

Общероссийская общественная организация  
«Российская остеопатическая ассоциация»

# **ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В ПЕДИАТРИИ**

**Клинические рекомендации**

Санкт-Петербург  
2015

# Оглавление

ISBN 978-5-905107-31-3

Остеопатическая диагностика соматических дисфункций в педиатрии. Клинические рекомендации. — СПб.: «Невский ракурс», 2015. — 60 с.

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению профильной комиссией по специальности «Остеопатия» Минздрава Российской Федерации на заседании на заседании 11.06.2015 года в составе:

Мохов Д.Е. (Санкт-Петербург), Беляев А.Ф. (Владивосток), Азаренков М.Д. (Калуга), Аптекарь И.А. (Тюмень), Болотов Д.А. (Москва), Вяльцев А.В. (Тольятти), Гайнутдинов А.Р. (Казань), Егорова И.А. (Великий Новгород), Зарубин А.В. (Благовещенск), Ивашов В.В. (Рязань), Киселев А.К. (Тольятти), Климов Ю.А. (Москва), Кузьмина Ю.О. (Санкт-Петербург), Лебедев Е.Б. (Тула), Матвиенко В.В. (Москва), Меденцов В.А. (Саратов), Мешков С.Г. (Нижний-Новгород), Мусуривский А.П. (Хабаровск), Неборский А.Т. (Москва), Новиков Ю.О. (Уфа), Павленок В.Ю. (Южно-Сахалинск), Пересыпкин В.В. (Волгоград), Петрищев А.А. (Пермь), Пискунова Г.Е. (Петропавловск-Камчатский), Рассказов Л.В. (Тверь), Ситель А.Б. (Москва), Сорокин О.И. (Ульяновск), Тормышов А.Е. (Сочи), Трегубова Е.С. (Санкт-Петербург), Фролов В.А. (Москва), Хостикоев Т.М. (Йошкар-Ола), Червоток А.Е. (Санкт-Петербург), Чусовитина О.А. (Екатеринбург).

Утверждены решением Правления общероссийской общественной организации «Российская остеопатическая ассоциация» 12 декабря 2014 года.

Состав Правления:

д.м.н., проф. Мохов Д.Е. (Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Беляев А.Ф. (Владивосток), Мазальский К.В. (Москва), к.м.н. Червоток А.Е. (Санкт-Петербург), д.м.н. Трегубова Е.С. (Санкт-Петербург), к.м.н. Аптекарь И.А. (Тюмень), Вяльцев А.В. (Тольятти), д.м.н., проф. Гайнутдинов А.Р. (Казань), д.м.н., проф. Егорова И.А. (Великий Новгород), к.м.н. Кузьмина Ю.О. (Санкт-Петербург), Мерзляков Е.Л. (Тюмень).

© Общероссийская общественная организация «Российская остеопатическая ассоциация», 2015

Введение.....	4
Соматическая дисфункция. Определение, сущность и уровни проявления у детей. ....	6
Глобальный уровень проявления соматической дисфункции.....	6
Региональный уровень проявления соматической дисфункции.....	7
Локальный уровень проявления соматической дисфункции .....	8
Порядок обследования ребенка на приеме .....	12
Основные тесты остеопатического обследования детей до 1 года .....	22
Дополнительные тесты для обследования детей до 1 года .....	33
Показания и противопоказания для остеопатического лечения детей.....	38
Список литературы.....	40
Приложения .....	43
Приложение 1. Безусловные рефлексы новорожденных.....	43
Приложение 2. Психомоторное развитие детей первого года жизни .....	49
Приложение 3. Бланк приема врача остеопата в педиатрии .....	52
Приложение 4. Частота сердечных сокращений и дыхания у детей разного возраста .....	56

## Введение

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

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

В последние годы повысилась распространенность функциональных нарушений среди детей и подростков (Егорова И.А., Бучнов А.Д., Михайлова Е.С., 2012). Эти нарушения преобладают со стороны костно-мышечной (23,3%), нервной систем и психической сферы (15,8%), эндокринной системы и обмена веществ (13,6%) (Баранов А.А., 2005). В этой связи уместно говорить о соматических дисфункциях, которые в МКБ-10 относятся к блоку М99 «Биомеханические нарушения, не классифицированные в других рубриках». Соматические дисфункции приводят к нарушениям в первую очередь функционального характера, а при длительном существовании и неблагоприятном течении — к более серьезным расстройствам (Grenier B., ColdF, 1986; Auquier O., Corriat P., 1997; Frymann V.M., 1998; Бобко Я.Н., 2000; Лопушанский П.Г., 2001; Александрова В.А. Братова Е.А., 2004;

Куликов А.М., 2004; Кривоносов И.В., 2005; Егорова И.А., 2008). Это обуславливает актуальность проблемы диагностики и оценки соматических дисфункций и их проявлений для обоснования эффективных методов лечения.

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

На сегодняшний день крайне важной представляется совместная взаимодополняющая работа врачей-osteопатов и специалистов педиатрического профиля. Внедрение остеопатии в медицинскую практику позволяет оказывать остеопатическую помощь на ранних этапах жизни ребенка (Беляев А.Ф., Карпенко Н.А., Семашко С.А. 2007; Карпенко Н.А., Беляев А.Ф. 2002; Кривошеина Е.Н., Мизонова И.Б., Мохов Д.Е., 2013). Ранняя диагностика и коррекция соматических дисфункций у детей предоставляет потенциальные возможности профилактики развития различных заболеваний и повышения уровня здоровья населения РФ (Мохов Д.Е., 2011; Мохов Д.Е., Юнина А.Б., 2014).

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

## **Соматическая дисфункция.**

### **Определение, сущность и уровни проявления у детей**

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

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

Соматические дисфункции у детей могут проявляться на глобальном, региональном или локальном уровнях.

#### **Глобальный уровень проявления соматической дисфункции**

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

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

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

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

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

Наиболее значимыми эндогенными ритмами в остеопатии являются: краниальный, дыхательный и кардиальный ритмичные импульсы. Они оцениваются по следующим параметрам: частота, сила (мощность) и амплитуда.

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

##### *III. Глобальное нейродинамическое нарушение*

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

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

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

Глобальный нейродинамический уровень нарушений у детей до 1 года не оценивается. Также следует учитывать, что постуральный баланс у детей можно оценить начиная с 12 лет.

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

##### *I. Региональное биомеханическое нарушение*

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

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

Остеопатами условно выделяются следующие регионы: регион головы, регион шеи, грудной, поясничный и тазовый регионы, регионы верхних конечностей (правой и левой) и нижних конечностей (правой и левой), регион твердой мозговой оболочки (краниосакральная система как отдельный регион).

### II. Региональное ритмогенное нарушение

На региональном уровне отдельно ритмогенную составляющую можно не выделять, так как она связана в той или иной степени с определенной региональной ригидностью тканей, а значит, оценивается в разделе региональных биомеханических нарушений.

### III. Региональное нейродинамическое нарушение

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

У детей до 1 года региональный нейродинамический уровень не оценивается.

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

- 1 балл — легкая степень выраженности нарушения;
- 2 балла — умеренная степень выраженность нарушения;
- 3 балла — значительная степень выраженности нарушения.

### Локальный уровень проявления соматической дисфункции (уровень функциональных изменений в одном или нескольких органах тела)

На локальном уровне определяются отдельные соматические дисфункции того или иного органа. При этом соматическая дисфункция на данном уровне на основании оценки биомеханического, ритмо-

генного и нейродинамического компонентов может определяться как острая или хроническая (табл. 1).

Таблица 1

### Признаки острой и хронической соматических дисфункций

Компонент/Дисфункция	Острая соматическая дисфункция	Хроническая соматическая дисфункция
Биомеханический	Относительно хорошая смещаемость	Ограниченная смещаемость
Ритмогенный	Повышение гидратации тканей, повышение местной температуры	Дегидратация тканей, понижение местной температуры
Нейродинамический	Острая боль, выраженная болезненность	Менее выраженная боль и болезненность

### Классификация локальных соматических дисфункций

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

##### 1.1. Соматические дисфункции верхней конечности:

- грудино-ключичного сустава;
- акромиально-ключичного сустава;
- плечевого сустава;
- локтевого сустава;
- лучезапястного сустава;
- запястно-пястных и пястно-фаланговых суставов.

##### 1.2. Соматические дисфункции нижней конечности:

- тазобедренного сустава;
- коленного сустава;
- малоберцовой кости;
- голеностопного сустава;
- подтаранного сустава;
- ладьевидно-кубовидной пары;
- клиновидных костей;
- предплюсне-плюсневых, плюснефаланговых суставов.

- 1.3. Соматические дисфункции лонного сочленения.
- 1.4. Соматические дисфункции подвздошной кости.
- 1.5. Соматические дисфункции крестца.
- 1.6. Соматические дисфункции копчика.
- 1.7. Соматические дисфункции позвонков.
- 1.8. Соматические дисфункции грудины.
- 1.9. Соматические дисфункции ребер.
- 1.10. Соматические дисфункции грудобрюшной диафрагмы.
- 1.11. Соматические дисфункции мышечно-фасциальных образований: головы, спины, груди, живота, шеи, плечевого пояса, плеча, предплечья, кисти, таза, бедра, голени, стопы.

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

- 2.1. Соматические дисфункции костей черепа.
- 2.2. Соматические дисфункции швов, сочленений и суставов черепа.
- 2.3. Соматические дисфункции твердой мозговой оболочки.
- 2.4. Соматическая дисфункция черепных нервов.
- 2.5. Внутрикостная соматическая дисфункция.
- 2.6. Соматические дисфункции отдельных органов головы.

## **3. Соматические дисфункции нервной и эндокринной систем**

## **4. Соматические висцеральные дисфункции:**

- 4.1. Соматические дисфункции гортанно-глоточного комплекса.
- 4.2. Соматические дисфункции легких.
- 4.3. Соматические дисфункции плевры.
- 4.4. Соматические дисфункции средостения.
- 4.5. Соматические дисфункции перикарда.
- 4.6. Соматические дисфункции желудка.
- 4.7. Соматические дисфункции печени.
- 4.8. Соматические дисфункции связок печени.
- 4.9. Соматические дисфункции двенадцатиперстной кишки.
- 4.10. Соматические дисфункции тощей кишки.
- 4.11. Соматические дисфункции подвздошной кишки и илеоцекальной зоны.
- 4.12. Соматические дисфункции слепой кишки.
- 4.13. Соматические дисфункции восходящей и нисходящей ободочной кишки.
- 4.14. Соматические дисфункции сигмовидной кишки.
- 4.15. Соматические дисфункции прямой кишки.
- 4.16. Соматические дисфункции почек.
- 4.17. Соматические дисфункции мочевого пузыря.
- 4.18. Соматические дисфункции матки.

## Порядок обследования ребенка на приеме

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

### 1. Наблюдение

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

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

У детей первого года жизни оценивается общая реакция в новой обстановке, выражение эмоций (улыбка, плач).

### 2. Жалобы

Сбор жалоб должен проводиться подробно, с наводящими вопросами к родственникам, сопровождающим ребенка. Если ребенок активно контактирует с врачом и может ответить на вопросы, то и его следует спросить о его жалобах.

При выявлении жалоб важны не только их констатация, но и конкретизация и детализация, например характер, интенсивность и локализация болей, их продолжительность и т. д. При уточнении необходимо активно выявлять жалобы по органам и системам, которые могут быть вовлечены в патологический процесс. Следует отметить, что уже на этапе выяснения жалоб проводится дифференциальная диагностика.

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

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

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

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

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

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

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

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

При сборе анамнеза заболевания следует уточнить:

- с какого момента появились данные жалобы;
- при каких обстоятельствах развилось данное состояние, как оно протекало, каковы были проявления и динамика;
- какое проводилось обследование;

- какие специалисты осматривали ребенка (с использованием всей имеющейся на руках у родственников документации);
- какое проводилось лечение и какова его эффективность.

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

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

1. от какой беременности по счету родился ребенок (исходы предыдущих беременностей), ЭКО;
2. как протекала данная беременность (угрозы прерывания, заболевания, в том числе урогенитальные инфекции, токсоплазмоз первой половины, гестоз, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, анемия, прием препаратов, антибиотиков, вредные привычки матери);
3. как протекали роды: срок в неделях (преждевременные, запоздалые), длительность первого периода родов (быстрые, стремительные, затяжные), кесарево сечение (плановое, экстренное, показания к нему), осложнения в родах (раннее излитие вод, воды с меконием, кровью, длительный безводный промежуток), пособия в родах (щипцы, вакуум-экстрактор, родостимуляция медикаментозная, механическая), положение плода (тазовое, ножное, поперечное, задний вид затылочного предлежания, лобное, лицевое), состояние пуповины (обвитие, узлы);
4. состояние ребенка при рождении: масса, окружность головы, закричал сразу (после стимуляции, санации ВДП), оценка по Апгар, когда приложили к груди, как прошел первый день жизни;
5. ранний период адаптации в родильном доме: как сосал, какие были проблемы, сделаны ли прививки, были ли осложнения, заболевания в период пребывания в родильном доме, на какие сутки выписан домой;

6. состояние в периоде новорожденности: заболевания, проблемы, вид вскармливания;
7. как рос и развивался на первом году жизни: физическое и психомоторное развитие в соответствии с нормативами, сроки и последовательность прорезывания зубов;
8. какие заболевания перенес, в том числе детские инфекции, в каком возрасте;
9. состоит ли на диспансерном учете у врачей-специалистов и с каким диагнозом, какое получает лечение, динамика данного заболевания;
10. были ли травмы, операции, какие, в каком возрасте;
11. вакцинирован ли ребенок согласно национальному календарю прививок или в индивидуальном графике, как переносит прививки, были ли осложнения;
12. прием лекарственных препаратов в данный момент;
13. аллергологический анамнез ребенка: наличие пищевой, лекарственной или респираторной аллергии, с какого возраста, как часто бывают обострения;
14. наследственные заболевания;
15. оценка периода адаптации (первые дни жизни) помогает определить степень повреждения ребенка в родах и возможности вегетативной нервной системы проявлять адаптационно-приспособительные механизмы, то есть оценить жизнеспособность. Обращается внимание на все проявления вегетативных дисфункций (цвет кожных покровов, дыхание, сердечно-сосудистая деятельность, состояние ЖКТ — качество сосания, вздутие живота, дефекация и т. д., мышечный тонус, рефлекторные реакции — тремор, наличие гипотермии, сон). Оценка адаптационных возможностей помогает в прогнозе успешности и примерных сроков остеопатического лечения.

## 5. Оценка соматического статуса

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

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

Осмотр кожных покровов производится сверху вниз, при этом необходимо обратить внимание на кожу волосистой части головы, за ушными раковинами, в подмышечных впадинах, под ягодицами, в межпальцевых промежутках. Методика включает в себя описание окраски кожи и видимых слизистых оболочек, чистоты кожи (наличие сыпи), состояние подкожных вен и венозных капилляров («марморность» у детей первого года жизни). У новорожденных возможна иктеричная окраска кожных покровов и слизистых в связи с физиологической желтухой (является нормой до 14-го дня жизни). У детей первого года жизни в естественных складках кожи могут быть опрелости, на слизистой ротовой полости признаки молочницы (кандидоз). У новорожденных на волосистой части головы возможно наличие кефалогематомы (оценить ее размеры).

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

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

Дыхательная система оценивается по состоянию носового дыхания (свободно, заложенность, отделяемое), по частоте дыхания (соот-

ветствие возрасту), участию грудной клетки в акте дыхания (симметричность, западение или выбухание податливых участков).

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

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

Уточняется характер физиологических отправлений (стул, мочеиспускание).

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

Врач-osteопат в ходе первичного приема детей первого года жизни должен уметь оценивать безусловные рефлексы (хватательный, Моро,

Бабкина, хоботковый, сосательный, поисковый, ползания по Бауэру, Робинзона, асимметричный шейный тонический, симметричный тонический шейный, опоры и автоматической ходьбы) и учитывать сроки их угасания (см. Приложение 1).

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

У детей первого года жизни важной составляющей состояния нервной системы является психомоторное развитие. Врач-osteопат должен уметь оценить соответствие уровня психомоторного развития возрасту ребенка (см. Приложение 2).

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

## 6. Общий остеопатический осмотр

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

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

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

*Осмотр* в положении младенца *лежа на спине*. Оцениваются положение тела, симметричность положения рук и ног относительно тела, положение головы относительно туловища, длина нижних конечностей, вальгусное или варусное искривление нижних конечностей.

*Осмотр* в положении младенца лежа на животе. Оцениваются положение тела, симметричность положения рук и ног относительно тела, положение головы относительно туловища, длина нижних конечностей, симметричность подъягодичных, бедренных, подколенных складок.

*Пальпация, перкуссия мышечного тонуса* проводится у детей, которые уже уверенно ходят. Врач производит пальпацию мышц и/или легкое симметричное постукивание по проекции мышц для оценки их тонуса, состояния.

Сзади врач оценивает трапециевидную мышцу, паравerteбральные мышцы, ягодичные мышцы, мышцы задней поверхности бедра, икроножные мышцы, ахилловы сухожилия.

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

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

## **7. Дифференциальный диагноз**

В случае необходимости, с целью уточнения диагноза и исключения состояний, являющихся противопоказанными для остеопатического лечения, врач-osteopat должен направить пациента на инструментальное и лабораторное обследования (УЗИ головы, шейного и других отделов позвоночника, брюшной полости и малого таза, компьютерная томография, анализы крови, мочи, кала) и на консультацию к педиатру и врачам-специалистам.

## **8. Постановка диагноза**

Диагноз формулируется согласно МКБ-10 — доминирующая соматическая дисфункция (M99.0). Также может быть указан синдромальный диагноз с учетом требований МКБ-10.

В случае если пациент направлен другим врачом, то наравне с соматической дисфункцией дополнительно указывается диагноз направившего врача.

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

Основываясь на жалобах, анамнезе, данных оценки соматического и остеопатического статусов, врач составляет индивидуальную схему лечения каждого пациента с учетом его особенностей. Преимущественно выбор тактики лечения осуществляется по принципу от доминирующей соматической дисфункции к наименее выраженным. Врач-osteopat самостоятельно определяет количество, характер (вид) техник и последовательность их использования, а также определяет дальнейшую тактику лечения (частоту остеопатических сеансов и их количество).

## **10. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ретест)**

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

## **11. Рекомендации**

В конце сеанса врач дает пациенту (или сопровождающим его родственникам) рекомендации по питанию, образу жизни, обсуждается повторное посещение врача-osteopata (повторные сеансы, интервал между ними). При необходимости назначаются консультации специалистов других профилей, дополнительные методы лабораторной и инструментальной диагностики.

При проведении приема детей первого года жизни следует учитывать длительность процедуры, так как дети этой возрастной группы быстро устают и могут негативно реагировать на манипуляции врача.

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

Бланк приема врача-osteopata в педиатрии см. в Приложении 3. Медицинская карта пациента оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями, предъявляемыми к оформлению медицинской документации.

## **Основные тесты остеопатического обследования детей и дополнительные тесты для обследования детей до 1 года**

Для детей первого года жизни применяются только тесты в положении лежа на спине.

### **Тест флексии (глобальный)**

*Положение пациента:* лежа на спине.

*Положение врача:* лицом к пациенту.

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

*Оценка:* степень свободы движения во флексии.

### **Оценка подвижности на уровне отделов позвоночника (региональный)**

*Положение пациента:* лежа на спине.

*Положение врача:* сбоку, лицом к пациенту.

*Положение рук врача:* первые пальцы обеих рук находятся на грудные. Второй, третий, четвертый, пятый пальцы обеих рук на уровне остистых отростков позвонков перемещаются по оси позвоночника, индуцируя вентральное движение позвонков.

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

Данный тест может быть произведен из положения пациента сидя (с момента, как ребенок начнет уверенно сидеть).

*Положение врача:* сзади от пациента.

*Положение рук врача:* первые пальцы обеих рук с двух сторон паравертебрально, остальные пальцы обхватывают грудную клетку.

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

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

### **Тест на подвижность в поясничном отделе (региональный)**

*Положение пациента:* лежа на спине с согнутыми конечностями.

*Положение врача:* лицом к пациенту, придерживает согнутые конечности.

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

*Оценка:* симметричность флексии, латерофлексии и ротации с обеих сторон.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Флексионный тест сидя**

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

*Исходное положение пациента:* сидя, опора на стопы, ноги согнуты под прямым углом в коленных и тазобедренных суставах, ко-

лени разведены так, чтобы между ними прошли плечи пациента при наклоне.

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

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

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

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

*Интерпретация флексионного теста стоя и сидя:*

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

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

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

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

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

*Исходное положение врача:* сбоку или позади пациента.

*Исходное положение пациента:* сидя.

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

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

### **Тест «трех объемов» (нижнеабдоминального, поддиафрагмального, торакального)**

*Исходное положение пациента:* сидя.

*Исходное положение врача:* стоя позади пациента.

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

Для оценки поддиафрагмального объема врач кладет одну руку продольно на верхний отдел передней брюшной стенки по средней линии (основание ладони на уровне мечевидного отростка грудины). Вторая рука устанавливается дорсально на уровне нижегрудного и верхнепоясничного отделов позвоночника (Th10–Th11–Th12–L1–L2) в проекции первой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (нижегрудной и верхнепоясничной

отделы позвоночника) и висцерального (органы верхнего этажа брюшной полости, диафрагма) компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

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

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

Данный тест не проводится у детей до 1 года.

### **Оценка длины нижних конечностей**

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

*Исходное положение врача:* сбоку, лицом к пациенту.

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

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

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

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

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

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

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

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

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

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

В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в правом и левом крестцово-подвздошных суставах должна быть симметричной.

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

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

Врач двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов плечевого пояса и верхних конечностей, акромиально-ключичных, плечевых, локтевых, лучезапястных. Для грудино-ключичного, акромиально-ключичного и плечевого суставов производится ритмичная симметричная пальпация в дорсальном направлении; для локтевого сустава производится пальпация с оценкой жесткости, податливости и амплитуды движения; для лучезапястного сустава производится оценка флексии, экстензии. Оцениваются глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.

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

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

*Исходное положение врача:* сидя со стороны головы пациента.

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

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

## **Оценка торакального и абдоминального регионов**

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

*Исходное положение врача:* стоя сбоку, лицом к пациенту.

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

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

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

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

- **Оценка синхронности**

*Исходное положение пациента:* лежа на спине или на боку.

*Исходное положение врача:* стоя или сидя лицом к пациенту.

Руки врача укладываются одна под затылочную кость пациента, другая — под крестец. Врач производит оценку синхронности движения затылочной кости и крестца.

В норме движения затылочной кости и крестца должны быть симметричными.

- **Оценка ритма, амплитуды и силы краниального ритмического импульса, паттерна черепа**

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

*Исходное положение врача:* сидя со стороны головы пациента.

Врач производит захват черепа по Сатерленду, синхронизируется с ритмом первичного дыхательного механизма.

Оцениваются частота, амплитуда и сила первичного респираторного механизма, определяется паттерн черепа (физиологический или патологический).

В норме частота первичного дыхательного механизма составляет 8–12 в минуту, амплитуда (+++), сила (+++) для любого возраста.

### **Оценка дыхательного ритмического импульса**

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

*Исходное положение врача:* стоя сбоку, лицом к пациенту.

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

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

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

### **Оценка сердечного (кардиального) ритмического импульса, пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых и задних большеберцовых артериях**

*Оценка сердечного ритмического импульса*

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

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

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

В норме амплитуда (+++), сила (+++).

*Пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых артериях*

Кисть пациента свободно захватывают рукой в области лучезапястного сустава так, чтобы большой палец находился на тыльной стороне предплечья, а остальные — на внутренней его поверхности. Нащупав артерию вторым, третьим, четвертым пальцами, прижимают ее к подлежащей кости. Оцениваются симметричность пульса, его частота, ритмичность.

При обследовании следует учитывать возрастные особенности частоты кардиального и торакального ритмического импульсов (см. Приложение 4).

#### **Оценка мобильности висцеральных органов**

Оценивается глобальная подвижность:

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

*Исходное положение пациента:* лежа на спине.

*Исходное положение врача:* стоя сбоку лицом к пациенту.

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

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

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

Для оценки мобильности висцерального ложа шеи каудальной рукой врач чашей захватывает висцеральное ложе шеи. Цефалическая рука является опорной и захватывает лобную кость. Далее врач производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо–влево) смещение висцерального ложа шеи, оценивая его глобальную подвижность.

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

### **Дополнительные тесты для обследования детей до 1 года**

#### **1. Тест платка (шарфа)**

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

*Положение ребенка:* лежа на спине.

Врач помещает ладонь ребенка на противоположное плечо.

*Интерпретация:* в норме локоть должен находиться на середине его тела. Если же он оказывается дальше середины — это мышечная гипотония, если не доходит до нее, то это гипертония.

## **2. Тест дорсифлексии стоп**

*Положение ребенка:* лежа на спине.

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

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

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

*Положение ребенка:* лежа на спине.

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

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

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

Врач присаживает ребенка, придерживая его головку. Затем отпускает его голову.

*Интерпретация:* в норме до 2 месяцев ребенок способен удержать свою голову на некоторое время. Если же его голова сразу падает — это осевая гипотония (глобальный уровень).

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

*Положение врача:* сидя у головы ребенка.

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

## **6. Тест центральной линии**

*Положение ребенка:* лежа на спине.

*Положение врача:* сидя у головы ребенка.

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

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

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

## **7. Тест «трёх сфер» (по Роберу Руссу)**

У детей до года под сферами нужно понимать: 1) объем головы и шейного отдела, 2) торакальный объем, 3) абдоминальный и тазовый объемы.

*Исходное положение пациента:* лежа или сидя.

*Исходное положение врача:* стоя позади пациента.

Для оценки первой сферы врач захватывает голову и шею латерально с двух сторон. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

Для оценки второй сферы врач кладет одну руку продольно либо поперечно на передней поверхности грудной клетки. Вторая рука устанавливается дорсально продольно или поперечно в проекции первой руки. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального и висцерального (органы грудной полости) компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

Для оценки третьей сферы врач кладет одну руку продольно или поперечно на переднюю брюшную стенку. Вторая рука устанавливается дорсально на уровне нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника в проекции первой. Врач активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального и висцерального компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.

**Интерпретация.** В норме дорсовентральное (флексия — экстензия) смещение (подвижность) как структурального, так и висцерального компонентов должно быть свободным и симметричным.

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

Таблица 2

**Остеопатическое заключение**

Уровень/ Нарушение	Биомеханическое 16/26/36	Ритмогенное 16/26/36	Нейродинамическое 16/26/36
Глобальный	123	Краниал. 123 Кардиал. 123 Дыхательн. 123	Психовисцеросоматическое 123 Постуральное 123

Уровень/ Нарушение	Биомеханическое 16/26/36	Ритмогенное 16/26/36	Нейродинамическое 16/26/36	
Региональный	Регион:	сома	висцера	V-C C-V
	Головы	123	123	Cr 123
	Шеи	123	123	C1-C3 123 123
	Верх. конечн.	123		C4-C6 123 123
	Грудной	123	123	C7-Th2 123 123
	Поясничный	123	123	Th3-Th5 123 123
	Таза	123	123	Th6-Th9 123 123
	Нижн. конечн.	123		Th10-L1 123 123
ТМО	123		L2-L5 123 123	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)			
Доминирующая соматическая дисфункция:				

## Показания и противопоказания для остеопатического лечения детей

### Показания для консультации детей у врача-osteопата:

- отягощенный ante- и интранатальный период (внутриутробная гипоксия; аномалии положения плода; много- и маловодие; многоплодная беременность; недоношенность; переношенность; родостимуляция — медикаментозная и механическая; кесарево сечение — плановое и экстренное; акушерские пособия в родах — вакуум-экстрактор, акушерские выходные щипцы; быстрые, стремительные и затяжные роды; дискоординация родовой деятельности; длительный безводный период; аномалии предлежания плода);
- нарушения периода адаптации (затяжное течение переходных состояний новорожденного, в том числе физиологическая желтуха);
- различные последствия родовой травмы и постгипоксических нарушений (гипертензионно-гидроцефальный синдром, кефалогематома, перелом ключицы);
- нарушения сна;
- функциональные расстройства ЖКТ (срыгивания, колики, запоры, нарушения аппетита);
- дисплазия тазобедренных суставов;
- нарушения мышечного тонуса;
- установочная кривошея;
- плагиоцефалия и другие деформации черепа;
- различные вегетативные проявления («мраморность» кожи, гипергидроз ладоней и стоп);
- задержка психомоторного развития;
- ЛОР-патология (частые риниты, гаймориты, отиты, тугоухость);
- нарушения зрения (миопия, дальнозоркость, астигматизм, косоглазие);
- дакриоцистит;
- головные боли;
- головокружения;
- речевые расстройства (задержка речевого развития, дизартрия, дислалия, дислексия);
- дисфункции зубочелюстной системы (нарушения прикуса, аномалии зубных рядов);

- вторичный хронический пиелонефрит;
- энурез;
- синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- нарушения осанки;
- сколиоз;
- плоскостопие;
- искривления конечностей (варусная и вальгусная установка);
- боли в разных отделах позвоночника, в конечностях;
- заболевания внутренних органов (бронхиальная астма, частые бронхиты, дискинезия желчевыводящих путей);
- часто и длительно болеющие дети;
- повышенная утомляемость;
- нарушения концентрации внимания;
- эмоциональная лабильность;
- последствия различных травм;
- последствия оперативных вмешательств.

### Противопоказания для остеопатического лечения

Абсолютными и относительными противопоказаниями для остеопатического воздействия в педиатрии являются те же состояния, что и у взрослых (см. клинические рекомендации «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций»). К относительным противопоказаниям следует добавить судорожный синдром в анамнезе (например, фебрильные судороги) без обследования.

## Список литературы

1. *Абрамова Е.В., Аптекаръ И.А., Мохов Д.Е., Малков С.С.* Порядок заполнения протокола первичного приема врача-osteопата в педиатрической практике // Российский остеопатический журнал. — 2014. — № 1–2 (24–25). — С. 37–47.
2. *Александрова В.А., Братова Е.А.* Особенности проявлений краниовертебральной патологии в детском возрасте // Актуальные проблемы педиатрии: сб. науч. работ. — СПб.: Береста, 2004. — С. 160–169.
3. *Баранов А.А.* Научные и практические проблемы российской педиатрии на современном этапе // Педиатрия. — 2005. — № 3. — С. 4–7.
4. *Беляев А.Ф., Карпенко Н.А., Семашко С.А.* Лечение и реабилитация детей с перинатальными повреждениями методами мануальной терапии: пособие для врачей. — Владивосток, 2007. — 59 с.
5. *Бобко Я.Н.* Клинико-физиологическое обоснование мануальной терапии соматической патологии у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук — СПб., 2000. — 50 с.
6. *Егорова И.А.* Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук — СПб., 2008. — 41 с.
7. *Егорова И.А., Бучнов А.Д.* Исследование эффективности остеопатического лечения неврологических расстройств у детей раннего возраста с соматическими дисфункциями // Тезисы научно-практической конференции «Физиотерапия и комплементарные технологии в нейрореабилитации», 12–13 ноября 2014 г. — С. 18–23.
8. *Егорова И.А., Бучнов А.Д., Михайлова Е.С.* Значимость остеопатического статуса в оценке функционального состояния организма школьников // Перспективы развития остеопатии: здоровье и качество жизни населения: сб. тезисов. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2012. — С. 102–108.
9. *Егорова И.А., Е.Л. Кузнецова.* Взаимосвязь логопедических нарушений у детей с натальной травмой // Международный конгресс «Традиционная медицина — 2007»: сб. науч. тр. — М., 2007. — С. 217.
10. *Егорова И.А., Е.Л. Кузнецова.* Остеопатия в акушерстве и педиатрии: монография — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. — 186 с.
11. *Егорова И.А., Кузнецова, А.Д. Бучнов.* Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение) // Российский семейный врач. — 2007. — Т. 11. — С. 19–22.
12. *Егорова И.А., Кузнецова Е.Л., Трубникова К.Е.* Диагностика соматических дисфункций у детей раннего возраста остеопатическим методом // Традиционная медицина. — 2006. — № 1 (6). — С. 31–35.
13. *Карпенко Н.А., Беляев А.Ф.* Лечение и профилактика неврологической патологии у детей в натальном периоде методами мануальной терапии // Мануальная терапия. — 2002. — № 4 (8). — С. 79–80.
14. *Кривонос И.В.* Головные боли у детей школьного возраста с последствиями натальной травмы краниоцервикальной области. Диагностика и реабилитация: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2005. — 18 с.
15. *Кривошеина Е.Н., Мизонова И.Б., Мохов Д.Е.* Остеопатическая помощь в первые дни жизни ребенка // Российский остеопатический журнал. — 2013. — № 3–4 (22–23). — С. 97–103.
16. *Куликов А.М.* Здоровье современных подростков: задачи педиатрии // Актуальные проблемы педиатрии: сб. науч. работ МАПО. — СПб.: Береста, 2004. — С. 63–73.
17. *Лопушанский П.Г.* Соматические дисфункции у детей. Причины возникновения и их роль в формировании ортопедической патологии // Мануальная терапия. — 2001. — № 2. — С. 64–66.

18. *Мохов Д.Е.* Научное обоснование развития остеопатической помощи населению Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2011. — 38с.
19. *Мохов Д.Е., Белаш В.О., Кузьмина Ю.О.* и др. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций. Клинические рекомендации. — СПб.: Невский ракурс, 2015. — 90 с.
20. *Мохов Д.Е., Юнина А.Б.* Соматическая дисфункция в различных диагностических и лечебных моделях остеопатии // *Российский остеопатический журнал.* — 2014. — № 3–4 (26–27). — С. 117–128.
21. Auquier O., Corriat P. L'Ostéopathie, comment ça marche?: Le mouvement, c'est la vie. — Paris: Frison-Roche, 1997. — 287 p.
22. Frymann V. M. Legacy of Osteopathy to Children.— *JAOA*, 1998. — 360 p.
23. Grenier B., Gold F. Abrege Développement et maladies de l'enfant. — Paris: Masson, 1986. — 634 p.

## Приложения

*Приложение 1*

### **Безусловные рефлексы новорожденных**

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

#### **Поисковый рефлекс**

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

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

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

#### **Хоботковый рефлекс**

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

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

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

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

### **Сосательный рефлекс**

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

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

При перинатальных поражениях головного мозга сосательный рефлекс исчезает или понижен.

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

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

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

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

### **Хватательный рефлекс**

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

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

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

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

### **Рефлекс Робинзона**

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

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

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

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

Постепенно исчезает к 9–14 месяцам жизни.

### **Рефлекс Моро**

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

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

В норме рефлекс Моро сохраняется до 3–4 месяцев.

### **Рефлекс Галанта**

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

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

### **Рефлекс Переза**

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

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

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

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

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

### **Рефлекс опоры**

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

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

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

### **Рефлекс автоматической ходьбы, или шаговый рефлекс**

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

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

Исчезает шаговый рефлекс постепенно к 2 месяцам жизни.

### **Рефлекс ползания Бауэра**

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

Дуга рефлекса замыкается на уровне поясничного утолщения спинного мозга.

### **Защитный рефлекс**

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

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

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

### **Рефлекс отдергивания**

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

Дуга рефлекса замыкается на уровне сегментов поясничного утолщения спинного мозга.

### Шейные-тонические рефлексы

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

Рефлекс исчезает к 12 месяцам.

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

Эти рефлексы непостоянны, обнаруживаются примерно у половины всех новорожденных.

### Рефлекс Бабинского

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

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

### Психомоторное развитие детей первого года жизни

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

Важно оценить ключевые моменты этапов:

#### 1. Психомоторного развития:

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

#### 2. Речевого развития:

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

## Психомоторное развитие по месяцам

### 1 месяц

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

### 2 месяца

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

### 3 месяца

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

### 4 месяца

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

### 5 месяцев

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

### 6 месяцев

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

### 7 месяцев

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

### 8 месяцев

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

### 9 месяцев

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

### 10 месяцев

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

### 11 месяцев

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

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

**Бланк приема врача-остеопата в педиатрии**

**Анамнез**

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

**Анамнез заболевания:** \_\_\_\_\_

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

Роды \_\_\_\_\_, на сроке \_\_\_\_\_ недель, протекали \_\_\_\_\_; воды \_\_\_\_\_, пособия в родах: \_\_\_\_\_, положение плода: \_\_\_\_\_

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

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

К груди приложен \_\_\_\_\_, Выписан домой на \_\_\_\_\_ сутки жизни

В периоде новорожденности не болел/болел \_\_\_\_\_

Вскармливание \_\_\_\_\_

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

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

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

Травмы/операции \_\_\_\_\_

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

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

Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания \_\_\_\_\_

**Данные объективного обследования**

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

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

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

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

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

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

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

ЧСС \_\_\_\_\_ в мин.

**Живот:** правильной формы, мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребенка, печень: по краю реберной дуги, \_\_\_\_\_, селезенка: не пальпируется \_\_\_\_\_

**Стул:** \_\_\_\_\_ раз в сутки \_\_\_\_\_, Мочеиспускание не нарушено, дизурических явлений нет \_\_\_\_\_

**Зрение:** \_\_\_\_\_

**Данные лабораторных/инструментальных методов обследования:**

\_\_\_\_\_

**Данные общего остеопатического обследования**

1. **Осмотр спереди/сбоку/сзади/лежа на спине\*/лежа на животе\***

**Поза** \_\_\_\_\_

**Форма головы** \_\_\_\_\_

**Положение головы относительно тела** \_\_\_\_\_

**Экскурия грудной клетки и живота во время дыхания** \_\_\_\_\_

2. **Активные движения** \_\_\_\_\_

3. **Пальпация/перкуссия мышечного тонуса:** \_\_\_\_\_

4. **Тест флексии\*** \_\_\_\_\_

5. **Оценка подвижности на уровне отделов позвоночника:** \_\_\_\_\_

6. **Тест на подвижность в поясничном отделе (флексия, латерофлексия, ротация)\*** \_\_\_\_\_

7. **Флексионный тест стоя** \_\_\_\_\_  
сидя \_\_\_\_\_

8. **Пассивные тесты в трансляции** \_\_\_\_\_

9. **Тест «трех объемов»\*:**

Голова, шейный регион \_\_\_\_\_

Грудной регион \_\_\_\_\_

Поясничный, тазовый регионы \_\_\_\_\_

10. **Оценка длины нижних конечностей** \_\_\_\_\_

11. **Тест подвижности суставов нижних конечностей** \_\_\_\_\_

12. **Тест подвижности КПС:** \_\_\_\_\_

13. **Тест подвижности суставов верхних конечностей** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* – особенности у детей первого года жизни

14. Оценка шейного отдела позвоночника (в трансляции) \_\_\_\_\_

15. Оценка торакального и абдоминального регионов \_\_\_\_\_

**16. Краниосакральная сфера:**

Глобальная оценка подвижности КСС (асинхронизм) +/-

Краниальный эндогенный ритм (RAF):

ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

Компрессия на уровне СБС: +/-

Паттерн \_\_\_\_\_

**17. Кардиальный эндогенный ритм (RAF):**

ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

Пульс на лучевых артериях: симметричность \_\_\_\_\_

частота \_\_\_\_\_ ритмичность \_\_\_\_\_

Пульс на задних большеберцовых артериях: пальпируется

(да/нет) \_\_\_\_\_ симметричность \_\_\_\_\_

**18. Торакальный эндогенный ритм (RAF):**

ритм \_\_\_\_\_ амплитуда \_\_\_\_\_ сила \_\_\_\_\_

**19. Висцеральная система**

**Оценка мобильности внутренних органов:**

висцерального ложа шеи \_\_\_\_\_

грудной клетки \_\_\_\_\_

области живота \_\_\_\_\_

области малого таза \_\_\_\_\_

**Дополнительные тесты:** \_\_\_\_\_

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

**Остеопатическое заключение:**

Уровень/ Нарушение	Биомеханическое (+ - ++ - +++)	Ритмогенное (+ - ++ - +++)	Нейродина- мическое (+ - ++ - +++)
Глобальный			*
Региональный			*
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция:			

**Диагноз (по МКБ-10):**

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

**Лечение:**

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

**Рекомендации:**

\_\_\_\_\_

**Необходимые консультации специалистов:**

\_\_\_\_\_

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

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

Повторный прием через \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\* — не оценивается у детей первого года жизни.





# ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В ПЕДИАТРИИ

## Клинические рекомендации

*Аптекарь И.А.* — канд. мед. наук, директор НОУ ДПО  
«Тюменский институт остеопатической медицины»

*Егорова И.А.* — докт. мед. наук, профессор,  
зав. кафедрой восстановительной медицины и остеопатии НовГУ  
им. Я. Мудрого, директор Института остеопатической медицины  
им. В.Л. Андрианова

*Кузьмина Ю.О.* — канд. мед. наук, доцент кафедры остеопатии СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова

*Мохова Е.С.* — ассистент Института остеопатии СПбГУ

*Трегубова Е.С.* — докт. мед. наук, профессор кафедры остеопатии  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, зам. директора  
Института остеопатии СПбГУ

Подготовлено к печати ООО «Невский ракурс»

Макет: Матисова Е.

Редактор: Пугачева Н.

Корректор: Нестерова Н.

Подписано в печать 01.09.2015.

Формат 84×108 <sup>1</sup>/<sub>32</sub>

Тираж 300 экз.