выраженные	37,5	-
Легко выраженные	21,9	11,5
Слабо выраженные	16,7	20,8
Отсутствие болей	-	67,7
Болезненность при пальпации грудных мышц	100,0	34,4
ВАШ	6,2±1,7	2,1±1,1

купирован болевой синдром у 67,7% пациенток, выраженность болевого синдрома после лечения составила $2,1 \pm 1,1$ балл по ВАШ ($p < 0,05$).

Отмечается положительная динамика клинических показателей на фоне лечения: установлено достоверное ($p < 0,05$) снижение степени выраженности неврологических симптомов, устранены ФБ в большинстве случаев (см. рис. 5). Проведение интегративной ТО-терапии позволило добиться выключения мышечно-тонических эффектов, в том числе напряжения грудных мышц за счет выключения или снижения патологической импульсации из пораженного сегмента, а также изменения статики шейного отдела позвоночника и плечевого пояса.

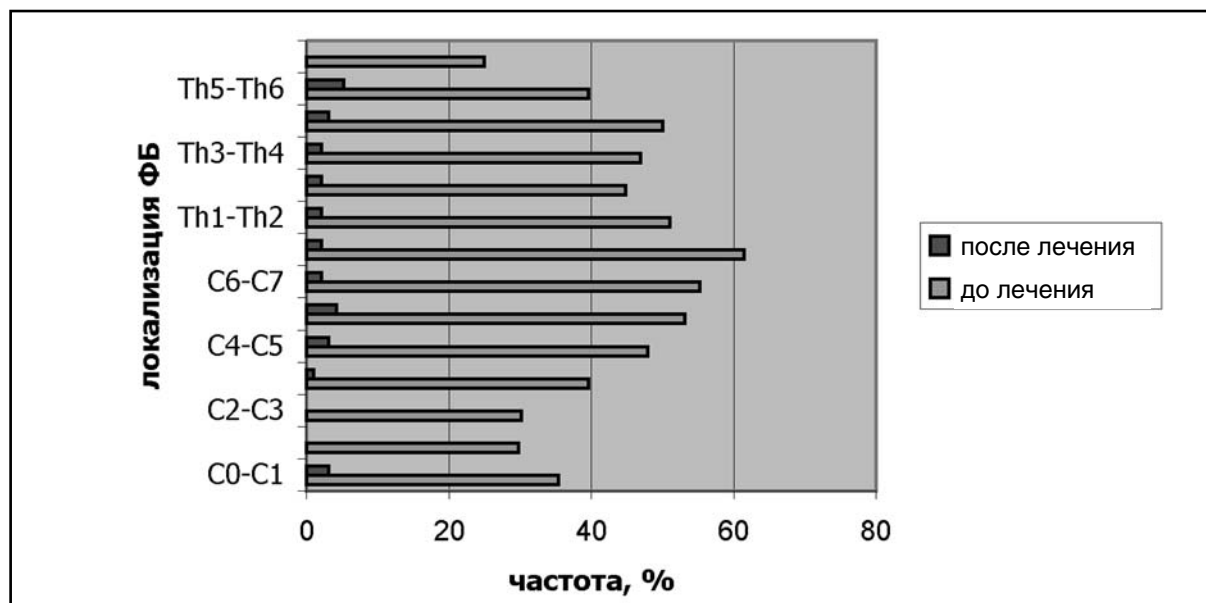


Рис. 5. Динамика числа ФБ в ходе интегративной ТО-терапии

Для «оперативной» оценки эффективности проводимой ТО-терапии нами использовались психодиагностические методики, существенно не снижающие своей валидности при длительном или неоднократном применении. Изменение психоэмоционального состояния женщин основной группы в результате терапии определялось динамикой уровней личностной ЛТ и реактивной тревожности РТ, а также изменением цветового выбора Люшера (ЦВЛ). Определение указанных характеристик проводилось при первом, втором и третьем, а также выборочно при последующих посещениях. Статистическое оценивание показало, что от приема к приему отмечается достоверное снижение уровней РТ и ЛТ ($p < 0,001$), а также возрастает выраженность изменений.

Таблица 4

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В ХОДЕ ТО-ТЕРАПИИ

Параметр	I посещение		II посещение		III посещение		$RT_{\text{сред.}}$	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Среднее	46,42	35,45	44,16	35,52	42,11	34,03	44,20	34,97
Ст. откл.	10,27	8,64	8,85	7,68	9,45	7,69	7,48	6,94
t-критерий	10,74		10,94		9,81		13,52	

Как правило, более значительно реактивная (ситуативная) тревожность снижается при первом посещении, несколько меньше – на втором и последующих (см. табл. 4). Аналогичная тенденция выявлена для личностной тревожности (см. табл. 5).

Таблица 5

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В ХОДЕ ТО-ТЕРАПИИ

Параметр	I посещение	II посещение	III посещение	$LT_{\text{сред.}}$
	до	до	до	
Среднее	50,58	49,51	49,39	49,46
Ст. откл.	8,93	8,79	8,31	7,70
t-критерий	1,339			2,14
	2,00			

Приведенное на диаграмме 1 распределение пациенток по уровню реактивной и личностной тревожности (низкий, средний, высокий) подтверждает высокую эффективность интегративной ТО-терапии.



Диаграмма 1. Распределение пациенток по уровню тревожности в начале (1, 2, 3) и на завершающем этапе терапии (5, 6, 7)

Влияние терапии находит свое отражение в цветовых предпочтениях. Отметим, что тревожность у женщин сочетается с предпочтением желтого (4) и отрицанием зеленого (2), а нормализация психического состояния – с предпочтением зеленого [12, 13]. Получено, что на всех этапах терапии распределение

серого (0) цвета, определяющего отношение к коллективу и уровень интеграции, отличается от равномерного, характерного выборочной норме. Фиолетовый (5), отражающий сенсбилизацию, входит в число наиболее «любимых» пациентками. В ходе проведенной терапии фиолетовый и серый достоверно перемещаются к началу ряда на позиции «х» и «=» соответственно, что указывает на «чувственность, эмоциональную готовность к общению, заинтересованность в социальных отношениях» [2].

Если в начале терапии ЦВЛ выявляет у пациенток пониженное самоуважение, конфликтные отношения с окружающими, то в процессе ТО-терапии на первые места ряда выходят цвета «рабочей группы» - синий (1), зеленый (2), красный (3), что соответствует «аутогенной норме». Применяя проекцию функциональных состояний нервной системы на цветовые выборы [8, 9], можно утверждать, что усредненный ранговый ряд цветовых выборов женщин, страдающих мастопатией, на первом приеме (**51630427**) соответствует функциональному состоянию аффективного торможения ($1 < 3 < 2$) с преобладанием «пассивных» аффектов – растерянность, дискомфорт, страх (особенно выраженный в случае глубоких депрессий). Главные индикаторы парасимпатической активации (зеленый (2), желтый (4) и красный (3) цвета) находятся во второй половине цветового ряда, что свидетельствует о преобладании симпатотонии. Выбор фиолетового (5) и синего (1) цвета на первые позиции ряда отражает наличие возрастной регрессии, свидетельствует о психологическим инфантилизме, склонности пациенток придавать большую ценность мысленным схемам и фантазиям, чувствительности к внутренним раздражителям, а также и правополушарной активности. Отвержение зеленого (2) свидетельствует, как правило, о наличии «конверсионной симптоматики», склонности к вытеснению, снижению фрустрационной толерантности.

После первого приема (см. табл. 6) усредненный ранговый ряд основной группы (**05361247**) указывает на начавшийся процесс аффективного возбуждения (гневливость, раздражение, $3 < 1 < 2$), срыв психоэмоциональных защит. Женщины все еще достаточно тревожны, но при этом выявляются позитивные изменения в их самооценке.

Таблица 6

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК В ХОДЕ ТЕРАПИИ

Посещение	Функциональное состояние	ЦВЛ	Аффекты и эмоции
I	Аффективное торможение	$1 < 3 < 2$	«Пассивные» – растерянность, дискомфорт, страх
II	Аффективное возбуждение	$3 < 1 < 2$	Гневливость, раздражение
III	Функциональное расслабление	$2 < 3 < 1$	Комфорт и спокойствие

Уже на третьем приеме усредненный ранговый ряд представляется последовательностью **50243617**. Это дает основания утверждать, что в результате ТО-терапии достигается состояние функционального расслабления (комфорт и спокойствие, $2 < 3 < 1$), что соответствует популяционной норме. Сдвиг зеленого (2) к началу ряда свидетельствует о нормализации психического состояния, в частности – повышении порога фрустрации, уменьшении склонности к ипохондрической фиксации на состоянии своего здоровья, снижении демонстративности в поведении и уменьшении склонности к вытеснению эмоционально-значимых стимулов. Повышается также самооценка, усиливается контроль над деструктивными побуждениями или происходит процесс сублимации, повышается эмоциональная устойчивость и зрелость личности.

Достигнутый результат сохраняется в течение достаточно длительного периода, усиливаясь по мере продвижения в терапии. По нашему мнению, такой результат можно объяснить только воздействием на **причинно-глубинные звенья** патологической цепочки путем разрешения основных психологических проблем, устранения функциональных блокад при выполнении мануальной терапии и нормализации эмоционального реагирования с помощью ТО-терапии.

Таким образом, ответная реакция организма при проведении ТО-терапии является генерализованной и носит характер адаптации. Это проявляется в положительной динамике клинической симптоматики, изменении субъективных ощущений пациенток, редукции болевого синдрома и вегетососудистых реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
2. Базыма Б.А. Психология цвета: теория и практика. – СПб.: Речь, 2005. – 205 с.
3. Беляков В.В. Комплексное клинико-нейрофизиологическое исследование функционального состояния двигательных путей, ствола мозга и вегетативной нервной системы у больных постинсультной эпилепсией: автореф. дисс. ... канд. мед. н. – М.: 1999. – 21 с.
4. Вейн А.М. Психосоматические отношения. // Заболевания вегетативной нервной системы. / Под ред. А.М. Вейна – М.: Медицина, 1991. – С. 374-384.
5. Вейн А.М., Родштат И.В. Роль психовегетативных нарушений в патогенезе соматических заболеваний. // Клиническая Медицина, 1972. – №9. – С. 6-11.
6. Елисеев Н.П. Синдром малой грудной мышцы (клиника, диагностика, лечение): дисс. ... канд. мед. н. – М.: 2006. – 119 с.
7. Летягин В.П. Мастопатия. // Русский медицинский журнал, 2000. – №11. – С. 468-472.
8. Плишко Н.К. О некоторых особенностях выбора цветов и сенсомоторных реакциях на цветовые стимулы различной модальности при изменении эмоционального состояния. // Диагностика психического состояния в норме и патологии. – Л.: Медицина, 1980. – С. 135-140.
9. Плишко Н.К. Особенности сенсомоторных реакций при изменении эмоционального состояния. // Диагностика психического состояния в норме и патологии. – Л.: Медицина, 1980. – С. 126-134.
10. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. / 3-е издание, перераб. и дополн. – СПб.: Гиппократ, 2007. – 432 с.
11. Сметник В.П. Неоперативная гинекология: руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 2-е изд., перераб. – М.: МИА, 1997. – 591 с.
12. Яшин П.В. Психосемантика цвета. – СПб.: Речь, 2006. – 368 с.
13. Spiegel D., Spiegel P.X. Manifest anxiety. Color preference and sensory minimizing in college men and women // J. of Clinic Psychol. – 1971. – v. 27. – №3. – P. 318-321.

УДК 616-073.75

К ВОПРОСУ О ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ОЦЕНКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОСТХЛЫСТОВОМ СИНДРОМЕ

А.М. Орел, Н.В. Лаптева

Кафедра Мануальной терапии ФПО(в)ММА им. И.М. Сеченова, ФГУ 12 Лечебно-диагностический Центр Минобороны России

ABOUT THE PROBLEM OF X-RAY DIAGNOSTICS FOR THE EVALUATION OF THE SPINE POST-TRAUMATIC CONDITION IN CASE OF POSTWHIPLASH SYNDROME

A.M.Orel, N.V.Lapteva

Manual Therapy Department of the Faculty of Doctors' Post-Graduate Professional Education of Moscow Medical Academy named after I.M.Sechenov, Federal State Institution – 12th Therapeutic-Diagnostic Center of the Ministry of Defense of Russia

РЕЗЮМЕ

Проведены динамическое клинико-неврологическое обследование и комплексная диагностика позвоночника лучевыми методами у 37 пациентов с постхлыстовым синдромом. По этиологическому признаку преобладала автодорожная травма. Комплекс лучевого исследования включал: полипозиционную спондилографию и последующий системный анализ рентгенограмм позвоночника (САРП), компьютерно-томографическое исследование (КТ) шейного отдела позвоночника (ШОП), магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника, ультразвуковое исследование мышц и связок ШОП, ультразвуковую доплерографию экстракраниальных сосудов шеи. Выявлено, что при острой хлыстовой травме и постхлыстовом синдроме отмечается облигатное изменение пространственного положения позвонков во всех отделах позвоночника и крестца.

Ключевые слова: хлыстовая травма, комплексное лучевое исследование.

SUMMARY

The dynamic clinico-neurological examination and complex diagnostics by X-ray methods of the spine of 37 patients with postwhiplash syndrome were performed. Traumas got in automobile accidents prevailed by the etiological sign. The X-ray examination complex included: polyposition spondylography followed by system analysis of the spine X-ray films, computer tomography (CT) of the cervical spine (CS), magnetic-resonance imaging (MRI) of the spine, ultrasound examination of the CS muscles and ligaments, ultrasound Dopplerography of the neck extracranial vessels. It has been found out that there is an obligatory change of the vertebrae spacious location in all parts of the spine and the sacral bone in case of an acute whiplash injury and postwhiplash syndrome.

Key words: whiplash injury, complex X-ray examination.

Термин «хлыстовая травма» (ХТ) (whiplash injury, от англ. whip – хлестать, хлыст) введен американским врачом Н.Сроуе в 1928 году, и с тех пор интерес к такой травме неуклонно возрастает. Хлыстовая травма включает травмирующую серию событий, при которой головная часть тела мгновенно приходит в движение относительно нижней части, зафиксированной или менее свободной. В этой разновидности сложной механической системы происходит накопление кинетической энергии в наиболее подвижных сегментах, приводимых в движение инерцией. На протяжении последних десятилетий частота травм, вызванных мгновенным ускорением или торможением, значительно возросла. Это является прямым результатом интенсивного

использования различных средств скоростного передвижения и современного образа жизни [2]. По данным страховых компаний, распространенность ХТ в развитых западных странах колеблется от 16 до 70 случаев на 100 000 населения, причем этот показатель имеет тенденцию к росту [12].

На современном этапе в диагностике ХТ руководствуются как можно раньше проведенной рентгенографией шейного отдела позвоночника для исключения переломов. Однако, значимость посттравматических морфологических изменений в телах позвонков, связках, суставах и межпозвонковых дисках в рассмотрении хлыстовых травматических повреждений не ясна, остается нерешенным вопрос: способствует ли ХТ развитию этих изменений или усиливают ранее приобретенные [10]. К тому же, с одной стороны, эти изменения нередко выявляются без какой-либо клинической симптоматики, а с другой - не менее чем у половины пациентов с ХТ со стойкими болями в шее или голове не выявляется никакой патологии (Obelieniene D., Schrader H., 1999).

С развитием новых методов лучевой диагностики стали чаще использоваться при ХТ компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковое сканирование и др. Эти исследования способствуют выявлению разрывов связок, мышц позвоночника, кольцевого разрыва межпозвонкового диска, травматического повреждения спинномозговых корешков и спинного мозга (Yinggang Zheng, Susan M.Lieu, 2004). К сожалению, до сих пор взаимосвязи между КТ- и МРТ-изменениями и симптомами при ХТ не определены (Young W.F., 2001).

Несмотря на то, что некоторые отечественные и иностранные исследователи подчеркивают важность отношения к ХТ не как к травме с повреждением только структур шеи, а травме всего тела с патологическим вовлечением в постхлыстовом периоде позвоночных, паравerteбральных, кранио-сакральных, сосудистых и висцеральных структур, у большинства авторов ХТ рассматривается исключительно как хлыстовая травма шеи [9]. Известно, что даже минимальные нарушения биомеханических соотношений в одном из сегментов позвоночника приводят к развитию стойких патологических морфологических изменений всего позвоночника (Тагер И.Л., Мазо И.С., 1979).

У 18-30% лиц, перенесших хлыстовую травму I-II ст., формируется постхлыстовый синдром (ПХС), при котором болевой синдром и другие клинические проявления ХТ сохраняются 6 месяцев и более [12].

Чем тяжелее ХТ, тем выше вероятность развития ПХС, что указывает на его связь с органическими изменениями позвоночника и нервной системы. Причины для развития ПХС при «легких» степенях ХТ остаются наиболее дискуссионными. Необходимо отметить, что даже при «легкой» степени повреждения, когда сразу после травмы у пострадавших отсутствуют костные и неврологические проявления, отмечается развитие стойкой симптоматики в виде шейных и головных болей, тугоподвижности в шейном отделе, снижение работоспособности, повышенная раздражительность и утомляемость, нарушение концентрации внимания, головокружения и вегетативные расстройства.

Вопросы диагностической оценки ПХС, как травматической болезни всего организма, пока остаются нерешенными. В связи с этим ПХС диагностируется практикующими врачами достаточно редко, что неизбежно приводит к некорректному лечению и реабилитации пострадавших. Также представляется актуальным вопрос оценки возможностей комплексной лучевой диагностики в выявлении объективных признаков повреждений, достоверной и адекватной инструментальной диагностики последствий хлыстового травмирования.

В этих целях нами проведено динамическое клинико-неврологическое обследование и комплексная диагностика позвоночника лучевыми методами у 37 пациентов с ПХС. Среди пострадавших с ХТ преобладали лица молодого и среднего возраста (26 - 49 лет) со сроками, прошедшими после травмы, от 6 месяцев до 7 лет. Среди пациентов было 25 мужчин (67,6%) и 12 женщин (32,4%). Это достаточно большое количество женщин, если учесть преобладание мужского контингента в ведомственных (военных) лечебных учреждениях. Распределение пациентов с ПХС по возрасту представлено на рис. 1.

Очевидно, что в возрастной структуре преобладают лица молодого возраста – возраст 78,3% пациентов с ПХС составил от 26 до 46 лет (29 человек).

Комплекс лучевого исследования включал полипозиционную спондилографию и последующий системный анализ рентгенограмм позвоночника (САРП), компьютерно-томографическое исследование (КТ) шейного отдела позвоночника (ШОП), магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника, ультразвуковое исследование мышц и связок ШОП, ультразвуковую доплерографию экстракраниальных сосудов шеи.

По этиологии в общей структуре ПХС преобладала автодорожная травма. Характерным для ПХС являлось сохранение жалоб острого периода. При этом, чем дольше оставались симптомы, тем выше вероятность хронизации травмы. У больных с неблагоприятным преморбидным психопатологическим фоном (хронические болевые синдромы, псевдовестибулярные расстройства и др.) ХТ являлась пусковым механизмом процесса

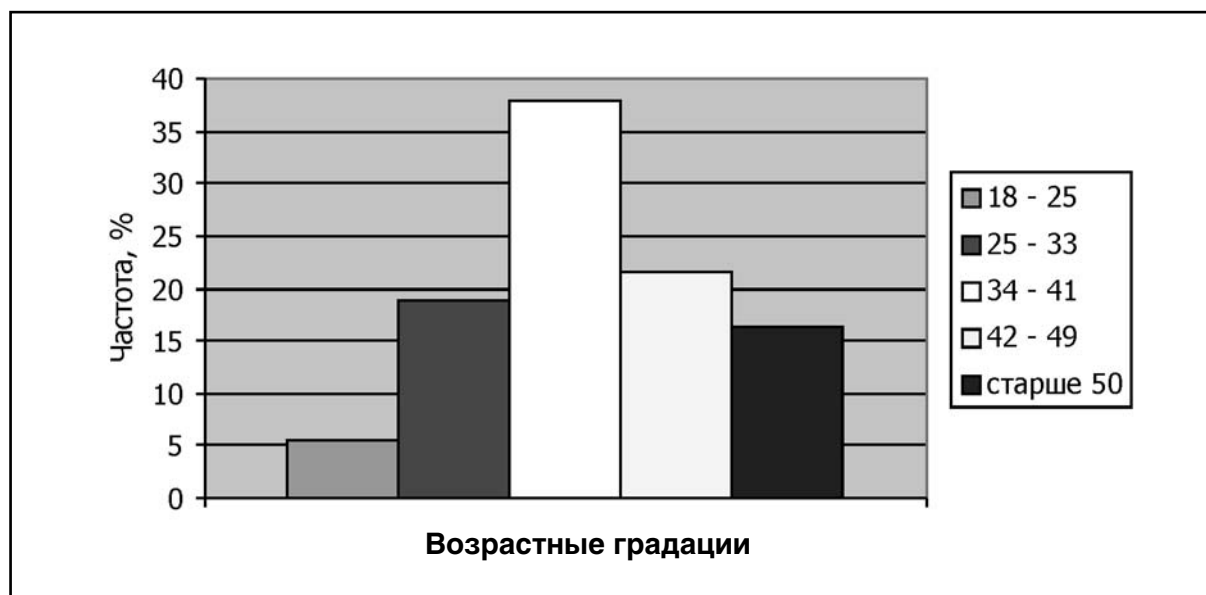


Рис. 1. Распределение пациентов с ПХС по возрасту

соматизации и/или конверсии. ПХС чаще развивался у пострадавших с более тяжелой степенью ХТ. У трети пострадавших на фоне имеющегося остеохондроза позвоночника ХТ явилась «пусковым» моментом декомпенсации, хотя достоверных признаков ускорения дистрофических процессов в позвоночно-двигательных сегментах (ПДС) у пострадавших не выявлено.

Для пациентов с ПХС определились такие статические особенности позвоночника, как преобладание выпрямления шейного лордоза (53,6%), кифоз (с вершиной преимущественно в ПДС CIII-CIV-CV) определялся в 28,6%, только в 3,6% случаев – усиление лордоза, а в остальных физиологический лордоз сохранялся. Ротация позвонков выявлялась в 35,7%, преимущественно в CV-CVI и ThI-ThIII. Лестничный или комбинированный спондилолистез наблюдался относительно реже, чем отдельные ретролистезы и антелистезы. Наиболее часто он встречался в ПДС CIV-CVI. Для пациентов с ПХС характерным было наличие функциональных блоков преимущественно в ПДС CVI - ThI (42,9% случаев), а также относительно чаще, чем при острой ХТ в ПДС CII-CIII.

Сравнительный анализ некоторых статических изменений ШОП у пациентов с острой ХТ и с ПХС показал, что при ПХС чаще сохраняется физиологический лордоз ШОП (на 3,6%), в 1,7 раз чаще выявляется выпрямление лордоза ШОП в той или иной степени, чаще встречаются ретролистезы (в 1,8 раз) и функциональные блоки (в 1,7 раз), в то время как у пострадавших с острой ХТ преобладают кифотические инверсии ШОП (в 1,9 раз), лестничные и комбинированные смещения шейных позвонков (в 2,8 раз), ротации шейных позвонков (на 1,8 %), антелистезы (на 2,8%).

У пациентов с ПХС выявились следующие показатели пространственного положения таза. Высокий (расшатанный) таз наблюдался у 28,6% пациентов, горизонтальный (перегруженный) таз – в 21,4% случаев, нормальный (блокированный) – почти в половине случаев. Крестец и таз у большинства обследованных были ротированы и наклонены вбок (скручены) от 0° до 2° у 39,3% обследованных. Скручивание таза в 3–4° обнаруживалось у 24,3% пострадавших. Скрученный более 4° таз выявлялся чаще у пострадавших с ПХС, чем у пациентов с острой ХТ (на 7,9% случаев).

Спондилографическая оценка статико-функциональных и морфологических изменений всех отделов позвоночника при ПХС и острой ХТ выявила ряд отличий. Но и для острой ХТ, и для ПХС характерным являлось облигатное изменение пространственного положения позвонков как в шейном, так и в грудном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника, таза и крестца.

Полиморфизм изменений и необходимость рассмотрения каждого случая при создании диагностической базы для восстановительного лечения у большинства пациентов нехирургического профиля привели к необходимости системного анализа рентгенограмм позвоночника (САРП). Оценка позвоночника пострадавших ПХС методом САРП давала возможность диагностики функционально-статического состояния позвоночника в целом для правильной коррекции нарушений взаимного положения позвонков (смещений, ротации,

отклонений от правильной позиции) для создания индивидуальной программы реабилитации пациентов. Использование системных моделей позвоночника, знание пространственного положения каждого позвонка значительно помогали усовершенствовать контроль проводимого лечения.

КТ-исследование поврежденных позвоночных сегментов позволило верифицировать или дополнить структурные изменения, выявленные при спондилографии (характер и объем травмы, взаимоотношения травмированного участка с окружающими структурами), способствовало выявлению протрузий и грыж межпозвонковых дисков, изменений дугоотростчатых и унковертебральных суставов, связочного аппарата позвоночника, паравертебральных мышц. КТ ШОП давала возможность оценивать состояние структур позвоночного канала и межпозвонковых отверстий.

МРТ позвоночника проводилась у пациентов с ПХС при наличии неврологической симптоматики и подозрении на миелопатию. Проведенное исследование выявило существенную роль МРТ-исследований ШОП при оценке последствий спинальной травмы и состояния вещества спинного мозга у пациентов с ПХС.

Ультрасонографическое исследование паравертебрального связочно-мышечного аппарата и ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов шеи у пациентов с ПХС позволили найти объективные признаки ирритативного сочетания лигаментно-миофасциального синдрома с синдромом позвоночной артерии, идентифицировать патологические изменения фиксационных структур позвоночника и сосудов шеи, их характерные особенности при ПХС.

Таким образом, комплексное лучевое исследование позвоночника способствовало выявлению патологических и саногенных структурно-функциональных изменений, которые определяли клинический полиморфизм и биомеханические изменения позвоночника при ПХС. Системный подход к анализу спондилографических данных при ПХС дополнял клиническую симптоматику объективными данными статико-функциональных и морфологических изменений позвоночника в каждом случае, что способствовало созданию адекватной программы лечения и реабилитации пациентов с учетом индивидуальных возможностей. Системная диагностическая оценка ПХС как травматической болезни всех отделов позвоночника открывает новые перспективы для его лечения методами мануальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахадов Т.А., Панов В.О., Айххофф У. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника. - М.: 2000. - С. 586-633.
2. Барраль Ж.-П., Кробьер А. Травма остеопатический подход. - Иваново: Изд-во МИК, 2002. - 335 с.
3. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика. - СПб.: Фолиант, 2001. - 399 с.
4. Епифанов В.А., Кузбашева Т.Г. Клинико-морфологическая характеристика изолированных повреждений аппарата позвоночника. // Мануальная терапия, 2003. - №3.
5. Левин О.С., Макаров Г.В. Неврологические осложнения хлыстовой травмы шеи (обзор). // Неврологический журнал, 2002. - №3. - С. 46-53.
6. Медведев Д.В., Увачева А.А., Кинзерский А.Ю. Ультразвуковое сканирование двигательных сегментов шейного отдела позвоночника. // Вертебрология, 2003. - №1-2. - С. 6-9.
7. Моисеев Ю.Б., Неборский А.Т. Некоторые аспекты «хлыстовых» повреждений позвоночника с точки зрения мануальной терапии. // Мануальная терапия, 2004. - №3. - С. 9-13.
8. Орел А.М. Системный анализ рентгенограмм позвоночника. - М.: 2001. - 180 с.
9. Скоромец А.А., Новосельцев С.В. Хлыстовая травма. Механизмы возникновения и возможности остеопатической коррекции. // Мануальная терапия, 2003. - №3 (7).
10. Fischer R.P. Cervical radiographic evaluations of alert patients following blunt trauma. // Ann Emerg. Med., 1984. - v. 13. - P. 905-907.
11. Pearce J.M.S. The myth of chronic whiplash syndrome. // Spinal Cord., 1999. - v. 37(11). - P. 741-748.
12. Spitzer W.O., Scovron M.L., Salmi L.R. et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders(WAD). // Spine, 1995. - v. 20 (supply). - P. 1-73.

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, ВАЖНЫХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В.А. Фролов¹, И.Г. Лугова²

¹ Кафедра мануальной терапии ФПО(в)ММА им И.М. Сеченова

² Поликлиника №3 МЦ УД Президента РФ

Вертеброневрологические расстройства, обусловленные различными этиологическими и патогенетическими факторами, являются самыми распространенными заболеваниями человека. Выраженные клинические проявления наблюдаются в период активной трудовой деятельности и с возрастом все более нарастают, представляя собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности.

Одной из наиболее часто поражаемых областей является шейный отдел позвоночника. Ведущим симптомом, несмотря на клинический полиморфизм, является боль, как правило, с разнообразной вегетативной и эмоциональной окраской. Головная боль – одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу. Проблема головной боли является мультидисциплинарной медицинской проблемой, ибо эта боль может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в области головы, но и ведущим симптомом многих соматических и психогенных заболеваний. Распространение склеротомных болей из зон дистрофического поражения, нейроостеофиброза и других очагов в области шеи на область головы, тоническое напряжение краниовертебральных, краниоцервикальных мышц в ответ на патологическую импульсацию, вегетососудистые реакции на цервикальную ирритацию составляют содержание вертеброгенных краниоцервикалгических синдромов.

В настоящее время все чаще обращается внимание на головные боли, которые можно лечить методами мануальной терапии [4, 13, 18, 19, 20, 33, 39, 64, 68, 72, 73, 85, 86, 87, 88, 92, 93, 94 и др.]. Источниками таких болей, чаще всего, являются анатомические структуры шеи и головы, которые подверглись непосредственному поражению либо компенсаторным перегрузкам, вызванным изменениями в сочетанных анатомических отделах.

Головные боли и другие симптомы, характерные для поражения структур шеи, могут иметь место при компенсаторной перегрузке этого отдела в результате патологического процесса в других анатомических областях, когда изменяются его кривизна, положение костных образований и натяжение фасций,

мышц, связок, что вызывает компрессию или натяжение нервно-сосудистых образований [32, 33, 73, 82 и др.]. Связь симптомов поражения анатомических структур шеи с соседними отделами позвоночника, грудной клетки, головы отмечают многие авторы [6, 9, 12, 33, 45, 53, 73, 76, 82, 84 и др.]. Цервикокраниалгии часто могут напоминать мигрень [33, 45, 73, 93, 94].

Характер и распространенность повреждения зависят от ряда причин: особенностей коллагеновых волокон, развития мускулатуры, размеров каналов позвоночника, последствий предшествующих травм, вариантов натяжения тканей, связанных как с анатомическими особенностями индивидуума, так и с его позой во время травмы, нейрофизиологических условий (особенности нервной, мышечной и др. систем), особенностей механизма травмы (направление и сила удара и др.) [56, 70].

В зависимости от причины заболевания поражаться могут как отдельные анатомические образования, так и одновременно несколько анатомических структур. Физические перегрузки, ОРВИ, психоэмоциональный стресс, роды, операции на отдаленных от шеи областях часто играют роль провоцирующего фактора, вызывая напряжения фасциальных образований и других анатомических структур за счет механического натяжения, возникновения отека заинтересованных тканей или рефлекторных влияний.

1. Головные боли при поражении кожи и подкожной клетчатки обусловлены как рефлекторными влияниями, так и биомеханическими изменениями, вызывающими натяжение фасций, связанных с пораженной областью, формированием туннельных синдромов, нарушением венозного и лимфатического оттока.

Изменения кожи могут быть первичными (травма кожи, воспалительные процессы в ней), вторичными (при патологии мышц, суставов, фасций, связанных с кожей, при нарушении её иннервации, трофики при сосудистых расстройствах), рефлекторными.

При первичном поражении кожи более выражены локальные изменения, характеризующиеся

утолщением кожной складки, ограничением ее подвижности, наличием рубцов. Если же воспалительное изменение мягких тканей является результатом непосредственно травмы, то нарушается четко определённое взаимодействие между костными структурами позвоночника, относящимся к ним связочно-мышечным аппаратом и кожным покровом [5, 47].

При вторичном процессе кожа может спаиваться с фасциальным слоем на больших участках, обычно связанных с поражённой мышцей или с областью поражённого нерва [25]. При наличии спаечных процессов в области базальной фасции определяется гипестезия, кожная складка становится уплотнённой, утолщённой, широко спаяна с подлежащими тканями (появляется симптом «апельсиновой корки») [8]. Клинически адгезия кожной складки проявляется чувством скованности, дискомфорта. При длительном слипании может развиваться фиброзное замещение нормальных тканей подкожно-жировой клетчатки со значительным увеличением её объёма [25]. В местах функциональных блоков появляется гипералгезия, складка кожи (складка Киблера) грубее и при разглаживании оказывает сопротивление, ее труднее поднять, а пациент при этом ощущает боль [5, 33, 77].

Рефлекторные изменения кожи обнаруживаются как при патологии самих суставов и мышц, так и при органной патологии. Они проявляются изменениями чувствительности, тургора, мобильности кожи, трофики, температуры, потоотделения, степени электрической проводимости (висцеросенсорный рефлекс Захарьина-Геда) [72, 73, 77].

2. Головные боли при повреждении фасций вызываются сдавлением нервно-сосудистых пучков, нарушением венозного оттока, циркуляции спинномозговой жидкости, спазмом краниальных и шейных мышц [2, 8, 24, 53, 55]. При патологии экстракраниальной фасции в патологический процесс могут быть вовлечены сосуды и нервы, проходящие через отверстия основания черепа [45]. Так как эта фасция присоединяется к твёрдой мозговой оболочке, может изменяться подвижность краниальных структур, ухудшаться циркуляция спинномозговой жидкости, лимфатический и венозный отток. Головные боли в этих случаях могут провоцироваться изменением позиции головы (флексия, экстензия), сокращением мышц, прикрепляющихся к основанию черепа, что вызывает тракцию внутричерепных структур.

Поражение фасций в виде их слипания, образования спаек между ними, рубцов обнаруживается при патологии любых анатомических структур шеи. При

травме, в зависимости от преморбидного состояния организма, фасции могут компенсировать нарушение функции за счет перераспределения нагрузки или приводить к обострению хронических заболеваний органов, с которыми фасция связана, если она поражена в нескольких местах. При нарушении функции фасций обычно меняется биодинамика всего отдела, с которым данная фасция анатомически связана.

Одной из причин головных болей напряжения и миофасциального болевого синдрома шейно-грудного отдела позвоночника может служить ограничение подвижности фасциальных листков грудного отдела позвоночника и фасций, идущих от верхушки диафрагмы к основанию черепа.

3. На роль патологии мышц в генезе болевого синдрома обращают внимание многие авторы [1, 12, 15, 19, 24, 33, 36, 37, 55, 58, 59, 60, 61, 65, 74, 75, 93 и др.]. Дисфункция мышц может явиться причиной головных болей напряжения, сформировать туннельные синдромы в области головы и шеи, привести к формированию триггерных точек, вызывающих иррадиирующие боли в различные области головы [60, 74, 85 и др.].

К поражению мышц могут привести травма мышцы (сдавление, удар, растяжение), хроническая перегрузка мышцы (например, гипертонус антагониста при длительном удержании равновесия), изменение функции суставов и положения костных образований (сублюксация, вывих, функциональный блок), к которым прикрепляются мышцы, ограничения взаимного хода фасциальных футляров мышц, лимфостаз, нарушение иннервации (в том числе, в результате натальной травмы) и кровоснабжения мышц, поражение тканей, дуральная торсия, меридиональный дисбаланс [3, 11, 25, 39, 43, 59, 61, 63, 65, 79, 90, 93]. Мышцы могут «выключаться» из работы рефлекторно для снижения нагрузки на поражённую область при воспалении капсулы сустава, заболевании органов, связанных с данными мышцами или расположенных около их проприорецепторов.

Склеротомная кефалгия характеризуется преимущественно окципитальными головными болями, являющимися следствием дистрофических изменений в шейных мышцах, особенно в местах прикрепления их к затылочной кости [58, 74]. В этой области обнаруживаются болезненные очаги уплотнения тканей, локальный спазм мышц и болевая реакция на их растяжение. Боли в затылке усиливаются при статико-динамических напряжениях шейных мышц. При иррадиации боли в лицо часто обнаруживаются изменения в грудино-ключично-сосцевидной мышце (триггерные точки, болезненное напряжение).

Ломящие или ноющие головные боли в верхней шейно-затылочной области могут иметь место при синдроме нижней косой мышцы головы [23, 33, 59, 74 и др.]. Боль постоянная, сочетается с парестезиями в этой области, усиливается при возрастании нагрузок на мышцы шеи. Гипоальгезия определяется в зоне иннервации большого затылочного нерва.

При синдромах передней лестничной мышцы головные боли, головокружения сочетаются с симптомами со стороны верхних конечностей (боли в области плеча, предплечья, кисти, слабость в дистальных отделах верхней конечности, цианоз и отечность кисти). Могут обнаруживаться спаечные процессы вокруг плечевого сплетения и подключичной артерии, атеросклеротические изменения подключичной артерии, аномалии передней лестничной мышцы.

Головная боль, появляющаяся только при нагрузке, может иметь место при нарушении мышечной регуляции, когда нарушается процесс одновременного сокращения пучков мышц, натягивающих капсулы суставов до сокращения самих мышц, что может вызывать ущемление капсулы суставов и менисков и приводить к формированию функциональных блоков [3, 25, 32, 33]. При блокировании сегментов CII-CIII (реже CI-CII) часто наблюдаются смещение головы вперед и спазм мышц шеи, сопровождающиеся головной болью напряжения. При этом обнаруживаются признаки миотендиноза (спазма мышц) в области задней дуги атланта (короткие разгибатели) и на латеральном крае остистого отростка CII [32, 33]. Атрофические изменения в мышцах шеи в виде инфильтрации подзатылочных мышц жировой тканью, как следствие растяжения мышечных волокон, обнаруживаются у многих пациентов с хронической головной болью и болью в шее [79, 90].

Часто головную боль обуславливают спазм жевательных мышц, патология височно-нижнечелюстного сустава. При любой травме черепа отмечаются изменения функции краниоцервикального перехода, спазм крылонёбных и жевательных мышц, изменение положения височно-нижнечелюстных суставов, что может проявляться дисфункцией этих суставов [6, 48, 76, 84]. Дисфункции височно-нижнечелюстных суставов сочетаются с выраженными изменениями в мышцах лица, шеи и верхних конечностей [6, 71, 91, 92]. Триггерные точки этих образований могут быть причиной отраженных головных болей [71].

Для головной боли, обусловленной напряжением мышц психогенного генеза, ишемией, отёком и биохимическими изменениями в них, характерно отсутствие четкой локализации боли («болит вся голова»), максимум боли отмечается в области темени или затылка [13, 72, 73, 89]. Пациент может

жаловаться на чувство «шлема», «кепки» на голове, чувство «сдавления», «дискомфорта в голове», на боль при причёсывании, при прикосновении к голове. Чаще боль постоянная, иногда приступообразно усиливается от нескольких часов до нескольких дней, может иррадиировать в область висков с двух сторон, в лицо, плечи, сопровождается выраженными эмоциональными расстройствами преимущественно тревожно-депрессивного типа, вегетативной дистонией, нарушениями сна. При осмотре обнаруживаются болезненные узелки (миогелозы) в трапециевидной или шейных мышцах при пальпации. На фоне психоэмоционального напряжения, ОРВИ и других стрессовых факторов могут активироваться локальные мышечные гипертонусы. Развивающиеся в результате травмы патобиомеханические изменения черепа в виде компрессии краниальных швов, натяжения твёрдой мозговой оболочки, локальных мышечных гипертонусов могут быть источниками патологической импульсации, которая вызывает функциональные сдвиги на стволовом уровне. В то же время, функциональные нарушения стволовых и лимбико-ретикулярных структур, возникающие при ЧМТ, сопровождаются соответствующими сдвигами в регуляции нейромоторной активности и участвуют в патогенезе болезненных мышечных уплотнений [32, 33].

Связь между хроническими головными болями и функциональными изменениями высшей нервной деятельности может быть обусловлена близостью сенсорного рецепторного аппарата к центральным мозговым структурам, взаимодействием периферических вегетативно-сосудистых образований с лимбической системой и гипоталамической областью, ответственными за эмоционально-личностные и аффективные нарушения [45, 86].

4. Повреждение связочного аппарата позвоночника может непосредственно вызывать болевые ощущения в затылочной области, а также быть причиной туннельных синдромов и вторичных изменений костных структур [17, 19, 24, 32, 33, 34, 36, 73, 87 и др.].

Исходящая из связок боль при пассивном движении в основном идентична суставной боли, т.к. связки усиливают суставную капсулу [43, 65]. Связочная боль диагностируется, когда функция суставов нормальная, а пассивные движения болезненны. При этом характерно возникновение боли, в основном, при продолжающейся статической нагрузке, когда мышцы по физиологическим причинам напряжены мало или совсем не напряжены [10, 25]. Повреждение связок чаще всего связано с травмой [32, 33]. Связка может повреждаться при нарушениях

синхронности сокращения мышц. В поврежденной связке развивается асептическое воспаление. Как в момент повреждения, так и при воспалении в процесс могут быть вовлечены прилежащие участки мышц, которые могут реагировать сокращением, в остром периоде – судорожным спазмом.

Так, появление головной боли при длительном наклоне головы вперед и регресс её в положении лежа характерно для повреждения поперечной связки атланта (головная боль в антефлексии, головная боль школьников) [32, 33]. При обследовании определяется болезненность при давлении на остистый отросток аксиса и напряжение мышц шеи. При выполнении теста на антефлексию головы возникает типичная боль при растяжении поврежденных связок шейно-затылочной области. Рентгенологически обнаруживается расширение суставной щели между передней дугой атланта и зубом аксиса (у взрослых более 2 мм, у детей более 5 мм) и краниально открытым углом между контактной поверхностью передней дуги атланта и зубом, который открывается особенно широко при наклонении головы вперед. Если боль при наклоне возникает мгновенно, то, при исключении менингеального синдрома, речь идет не о связочной боли, а о заблокированной антефлексии между затылком и атлантом.

Поражение выйной связки может привести к головным болям, вызванным поражением 1-3 шейных нервов, и играть роль в развитии дистрофических нарушений верхнешейного отдела позвоночника [18, 86]. Прикрепление выйной связки к заднему отделу твердой мозговой оболочки в области C1 и CII и заднелатеральной части затылочной кости может быть причиной изменения биодинамики шейного отдела позвоночника (особенно при ротациях) при ограничении подвижности затылочной кости. В этиологии головной боли имеет значение наличие мостиков соединительной ткани между твердой мозговой оболочкой и малой прямой мышцей головы в области атланта-окципитального сочленения.

При повреждении надостной связки может пальпироваться локальное уплотнение соединительных тканей над остистым отростком (обычно принимаемое пациентом как заднее «смещение» позвонка или появление провала в его проекции), которое говорит о дисторсионном синдроме надостной связки [25, 33]. Иногда может выявляться пальпаторное ощущение бокового смещения остистого отростка (обычно рентгенологически это не подтверждается), при этом отмечается выраженная болезненность мягких тканей в его проекции. Это состояние может быть связано с латерально-девиационной дисторсией расслоенной связки.

Следствием повреждения связочного аппарата бывает нарушение стабильности позвоночно-двигательных сегментов, что является частой причиной головных болей [44, 65]. Гипермобильная нестабильность проявляется увеличением объема движений позвоночника в отличие от фиксированной нестабильности, которая сопровождается мышечной фиксацией. Если механизм головной боли при гипермобильной нестабильности обусловлен растяжением болевых рецепторов, то при гипомобильной нестабильности – их компрессией. Гипермобильная нестабильность позвоночника может сформироваться при травматической дисторсии связочного аппарата [44, 63]. Нестабильность позвоночно-двигательных сегментов часто может формироваться при их перегрузке на границе с функциональными блоками [25, 33]. Вызвать флексионную нестабильность могут частые флексионно-ротационные нагрузки. При тестировании пассивной интравертебральной подвижности в нестабильном позвоночно-двигательном сегменте в положении флексии отмечается увеличение объема как основной, так и дополнительной подвижности. При выполнении активной флексии на уровне нестабильного сегмента возникает «блок-момент», – заинтересованный сегмент своевременно не включается в волну кифозирования. Кроме того, при прохождении бегущей волны в нестабильном сегменте может появляться болезненная дуга.

5. Клинике и лечению синдрома позвоночной артерии посвящено большое число работ [13, 16, 19, 23, 32, 40, 41, 42, 50, 51, 64, 73, 74, 80, 81, 83, 85 и др.]. Поражаться могут как позвоночные, так и сонные артерии. Механизмы поражения – компрессионный (сдавление, растяжение), рефлекторный, компенсаторный.

Причинами повреждения позвоночной артерии считают воздействие на стенку и симпатическое сплетение позвоночной артерии унковертебральных разрастаний, переднего края суставного отростка в случаях подвывиха или артроза с передними разрастаниями в том же суставе, при патологическом изменении капсулы сустава C1-CII позвонков, синдроме нижней косой мышцы головы, синдроме передней лестничной мышцы, варианте Киммерле, при утолщении атланта-окципитальной мембраны, рубцовых изменениях в окружающих тканях в результате хлыстовых травм. Нестабильность шейных позвоночно-двигательных сегментов приводит к механическому раздражению позвоночной артерии и её сплетения, сдавлению её, возможно ущемлению менискоидов и формирование функциональных блокад [21, 30, 58, 65, 73, 81].

Длительное механическое раздражение стенок артерии при дистрофических изменениях шейного отдела позвоночника приводит к прочной фиксации сосуда к структурам костного канала. В местах давления на артерию костных выступов и других образований в результате хронического травмирования поврежденной артериальной стенки ударами систолической волны крови могут образовываться атеросклеротические бляшки [3]. При травме шейного отдела позвоночника возникающие структурные изменения в стенке петли позвоночной артерии приводят к нарушению местного кровообращения и возникновению тромбозов сосудов.

Изолированное поражение сосудов отмечается достаточно редко. Клиника преимущественного поражения позвоночных артерий часто встречается у пациентов, получивших массаж или недифференцированное мануальное лечение. Несмотря на объективное увеличение объема движений в позвоночнике и регресс мышечно-тонического синдрома, у таких пациентов сохраняются жалобы на головные боли с сопутствующими вегетативными симптомами, характерными для поражения позвоночных артерий. Многие исследователи отмечают большое разнообразие жалоб и характера головных болей у пациентов с задним шейным симпатическим синдромом: от ощущения тяжести, усталости и неудобства в шее до резких жгучих болей, распространяющихся на голову (затылок, лоб, темя) [16, 19, 33, 58, 64, 73, 81, 85 и др.]. Удобнее разделять все разнообразные боли в шее при заднем шейном симпатическом синдроме по характеру их происхождения: симпатикотонии, корешковые, туннельные невропатии, мышечные и связочные боли, нарушение артериального кровотока, нарушение венозного оттока. Так как синдром позвоночной артерии связан с поражением симпатического сплетения позвоночной артерии, то этот синдром можно отнести как к поражению сосудов, так и к поражению нервов [16].

Шейные боли в виде ощущения скованности, усталости и неудобства в шее можно отнести к мышечно-фасциальным. Корешковые боли в шее - резкие, стреляющие, с пронизывающей иррадиацией по ходу корешка [17, 69 и др.]. Если боль ограничивается только затылочной областью, может быть вовлечен подзатылочный нерв. Головная боль может начинаться в области шеи или в надлопаточной области и распространяться в заушную область, на затылок, темя, часто достигая виска (ушной нерв). При «тригеминальном синдроме» боли в лице выражены, иррадиируют в зубы. Сверлящая, тупая, выворачивающая и давящая боль в затылке бывает склеротомного происхождения. Резкая жгучая боль,

распространяющаяся на голову (затылок, темя, лоб - симптом «снятия шлема»), чаще приступообразно обостряющаяся при движении в шее, после сна может быть расценена как вегеталгия (характер их диффузный, постоянный, неприятно эмоционально окрашен). Тупые, распирающие боли, иррадиирующие в глаза, с чувством выдавливания глаз часто связаны с натяжением твердой мозговой оболочки основной кости [63]. Боль в виде тяжести в голове бывает при нарушении венозного оттока. Пульсирующий характер боли свидетельствует о ее сосудистом происхождении.

В последнее время комплекс повреждений структур шеи с вовлечением позвоночных артерий и их сплетений выделяют в отдельное заболевание. Вертебрально-базилярная болезнь характеризуется сочетанием функциональных блокад позвоночно-двигательных сегментов, дисциркуляторных проявлений в вертебрально-базилярной системе, объединяемых термином вертебрально-базилярная недостаточность (вестибуло-кохлеарные, мозжечковые проявления, фотопсии), болями (цефалгии, цервикалгии и др.) и астено-невротическими или астено-депрессивными проявлениями (слабость, утомляемость, плохой сон и т.п.) [50, 64, 65].

Головная боль глубокой локализации указывает на поражение артерий, венозных синусов (продольных синусов и зоны радиусом 1-2 см вокруг них, латеральных и затылочных синусов) или тканей, расположенных над наметом (в том числе 1-й ветви V ЧМН, IX и X ЧМН) [45]. Дисфункция сосудов черепа вызывает самые болезненные ощущения в области головы. Этими сосудами могут быть средняя оболочечная артерия, артерии Вилизиева круга и сосуды, расположенные в радиусе 4-5 см около него, задняя нижняя мозжечковая и позвоночная артерии. Проходя через напряженную и смещенную твердую мозговую оболочку, особенно в области её прикрепления к швам и вокруг отверстий, они могут подвергаться растяжению или сдавлению с развитием сосудистой дистонии. Головные боли после сна на животе могут быть следствием натяжения фасциальных и дуральных образований, т.е. мест выхода сосудисто-нервных пучков из черепа.

Боль при венозной недостаточности, обусловленной затруднением венозного оттока из полости черепа, имеет локализацию в области затылка, может быть в виде тяжести в голове, носит тупой, распирающий характер, усиливается к утру [13, 45, 68]. Если причиной нарушения интракраниального венозного оттока является дисфункция дыхательной диафрагмы, то обнаруживается компенсаторная перегрузка лестничных мышц (дополнительных

дыхательных) и уменьшение присасывающего действия грудной клетки [1]. К уменьшению присасывающего действия грудной клетки могут привести дисфункции грудинно-реберных сочленений, ограничение люфтовой подвижности грудины различной этиологии. Венозной недостаточностью часто сопровождаются спондилогенные радикулопатии [1, 51].

При венозной недостаточности, обусловленной недостаточностью венозного кровообращения в мягких покровах головы, боль локализуется в лобно-височно-глазничных областях, сопровождается ощущением прилива крови, чувством онемения в лице, затруднением носового дыхания [13]. При осмотре обнаруживаются пастозность лица, «мешки» под глазами, «синие круги», покраснение глаз. Отмечается выраженное ограничение люфтовой подвижности верхних челюстей и других костей, составляющих стенки глазницы.

6. Компрессия или натяжение нервных корешков, стволов, сплетений может вызываться на уровне межпозвонкового и внутричерепного отверстия твёрдой мозговой оболочки (при асептическом воспалении в зоне паутинных муфт, дуральных мешочков и манжеток с перегибом корешка, раздражением стенки корешковой артерии с ее спазмом) укороченной мышцей, натянутой связкой, измененной фасцией, костно-хрящевыми разрастаниями при унковертебральном артрозе (передние отделы), при изменении положения костных образований. Изменения со стороны спинного мозга могут быть выявлены при нарушении гемодинамики и ликворооттока, при механическом раздражении вегетативных центров, при натяжении твёрдой мозговой оболочки и связок спинного мозга [32, 33, 69, 74, 75, 88]. Нарушения деятельности нейронов спинальной симпатической цепочки (грудной отдел) возможны вследствие механического её раздражения при сколиозах, а также при вовлечении в патологический процесс отдельных ее узлов [13, 25, 65, 83]. При поражении симпатической цепочки в одном месте, раздражение будет передаваться на соседние узлы. Отмечается участие в процессе парасимпатического (шейный отдел) вегетативного аппарата.

Причиной головной боли могут явиться раздражение нервных окончаний в участках асептического воспаления, отёка и застойных явлений в окружающих тканях, вовлечение нервных окончаний в спаечный процесс, раздражение их участками изменённых мягких тканей, натяжение их. Возможна роль рефлекторных влияний, реализующихся через вегетативную и соматическую нервные системы [23, 29, 58, 59, 60, 74].

Резкая болезненность в затылке приступообразного характера, усиливающаяся при движениях головы, появляется при поражении второго шейного нерва [69]. Болевая точка локализуется на внутренней трети линии, соединяющей сосцевидный отросток и наружный затылочный выступ (место выхода этого нерва). Могут обнаруживаться гипо- или гиперестезия в области затылка и выпадение волос.

Боль в затылочной области, заднебоковой поверхности шеи и в мочке уха характерна для поражения шейного сплетения. В этой зоне возможны нарушения чувствительности. Повреждения шейного сплетения (передние ветви С1-С4 спинномозговых нервов) возможны при спазме средней лестничной мышцы, мышцы, поднимающей лопатку, грудино-ключично-сосцевидной мышцы или изменений в их фасциальных футлярах.

Парестезии в наружной затылочной области по ночам и после сна характерны для поражения малого затылочного нерва. Выявляется гипестезия в зоне разветвления малого затылочного нерва и болезненность при пальпации точки у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте ее прикрепления к сосцевидному отростку.

Парестезии в височно-затылочной области, ушной раковине и наружном слуховом проходе могут быть при поражении большого ушного нерва, который состоит из волокон С3 спинномозгового нерва.

Головная боль поверхностной локализации характерна для поражения ветвей тройничного нерва, языкоглоточного и блуждающего нервов, первых трех шейных нервов [45]. Головные боли в затылке глубинного характера могут быть связаны с раздражением глазного нерва (тенториальная ветвь, разветвляющаяся в намете мозжечка, первой ветви тройничного нерва). Возможны другие симптомы, связанные с поражением ветвей этого нерва: слезотечение, гиперемия конъюнктивы (слезный нерв), пальпаторная болезненность надглазничной вырезки (лобный нерв), ринорея (носоресничный нерв), светобоязнь (соединительная ветвь к ресничному узлу). Причиной отражения болевых сигналов из шеи в лицо и голову является конвергенция болевых путей, идущих по чувствительным волокнам корешков верхнешейного отдела и чувствительным нервным волокнам ядер тройничного нерва, расположенных в спинном мозге верхнего отдела шейного отдела позвоночника [88]. Причиной отраженной боли из трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц в лицо и голову может быть конвергенция чувствительных моторных волокон добавочного нерва XI и корешков верхнешейного отдела позвоночника, конвергирующих с нисходящим трактом тройничного

нерва. При напряжении шейных фасций возможно вторичное поражение узла тройничного нерва.

Раздражение волокон языкоглоточного нерва (язычные ветви, идущие к слизистой оболочке задней трети спинки языка, глоточные ветви, гл. pharyngei, образующие глоточное сплетение) может быть причиной тошноты во время головных болей, связанных с натяжением дуральных образований мозга в области яремного отверстия или по ходу нерва позади внутренней сонной артерии, затем - на ее латеральной поверхности между этой артерией и внутренней яремной веной [45, 69].

Раздражение синусной ветви (г. sinus carotici) языкоглоточного нерва, которая уходит вниз к бифуркации общей сонной артерии и иннервирует сонный синус и сонный клубочек, может быть причиной изменения артериального давления.

7. Многие авторы считают, что наиболее значимой причиной цервикокраниалгии является **блокирование дугоотростчатых суставов** шейного отдела позвоночника и атлanto-окципитального сочленения, сопровождающееся характерными изменениями в суставах и в связанных с ними мягких тканях [33, 35, 46, 47, 65, 66, 67 и др.]. Травматическое поражение мягких тканей может быть причиной формирования функциональных блоков [65]. В то же время, соединительная ткань развивается при длительном существовании функциональных блоков.

Головные боли могут быть обусловлены туннельными синдромами, миофасциальными нарушениями, венозным застоем, нарушением функции твердой мозговой оболочки и циркуляции спинномозговой жидкости и другими вторичными синдромами.

В цервикокраниальной области источником патологических импульсов могут быть рецепторы в зонах ущемления менискоидов, отека околоуставных тканей в результате изменений суставов в виде артроза и периартроза атлanto-затылочного сочленения, сочленения зуба аксиса с передней дугой атланта, посттравматических и вторичных изменений связок, атлanto-затылочной мембраны, позвоночных артерий с их симпатическим сплетением, опосредованным раздражением нижнестеволовых образований за счет натяжения задних отделов твердой мозговой оболочки в области CI-CII при изменениях выйной связки [23, 49, 58, 73, 86, 88 и др.].

Для деформирующего артроза или подвывиха атлanto-окципитального сустава (синдром Гризеля) характерна постоянная сильная боль в затылочной области с фиксированным положением головы, наклоненной в сторону боли, повороты головы в стороны резко усиливают боль [13]. При рентгено-

рафическом исследовании определяется изменение положения аксиса по отношению к передней дуге атланта. Боль в области дуги атланта, усиливающаяся при наклоне головы назад, сопровождаемая болезненным напряжением глубоких коротких сгибателей в области задней дуги атланта, часто связана с блокированием или гипермобильностью между затылком и атлантом [33]. Типичным является усиление головной боли при наклоне назад, отсутствие или увеличение пружинистости (гипермобильность) между атлантом и затылком, боль при пальпации поперечных отростков и, особенно, задней дуги атланта. Часто обнаруживается блокирование переднего и заднего сгибания между атлантом и затылком. При головной боли в антефлексии рентгенологически определяется переднее смещение базиса с искривлением 4-го желудочка, т.е. ствола мозга.

Боль, обусловленная раздражением капсулы дугоотростчатых суставов или ущемленным менискоидом, чаще локальная в области определенного дугоотростчатого сустава, усиливается при движении в шее, обнаруживается блокада заинтересованного сустава, отечность, напряжение мягких тканей в этой области. Головные боли могут быть обусловлены миофасциальным синдромом. В области суставов головы образуется специфическая зона гипералгезии сразу позади сосцевидного отростка, под или перед мочкой уха [33]. В средней части шейного отдела зоны гипералгезии соответствуют уровню заблокированного сегмента. Простреливающая боль в шее, иррадиирующая в плечо или затылок, сопровождающаяся ригидностью мышц шеи и кривошеей, чаще всего бывает при блокировании в сегменте CII-CIII, редко CI-CII или CIII-CIV. Голова наклонена и ротирована в противоположную сторону, сгибание и разгибание значительно ограничены.

По наблюдениям некоторых авторов боли в цервикокраниальной области часто связаны с блокадами шейно-грудного перехода CVI-Th1.

Блокада 1-3 ребер, ограничение люфтовой подвижности грудины сопровождаются болями, онемениями, отеком в руках, ограничением поворотов головы [13]. Головные боли часто связаны с затруднением венозного оттока из полости черепа или с напряжением мышечно-фасциальных образований (похожи на головную боль напряжения). Обнаруживаются изменения в мышцах шеи, имеющих прикрепление к 1-3 ребрам, верхней части грудины (лестничных, грудино-ключично-сосцевидных).

Боль при прирастании капсулы к суставу возникает при ее растяжении, резко усиливаясь по мере растяжения, вызывая спазм окружающих сустав мышц [65]. Такая боль кратковременная, проходит

после снятия нагрузки на сустав. В случае утолщения капсулы сустава боль неинтенсивна.

8. Наличие болезненных точек при надавливании на надкостницу объясняется её механическим напряжением [33]. Боль может быть вызвана как повреждением надкостницы в результате травм или статико-динамических нарушений, так и изменением функции связок, мышц, натяжением или вовлечением в спаечный процесс сосудисто-нервных образований в результате патологического процесса в костных структурах [21]. В цервикокраниальной области источником патологических импульсов могут быть рецепторы в зонах артроза и периартроза атлanto-затылочного сочленения, сочленения зуба аксиса с передней дугой атланта, точки надкостницы в области поперечных отростков атланта, боковых краёв остистого отростка аксиса, задней дуги атланта [58]. Болезненны также связки и мембраны этой области в области прикрепления мышц (на затылке и височной кости).

При некоторых вариантах функциональных блоков описаны так называемые внутрикостные сублюксации, представляющие собой функциональную компрессию (сжатие) костной структуры между остистым и поперечным отростками с одной стороны и ее растяжение между поперечным отростком с другой. Причины появления таких изменений приводятся в ряде работ [3, 56, 70].

9. Повреждение дисков может вызвать местное асептическое воспаление с сосудистой реакцией, эпидуральным отёком, венозным застоем, лимфостазом и рефлекторными реакциями, со сдавлением нервно-сосудистых образований, а в дальнейшем вовлечение этих образований в спаечный процесс. Изменение соотношения костных структур при уменьшении высоты диска может вызвать симптомы со стороны мышц, фасций, связок, паравerteбральных вегетативных образований [21, 22, 25, 27, 31, 38, 52, 66, 80, 82, 83, 85 и др.].

Иррадиация боли в области головы и шеи определяется при раздражении диска CIII-CIV. Клинические проявления заболевания, в том числе, и резко выраженный болевой синдром, возникают за счет отёка, набухания и асептического воспаления корешка. Болевой синдром при грыжах диска может сохраняться за счет рубцово-спаечной деформации десмогенных элементов спинномозгового канала [25]. Рубцово-спаечный процесс, нарушающий нормальную трофику и биомеханику сегмента, может лежать в основе патогенеза грыжи диска [26].

10. На роль твёрдой мозговой оболочки в генезе головных болей обращают внимание многие авторы

[38, 39, 48, 56, 63, 70, 94]. Учитывая, что твёрдая мозговая оболочка имеет прикрепления к I-II шейным позвонкам, а также плотно связана с вейной связкой, любые её изменения могут быть причиной цервикокраниалгий. После травмы головы могут формироваться небольшие спайки или склеивание твёрдой мозговой оболочки с мягкими оболочками, в том числе сращения паутинной оболочки, окружающей нервы [58]. Краниальные повреждения могут быть причиной напряжений твёрдой мозговой оболочки, которое распространяется на церебральные артерии, такие как средняя оболочечная и др., венозные синусы и их ветви, в результате чего развивается церебральный отёк, воспаление, рефлекторные мышечные спазмы в шее, вагусные реакции и др. [45].

Практически любая краниальная травма будет сочетаться с травмой шейного отдела позвоночника. Такое повреждение может быть по типу хлыстовой травмы или передаваться на шею за счет общности анатомических структур – хода фасций, твёрдой мозговой оболочки, мышц, нервно-сосудистых пучков, расположения стволовых центров, носоглотки, переходящей в пищевод и трахею и имеющей прикрепление к основанию черепа. Так как твёрдая мозговая оболочка имеет богатую иннервацию, связана с фасциями шеи и через них – с внутренним содержимым грудной клетки и, как манжетка, охватывает нервно-сосудистые образования, изменения натяжения и подвижности твёрдой мозговой оболочки могут создавать предпосылки головной боли, вызывать различные локальные и отдаленные симптомы, часто связанные с натяжением или со сдавлением нервно-сосудистых образований, изменением внутричерепного давления, натяжением поддерживающего аппарата головного мозга и изменением его биопотенциалов. Отмечается непосредственная связь с краниальными повреждениями и с функциональными блокадами позвоночно-двигательных сегментов при первичных ее повреждениях, и с изгибами позвоночника и натяжением фасциальных образований при вторичных ее повреждениях.

Нарушения колебаний объёма полости черепа и изменение формы полостей черепных ямок могут приводить к головным болям, связанным с нарушением венозного оттока из полости черепа, гипертензионным синдромом, компрессией сосудисто-невральных образований черепа. К этим нарушениям могут приводить нарушения подвижности швов черепа и их пластичности, которые могут быть результатом травматического действия, острых состояний вследствие менингитов, ишемических и геморрагических инсультов [49]. Приступы головных болей в лобной области, ощущение тесного обруча

вокруг головы, пульсации и т.д. обычно возникают при шейных повреждениях с ухудшением венозного оттока [45].

Для головной боли вследствие анатомического сужения позвоночного канала на уровне суставов головы характерно усиление головной боли и повышение давления ликвора во время наклона головы вперед [33]. Цервикокраниальный синдром или цервикальное головокружение могут быть единственными симптомами базилярной импрессии. При базилярной импрессии обнаруживаются арахноидальные сращения.

Краниальные повреждения при мигрени могут быть причиной напряжения твердой мозговой оболочки, вызывая раздражение церебральных артерий, например, средней оболочечной, сдавление венозных синусов и их ветвей, в результате чего развиваются отек головного мозга, воспалительные реакции, рефлекторные мышечные спазмы в шее, вагусные реакции и др. [33, 45, 73, 93, 94]. Возможна ишемическая компрессия позвоночной артерии. При напряжении твердой мозговой оболочки обнаруживается диффузная болезненность, часто половины головы, паравертебральная болезненность с этой же стороны. Боли постоянные, имеющие четкую связь с движением, вызывающим натяжение пораженных структур. Обнаруживаются выраженное ограничение движений сразу в нескольких отделах позвоночника, распространенные зоны нарушения чувствительности вдоль позвоночника, чаще по типу гиперестезии. Краниальные повреждения часто сочетаются с дисфункциями шейного отдела позвоночника.

Боли, обусловленные раздражением нервных окончаний в области швов черепа, могут ощущаться пациентом как давящая или распирающая боль, чаще в области одной кости, постоянная, зависящая от факторов, меняющих внутричерепное давление. Боли могут стать диффузными, обнаруживается локальная болезненность швов черепа. При надавливании на область пораженного шва могут иметь место отдаленные симптомы, обусловленные натяжением твердой мозговой оболочки. Обнаруживаются выраженная пальпаторная болезненность области шва черепа, отечность, припухлость мягких тканей в этой области, снижение подвижности заинтересованной кости [45, 49].

11. На связь вертебральной патологии с заболеваниями внутренних органов указывают многие авторы [2, 7, 8, 9, 13, 25, 45, 53, 54, 57, 62, 72, 78, 81, 82 и др.].

Головные боли при висцеральной патологии могут быть обусловлены как биохимическими

изменениями в организме, так и биомеханическими нарушениями. Причинами головных болей могут быть изменения функции фасций, связок, натяжения или сдавления сосудисто-нервных образований, рефлекторные влияния из пораженного органа, изменения биомеханики позвоночника (изменение массы органа, его положения, подвижности), нарушение иннервации и кровоснабжения. Улучшая биомеханику, кровоснабжение и иннервацию внутренних органов, мануальный терапевт может облегчать головные боли при висцеральной патологии.

Головную боль по типу мигрени может спровоцировать натяжение проходящих через большое затылочное отверстие фасций, которые связаны с краниальной твердой мозговой оболочкой [45]. Так как существует биомеханическая связь между фасциальными структурами и связочным аппаратом висцерального органа, изменения внутренних органов и других структур по ходу фасций могут быть причиной головных болей. Кроме того, отмечается связь между мышечными цепями, имеющими общие пункты прикрепления на скелете и соединенными фиброзными мембранами с определенными внутренними органами, и восточными меридианами [2, 25, 53].

Одной из причин головных болей напряжения, миофасциального болевого синдрома шейно-грудного отдела позвоночника, изменения кровотока по позвоночным артериям, затруднения лимфатического и венозного оттока является ограничение подвижности фасциальных листов грудного отдела позвоночника, фиксация которых удерживает мышцы в укороченном или расслабленном состоянии и влияет на метаболические процессы в них [8, 82].

Изолированное поражение анатомических структур встречается редко. При восстановлении функции наиболее заинтересованных структур отмечается регресс симптомов, связанных с вторично пораженными образованиями. Наличие разнообразных механических причин головных болей обуславливает необходимость применения различных методов мануальной терапии в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанова Н.В., Стефаниди А.В., Козенко И.В., Балабанова Ж.Н. Влияние мануальной релаксации дыхательной диафрагмы и мышц шеи на интракраниальный венозный отток. // Мануальная терапия, 2004. - №2 (14). - С. 50-51.
2. Барраль Ж.-П., Мерсьер П. Висцеральные манипуляции. / Пер. с англ. - Иваново: МИК, 1999. - 287 с.

3. Бегун П.И., Шукейло Ю.А. Биомеханика: учебник для вузов. – СПб.: Политехника, 2000. – 463 с.
4. Болотов Д.А., Смирнов В.М. Спондилогенные краниалгии. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 44-45.
5. Бротман М.К. К патогенезу и клинике вертебробазилярных нейро-сосудистых расстройств при шейном остеохондрозе. // Врачебное дело, 1970. – №8. – С. 126-130.
6. Будылин С.П., Саморуков А.Е., Доронина Ю.В. Мышечно-фасциальный релиз и мягкие техники мануальной терапии в реабилитации больных хроническими заболеваниями легких. // XI конференция московского профессионального объединения мануальных терапевтов, Москва, октябрь, 2001. – Бюллетень №3. – С. 45.
7. Быков А.Т., Сафоницева О.Г., Вышемирская Н.А., Кобзарь Ю.В. Применение мягкотканевой терапии в комплексном санаторно-курортном лечении пациентов с цефалгией. // XIV конференция московского профессионального объединения мануальных терапевтов, Москва, октябрь, 2004. – Бюллетень №6. – С. 17-18.
8. Вартанян И.А., Ксенофонтова И.В., Маркович А.М. Изменение костно-тканевого проведения высокочастотных акустических колебаний в структурах головы человека под влиянием различных остеопатических техник. // Остеопатия, 2000. – Информационный бюллетень №4. – С. 3-9.
9. Васильева Л. Ф. Трехплоскостная мобилизация при рефлекторных синдромах шейного остеохондроза: дисс. ... канд. мед. н. – Новосибирск: 1989. – 243 с.
10. Васильева Л.Ф. Болевые мышечные синдромы с позиций прикладной кинезиологии. // Мануальная терапия, 2001. – №1. – С. 42-49.
11. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая биомеханика и патобиомеханика): руководство для врачей. / Под ред. Л.Ф. Васильевой – СПб.: Фолиант, 2001. – 400 с.
12. Васильева Л.Ф. Нейрогенные механизмы и патогенетическая мануальная терапия атипичных моторных паттернов при болевых мышечных синдромах: дисс. ... докт. мед. н. – М.: 1998. – 271 с.
13. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Мигрень (клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). – М.: 1995. – 186 с.
14. Вейн А.М., Колосова О.А., Фокина Н.М., Рябус М.В. Головная боль напряжения. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1997. – вып. 97. – №11. – С. 4-7.
15. Верещагин Н.В. Патология вертебробазилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. – М.: Медицина, 1988. – 308 с.
16. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига: Зинатне, 1991. – 344 с.
17. Веселовский В.П., Михайлов М.К. Склеротомная краниалгия, обусловленная нейродистрофией выйной связки. // II международный конгресс вертеброневрологов. – Казань: 1992. – С. 26.
18. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. – Казань: Изд-во Казанского университета, 1990. – 288 с.
19. Галлямова А.Ф., Машкин М.В., Новиков Ю.О. Экспертная оценка болевого синдрома при цервикокраниалгиях. // Мануальная терапия, 2001. – №4. – С. 63-64.
20. Дорничев В.М., Горнаев Б.И. К вопросу о шейной мигрени. // Мануальная терапия, 2005. – №3 (19). – С. 62-66.
21. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. Поясничные боли. Диагностика, причины, лечение. – М.: 2001.
22. Зайцева Р.Л. Морфологические предпосылки поражения позвоночной артерии и второго шейного нерва на уровне 1-2-го шейных позвонков: автореф. дисс. ... канд. мед. н. – Новокузнецк: 1969. – 17 с.
23. Забаровский В.К., Анацкая Л.Н. Мануальная терапия в диагностике и лечении хронической цервикогенной головной боли. // Мануальная терапия, 2005. – Приложение к №2 (18). – С. 15-16.
24. Кель А.А. Синдромы клинической вертебралгии. Краткий справочник с элементами теории модуляторных систем и меридиональной патологии. – М.: Паритет, 1997. – 257 с.
25. Кель А.А., Буачидзе О.Ш., Волошин В.П., Евсеев В.А., Секирин А.Б. Вытяжение при дискогенной патологии. / Актуальные вопросы мануальной медицины и вертеброневрологии. – М.: 1996. – С. 70-73; С. 143.
26. Кинзерский А.Ю. Допплерография эпидуральных венозных сплетений в дифференциации причин компрессии корешков спинного мозга

- при межпозвонковом остеохондрозе. // Визуализация в клинике, 1999. – вып. 14. – С. 44-46.
27. Кипервас И. П. Лечение шейной гипертонии. // Вертеброневрология, 1993. – №2. – С. 29-34.
28. Кипервас И. П., Лукьянов М. В. Периферические туннельные синдромы. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 1991. – 254 с.
29. Кисель С.А. Цервикогенные головные боли: клиника, патогенез, лечение: автореф. дисс. ... канд. мед. н. – М.: 1999. – 19 с.
30. Кузьминов К.О. Ультразвуковая оценка состояния эпидурального пространства у больных с дискогенной болезнью поясничного отдела позвоночника. // Мануальная терапия, 2001. – №3. – С. 16-19.
31. Кулешов В.М., Янушко В.А. Лечение больных с синдромом вертебробазиллярной недостаточности методами мануальной терапии. / Материалы московского мануологического общества / Под ред. А.А. Кель. – Москва, 1996. – вып. 1. – С. 217-218.
32. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1993. – 512 с.
33. Ли И.М. Кранио-сакральная терапия у детей с синдромом гипермобильности суставов. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 76.
34. Лиев А.А., Скоробогач М.И. Закономерности формирования патобиомеханических изменений у больных с передним ротационным подвывихом атланта. // Мануальная терапия, 2001. – №1. – С. 38-41.
35. Лиев А.А., Пономарев Н.А. Мануальная коррекция фасциально-мышечных нарушений при остаточных явлениях натальной травмы шейного отдела позвоночника. / Мануальная терапия при висцеральной патологии – М.: 1992. – С. 80-82.
36. Литвинов И.А. О роли миоадаптивных реакций в патогенезе мышечно-дистрофических синдромов при шейном остеохондрозе. // Вертеброневрология, 1992. – №1. – С. 29-31.
37. Литвинов И.А. Техника дисторсии твердой мозговой оболочки при острых протрузиях. // Остеопатия, 2000. – Информационный бюллетень №4. – С. 36-45.
38. Литвинов И.А., Галлямова А.Ф., Новиков Ю.О. Алгоритм использования различных методик мануальной терапии при лечении цервикокраниалгий. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 36-38.
39. Лунёв Д. К., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. – М.: Медицина, 1976.
40. Лунёв М.А. Лечение вертебрально-базиллярной недостаточности I-II степени у подростков методами мануальной терапии. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 58-59.
41. Лунёв М.А. Проявления вертебрально-базиллярной болезни у детей раннего школьного и дошкольного возраста и их коррекция методами мануальной терапии. // Мануальная терапия, 2001. – №4. – С. 61-62.
42. Луцик А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника. – Новосибирск: 1997. – 400 с.
43. Магенович М. Р. О взаимоотношениях моторно-висцеральных и висцеро-моторных рефлексов. / Моторно-висцеральные и висцеро-моторные рефлексy. – Пермь: 1963. – С. 7-17.
44. Мэгоун Г.И. Краниальная остеопатия. / Пер. с англ. – Белово: Беловский полиграфист, часть I, II; 1993. – 282 с.
45. Мэйтленд Г. Манипуляции на позвоночнике. / Пер. с англ. – М.: Полигран, 1992. – 176 с.
46. Мэнь Р. Боли вертебрального происхождения и их лечение с помощью манипуляций. / Пер. с нем. – Киев: Гиппократео, 1970. – 254 с.
47. Небожин А.И. Анатомические варианты развития мышечков затылочной кости человека. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 113-114.
48. Небожин А.И. Проприоцептивное головокружение при биомеханических изменениях в краниовертебральной области. / Тезисы 1 съезда мануальных терапевтов России (25-26 ноября 1999 г.). – М.: 1999. – С. 71-72.
49. Нефёдов А.Ю., Асфандиярова Е.В. Анатомо-физиологические аспекты вертебрально-базиллярной недостаточности. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 87-88.
50. Нефёдов А.Ю., Сасси Е.М., Убратов В.Б. Венозная дисциркуляция при заднем шейном симпатическом синдроме. // Мануальная терапия, 2004. – №2 (14). – С. 85.
51. Нефедов А.Ю., Ситель А.Б., Убратов В.Б. Феномен контрлатерального развития скаленус-синдрома при одностороннем заднем шейном симпатическом синдроме. / Тезисы 1 съезда мануальных терапевтов России (25-26 ноября 1999 г.). – М.: 1999. – С. 31-32.

52. Новиков Ю.О., Галлямова А.Ф., Машкин М.В. Клиника, диагностика и лечение цервикокраниалгий: пособие для врачей. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2003. - 52 с.
53. Петров К.Б. Принципы пальпации и массажа внутрисполостных миофасциальных структур. // Мануальная терапия, 2003. - №2 (10). - С. 19-23.
54. Петров К.Б. Феномен триггерной точки. // Мануальная терапия, 2001. - №2. - С. 68-77.
55. Повертовски Г. Лобно-лицевые травмы. / Пер. с польского. - Варшава: Польское государственное медицинское издательство, 1968. - 161 с.
56. Полукаров А. Н. Биомеханика и патофизиология висцеральных органов. Мануальная диагностика и терапия. - Новокузнецк: Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, 1996. - 72 с.
57. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей. - М.: Медицина, 1989. - 464 с.
58. Попелянский Я. Ю. Шейный остеохондроз. - М.: 1966.
59. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. / Вертебральные и цервикомембранные синдромы шейного остеохондроза. - Казань: 1981. - 367 с.
60. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. - Казань, 1997.
61. Проскурин В. В. Мануальная терапия висцеральных проявлений остеохондроза позвоночника. - М.: Изд-во РУДН, 1993. - 148 с.
62. Проскурин Г.К., Розенкрон В.Г. Сравнительная эффективность различных методов лечения шейного варианта вертеброгенного пекталгического синдрома. // Вертеброневрология, 1992. - С. 46-48.
63. Рачин А.П. Головная боль напряжения: учебно-методическое пособие для врачей. - Смоленск: СГМА, 1999. - 37 с.
64. Ситель А.Б. Мануальная терапия: руководство для врачей. - М.: Издатцентр, 1998. - 304 с.
65. Ситель А.Б. Организация службы мануальной терапии в России. Этиология и патогенез спондилогенных заболеваний. // Мануальная терапия, 2004. - №2 (14). - С. 7-8.
66. Ситель А.Б. Роль мануальной терапии в научном обосновании этиологии, патогенеза и лечения спондилогенных заболеваний. // Мануальная терапия, 2001. - №1. - С. 12-23.
67. Ситель А.Б., Болотов Д.А. Особенности динамики нарушений венозного оттока крови по брахиоцефальным венам у больных с цервикогенной головной болью. // Мануальная терапия, 2005. - №2 (18). - С. 12-13.
68. Скоробогач М.И. Взаимовлияния миофасциальных триггерных пунктов у больных с плече-лопаточным периартрозом. // Мануальная терапия, 2004. - №2 (14). - С. 49.
69. Скоромец А.А., Новосельцев С.В. Хлыстовая травма. Механизмы возникновения и возможности остеопатической коррекции. // Мануальная терапия, 2002. - №3 (7). - С. 16-19.
70. Тревелл Дж. Г., Симонс Д. Г. Миофасциальные боли. / Пер. с англ. - М.: Медицина, 1989. - в 2 томах. - т. I. - 256 с. - т. II. - 608 с.
71. Тучик Е.С., Епифанов В.А., Епифанов А.В., Иваненко Т.А. Судебно-медицинские аспекты механических повреждений связочного аппарата шейного отдела позвоночника. - М.: Компания Спутник+, 2005. - 109 с.
72. Фролов В.А. Клинические особенности и лечение хронической вертеброгенной цервикокраниалгии: дисс. ... канд. мед. н. - М.: 2000. - 139 с.
73. Фролов В.А. Мануальная терапия в клинике пограничных психических расстройств. // Мануальная терапия, 2004. - №2 (14). - С. 114-116.
74. Хабилов Ф.А. Мануальная терапия компрессионно-невралгических синдромов остеохондроза позвоночника. - Казань: 1991. - 124 с.
75. Ходоровская Н.А., Цицерошин М.Н., Гальперина Е.И. Влияние остеопатической коррекции на интегративную деятельность мозга у детей с нарушениями кинетики кранио-сакральной системы. // Русская остеопатическая ассоциация, июль 1998. - Информационный бюллетень №1. - С. 16-21.
76. Черкес-Заде Д.Д. Остеопатическая диагностика и лечение заболеваний позвоночника. - М.: Федоров, 2000. - 12 с.
77. Чеченин А.Г., Сержантова А.В., Шарапова И.Н. Обоснование применения висцеральной мануальной терапии в профилактике ишемического инсульта головного мозга. // Мануальная терапия, 2005. - Приложение к №2 (18). - С. 44-46.
78. Чикуров Ю.В. Кранио-сакральная терапия. - М.: Триада-Х, 2004. - 144 с.
79. Шмидт И.Р. Синдром позвоночной артерии, обусловленный шейным остеохондрозом. // Мануальная терапия, 2001. - №2. - С. 36-47.

80. Шток В.Н. Головная боль. - М.: Медицина, 1987. - 294 с.
81. Шуляк А.Е. Влияние патологии бронхо-легочной системы на патогенез компрессионно-ишемического синдрома шейного отдела позвоночника. // XIII конференция московского профессионального объединения мануальных терапевтов, Москва, октябрь, 2003. - Бюллетень №5. - С. 47-51.
82. Щепина Т.П. Физические методы лечения больных с рефлекторными неврологическими синдромами шейного остеохондроза: дисс. ... докт. мед. н. - М.: 1987. - 321 с.
83. Юров В.В., Бугровецкая О.Г. Изменения двигательного стереотипа при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и их коррекция методами мануальной терапии. // XIV конференция московского профессионального объединения мануальных терапевтов, Москва, октябрь, 2004. - Бюллетень №6. - С. 51-54.
84. Яковлев Н.А. Шейный остеохондроз: основные неврологические проявления. - М.: 1997. - 416 с.
85. Alix M.E., Bates D.K. A proposed etiology of cervicogenic headache: the neurophysiologic basis and anatomic relationship between the dura mater and the rectus posterior capitis minor muscle. 1999 Oct. - v. 22. - №8. - P. 534-539.
86. Alpini D., Cesarini N. Whiplash Injuries and Disequilibrium: Diagnosis and Treatment. - Springer-Verlag, New York, Incorporated, 1996.
87. Bartschi-Rochaix W. Migraine cervicale. - Bern, 1949.
88. Blunt K.L., Rajwani M.H., Guerriero R.C. The effectiveness of chiropractic management of fibromyalgia patients: a pilot study. // J. Manipulative-Physiol-Ther., 1997 Jul-Aug. - v. 20. - №6. - P. 389-399.
89. Hallgren R.C., Greenman P.E., Rechtien J.J. Atrophy of suboccipital muscles in patients with chronic pain: a pilot study. // JAOA, 1994, Dec. - v. 94. - №12. - P. 1032-1038.
90. Key A. Cervical spine dislocations with unilateral facet interlocking. Paraplegia. - 1975, Nov. - v. 13. - №3. - P. 208-215.
91. Mann T., Refshauge K.M. Causes of complications from cervical spine manipulation. // J. Physiotherapy, 2001. - v. 47. - №4. - P. 255-266.
92. Pollmann W., Keidel M., Pfaffenrath V. Headache and the cervical spine: a critical review. Cephalalgia. - 1997, Dec. - v. 17. - №8. - P. 801-816.
93. Vernon H., Steiman I., Hagino C. Cervicogenic dysfunction in muscle contraction headache and migraine: a descriptive study. // J. Manipulative-Physiol-Ther., 1992, Sep. - v. 15. - №7. - P. 418-429.
94. Wight S., Osborne N., Breen A.C. Incidence of ponticulus posterior of the atlas in migraine and cervicogenic headache. // J. Manipulative-Physiol-Ther., 1999, Jan. - v. 22. - №1. - P. 15-20.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (эмбриология, часть 2)

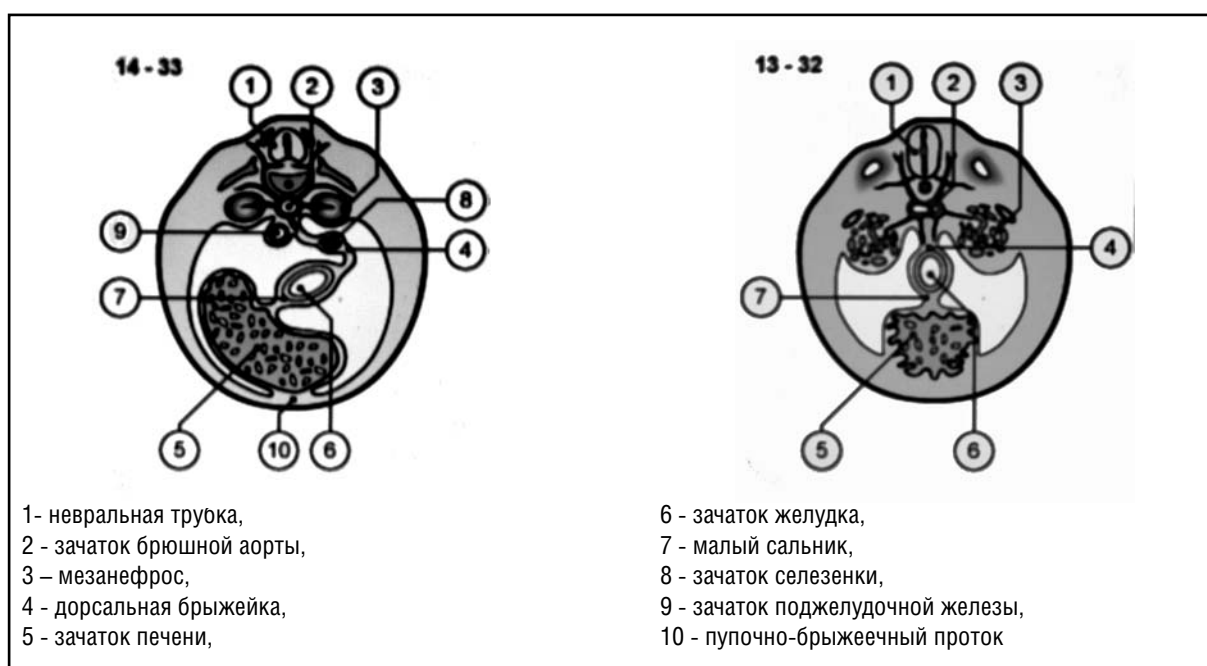
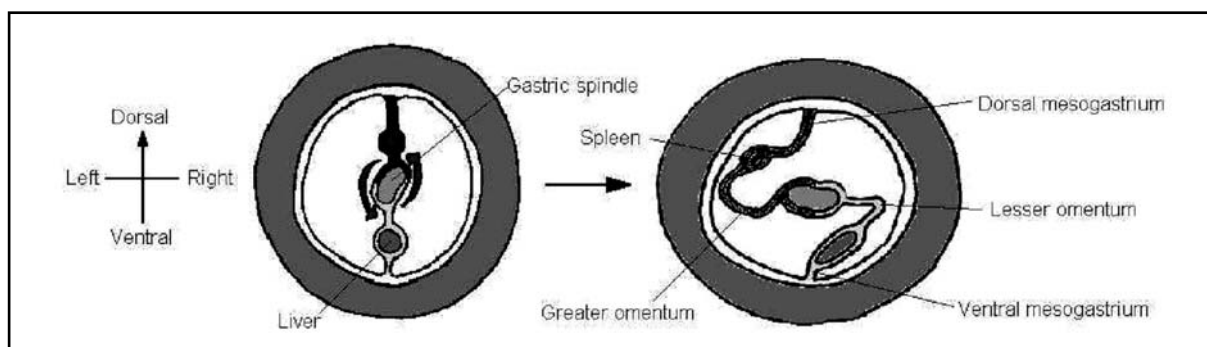
А.И. Небожин
РМАПО, Москва

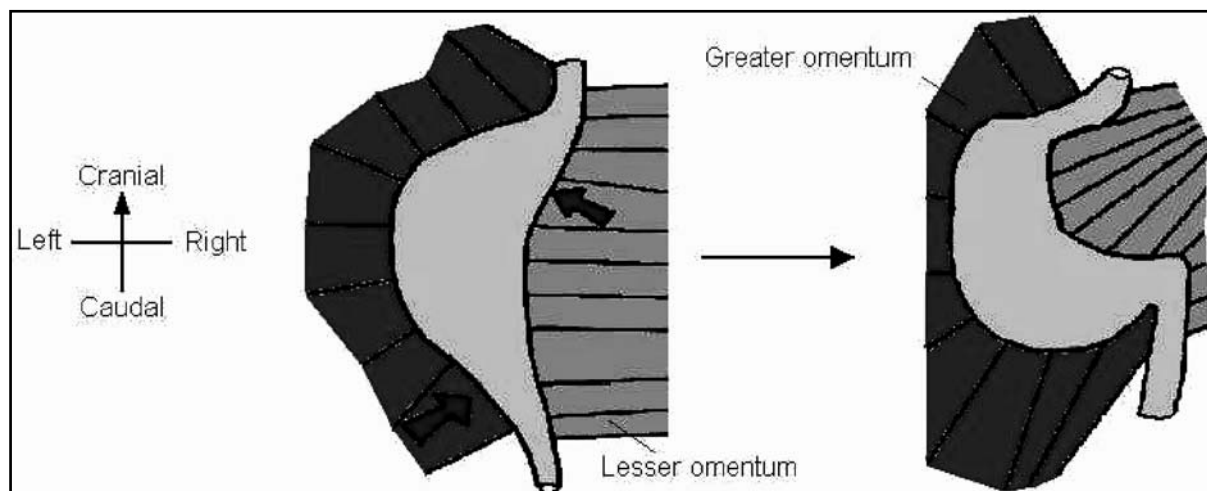
У эмбриона в конце 1-го месяца развития туловищная кишка ниже диафрагмы прикреплена к передней и задней стенкам эмбриона дорсальной и вентральной брыжейками, которые формируются из спланхноплевры (висцероплевры). Вентральная брыжейка редуцируется и остается только на уровне закладки желудка и двенадцатиперстной кишки.

На 2-м месяце эмбрионального развития расширение первичной кишки, появившееся на 4-й неделе и соответствующее будущему желудку, продолжает увеличиваться в размерах, становится веретенообразным. Усиленный рост остальной части кишечной трубки в длину приводит к образованию кишечной

петли, выпуклой стороной обращенной кпереди и книзу. У кишечной петли различают два колена: нисходящее и восходящее.

Одновременно с ростом кишки и желудка происходит их поворот в брюшной полости. Усиленный рост дорсальной части желудочного расширения приводит к неравномерному расширению и выпячиванию задней стенки. У желудка формируется большая кривизна, а на месте медленно растущей вентральной части образуется малая кривизна. Одновременно с ростом желудка происходит поворот его тела вокруг вертикальной оси. Таким образом, его левая поверхность становится передней, а правая – задней поверхностью.





Рост дорсального отдела желудка также происходит неравномерно. Сегмент будущего дна желудка растет быстрее, чем тело и зоны перехода в двенадцатиперстную кишку. Постепенно происходит опускание дна желудка. Смещение дна желудка в каудальном направлении сопровождается неравномерным натяжением задней брыжейки желудка, ее расширением и растяжением. Передняя брыжейка претерпевает обратные изменения. Она суживается и укорачивается, увеличивая таким образом свои контрактильные свойства.

В итоге дорсальная часть желудка (большая кривизна) обращается вниз и влево, а вогнутая передняя часть (малая кривизна) - вверх и вправо. Такое вращение желудка вызывает скручивание вправо конечного отдела пищевода.

Вместе с поворотом желудка происходит изменение положения его дорсальной и вентральной брыжеек. Дорсальная брыжейка в результате поворота желудка из сагиттального положения переходит в поперечное. Усиленный рост приводит к удлинению дорсальной брыжейки, смещению ее влево и книзу и постепенному выходу дорсальной брыжейки из-под большой кривизны желудка с последующим образованием большого сальника.

КИШЕЧНИК

Одновременно с поворотом желудка на восходящем колене кишки, рядом с вершиной петли образуется небольшое выпячивание - это будущая слепая кишка. Начальный отдел нисходящего колена кишки трансформируется в дальнейшем в двенадцатиперстную кишку, а остальной отдел в брыжеечную часть тонкой кишки. Начальная часть восходящего колена идет на образование конечного отдела тонкой кишки, а остальная часть - на образование слепой, восходящей и поперечной ободочной. Слепая кишка появляется в виде небольшого выпячивания на восходящем колене кишечной петли, рядом с ее вершиной.

Средняя кишка простирается от вершины петли двенадцатиперстной кишки, где расположен зачаток печени и желчный проток, до последней трети поперечной кишки. В средней кишке выделяют следующие отделы:

- нижнюю часть двенадцатиперстной кишки с зоной перехода в тощую кишку;
- тощую кишку;
- подвздошную кишку с илеоцекальным клапаном;
- слепую кишку с червеобразным отростком;
- восходящую часть толстой кишки;
- 2/3 поперечной части толстой кишки.

Средняя кишка кровоснабжается из верхней брыжеечной артерии и иннервируется блуждающим нервом. Дорсальная брыжейка является единой и для всей средней кишки, и для прямой кишки. Развитие и изменение кишки и брыжейки происходят последовательно в кранио-каудальном направлении, приблизительно в течение одной недели.

ПОВОРОТ КИШЕЧНОЙ ПЕТЛИ

Примерно на 32 день развития эмбриона средняя кишка начинает расти и, увеличиваясь, проникает в пупочную полость (целом), образуя пупочную петлю. Первоначально на вершине петли имеется отросток, посредством которого осуществляется соединение кишечной петли с полостью пуповины. В дальнейшем развитии это соединение постепенно суживается и превращается в пупочно-брыжеечный проток. В большинстве случаев этот проток облитерируется, но иногда может частично сохраняться в виде дивертикула Meckel. В начальных стадиях развития пупочная петля расположена в сагиттальной плоскости.

Только когда пупочная петля удлиняется и проникает в пупочную полость, начинается разворот кишечной петли на 90° по часовой стрелке со стороны

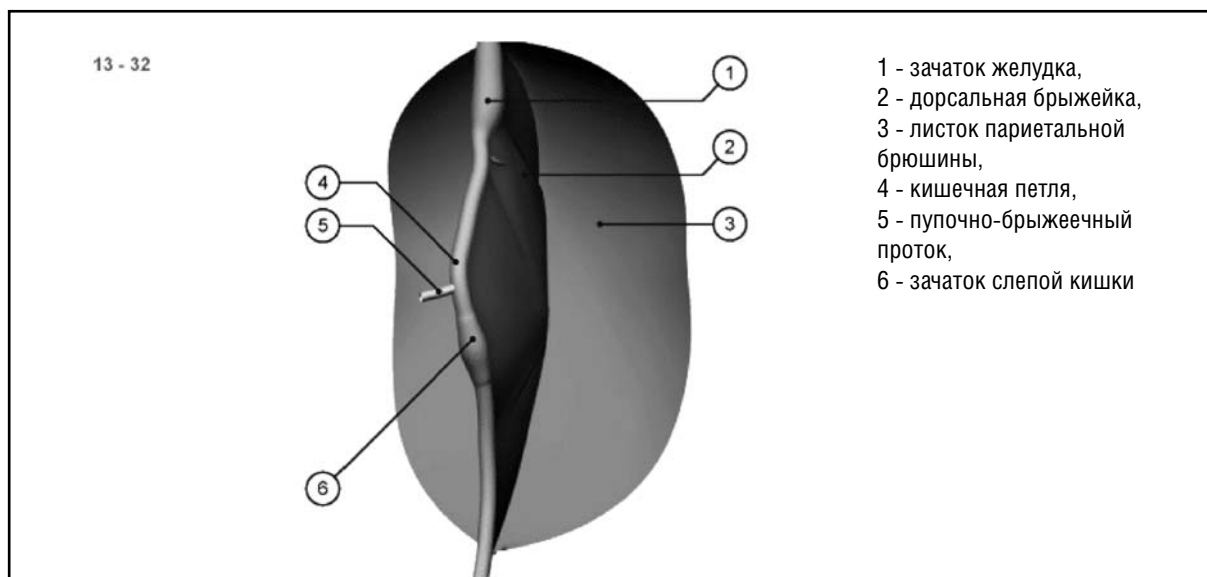


Рис. 1. Начальная стадия формирования кишечной петли. Кишечная трубка начинает окутываться листком париетальной брюшины, образуя связь с задней брюшной стенкой посредством брыжейки

эмбриона. Краниальная часть петли смещается вправо и каудально с последующим смещением влево. Пупочная петля занимает горизонтальное положение. Отмечается неравномерный рост кишечной трубки: существует кранио-каудальный градиент роста. Из краниальной части петли формируется несколько петель кишечника.

Развитие кишечной петли сопровождается большим проникновением ее сегментов в пупочную полость, т.к. еще не сформирована передняя брюшная стенка, которая отделяла бы эмбриональный целом. Этот период развития эмбриона характеризуется его выраженной абдоминальной флексией.

Уже в конце 39 дня развития эмбриона возникает расширение кишечной трубки, на месте которого позже разовьется слепая кишка.

Последующие стадии развития кишечника характеризуются продолжающимся ростом кишечных петель и поворотом вокруг своей оси. Происходит расхождение петель внутри пупочной полости на столько, на сколько это позволяют размеры целома. Это состояние, подобное пупочной грыже, сохраняется до 9 недель беременности.

Позже петли тонкого кишечника возвращаются в брюшную полость эмбриона и укладываются в ее

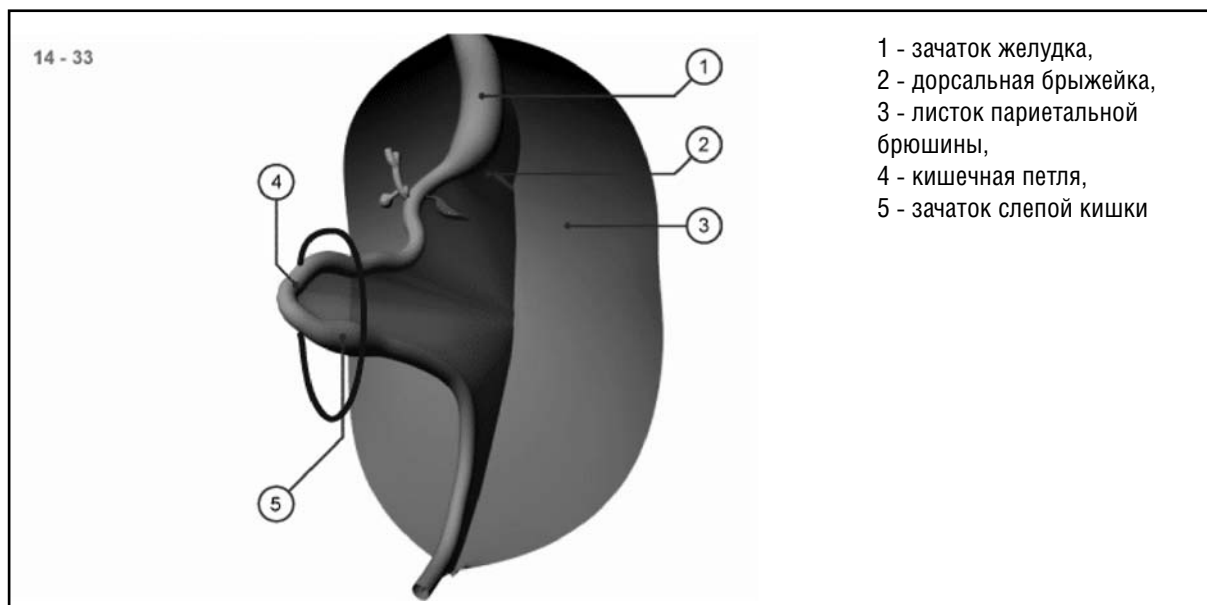


Рис. 2. Проникновение кишечной трубки в пупочную полость (пупочное кольцо обозначено черной линией)

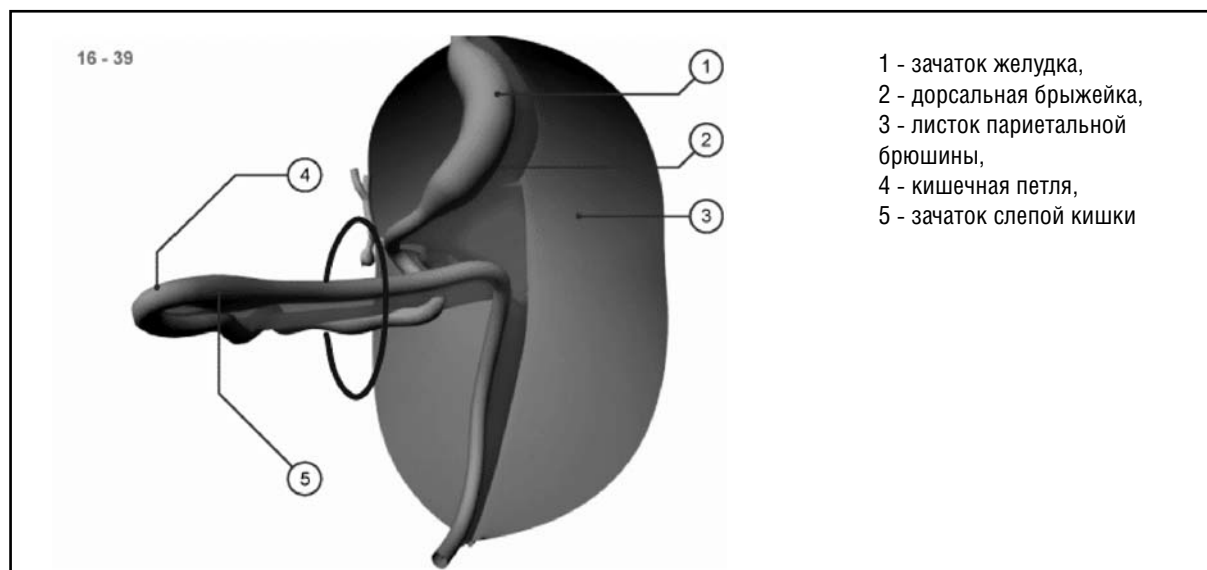


Рис. 3. Дальнейшее развитие и проникновение кишечной трубки в пупочную полость (пупочное кольцо обозначено черной линией). Кишечная петля ориентирована горизонтально. На краниальной части петли виден процесс образования будущих петель тонкого кишечника

левой половине горизонтально. Восходящая часть толстой кишки также расположена в брюшной полости и никогда более не выйдет за ее пределы. Общая ротация кишечной трубки в этом периоде составляет 180° , и восходящая часть толстой кишки также все больше и больше изменяется и развивается внутри брюшной полости.

Таким образом, после обратного перемещения кишечных петель в брюшную полость из пупочной полости производные каудальной части кишечной петли занимают верхнюю и вентральную часть брюшной

полости. В конце эмбрионального периода эта часть мигрирует вниз в подвздошную ямку, при миграции происходит дополнительное вращение кишечной петли. Полное вращение кишечника, таким образом, составляет приблизительно 270° . Как следствие, брыжейка также поворачивается вместе с кишкой, пересекает нижний сегмент двенадцатиперстной кишки, оставляя ее смещенной к задней брюшной стенке.

Значительное удлинение нисходящего колена кишки приводит к образованию многочисленных

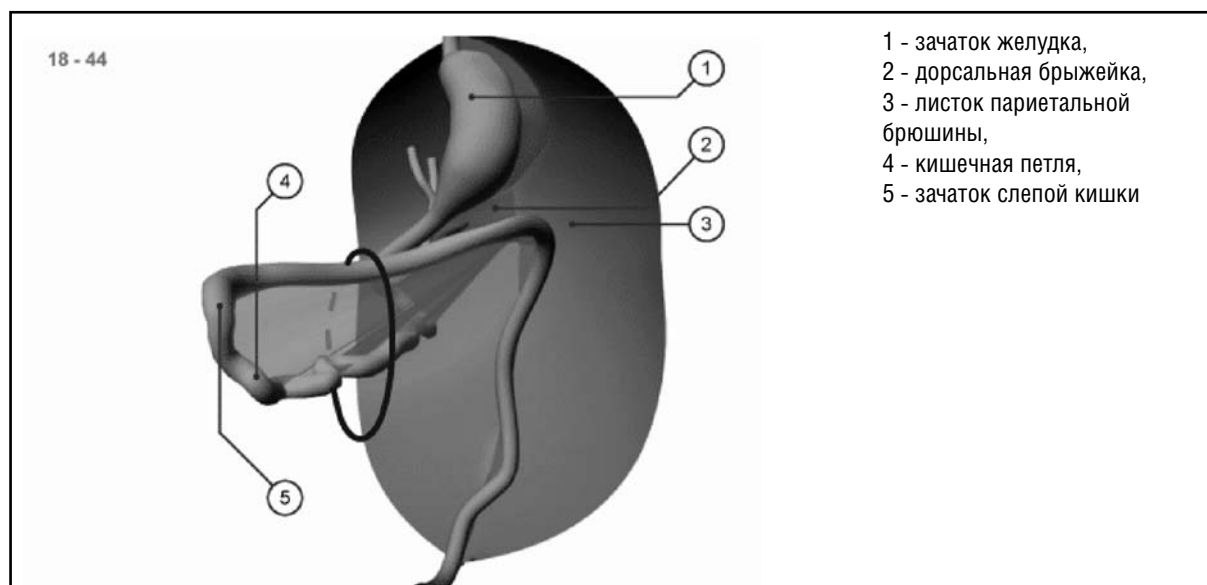


Рис. 4. Дальнейшее развитие и проникновение кишечной трубки в пупочную полость (пупочное кольцо обозначено черной линией). Расхождение краниального и каудального сегмента кишечной трубки

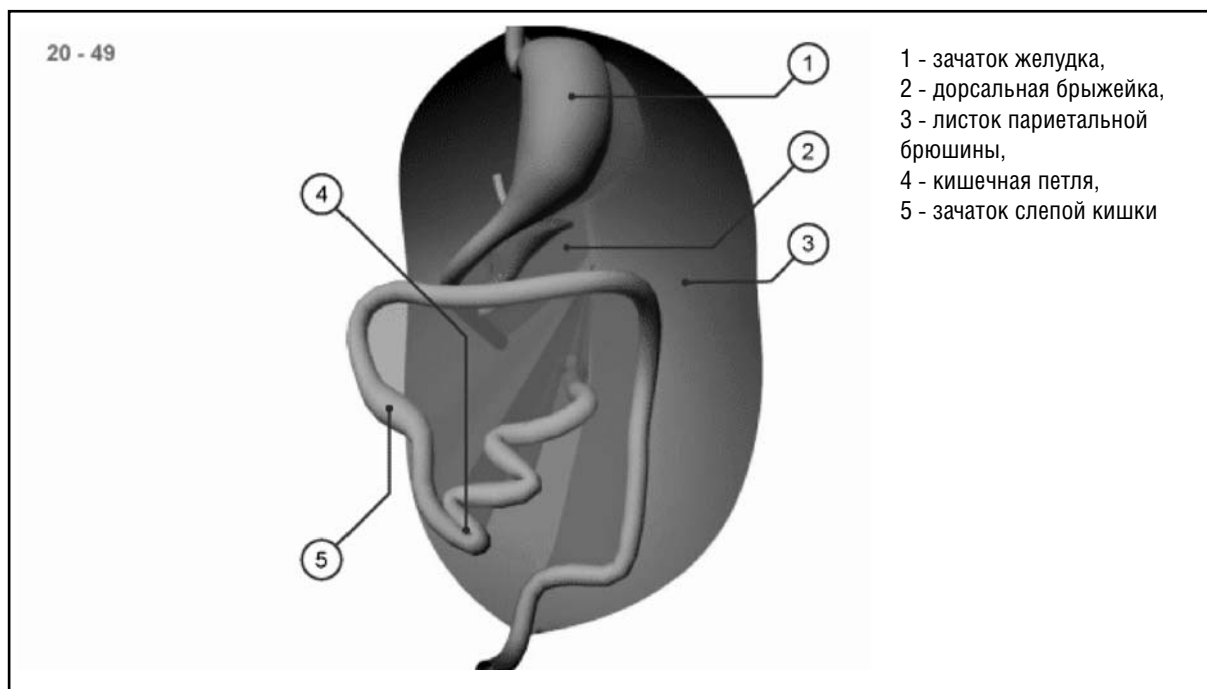


Рис. 5. Возвращение кишечной петли в брюшную полость. Иногда зачаток слепой кишки расположен в верхнем правом квадранте брюшной полости

петель тонкой кишки, которые еще больше смещают вверх поперечную ободочную (толстую) кишку. В результате поворота из восходящего колена образуется восходящая ободочная кишка, которая располагается справа, прилегая к задней стенке брюшной полости, а поперечная ободочная кишка занимает поперечное положение. Между ними образуется правый (печеночный) изгиб ободочной кишки. Возникшее расположение восходящей ободочной и нисходя-

щей ободочной кишки способствует тому, что при дальнейшем развитии брюшины они оказываются покрытыми брюшиной с трех сторон. Верхний отдел задней кишки, переместившийся влево, образует нисходящую ободочную кишку, прирастающую к задней стенке брюшной полости и левой ее части. Между поперечной ободочной кишкой и начальной частью задней кишки (нисходящая ободочная кишка) образуется левый (селезеночный) изгиб ободочной

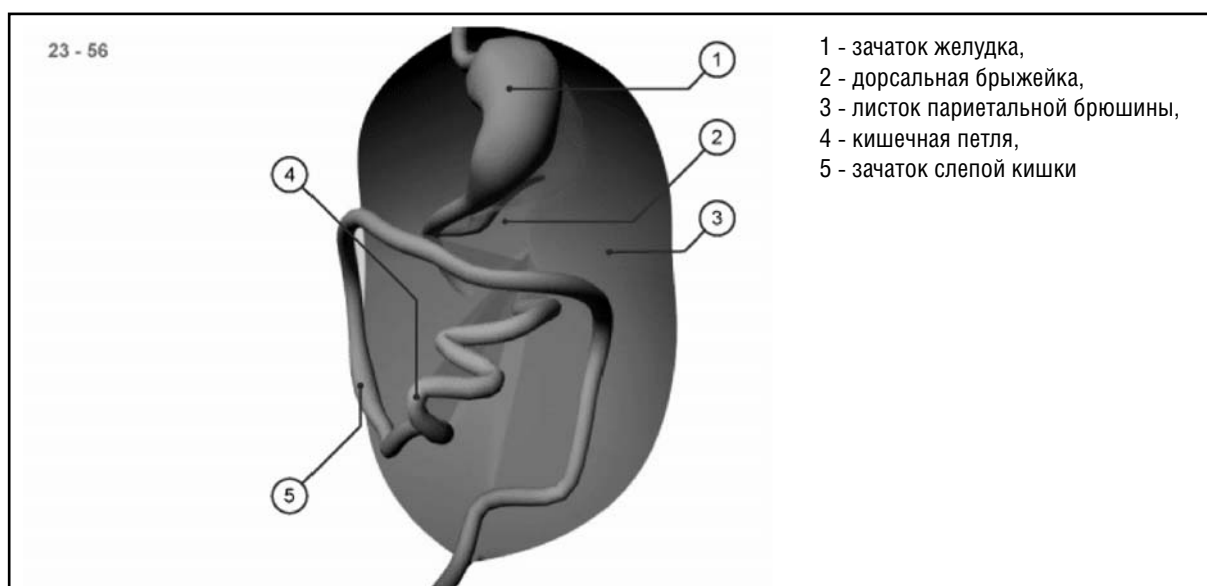


Рис. 6. Кишечная петля растет в направлении правой подвздошной ямки. Полный поворот составляет 270°

кишки. Дорсальная брыжейка задней кишки также прирастает к задней стенке брюшной полости, за исключением той ее части, которая является брыжейкой сигмовидной кишки. У сигмовидной кишки ее брыжейка сохраняется, однако она смещается влево от срединной линии и прирастает не полностью. Изменение положения участка кишечной петли, из которого развивается поперечная ободочная кишка, также приводит к изменению положения ее брыжейки: из сагиттально-вертикального она переходит в поперечное положение, соответственно расположению поперечной ободочной кишки. Изменяется также положение брыжейки тонкой кишки: из сагиттального положения оно преобразуется в косое.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Поджелудочная железа развивается из двух зачатков энтодермы, которые расположены в зоне петли двенадцатиперстной кишки. Соединившись вместе, они образуют зачаток поджелудочной железы, который врастает между листками дорсальной брыжейки.

Изначально развивается дорсальный зачаток железы, расположенный на дорсальной стороне двенадцатиперстной кишки. Развитие железы происходит в толще брыжейки двенадцатиперстной кишки. Несколько позже вентральный зачаток

поджелудочной железы появляется как выпячивание желчного протока.

Дорсальный зачаток поджелудочной железы разрастается относительно быстро в толще брыжейки двенадцатиперстной кишки ниже большой кривизны желудка. Зачаток поджелудочной железы растет и ложится хвостовой частью около селезенки. Проток поджелудочной железы формируется самостоятельно у головки железы и затем соединяется с протоком вентрального зачатка поджелудочной железы, в результате чего формируется основной панкреатический проток. Он прилежит тесно к желчному протоку, и они совместно открываются в общий дуоденальный сосок. Иногда проток дорсальной части поджелудочной железы сохраняется как самостоятельный, незначительный по величине панкреатический проток и открывается в двенадцатиперстную кишку чуть краниальнее от общего дуоденального соска.

Вентральный зачаток поджелудочной железы возникает несколько позже, отпочковываясь от желчного протока.

Вследствие поворота желудка на 90° и удлинения петли двенадцатиперстной кишки, желчный проток совместно с желчным пузырем и вентральной частью поджелудочной железы смещается кзади. Вследствие разворота двенадцатиперстной кишки и ее удлинения, возникает положение, при котором хвост поджелудочной железы ложится дорсальнее

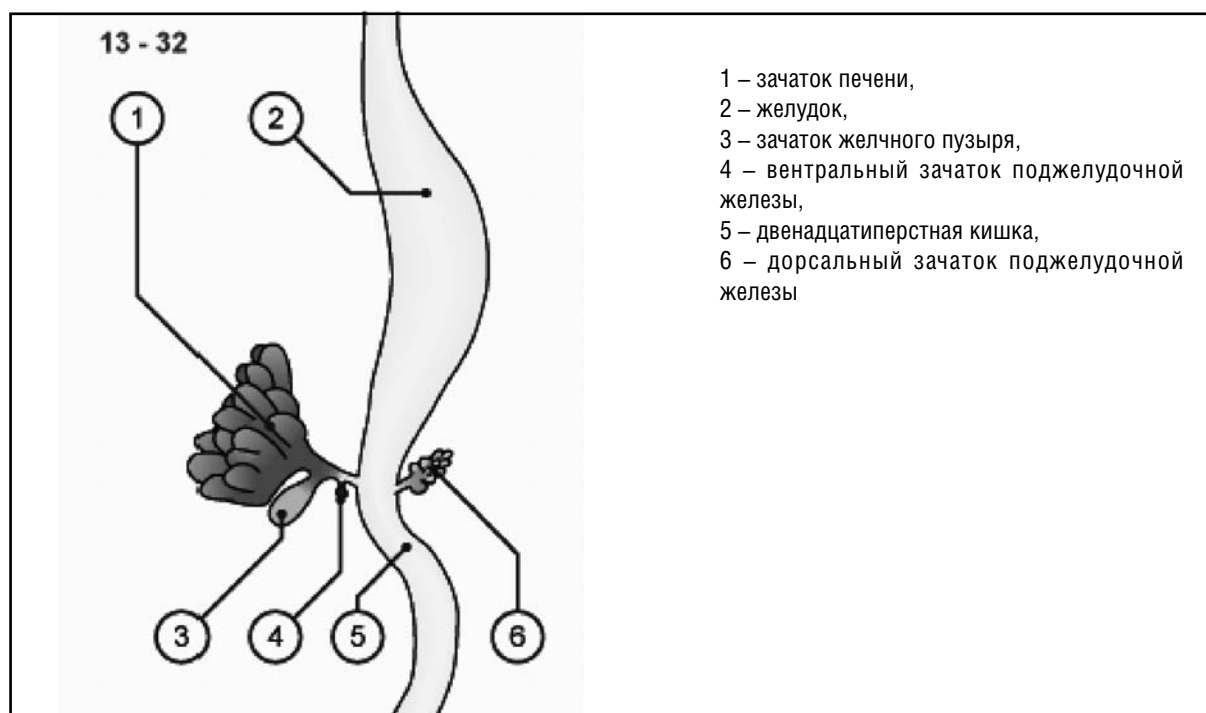


Рис. 7. На петле двенадцатиперстной кишки появляется зачаток желчного пузыря, печени. Позже появляется вентральный и дорсальный зачаток поджелудочной железы

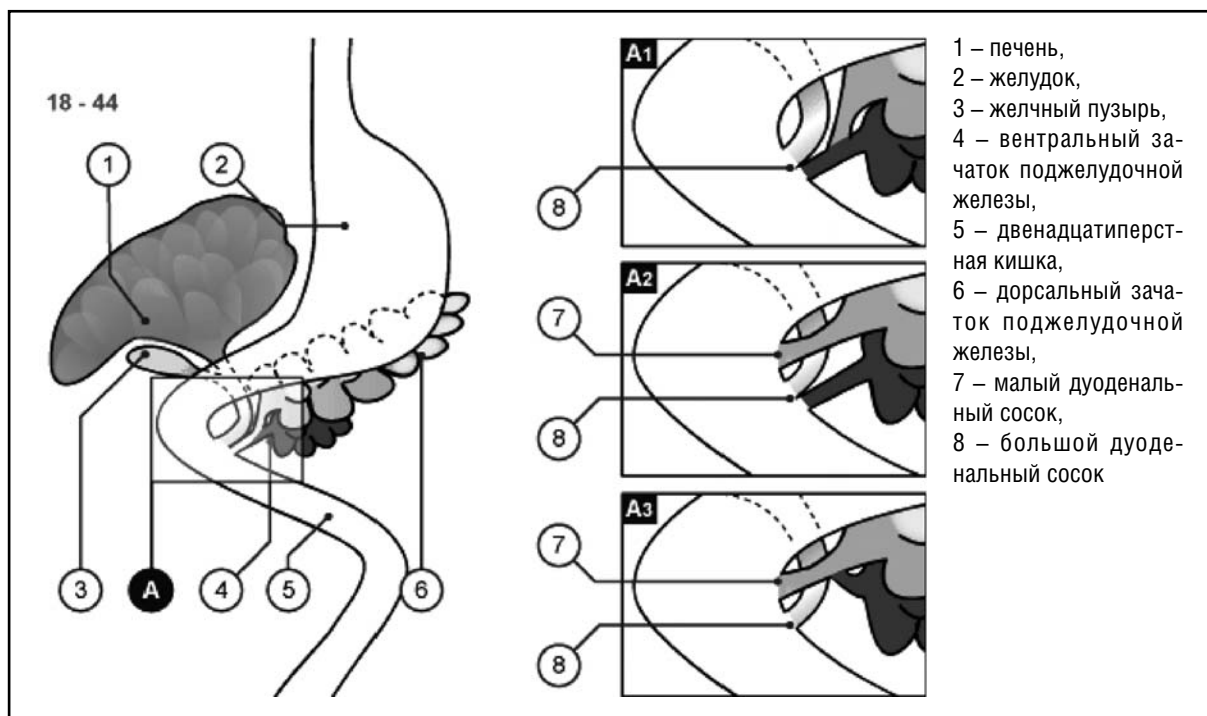


Рис. 8. Варианты окончательного расположения протоков желчного пузыря и поджелудочной железы

двенадцатиперстной кишки. Необходимо учитывать, что у развивающейся поджелудочной железы передний сегмент головки, тело и хвост формируются из дорсального ростка, в то время как задний сегмент головки, а также клювовидный отросток - из вентрального зачатка.

Положение протоков желчного пузыря и поджелудочной железы изменчиво. Обычно дорсальный проток поджелудочной железы открывается вентральнее основного дуоденального соска и является самостоятельным.

В связи с поворотом желудка, ростом печени и редукцией части дорсальной части брыжейки двенадцатиперстная кишка ложится на заднюю стенку брюшной полости. Вместе с двенадцатиперстной кишкой поджелудочная железа фиксируется к задней стенке брюшной полости, располагаясь при этом поперечно. Эти органы теряют подвижность и располагаются забрюшинно. Брюшинный покров двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы остается только на передней поверхности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодемер Ч. Современная эмбриология. / Пер. с англ. – М.: Мир, 1971. – 446 с.
2. Волкова О.В., Пекарский М.И. Эмбриогенез и возрастная гистология внутренних органов человека. – М.: Медицина, 1976. – 415 с.
3. Гистология, цитология и эмбриология: атлас. / Под ред. О.В. Волковой, Ю.К. Елецкого. – М.: Медицина, 1996. – 544 с.
4. Карлсон Б.М. Основы эмбриологии по Пэттену. / Пер. с англ. – М.: Мир, 1983. – т.1. – 357 с.; т.2. – 389 с.
5. Кнорре А.Г. Краткий очерк эмбриологии человека. / 2-е изд. – Л.: Медицина, 1967. – 268 с.
6. Пэттен Б.М. Эмбриология человека. – М.: Медгиз, 1959. – 768 с.
7. Фалин Л.И. Эмбриология человека: атлас. – М.: Медицина, 1976. – 543 с.

**КАФЕДРА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ
РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПРОВОДИТ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ СОГЛАСНО УЧЕБНОМУ ПЛАНУ КАФЕДРЫ**

2008 ГОД

С 22.01 ПО 17.05. 2008 Г.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА.

ПРИНИМАЮТСЯ ВРАЧИ НЕВРОЛОГИ, НЕЙРОХИРУРГИ, ТРАВМАТОЛОГИ-ОРТОПЕДЫ. ОБУЧЕНИЕ ОЧНОЕ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ 4 МЕСЯЦА. ДЛЯ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ – БЕСПЛАТНО. ДЛЯ КОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ - ОБУЧЕНИЕ 32000 РУБЛЕЙ И 5000 РУБЛЕЙ – ЭКЗАМЕН. ВЫДАЕТСЯ ДИПЛОМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКЕ И СЕРТИФИКАТ СПЕЦИАЛИСТА. ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ОБЩЕЖИТИЕ.

ОКТАБРЬ 2008 Г.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

ТЕМАТИЧЕСКОЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ.

ПРИНИМАЮТСЯ ВРАЧИ МАНУАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТЫ. ОБУЧЕНИЕ ОЧНОЕ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ 1 МЕСЯЦ. ДЛЯ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ – БЕСПЛАТНО. ДЛЯ КОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ - ОБУЧЕНИЕ 8000 РУБЛЕЙ И 5000 РУБЛЕЙ - ЭКЗАМЕН. ВЫДАЕТСЯ СВИДЕТЕЛЬСТВО И СЕРТИФИКАТ СПЕЦИАЛИСТА. ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ОБЩЕЖИТИЕ.

НОЯБРЬ 2008 Г.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

ТЕМАТИЧЕСКОЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ.

ПРИНИМАЮТСЯ ВРАЧИ МАНУАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТЫ. ОБУЧЕНИЕ ОЧНОЕ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ 1 МЕСЯЦ. ДЛЯ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ – БЕСПЛАТНО. ДЛЯ КОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ - ОБУЧЕНИЕ 8000 РУБЛЕЙ И 5000 РУБЛЕЙ – ЭКЗАМЕН. ВЫДАЕТСЯ СВИДЕТЕЛЬСТВО И СЕРТИФИКАТ СПЕЦИАЛИСТА. ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ОБЩЕЖИТИЕ.

ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЕЗДНЫХ УЧЕБНЫХ ЦИКЛОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО 1 МЕСЯЦА.

АДРЕС АКАДЕМИИ: г. МОСКВА, ул. БАРРИКАДНАЯ, д. 2/1. КАБИНЕТ 101, 102.

АДРЕС КАФЕДРЫ: г. МОСКВА, СХОДНЕНСКИЙ ТУПИК, д. 6, МСЧ №60, КАБИНЕТ 606.

ТЕЛЕФОН (495) 491-68-65, ДОЦЕНТ А.И. НЕБОЖИН.

E-mail: nebozhin@yandex.ru; doctor4head-com@yahoo.com

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВЫХ МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ ПРИ СПАЗМЕ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ У ВРАЧЕЙ. САМОДИАГНОСТИКА И САМОКОРРЕКЦИЯ

Л.Ф. Васильева

Лаборатория мануальной терапии Федерального научно-практического центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава

Чтобы исцелить больного – исцели себя сам.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Спазм диафрагмы – одно из наиболее часто возникающих патофизиомеханических изменений. Наличие функциональных топографических взаимосвязей между диафрагмой и прилежащими к ней внутренними органами грудной и брюшной полости, возможность компрессии блуждающего нерва в пищеводном отверстии способствуют возникновению достаточно большого симптомокомплекса соматических и неврологических нарушений у врача, которые он, подчас безуспешно, пытается лечить как самостоятельные заболевания.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Как показывают результаты диагностики, проведенной среди врачей-курсантов, возникновение спазма диафрагмы связано с несоблюдением ими,

а особенно начинающими мануальными терапевтами и прикладными кинезиологами, «техники безопасности». Выполняя во время работы мануальные приёмы или проводя мышечное тестирование, врач часто совершает следующие ошибки:

– не владея гигиеной поз, при выполнении фиксации тела пациента врач вызывает статическую и динамическую перегрузку своего груднопоясничного перехода (рис. 1 а, б), а именно эта область является местом прикрепления ножек диафрагмы;

– не владея гигиеной движений, большинство или все приёмы мануальной терапии врач выполняет за счет усилия рук (рис. 2 а, б), перегружая верхние порции трапециевидных мышц (преимущественно одну из них). Укорочение данных мышц (рис. 3) вызывает нарушение положения затылочной кости относительно височных. При этом уменьшается

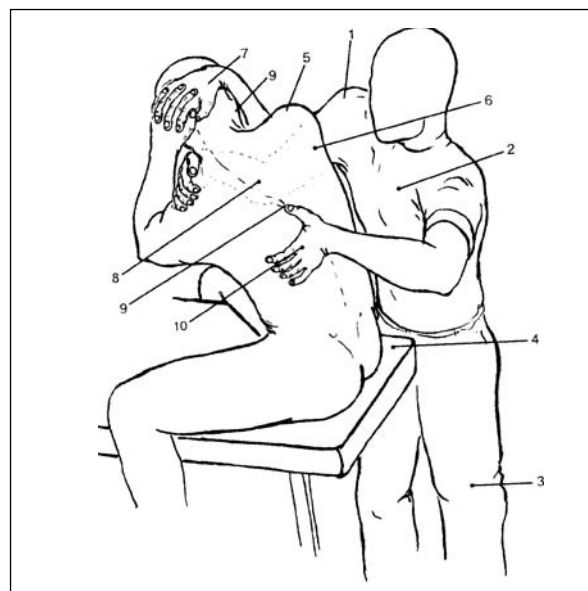
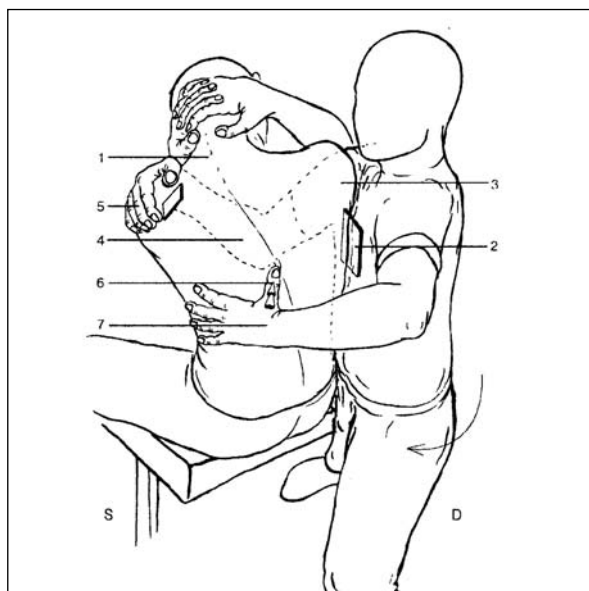


Рис. 1(а, б). Выполнение приемов МТ

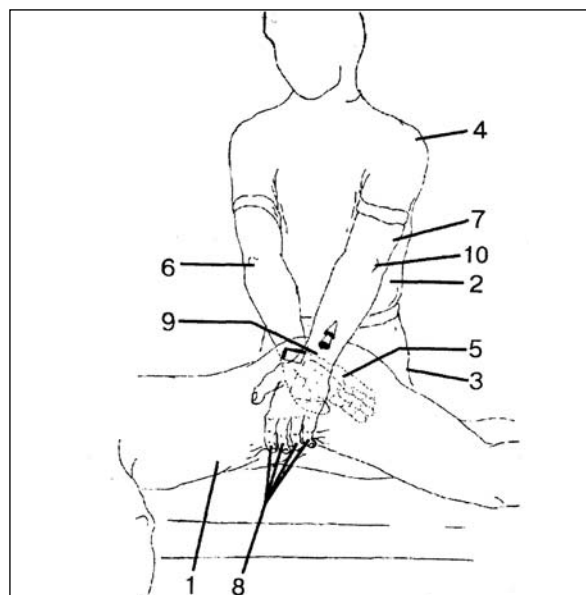
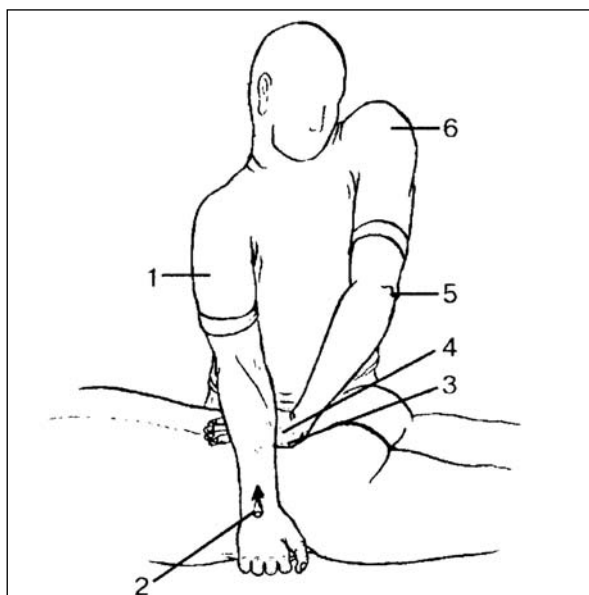


Рис. 2(а, б). Выполнение приемов МТ

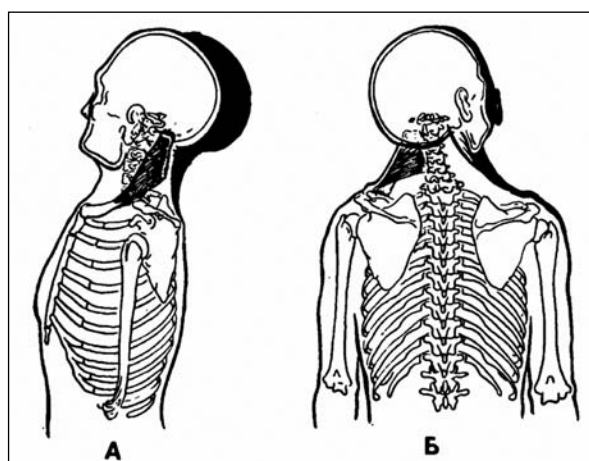


Рис. 3. Визуальные признаки укорочения верхней порции трапециевидной мышцы

выраженность яремного отверстия черепа, что сопровождается дисфункцией блуждающего нерва. Именно он обеспечивает парасимпатическую иннервацию значительного числа внутренних органов, имеющих топографические связи с диафрагмой;

— не владея правильной техникой дыхания, врач часто выполняет приемы на задержке вдоха, подключая к дыханию лестничные мышцы (рис. 4). Их укорочение приводит к формированию функциональных блоков в среднешейном отделе позвоночника (С3-С5 - уровень выхода диафрагмальных нервов). Нарушение функции одного из диафрагмальных нервов приводит к нарушению координированного сокращения диафрагмы;

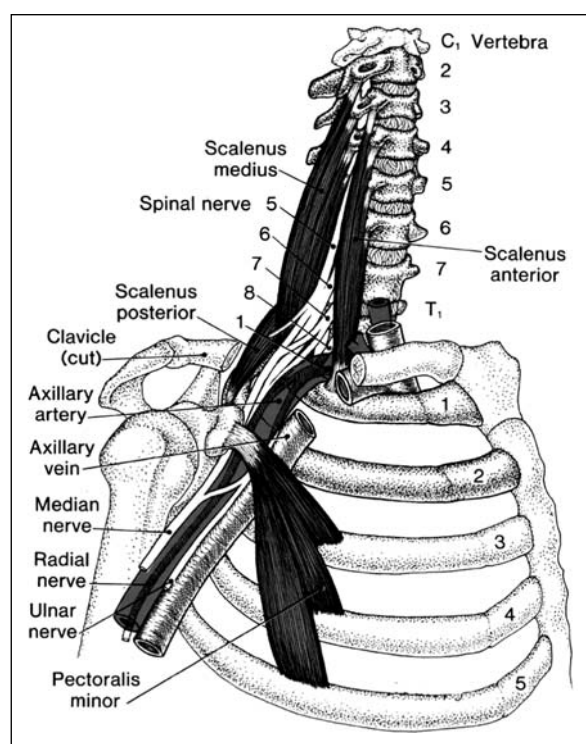


Рис. 4. Анатомические взаимоотношения шейного отдела позвоночника, лестничных мышц и нервно-сосудистых образований

— не владея техникой коррекции собственных эмоций, врач, часто неосознанно, избыточно сопереживает эмоциональным проблемам пациента, активизируя функциональные связи между собственными психоэмоциональными переживаниями и диафрагмой, провоцируя её некоординированное сокращение.

Основная проблема заключается в том, что запускаемый таким образом симптомокомплекс начинает существовать самостоятельно, приводя к формированию различных клинических проявлений болевых синдромов в различных отделах мышечно-скелетной системы.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОБИОМЕХАНИКА

Особенность патобиомеханики диафрагмы, разделяющей тело человека на грудную и брюшную полости, связана с её анатомическим положением. Именно это обуславливает наличие огромного количества топографических и функциональных связей. В условиях дискоординированного сокращения диафрагмы эти связи активизируются, приводя к формированию патобиомеханических изменений, имеющих определенную клиническую манифестацию.

ПАТОБИОМЕХАНИКА СОБСТВЕННО ДИАФРАГМЫ

ФУНКЦИЯ

Диафрагма – основная мышца, обеспечивающая механизм дыхания. Первая стадия вдоха – это тракция мышц, расположенных по окружности сухожильного центра. Они отдаляются от зафиксированного основания нижних ребер, опуская вниз купол диафрагмы и смещая в этом же направлении внутренние органы брюшной полости. XII ребро должно быть хорошо зафиксировано квадратными мышцами поясницы с тем, чтобы диафрагма могла обеспечить максимум давления вниз на органы брюшной полости при форсированном вдохе. При ЭМГ-исследовании установлено, что квадратные мышцы поясницы являются наиболее активными на 2-й стадии вдоха. В тот момент, когда движение внутренних органов достигает предела, сухожильный центр становится фиксированной точкой, движением диафрагмы поднимаются сначала нижние, а затем верхние ребра для расширения объема грудной клетки. Диафрагма, как мышечный орган, на условия статической и динамической перегрузки реагирует сокращением. В результате ограничивается брюшной тип дыхания, и начинает преобладать грудной тип с вовлечением в паттерн дыхания лестничных мышц и реберно-плевральных связок.

Клиника представлена синдромами лестничной мышцы (компрессионно-рефлекторный), верхней порции трапецевидных мышц (цервикобрахиялгия) и укорочения реберно-плевральных связок. Кроме этого, сокращение диафрагмы вызывает множество компенсаторных реакций со стороны различных органов и систем, имеющих функциональные взаимосвязи с ней.

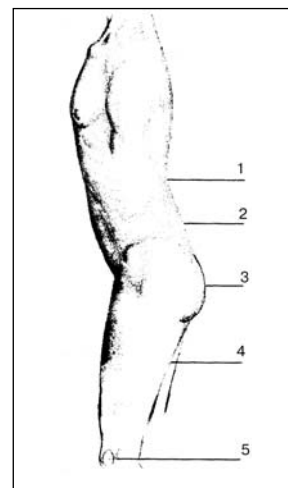
ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ СВЯЗИ

Диафрагмально-вертебральные (функциональные блоки ThXII – LI-LII)

Механизм возникновения

Для обеспечения стабильности груднопоясничного перехода, к которому прикрепляется диафрагма, в нем формируются функциональные блоки. Это приводит к изменению физиологической кривизны с образованием только одного изгиба на данном уровне (рис. 5).

Рис. 5. Визуальные критерии неоптимальной статики



Клинические проявления связаны со статической перегрузкой мышц плечевого пояса (цервикобрахиялгия) и коленных суставов.

Диафрагмально-реберные (функциональные блоки нижних ребер)

Механизм возникновения

Межреберные мышцы переплетаются с волокнами диафрагмы. В ответ на её спазм они отвечают укорочением, стабилизируя место прикрепления диафрагмы, и ограничивают подвижность нижних долей легких и печени.

Клиника – укорочение межреберных мышц манифестирует межреберной невралгией.

Диафрагмально-мышечные (тонусно-силовой дисбаланс квадратных мышц поясницы и пояснично-подвздошных мышц)

Механизм возникновения

Указанные выше мышцы расположены между ножками диафрагмы. Иннервация ножек обеспечивается диафрагмальными нервами отдельно. Правая ножка, проходя через волокна слева от пищевода и вливаясь в сухожильный центр, получает иннервацию от правого диафрагмального нерва у его истока, а левая ножка – из левого диафрагмального нерва. При спазме диафрагмы возникает механическая компрессия мышц, приводящая к нарушению

кровообращения и формированию функциональной слабости мышц.

Клиника – болевые мышечные синдромы, связанные с укорочением квадратной мышцы поясницы и пояснично-подвздошной мышцы с противоположной стороны.

Диафрагмально-висцеральные

А. Нарушение функции органов, к ней прикрепляющихся (легкие, перикард, печень, желудок, кишечник).

Механизм возникновения

Спазм диафрагмы нарушает подвижность внутренних органов, прикрепляющихся к ней.

Клинические проявления связаны с дисфункцией данного органа, снижением тонуса ассоциированных мышц и компенсаторным укорочением других мышечных групп.

Б. Натяжение связки Трейца

Механизм возникновения

На уровне пищевода отверстия в его волокна вплетается связка, имеющая мышечные волокна (связка Трейца). При неравномерном сокращении диафрагмы происходит изменение формы пищевода отверстия, и возникает раздражение данной связки. Эта дисфункция сопровождается реактивным раздражением и спазмом как 12-перстной кишки, так и тощей, и затруднением проходимости пищи через дуоденальный переход.

Клинические проявления определяются нарушением переваривания пищи в тонком кишечнике вследствие затруднения поступления ферментов тонкой кишки и поджелудочной железы, а также желчи из желчного пузыря, что, в свою очередь, нарушает усвоение ненасыщенных жирных кислот, необходимых для построения мембран клеток и углеводов. Возникает аллергия на естественные продукты питания, дисбактериоз.

В. Грыжа пищевода отверстия

Механизм возникновения

При сокращении мышечной части уменьшается протяженность диафрагмы. В связи с этим увеличивается её пищеводное отверстие, и создаются условия для формирования диафрагмальной грыжи. Разница в давлении между полостями приводит к краниальному смещению кардиальной части желудка в область пищевода отверстия и его ущемлению.

Клиника – изжога, боль в области мечевидного отростка, дисфункция желудка. Особенно важно отметить, что нарушается усвоение белка, т.к. затрудняется расщепление полипептидных связей, и, тем самым, затрудняется усвоение аминокислот в нижерасположенных отделах.

Диафрагмально-невральные:

А. Компрессия диафрагмального нерва

Механизм возникновения

Волокна ножек, которые входят в левую часть сухожильного центра, получают иннервацию из левого диафрагмального нерва, а те волокна, которые входят в сухожильный центр справа, снабжаются из правого диафрагмального нерва. Нижние шесть или семь межреберных нервов распределяют сенсорные волокна в периферийную часть мышцы. Сенсорная чувствительность этих нервов подтверждается абсолютной мышечной атрофией на стороне деструкции диафрагмального нерва. Сокращение мышечного слоя диафрагмы бывает неравномерным и преобладает в местах вхождения диафрагмального нерва, приводя, тем самым, к его раздражению.

Клиника – нарушение координации между правой и левой половиной диафрагмы: с одной стороны спазм, с другой – расслабление. Компенсаторная дыхательная перегрузка плечевого пояса с соответствующей клиникой болевого синдрома (см. выше).

Б. Компрессия спинальных нервов L1, L2.

Механизм возникновения

Наличие функциональных блоков в груднопоясничном переходе (ThXII–L1–LII), преимущественно в направлении ротации, приводит к компрессии прилежащих спинальных нервов L1 и L2.

Клиника проявляется снижением тонуса иннервируемых L1 и L2 мышц (косых мышц живота, квадратной мышцы поясницы и подвздошно-поясничной с одной стороны) и укорочением одноименных мышц, расположенных с противоположной стороны, а также активацией сухожильного аппарата Гольджи в местах прикрепления гипотоничных мышц. Кроме того, дисбаланс квадратных мышц поясницы приводит к латерофлексии позвоночных двигательных сегментов LV–S1 с последующей компрессией прилежащих спинальных нервов.

В. Компрессия блуждающего нерва

Механизм возникновения

Увеличение размера пищевода отверстия и втягивание в него части желудка приводит к ущемлению ветвей блуждающего нерва, которые расположены на передней и задней поверхности пищевода.

Клиника – дисфункция внутренних органов, иннервируемых компримированным нервом.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ

Диафрагмально-мышечные с короткими флекторами шеи

Механизм возникновения

Установлено, что при дискоординированном сокращении диафрагмы возникает функциональная

слабость коротких флексоров шеи. В связи с этим нарушается правильность выполнения флексии шеи, активизируются и укорачиваются грудино-ключично-сосцевидные мышцы (рис. 6).

Клиника – синдром позвоночной артерии, синдром нижней косой мышцы головы, активизация триггерных зон укороченных мышц.

Диафрагмально-дуральные

Механизм формирования

Нарушение взаиморасположения основной, затылочной и височной костей, к которым прикрепляются укороченные короткие экстензоры шеи, грудино-ключично-сосцевидные мышцы и расслабленные короткие флексоры шеи. Изменение физиологических изгибов сопровождается изменением натяжения передней и задней поверхности твердой мозговой оболочки, дисфункцией кранио=сакральной системы, формированием компенсаторных функциональных блоков в сочленениях черепа. Результатом является фиксация сфенобазиллярного синхондроза и торсия височных костей с последующей компрессией блуждающего нерва на уровне яремного отверстия.

Клиника – затруднение венозного оттока, повышение внутричерепного давления.

Диафрагмально-диафрагмальные

Дискоординация в сокращении шейно-грудной диафрагмы

Механизм возникновения – функциональная перегрузка шейно-грудной диафрагмы (повышенное участие в дыхании).

Клиника – укорочение верхних порций трапециевидных и лестничных мышц с формированием компрессионных синдромов.

Дискоординация в сокращении тазовой диафрагмы

Механизм возникновения

Нарушение взаиморасположения внутренних органов, изменение положения тазовых костей вследствие нарушения положения крестца.

Клиника – дисфункция органов малого таза (простата, матка; недержание мочи).

ДИСБАЛАНС ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Наличие болезненности точек начала и конца меридианов.

Самодиагностика

Самодиагностика проводится в несколько этапов. Для определения оптимального алгоритма самокоррекции необходимо сопоставить собственные ощущения (жалобы) с результатами визуальной диагностики и самопальпации.

Анализ собственных ощущений и результатов самопальпации

1. Во время приёма пациента появляется ощущение недостаточности собственного вдоха, возникает желание глубоко вдохнуть. Наиболее часто эта симптоматика является клиническим проявлением спазма грудобрюшной диафрагмы. Он ограничивает каудальное смещение внутренних органов и латеральное движение грудной клетки вследствие ограничения взаимоудаления мест прикрепления диафрагмы.

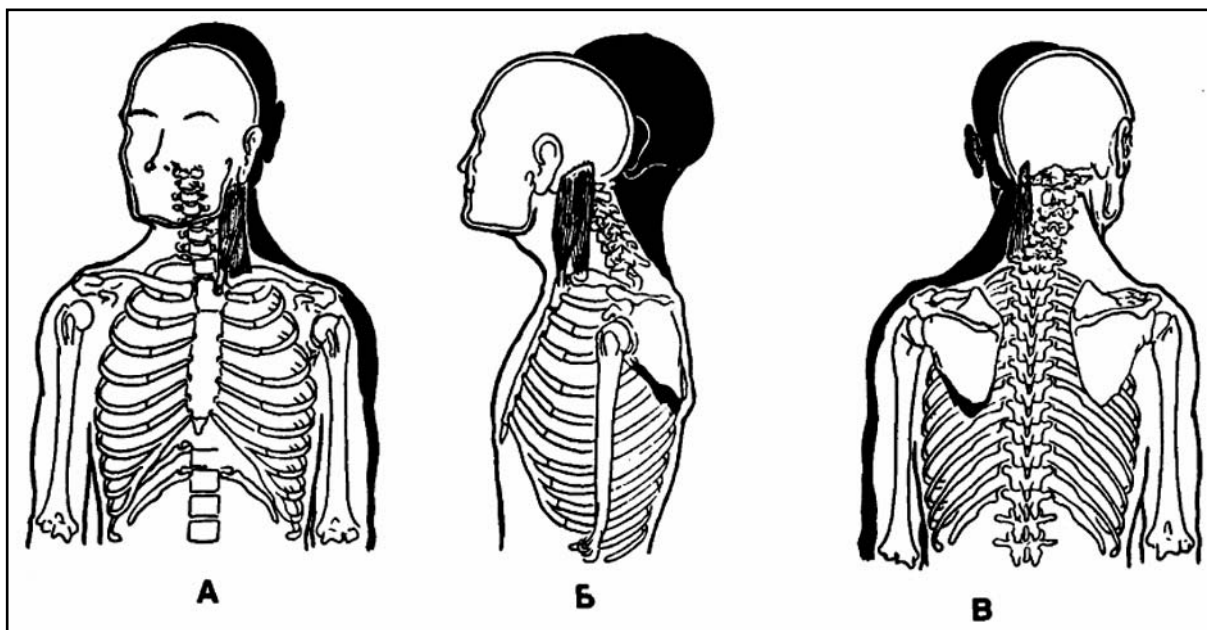


Рис. 6. Визуальные признаки укорочения грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Это основная жалоба, подтверждающая наличие у врача спазма грудобрюшной диафрагмы. Кроме того, могут появиться сопутствующие жалобы, локализующиеся в различных отделах мышечно-скелетной системы, что является косвенным признаком спазма диафрагмы.

2. Появление онемения или слабости в руках в результате компрессии шейного сплетения. Она возможна на различных уровнях: шейный отдел позвоночника, связки купола плевры, лестничные мышцы (см. рис. 4), малая грудная мышца. Уровень определяется пальпаторно.

3. Появление головных болей, повышение артериального давления вследствие слабости коротких флексоров и укорочения коротких экстензоров, ФБ С0-С1.

4. Снижение умственной активности.

5. Наличие различных видов неврологической дезорганизации.

6. Появление общей слабости: при проведении мышечного тестирования у врача возникает ощущение, что все мышцы пациента неожиданно стали очень сильными.

7. Появление сонливости, зевоты. Это может быть связано с возникновением гипоксии мозга, как его реакции на снижение ликворотока вследствие скручивания твёрдой мозговой оболочки или компрессии швов черепа. Необходимо пропальпировать швы черепа на наличие болезненности, являющейся косвенным признаком фиксации. При этом важно обратить внимание на затылочно-сосцевидный шов, на этом месте возможно уменьшение объёма югулярного отверстия и компрессия расположенных в нём образований. Свои предположения необходимо проверить при самодиагностике.

Осмотр. Оценка статики

При самоосмотре, который следует проводить перед зеркалом, необходимо обратить внимание на наличие неоптимальной позы:

- возникновение гиперлордоза в грудопоясничном переходе (см. рис. 5) - признак спазма диафрагмы;
- асимметричное положение надплечий - признак укорочения верхней порции трапецевидной мышцы (см. рис. 3);
- асимметричное положение ключицы и мастоидального отростка височной кости - признак укорочения грудино-ключично-сосцевидной мышцы (см. рис. 6);
- Если вы видите признаки укорочения этих двух мышц только с одной стороны, то это, чаще всего, признак расслабления одноимённых мышц с

противоположной стороны вследствие компрессии добавочного нерва в югулярном отверстии;

- асимметричное расположение мастоидальных отростков, наличие разной формы ушных раковин (признак нарушения положения височных костей) подтверждает возможность изменения формы югулярного отверстия и компрессии не только добавочного, но и блуждающего нерва, а значит, может появиться дисфункция всех внутренних органов на стороне поражения. Обратите на это внимание при последующей диагностике.

Оценка динамики

Оценка оптимальности/неоптимальности своего паттерна дыхания - включение в дыхание верхних порций трапецевидной мышцы, лестничных мышц, втягивание живота на вдохе (см. рис. 7).

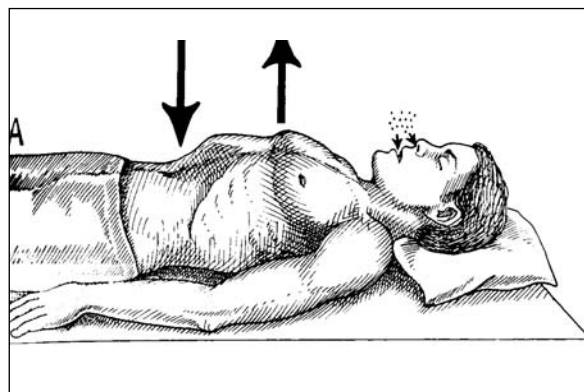


Рис.7. Нарушение паттерна дыхания (по Travell, Simons, 1999)

Самопальпация и самокоррекция

1. Наличие напряжения под мечевидным отростком является подтверждением спазма диафрагмы. Для выявления этого следует попытаться расположить руки под медиальной поверхностью грудной клетки (рис. 8).

2. Гораздо большее значение имеют **функциональные связи с эмоциональным дисбалансом**. Именно эмоциональный дисбаланс приводит к формированию патологической активности точек начала и конца меридианов на лице и, как следствие, к дискоординированному сокращению мышечных волокон диафрагмы. В случае болезненности точек начала и конца меридианов на лице необходимо проверить эффективность использования ароматерапии: терапевтическая локализация эфирного масла, которое является патогенетически значимым, приведёт к уменьшению выраженности боли при пальпации точек. Необходимо провести коррекцию эмоционального дисбаланса в сочетании с ароматерапией.

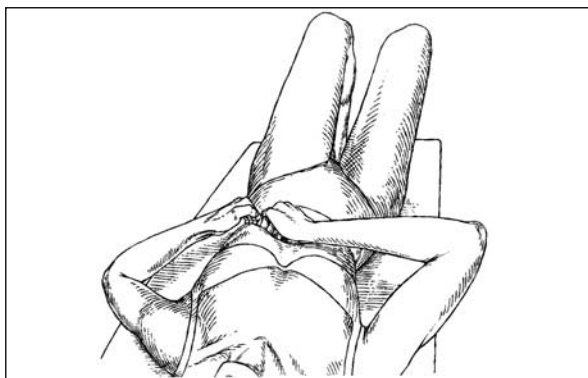


Рис. 8. Аутопальпация напряжения диафрагмы

3. Болезненность и напряжение лестничных мышц возникает, чаще всего, как следствие ограничения подвижности грудной клетки в латеральном и каудальном направлении. В этом случае необходимо пальпаторно проверить уровень ограничения подвижности рёбер и диафрагмы при вдохе и начать лечение с устранения именно этого симптома.

4. Формирования функциональных блоков - важно проверить формирование компенсаторного функционального блока CIII-CIV с возможной травматизацией диафрагмального нерва. Компрессия, в свою очередь, приведёт к асинхронному сокращению правой и левой половины диафрагмы. В этом случае при пальпации важно выявить сторону, на которой преобладает расслабление диафрагмы, и направить лечение на устранение выявленной компрессии.

5. Болезненность нейролимфатических рефлексогенных зон диафрагмы является признаком нарушения лимфооттока. В этом случае необходимо провести активацию рефлексогенных зон. Нейролимфатические точки расположены по всей длине грудины. Когда они активны, вся эта область чрезвычайно болезненна, и может потребоваться длительная стимуляция для устранения положительной терапевтической локализации.

6. Болезненность нейрососудистых рефлексогенных зон диафрагмы является признаком нарушения кровоснабжения. С диафрагмой ассоциируются три нейрососудистые точки. Они расположены у брегмы, ламбды и примерно на 1° выше и вперед по отношению к ламбде. В этом случае необходимо провести их механическую активацию. Наиболее эффективна одновременная стимуляция нейролимфатической и нейрососудистой точек до ощущения пульсации и исчезновения болезненности при их пальпации.

7. Болезненность квадратных мышц поясницы

При возникновении функциональной слабости данных мышц нарушается оптимальность паттерна вдоха, и появляются колющие боли в местах

прикрепления мышцы. При пальпации ощущается боль в местах прикрепления и в толще одноимённой мышцы с противоположной стороны. В этом случае целесообразно пропальпировать толстый кишечник для диагностики висцероспазма особенно в области илеоцекального угла, провести висцеральную аутотерапию.

8. Болезненность пояснично-подвздошной мышцы

Подвздошная мышца является реактивной по отношению к диафрагме. Её укорочение приводит к дискоординации сокращения грудобрюшной диафрагмы. Для диагностики необходимо пропальпировать места прикрепления мышцы. Появление натяжения в области передней поверхности бедра и крыла подвздошной кости с одной стороны и внутренней поверхности подвздошной кости - с другой часто может быть признаком расслабления пояснично-подвздошной мышцы с одноимённой стороны и укорочения - с другой.

9. Болезненность и напряжение квадратной мышцы поясницы, пояснично-подвздошной и косых мышц живота с одной стороны возникает, чаще всего, вследствие компрессии верхнепоясничных нервов с противоположной стороны, вызвавшей на этой стороне гипотонию мышц и компенсаторный гипертонус пальпируемых мышц. Компрессия верхнепоясничных нервов часто является следствием функциональных блоков, расположенных на уровне грудопоясничного перехода. При пальпации выявляется ограничение подвижности в грудопоясничном переходе и асимметрия остистого отростка. В этом случае необходимо провести провокацию на смещение прилежащих позвонков грудопоясничного перехода в различных направлениях ротации и латерофлексии. То направление движения, при выполнении которого уменьшается боль в брюшке укороченных мышц и местах прикрепления расслабленных, является направлением, уменьшающим компрессию нервов, иннервирующих данные мышцы. В этом направлении целесообразно проведение аутомобилизации функциональных блоков (по К. Левиту).

10. Болезненность и напряжение верхней порции трапецевидной мышцы и грудино-ключичной мышцы с одной стороны

Указанные клинические проявления, чаще всего, являются следствием компрессии добавочного нерва компенсаторным гипертонусом пальпируемых мышц, возникшим в связи с гипотонией мышц противоположной стороны. В этом случае необходимо пальпаторно проверить напряжение тканей над затылочно-сосцевидным швом на стороне компрессии и провести краниальную терапию, направленную

на релаксацию шва. Следует помнить, что данная компрессия является следствием уменьшения югулярного отверстия, в котором расположены яремная вена и блуждающий нерв, именно поэтому возможны клинические проявления их компрессии. Например, нарушение функции внутренних органов, иннервируемых блуждающим нервом на стороне поражения. Перед висцеральной терапией необходимо провести диагностику функционального состояния блуждающего нерва.

11. Болезненность и напряжение коротких экстензоров является, чаще всего, реакцией на расслабление коротких флексоров и следствием дисфункции диафрагмы и желудка или грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В этом случае необходимо пальпаторно проверить напряжение тканей под мечевидным отростком (см. рис. 8) и провести висцеральную терапию, направленную на релаксацию желудочно-диафрагмальной и кардио-диафрагмальной связок в каудальном направлении и восстановление оптимального паттерна дыхания.

ПРОФИЛАКТИКА

1. Выработка оптимального положения и движения при выполнении терапии.
2. Обучение МТ и ПК на специализированных курсах, на которых обучают гигиене поз и движений, правильному дыханию, самокоррекции эмоциональных проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.с. № 96109160. Васильева Л.Ф., Коган О.Г. Способ диагностики динамических нарушений у больных хроническими болевыми мышечными синдромами. – 1999. – 46 с.
2. А.с. № 32021799. Ситель А.Б. Способ лечения вертебрально-базилярной недостаточности. – 1994. – 28 с.
3. А.с. № 2125433. Ситель А.Б. Способ лечения вертебрально-базилярных кардиалгий. – 1999. – 30 с.
4. А.с. № 2134532. Васильева Л.Ф., Коган О.Г., Шмидт И.Р. Способ лечения статических нарушений у больных с хроническими болевыми мышечными синдромами. – 1999. – 46 с.
5. Барвинченко А.А. Мануальная терапия при патологии суставов конечностей. – М.: Наука, 1988. – 300 с.
6. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М.: Наука, 1990. – 220 с.

7. Васильева Л.Ф., Михайлов А.М. Мануальная диагностика патобиомеханики органов брюшной полости. – Новокузнецк: Наука, 2002. – 200 с.
8. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. // Клиническая биомеханика и патобиомеханика. – СПб.: Фолиант, 2000. – 400 с.
9. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига: Наука, 1991. – 567 с.
10. Гойденко В.С., Ситель А.Б. Основы манипуляционной рефлекторной терапии. – М.: Наука, 1983. – 87 с.
11. Гойденко В.С., Ситель А.Б., Галанов В.П., Руденко И.В. Мануальная терапия неврологических остеохондроза позвоночника. – М.: Медицина, 1988. – 237 с.
12. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. – Казань: Медицина, 1997. – 448 с.
13. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. – М.: Медицина. – 303 с.
14. Лиев А.А. Варианты и формы вертеброгенных миофасциальных люмбоишиалгических синдромов: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. – Казань, 1995. – 32 с.
15. Могендович М.Р. Мотивисцеральные и висцеромоторные рефлексы. – Пермь: Наука, 1963. – 516 с.
16. Попелянский Я.Ю. Об отношениях некоторых мышечных поражений к шейной вертеброгенной верхнего, среднего и нижнего уровня // Спондилогенные и миогенные заболевания нервной системы / Тез. докл. – Казань, 1987. – С. 74–76.
17. Ситель А.Б. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1999. – 222 с.
18. Ситель А.Б. Мануальная терапия: руководство для врачей. – М.: Наука, 1998. – 303 с.
19. Шмидт И.Р., Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстоколов А.А. Методологические основы диспансеризации при заболеваниях нервной системы. – Новосибирск: Наука, 1987. – 253 с.
20. Шмидт И.Р. Синдром позвоночной артерии. – Новосибирск: Наука, 2001. – 420 с.
21. Lewit K. Manipulative therapy in rehabilitation of the locomotor system. – Butterworth: Heinemann, 1999. – 348 p.
22. Lewit K. Postisometrische Relaxation in Kombination mit anderen Methoden muskularer Fazilitation // Man. Med. – 1986. – N 24. – S. 30–34.
23. Shafer J. Applied Kinesiology. – London: Verlag, 1994. – 120 p.
24. Janda V. Muskelfunktionsdiagnostik. – Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1986. – 233 s.
25. Trevell J., Simons D. Myofascial Pain. – London: Verlag, 1986. – 516 p.

X МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

“ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ”

АСВОМЕД-2007

С 24 по 26 сентября 2007 г. на базе Центрального военного клинического санатория «Архангельское» Министерства обороны Российской Федерации с успехом прошла X юбилейная Международная конференция «Профессиональное долголетие и качество жизни» Ассоциации специалистов восстановительной медицины. В работе конференции приняли участие ведущие отечественные и зарубежные специалисты восстановительной медицины. Среди участников и докладчиков были вертебрологи и мануальные терапевты, что свидетельствует о значимости вертеброгенной патологии в общей структуре патологических состояний, требующих восстановительного лечения и реабилитации.

Отрадно отметить, что практически половина докладов секции «Современные технологии нейро-реабилитации» были посвящены проблемам вертеброгенных поражений нервной системы:

- Макарова М.Р. «Опыт применения систем «ЛОКОМАТ» в комплексном восстановительном лечении больных при травмах и заболеваниях нервной системы»;
- Проценко В.Н. «Принципиально новая медицинская технология диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний позвоночного столба»;
- Хакимов С.А. «Результаты тестирования мышечной системы у больных с дорсопатией поясничного отдела на системе «TERGUMED 3D»;
- Шуляковский В.В. «Специализированная вертебрологическая помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе восстановительного лечения».

В начале 2007 г. правлением Ассоциации специалистов восстановительной медицины объявлен профессиональный конкурс, приуроченный к юбилейной конференции, итоги которого были подведены в ходе ее работы. Нам приятно отметить, что в двух номинациях – «Диагностические технологии» и «Оздоровительные программы» - победу одержали работы, посвященные патологии позвоночного столба:

– В номинации «Диагностические технологии» коллектив авторов под руководством доктора мед. наук, руководителя филиала №9 экспертно-реабилитационного состава МСЭ ФГУ «Главное бюро МСЭ по Белгородской области» Анатолия Дмитриевича Олейника за работу «Способ диагностики различных форм поясничного остеохондроза, включающий оценку данных нейровизуализации».

– В номинации «Оздоровительные программы» авторская работа врача-невропатолога высшей категории, члена редакционного совета журнала «Мануальная терапия» Владимира Николаевича Проценко (г. Запорожье, Украина) за работу «Четвертый позвонок – принципиально новая медицинская технология диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний позвоночного столба».

Победители конкурса были награждены специальными дипломами и призами «Хрустальный дельфин».

Редакция журнала «Мануальная терапия» поздравляет члена редакционного совета журнала врача-невропатолога высшей категории Владимира Николаевича Проценко с победой на международном конкурсе и выражает уверенность в дальнейшем плодотворном сотрудничестве.

Редакция журнала «Мануальная терапия»

ПОЗДРАВЛЕНИЕ С ЗАСЛУЖЕННОЙ НАГРАДОЙ

А.Е. Саморуков

Президент Российской ассоциации мануальной терапии

Более 20 лет назад, в 1985 году, Людмила Фёдоровна Васильева стояла у истоков организации Всесоюзной ассоциации мануальной терапии. Первым президентом-организатором ассоциации был избран профессор О.Г. Коган, а пост вице-президента, несмотря на молодость, была доверен Людмиле Фёдоровне. Кроме того, она стала ответственным секретарём журнала «Мануальная медицина», основанного в том же году. С самых первых дней существования созданной организации Людмила Фёдоровна активно включилась в общественную работу, успешно сочетая её с учебной и научной деятельностью. Все эти годы Людмила Фёдоровна остается преданной своему делу, успешно развивает мануальную терапию, усовершенствует методы мануальной диагностики и терапии. Подтверждением этого являются 7 авторских свидетельств, а её монография «Мануальная диагностика и терапия патобиомеханических изменений» до сих пор является настольной книгой для многих (и не только начинающих) мануальных терапевтов. И в настоящее время Людмила Фёдоровна беззаветно трудится на посту вице-президента Ассоциации мануальной терапии, оказывая большую помощь и поддержку в это сложное для нашей ассоциации время.

С появлением нового направления в мануальной терапии, такого как прикладная кинезиология, профессор Л.Ф. Васильева смогла постичь суть основных идей, их переосмыслить, переработать и внедрить в теорию и практику мануальной терапии. Результатом её успешной деятельности являются новые Методические рекомендации по мануальной терапии, утверждённые МЗ РФ, куда, помимо вертебральной терапии, входят не только прикладная кинезиология, но и краниосакральная и висцеральная терапия. Кроме того, включен в программу усовершенствования курс «Мануальная терапия в восстановительном лечении», в котором



представлены основные методы кинезиологической диагностики. Для успешного продвижения нового направления профессором Л.Ф. Васильевой организована кафедра мануальной терапии РГМУ, а новые направления мануальной терапии включены в программу обучения. Кроме того, за последние 2-3 года ею написано более 18 учебных пособий по мануальной терапии.

По решению президиума Московской ассоциации мануальной терапии (президент – профессор А.Т. Неборский) профессор Л.Ф. Васильева за внедрение прикладной кинезиологии в мануальную терапию награждена памятным подарком «Золотой позвонок».

**ПРИКАЗ № 553 “О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”**

ПРИКАЗ № 553 ОТ 20 АВГУСТА 2007 Г.

**”О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 27 АВГУСТА 1999 Г.
№ 337 “О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”**

В целях совершенствования организации послевузовского и дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения, приказываю:

Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. №337 “О номенклатуре специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации” (в соответствии с письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 21 сентября 1999 г. №7565-ЭР в государственной регистрации не нуждается), с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2001 г. №31, от 2 апреля 2001 г. №98, от 21 июня 2002 г. №201, от 25 июня 2002 г. №209, от 14 августа 2002 г. №261, от 21 марта 2003 г. №115, от 26 мая 2003 г. №219, от 9 июня 2003 г. №241, от 20 августа 2003 г. №416, от 5 февраля 2004 г. №36, от 16 февраля 2004 г. №63, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2006 г. №52, согласно приложению.

Вр. и.о. министра
В.И. СТАРОДУБОВ

*Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации от 20 августа 2007 г. №553*

**ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 27 АВГУСТА 1999 Г. N 337 “О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”**

1. Изложить приложение 1 “Номенклатура (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации” в следующей редакции:

“Номенклатура специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации

Специальность, полученная в вузе	Основная специальность	Специальность, требующая дополнительной подготовки
1	2	3
	Акушерство и гинекология	Ультразвуковая диагностика Эндоскопия
	Анестезиология и реаниматология	Токсикология Трансфузиология Функциональная диагностика

1	2	3
Лечебное дело Педиатрия	Дерматовенерология	Клиническая микология
	Детская хирургия	Детская онкология Детская урология-андрология Колопроктология Нейрохирургия Сердечно-сосудистая хирургия Торакальная хирургия Трансфузиология Ультразвуковая диагностика Челюстно-лицевая хирургия Эндоскопия
	Генетика	Лабораторная генетика
	Инфекционные болезни	Клиническая микология
	Клиническая лабораторная диагностика	Бактериология Вирусология Лабораторная генетика Лабораторная микология
	Неврология	Восстановительная медицина Мануальная терапия Рефлексотерапия
	Общая врачебная практика (семейная медицина)	Гериатрия Ультразвуковая диагностика Физиотерапия Функциональная диагностика
	Онкология	Детская онкология Радиология
	Организация здравоохранения и общественное здоровье	
	Оториноларингология	Сурдология-оториноларингология
	Офтальмология	
	Патологическая анатомия	
	Педиатрия	Аллергология и иммунология Восстановительная медицина Гастроэнтерология Гематология Детская кардиология Детская онкология Детская эндокринология Диетология Кардиология Клиническая микология Клиническая фармакология Лечебная физкультура и спортивная медицина Мануальная терапия Неонатология Нефрология Пульмонология Ревматология Рефлексотерапия Трансфузиология Ультразвуковая диагностика Физиотерапия Функциональная диагностика
	Психиатрия	Психиатрия-наркология Психотерапия Сексология Судебно-психиатрическая экспертиза

1	2	3
	Рентгенология	Радиология Ультразвуковая диагностика
	Скорая медицинская помощь	Гериатрия Ультразвуковая диагностика Физиотерапия Функциональная диагностика
	Судебно-медицинская экспертиза	
	Терапия	Авиационная и космическая медицина Аллергология и иммунология Восстановительная медицина Гастроэнтерология Гематология Гериатрия Диетология Кардиология Клиническая микология Клиническая фармакология Лечебная физкультура и спортивная медицина Мануальная терапия Нефрология Профпатология Пульмонология Ревматология Рефлексотерапия Трансфузиология Ультразвуковая диагностика Физиотерапия Функциональная диагностика
	Травматология и ортопедия	Восстановительная медицина Лечебная физкультура и спортивная медицина Мануальная терапия Рефлексотерапия
	Фтизиатрия	Пульмонология
	Хирургия	Колопроктология Нейрохирургия Сердечно-сосудистая хирургия Торакальная хирургия Трансфузиология Ультразвуковая диагностика Урология Функциональная диагностика Челюстно-лицевая хирургия Эндоскопия
	Эндокринология	Детская эндокринология Диабетология Сексология
	Клиническая лабораторная диагностика	Бактериология Вирусология Лабораторная генетика Лабораторная микология
	Общая гигиена	Гигиена детей и подростков Гигиена питания Гигиена труда Гигиеническое воспитание Коммунальная гигиена Радиационная гигиена Санитарно-гигиенические лабораторные исследования

1	2	3
	Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы	
	Эпидемиология	Бактериология Вирусология Дезинфектология Паразитология
Стоматология	Стоматология общей практики	Ортодонтия Стоматология детская Стоматология ортопедическая Стоматология терапевтическая Стоматология хирургическая Челюстно-лицевая хирургия
	Клиническая лабораторная диагностика	Бактериология Вирусология Лабораторная генетика Лабораторная микология
Фармация	Управление и экономика фармации	
	Фармацевтическая технология	
	Фармацевтическая химия и фармакогнозия	
Сестринское дело	Управление сестринской деятельностью	
Медицинская биохимия	Генетика	Лабораторная генетика
	Клиническая лабораторная диагностика	Бактериология Вирусология Лабораторная генетика Лабораторная микология
	Судебно-медицинская экспертиза	
Медицинская биофизика	Клиническая лабораторная диагностика	Бактериология Вирусология Лабораторная генетика Лабораторная микология
Медицинская кибернетика	Рентгенология	Радиология
	Функциональная диагностика	
	Ультразвуковая диагностика	

Примечания:

1) Подготовка специалистов по основным специальностям проводится через обучение в интернатуре и (или) ординатуре, за исключением основной специальности “Общая врачебная практика (семейная медицина)”, подготовка по которой осуществляется через обучение в ординатуре. Допускается получение специальности “Общая врачебная практика (семейная медицина)” через профессиональную переподготовку лицами, имеющими стаж работы на должностях “врач-терапевт участковый” и “врач-педиатр участковый”.

2) Подготовка специалистов по специальностям, требующим дополнительной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку или обучение в ординатуре при наличии послевузовского профессионального образования и стажа работы не менее трех лет по соответствующей основной специальности.

3) Для лиц, замещающих должности руководителей учреждений здравоохранения, допускается получение основной специальности “Организация здравоохранения и общественное здоровье” или “Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы” (по профилю учреждения здравоохранения) в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования по программам профессиональной переподготовки, утверждаемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации”.

2. В Перечне соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов Приложения 2 строку 103 изложить в следующей редакции:

103	Врач-стоматолог	Стоматология общей практики
-----	-----------------	-----------------------------

ВЫПИСКА
ИЗ ПРОТОКОЛА МЕТОДИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
ФАКУЛЬТЕТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ГОУ ВПО РГМУ
ОТ 24 СЕНТЯБРЯ 2007 ГОДА

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ - д.м.н., профессор А.М. Запруднов

СЕКРЕТАРЬ - д.м.н., профессор Л.А. Харитонова

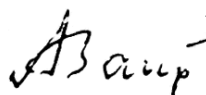
Методическая комиссия в составе: декан ФУВ профессор Л.Е. Ципина, зам. декана ФУВ А.И. Муханкина, члены комиссии – профессор М.В. Леонова, доценты Н.А. Афанасьева, М.И. Сидоренко, В.А. Смирнов, А.С. Прянишникова, Л.Я. Григорьянц, Н.И. Афанасьева, М.В. Дегтярева, Е.В. Прокина.

Слушали: вопрос о предоставлении в печать методических рекомендаций, составленных сотрудниками кафедры неврологии и нейрохирургии лечебного факультета с курсом мануальной терапии ФУВ (зав. каф. академик РАМН, проф. Е.И. Гусев, за курсом проф. А.Б. Ситель) ГОУ ВПО РГМУ Росздрава «**Неврология и мануальная терапия для среднего медицинского персонала**», где подробно описаны основы мануальной терапии и диагностики для среднего медицинского персонала. Исходя из представленного материала видно, что медицинской сестре, прошедшей подготовку по представленному курсу, можно доверить не только оформление документации, но и часть диагностики. Методические рекомендации имеют высокую практическую значимость для среднего медицинского персонала как амбулаторной практики, так и стационаров.

Методические рекомендации доложены на МК ФУВ одним из авторов – В.М. Смирновым. Представлены оригинал рукописи и две положительные внешние рецензии. Методические рекомендации по структуре, форме и содержанию работы отвечают требованиям, предъявляемым к методическим рекомендациям.

Постановили: рекомендовать в печать представленную рукопись методических рекомендаций «**Неврология и мануальная терапия для среднего медицинского персонала**».

Председатель, профессор



А.М. Запруднов

Секретарь



Л.А. Харитонова