

**Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого**



**МЕЖДУНАРОДНАЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**

**посвященная 90-летию
со дня рождения Владимира Леонидовича Андрианова**

**ОСТЕОПАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ**

***СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ***

**Санкт-Петербург
2019**

УДК 615.828:005.745

ББК 53.54:65.58-66

М 43

Международная остеопатическая конференция: Остеопатические аспекты качества жизни населения: сборник статей и тезисов / под ред. Бучнова А. Д., Егоровой И. А. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2019 г. — с.

ISBN 978-5-98037-166-1

В сборник включены статьи и тезисы докладов по актуальным проблемам остеопатии, перспективам ее развития применительно к качеству жизни, связанному со здоровьем. С учетом современного развития остеопатической медицины, опыта остеопатической практики приведены результаты научных исследований, новые разработки и технологии остеопатического лечения, рассмотрены современные подходы к диагностике и лечению заболеваний, восстановлению здоровья населения различных возрастных групп.

© Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова, 2019

Подписано в печать 13.03.2019.

Формат 60×90/16.

Печать офсетная. Объем печ. л. 9,5.

Тираж 250 экз. Заказ .

Издательство ООО «Издательский дом СПбМАПО»
191014, Санкт-Петербург, Саперный пер., д. 7, литера А

Отпечатано в ООО «Типография «НП-ПРИНТ»
197110, г. Санкт-Петербург, Чкаловский пр., д. 15

СОДЕРЖАНИЕ

Дифференциальная диагностика в остеопатии: висцеральная боль и дисфункции позвоночника. <i>Андрэ Метра</i>	17
Diagnostic différentiel en ostéopathie: douleur viscérale et dysfonction vertébrale ou douleur vertébrale et dysfonction viscérale? <i>André Métra</i>	19
Место постурального равновесия и энергетического баланса в системной остеопатической диагностике и остеопатической консультации. <i>Ж. П. Дессан, Ж. Перьер</i>	21
Place de l'équilibre postural et de la balance énergétique dans le diagnostic systémique ostéopathique et la consultation ostéopathique. <i>J. P. Dessaint, J. Peyrière</i>	24
Кишечник — второй мозг. Место остеопатии. <i>Франсуа Аллар</i>	27
L'intestin, 2 ^{ème} cerveau, place de l'ostéopathie. <i>François Allart</i>	32
Характеристика факторов риска развития соматических дисфункций у детей в связи с особенностями родоразрешения. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. В. Кац</i>	36
Characteristics of somatic dysfunction risk factors in children with specific delivery. <i>I. Egorova, A. Buchnov, A. Kats</i>	36
Эффективность остеопатической коррекции функционального состояния сердечнососудистой системы организма детей раннего возраста в связи с особенностями родоразрешения. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. В. Кац</i>	40

Efficiency of osteopathic correction of functional state of cardiovascular system in young children with specific delivery. <i>I. Egorova, A. Buchnov, A. Kats</i>	40
Остеопатическая коррекция соматических дисфункций у детей первых шести месяцев жизни, рождённых при оперативном родоразрешении. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Н. П. Шейкина, А. В. Кац</i>	44
Osteopathic correction of somatic dysfunctions in children of the first six months of life born with operative delivery. <i>I. Egorova, A. Buchnov, N. Sheikina, A. Kats</i>	45
Эффективность остеопатического лечения пациентов с плечелопаточным периартрозом. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. Н. Шаров</i>	51
Efficiency of osteopathic treatment of patients suffering from humeroscapular periarthrosis. <i>I. Egorova, A. Buchnov, A. Sharov</i>	52
Оценка пальпаторных навыков слушателей Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова. <i>А. Д. Бучнов, И. А. Егорова</i>	56
Assessment of palpation skills of listeners at V. Andrianov institute of osteopathic medicine. <i>A. Buchnov, I. Egorova</i>	57
Остеопатическая коррекция соматических дисфункций у часто болеющих студенток гуманитарного вуза. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов</i>	60
Osteopathic correction of somatic dysfunctions in sickly female students of humanities. <i>I. Egorova, A. Buchnov</i>	60
Оценка психофизиологического состояния и скоростно-силовых качеств пловцов 13–14 лет на фоне применения программы тренировки и остеопатической коррекции соматических дисфункций. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Ю. Н. Морозов</i>	64

Assessment of psychophysiological state and speedpower qualities of swimmers aged 13–14 against the training program and osteopathic correction of somatic dysfunctions. <i>I. Egorova, A. Buchnov, Y. Morozov</i>	65
Оценка изменений в психическом состоянии организма лиц молодого возраста на фоне остеопатической коррекции соматических дисфункций. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Р. А. Вишневецкая</i>	70
Assessment of changes in mental state in young subjects against osteopathic correction of somatic dysfunctions. <i>I. Egorova, A. Buchnov, R. Vishnevskaya</i>	70
Остеопатическая коррекция психофизиологического состояния и качества жизни спортсменов в художественной гимнастике. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, И. Е. Гольм</i>	75
Osteopathic correction of psychophysiological state and life quality in rhythmic gymnasts. <i>I. Egorova, A. Buchnov, I. Golm</i>	76
Эффективность остеопатического лечения пациентов с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией после инсульта. <i>А. Д. Бучнов, М. А. Гитцович, Н. Г. Елисеева</i>	80
Efficiency of osteopathic treatment of poststroke patients suffering from pseudobulbar dysarthria and dysphagia. <i>A. D. Buchnov, M. Gitsovich, N. Eliseeva</i>	81
Эффективность остеопатической коррекции психофизиологического состояния сотрудников МЧС в процессе плановой медикопсихологической реабилитации. <i>А. Д. Бучнов, М. А. Гитцович, Е. А. Маллер</i>	86
Efficiency of osteopathic correction of psychophysiological state of rescue service staffers in the course of nonemergency recovery. <i>A. Buchnov, M. Gitsovich, E. Maller</i>	87

Постуральная система в функции венозного насоса. <i>П. М. Гаже, В. И. Усачев, П. Е. Печорин, А. И. Зимовская</i>	94
Postural system in venous pump functioning. <i>P. M. Gaugey, V. Usachyov, P. Pechorin, A. Zimovskaya</i>	94
Реализация клинической практики в Институте Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова. <i>И. А. Егорова, А. Е. Червоток, А. Д. Бучнов, К. А. Назаров</i>	97
Clinical practice at the V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine. <i>I. Egorova, A. Chervotok, A. Buchnov, K. Nazarov</i>	98
Оценка изменений в функциональном состоянии организма студенток учебного заведения на фоне остеопатической коррекции соматических дисфункций. <i>И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. Е. Паршиков</i>	102
Assessment of functional state changes in female students against osteopathic correction of somatic dysfunctions. <i>I. Egorova, I. Buchnov, A. Parshikov</i>	103
Оценка эффективности остеопатического лечения женщин с синдромом предменструального напряжения: цефалгическая форма, мигренозный тип. <i>Н. А. Барашкова, О. Е. Шевчук</i>	106
Assessment of efficiency of osteopathic treatment of women with premenstrual tension syndrome: cephalgic form, migrainous type. <i>N. Varashkova, O. Shevchuk</i>	107
Оценка эффективности остеопатического лечения пациентов с аксиальной нефиксированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. <i>И. Р. Барышникова, П. Е. Печорин, В. И. Усачев</i>	111
Assessment of osteopathic treatment of patients with axial unfixed hiatal hernia. <i>I. Baryshnikova, P. Pechorin, V. Usachyov</i>	111

Педагогическая деятельность преподавателей Института Остеопатической Медицины имени В. Л. Андрианова в контексте философии остеопатии. <i>Е. Р. Зинкевич</i>	116
Teaching the teachers Institute of Osteopathic Medicine V. L. Andrianov in the context of philosophy of osteopathy. <i>E. R. Zinkevich</i>	117
Оценка эффективности остеопатического подхода в профилактике преждевременных родов у женщин с истмикоцервикальной недостаточностью. <i>Г. М. Зиятдинова, И. А. Егорова</i>	119
Assessment of osteopathic approach efficiency in preventive measures of premature labour in women with cervical insufficiency. <i>G. Ziyatdinova, I. Egorova</i>	120
Остеопатия, как недоказательная медицина. <i>Л. А. Ласовецкая, А. Ю. Ловчев</i>	123
Osteopathy as a nonevidence medicine. <i>L. Lasovetskaya, A. Lovchev</i>	124
Клинические аспекты сотрудничества стоматолога и остеопата при лечении больных с дисфункцией ВНЧС. <i>Т. А. Лопушанская</i>	130
Clinical aspects of dentist-osteopath cooperation when treating patients with tmjd dysfunction. <i>T. Lopushanskaya</i>	130
Родовая травма центральной нервной системы и её отдалённые последствия. <i>Е. А. Морозова, Д. В. Морозов</i>	134
Birth in jury of central nervous system and its longterm effects. <i>E. Morozova, D. Morozov</i>	135
Остеопатическое лечение соматических дисфункций у пациенток с гонартрозом второй стадии. <i>К. А. Назаров, Е. Ю. Свириг</i>	140

Osteopathic treatment of somatic dysfunction in female patients with a second stage gonarthrosis. <i>K. Nazarov, E. Svirin</i>	140
Влияние остеопатического лечения на функциональное состояние ЦНС и когнитивные функции студентов в период учебной сессии. <i>К. А. Назаров, А. В. Алборишвили</i>	143
Influence of osteopathic treatment on the functional state of cns and cognitive functions of students taking exams. <i>K. Nazarov, A. Alborishvili</i>	144
Новый подход к оценке стабилметрической информации. <i>В. И. Усачев, П. М. Гаже, П. Е. Печорин, В. Е. Беляев, А. Ф. Кононов</i>	147
New approach to stabilometric data assessment. <i>V. Usachyov, P. M. Gaugey, P. Pechorin, V. Belyaev, A. Kononov</i>	148

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

26 апреля 2019 г.	ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ
09:30 – 10:00	Открытие конференции
10:00 – 10:15	Егорова Ирина Анатольевна <i>Директор ИОМ им. В. Л. Андрианова, зав. кафедрой остеопатии НовГУ им. Ярослава Мудрого</i>
	В. Л. Андрианов – вклад в историю остеопатии
10:15 – 10:30	Рутенбург Дмитрий Григорьевич <i>ИОМ им. В. Л. Андрианова</i>
	Прикладные педагогические аспекты преподавания остеопатии
10:30 – 11:00	Андрэ Метра <i>Директор EFAC (Школа оценки анатомических и клинических показателей); Исполнительный директор Высшего Института Остеопатии (ISO Paris)</i>
	Патрик Гийом <i>Директор Высшего Института Остеопатии Парижа (ISO Paris); Соуправляющий колледжа традиционной остеопатии Гарольда Магуна СЕТОНМ</i>
	Дифференциальная диагностика в остеопатии: висцеральная боль и дисфункции позвоночника. Боли в позвоночнике и висцеральная дисфункция
11:00 – 11:15	Червоток Андрей Евгеньевич <i>Зам. директора ИОМ им. В. Л. Андрианова по учебной работе, Завуч кафедры остеопатии НовГУ им. Ярослава Мудрого</i>
	Базовые принципы тканевого подхода в остеопатии
11.15 – 11.45	Кофе-брейк
11:45 – 12:15	Пьер-Мари Гаже <i>Основатель и почётный президент французской постурологической ассоциации</i>
	Две функции постуральной системы

12:15 – 12:45	Ален Обервиль
	<i>Международный лектор (Франция, Италия, Канада, Австралия, Россия), соучредитель остеопатических школ Eurostéo и ISO в Экс-ан-Провансе</i>
	Мотильность в остеопатии. Новая концепция, основанная на эмбриологии
12:45 – 13:15	Жан Перьер, Жан-Пьер Дессан
	<i>Международные координаторы Высшего Института Остеопатии Парижа (ISO Paris)</i>
	Перспективы развития остеопатии
13:15 – 13:30	Ласовецкая Лариса Анатольевна
	<i>Директор Русской Академии Остеопатической Медицины (РАОМед)</i>
	Остеопатия как «не» доказательная медицина
13:30 – 13:45	Усачёв Владимир Иванович
	<i>Главный консультант ИОМ им. В. Л. Андрианова</i>
	Новый подход к оценке стабилметрической информации
13:45 – 15:00	Обед
15:00 – 15:15	Зинкевич Елена Романовна
	<i>Доцент кафедры общей и прикладной психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, координатор по непрерывному педагогическому образованию ИОМ</i>
	Педагогическая деятельность преподавателей ИОМ им. В. Л. Андрианова в контексте философии остеопатии
15:15 – 15:45	Франсуа Аллар
	<i>Международный лектор (Франция, Англия, Италия, Германия, Швейцария, Россия)</i>
	Кишечник — второй мозг. Роль висцерального подхода в остеопатии

15:45 – 16:05	Ионова Татьяна Ивановна
	<i>Руководитель отдела Университетской клиники СПбГУ, ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России, председатель Совета Межнационального центра исследования качества жизни СПб</i>
	Значение исследования качества жизни в современном здравоохранении
16:05 – 16:25	Лопушанская Татьяна Алексеевна
	<i>Доцент кафедры ортопедической стоматологии СЗГМУ им. Мечникова</i>
	Клинические аспекты сотрудничества стоматолога и остеопата при лечении больных с дисфункцией ВНЧС
16:25 – 16:45	Кулага Ольга Алексеевна Крившенко Антон Юрьевич
	<i>ИОМ им. В. Л. Андрианова</i>
	Возможности остеопатии в ветеринарной практике
16:45 – 17:15	Вопросы/ ответы, закрытие пленарного заседания

РАСПИСАНИЕ МАСТЕР-КЛАССОВ

дата/время проведения	09:00 – 17:00 мастер-класс 11:00 – 11:30 кофе брейк 13:30 – 14:30 обед
25 апреля 2019	25 А. Ласовецкая Л. А. Структуральные техники (высокоскоростные, артикуляции) на разных уровнях организации тела
25 апреля 2019	25 В. Усачёв В. И., П.-М. Гаже, Печорин П. Е. Постурология и компьютерная стабилметрия в оценке эффективности остеопатического лечения
25 апреля 2019	25 С. Червоток А. Е. Остеопатическая пальпация с позиции тканевого подхода
27 апреля 2019	27 А. Гийом П., Метра А. Дифференциальная диагностика в остеопатии: висцеральная боль и дисфункции позвоночника. Боли в позвоночнике и висцеральная дисфункция
27 апреля 2019	27 В. Аллар Ф. Кишечник — второй мозг. Роль висцерального подхода в остеопатии

CONFERENCE PROGRAM

April 26, 2019	PLENARY SESSION
09:30 – 10:00	Conference Opening
10:00 – 10:15	Irina Egorova
	<i>V. Andrianov IOM Director Head of the Yaroslav-the-Wise Novgorod State University Department of Osteopathy</i>
	V. Andrianov – contribution to the history of osteopathy
10:15 – 10:30	Dmitry Rutenburg
	<i>V. Andrianov IOM</i> Applied pedagogical aspects of teaching osteopathy
10:30 – 11:00	André Métra
	<i>EFEAC Director (School of Education and Assessment of Anatomy in the Clinical Examination); Executive Director of the Higher Institute of Osteopathy (ISO Paris)</i>
	Patrick Guillaume
11:00 – 11:15	<i>Director of the Higher Institute of Osteopathy (ISO Paris); Co-manager of Traditional College of Osteopathy Harold Magoun CETOHM</i>
	Differential diagnostics in osteopathy: visceral pain and spine dysfunction. Spine pain and visceral dysfunction
11:15 – 11:45	Andrey Chervotok
	<i>Deputy IOM Director of Academic Work Head of the Yaroslav-the-Wise Novgorod State University Department of Osteopathy Завуч кафедры остеопатии НовГУ им. Ярослава Мудрого</i>
11:45 – 12:15	Basic principles of tissue approach in osteopathy
11:15 – 11:45	Coffee Break
	Pierre-Marie Gaugey
	<i>Founder and Honorary President of French Posturology Association</i>
11:45 – 12:15	Two functions of postural system

Conference program

12:15 – 12:45	Alain Auberville
	<i>International lector (France, Italy, Canada, Australia, Russia), Co-founder of Eurostéo and ISO in Aix-en-Provence соучредитель остеопатических школ Eurostéo и ISO в Экс-ан-Провансе</i>
	Motility in osteopathy. New concept based on embryology.
12:45 – 13:15	Jean Peyriere, Jean-Pierre Dessaint
	<i>International Coordinators of Higher Institute of Osteopathy Director (ISO Paris)</i>
	Perspectives of osteopathic development
13:15 – 13:30	Larisa Lasovetskaya
	<i>Director of Russian Academy of Osteopathic Medicine (RAOMed)</i>
	Osteopathy as a non-evident medicine
13:30 – 13:45	Vladimir Usachyov
	<i>V. Andrianov IOM Chief Advisor</i>
	New approach to the evaluation of stabilometric data
13:45 – 15:00	Lunch
15:00 – 15:15	Elena Zinkevich
	<i>Assistant Professor at the Department of General and Applied Psychology of St. Petersburg State Pediatric Medical University, Coordinator of continuous pedagogical osteopathic education at V. Andrianov IOM</i>
	Pedagogical activity of V. Andrianov IOM teachers in context of osteopathic philosophy
15:15 – 15:45	François Allart
	<i>International lector (France, England, Italy, Germany, Switzerland, Russia)</i>
	Stomach is the second brain. The role of osteopathic approach in osteopathy
15:45 – 16:05	Tatyana Ionova
	<i>Head of the Department at the St. Petersburg State University Clinic of the FSBI General Hospital of Health Department of Russia, International Center of Life Quality Research Council Chief, St. Petersburg Межнаци- онального центра исследования качества жизни СПб</i>
	Importance of life quality exploration within modern healthcare system

16:05 – 16:25	Tatyana Lopushanskaya
	<i>Assistant Professor of Orthopaedic Dentistry of the North Western State Medical University named after I.I. Mechnikov</i>
	Clinical aspects of dentist-osteopath cooperation when treating patients with TMJD dysfunction
16:25 – 16:45	Olga Kulaga, Anton Krivshenko
	<i>V. Andrianov IOM</i>
	Possibilities of osteopathy in veterinary practice
16:45 – 17:15	Questions/Answers Plenary Session Closing

WORKSHOPS

date/time	09:00 – 17:00 Workshop 11:00 – 11:30 Coffee-break 13:30 – 14:30 Lunch
April 25, 2019	25 A. Larisa Lasovetskaya Structural techniques (high-velocity, articulations) at different levels of body organization
April 25, 2019	25 B. Vladimir Usachyov, Pierre-Marie Gaugey, Pavel Pechorin Posturology and computer stabilometrics in the assessment of osteopathic treatment efficacy
April 25, 2019	25 C. Andrey Chervotok Osteopathic palpation based on tissue approach
April 27, 2019	27 A. Patrick Guillaume, André Métra Differential diagnostics in osteopathy: visceral pain and spine dysfunction. Pain in spine and visceral dysfunction
April 27, 2019	27 B. François Allart Stomach is second brain. Role of visceral approach in osteopathy

Андрэ Метра

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
В ОСТЕОПАТИИ: ВИСЦЕРАЛЬНАЯ БОЛЬ
И ДИСФУНКЦИИ ПОВОНОЧНИКА**

Высший Институт Остеопатии (ISO Paris)

Париж, Франция

«В жизни нет ничего, чего стоило бы бояться, есть только то, что нужно понять» (Мария Кюри 1867–1934).

Остеопатия — полноправная дисциплина, которая входит в группу медицинских дисциплин. Это дисциплина рациональная, логическая и доказательная.

Остеопатия доказательно опирается на анатомию, физиологию, эмбриологию, а сегодня — и на самые последние данные нейрофизиологии.

Наши тесты и техники возникают на основании наблюдения всей совокупности этих данных.

Качество жизни, боль — первостепенные объекты внимания в остеопатии. Обратимся к висцеральной чувствительности.

Многие известные французские и зарубежные хирурги и физиологи занимались этим вопросом.

К таким исследователям принадлежит Ноэль Меи, ведущий научный сотрудник CNRS (Государственный центр научных исследований). Благодаря использованию электронного микроскопа, ферментных маркеров, его морфологические и электрофизиологические исследования коренным образом изменили наше представление об автономной нервной системе.

Автономная нервная система — это система функционирования наших органов.

Сенсорные сигналы, идущие из всего комплекса внутренних органов, достигают нервных центров, проходя из спинного мозга в кору головного мозга.

Не так давно мы думали, что автономную нервную систему и ее две составляющих (симпатическая и парасимпатическая составляющие) можно рассматривать, как эфферентную систему (Langley, 1921; Crosby, 1962).

Эту концепцию сегодня следует пересмотреть. Аfferентные волокна не только присутствуют в автономной нервной системе, но их даже больше, чем эфферентных волокон.

Сенсорная висцеральная иннервация накладывается на двигательную висцеральную иннервацию (симпатическую и парасимпатическую), сенсорные висцеральные волокна встречаются во всех нервах автономной нервной системы, где они сопровождают двигательные волокна.

Мы можем видеть, что в желудочно-кишечном тракте вагусные волокна (вагусная чувствительность) заканчиваются, в основном, в мышечных слоях и в слизистой оболочке, а чревные волокна иннервируют периферически серозную оболочку (чревная чувствительность) (Méi, 1983). Это является важным элементом терапевтической логики и нашего остеопатического клинического подхода.

Исследователи установили, что блуждающие нервы содержат в 3–4 раза больше сенсорных волокон по сравнению с двигательными волокнами. Блуждающий нерв — это, в основном, сенсорный нерв.

Ясно, что автономная нервная система должна рассматриваться, как система смешанная, наравне с соматической системой, имеющая сенсорные аfferентные волокна и двигательные эфферентные.

Электрофизиологические исследования подтвердили богатство согласованных висцеро-соматических связей.

Проекции соматических и висцеральных аfferентных связей накладываются друг на друга во многих структурах ЦНС: в ядре одиночного пути, таламусе, гипоталамусе, мозжечке и коре мозга.

Висцеральные аfferентные связи широко представлены во многих сознательных и бессознательных механизмах, которые обеспечивают целостность организма.

Вся эта нейронная информация, идущая из тела или из окружающей среды, встраивается и обобщается в центральной нервной системе.

Постура зависит от центральной нервной системы. Она может нарушаться из-за дисфункции висцеры или позвоночника.

Висцеральная боль приводит к дисфункции системы позвоночника, которая, в свою очередь, приводит к дисфункции движений верхних и нижних конечностей, объясняя хорошо известные клиницистам отражённые боли.

Знание постральной системы — важнейший элемент остеопатической диагностики: висцеральная боль и дисфункция позвоночника или боли в позвоночнике и висцеральная дисфункция.

André Métra

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL EN OSTÉOPATHIE:
DOULEUR VISCÉRALE ET DYSFONCTION VERTÉBRALE OU
DOULEUR VERTÉBRALE ET DYSFONCTION VISCÉRALE?**

Institut Supérieur d'Osteopathie

Paris

«Dans la vie rien n'est à craindre, tout est à comprendre» (Marie Curie 1867–1934).

L'ostéopathie est une discipline à part entière qui s'inscrit dans l'équipe médicale, c'est une discipline rationnelle, raisonnée et fondée.

L'ostéopathie est une discipline fondée sur l'anatomie, la physiologie, l'embryologie et aujourd'hui sur les données les plus récentes en neurophysiologie.

Nos tests et nos techniques sont tirés de l'observation de l'ensemble de ces données.

La qualité de vie, la douleur sont des préoccupations premières de l'ostéopathie, nous allons porter particulièrement notre attention sur la sensibilité viscérale.

De nombreux chercheurs, physiologistes de renom Français et Étranger se sont penchés sur la question.

Parmi ces chercheurs, Noel Mei directeur de recherche au CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) a contribué à changer profondément notre vision sur le système autonome, grâce aux marqueurs enzymatiques, aux microscopes électroniques, et à l'étude morphologique, et électro physiologique.

Le système autonome, est le système de fonctionnement de nos organes.

Les signaux sensitifs issus de l'ensemble des viscères atteignent les centres nerveux depuis la moelle jusqu'au cortex cérébral.

Il n'y a pas si longtemps que cela nous pensions que le système autonome et ses deux composantes sympathique et parasympathique était considéré comme un système efférent. (Langley 1921, Crosby 1962).

Cette conception doit être aujourd'hui revue, non seulement les fibres afférentes existent dans le système nerveux autonome mais elles sont plus nombreuses que les fibres efférentes.

L'innervation sensitive viscérale se superpose à celle de l'innervation motrice, sympathique et parasympathique, les fibres sensibles viscérales se rencontrent dans tous les nerfs du système nerveux autonome ou elles accompagnent les fibres motrices.

Pour le tube digestif, nous avons pu observer que les fibres vagales (sensibilité vagale) se terminent surtout dans les couches musculaires et dans la muqueuse, alors que les fibres splanchniques innervent préférentiellement la séreuse (sensibilité splanchnique) (Méi, 1983). Ce qui constitue un élément important dans notre réflexion thérapeutique et notre approche clinique ostéopathique.

Les chercheurs ont observés que les nerfs vagues contiennent 3 à 4 fois plus de fibres sensibles que de fibres motrices. Le nerf vague est principalement un nerf sensitif.

Il est clair que le système nerveux autonome doit être considéré comme un système mixte, au même titre que le système somatique, avec des afférences sensibles et des efférences motrices.

Les données électro physiologiques ont confirmé la richesse des convergences viscéro-somatique.

La projection des afférences somatiques et des afférences viscérales sont superposables dans plusieurs structures centrales: NTS, le thalamus, l'hypothalamus, le cervelet et le cortex cérébral.

Les afférences viscérales sont largement impliquées dans les nombreux mécanismes, conscients et inconscients, qui assurent la protection et l'intégrité de l'organisme.

Toutes ces informations nerveuses proviennent du corps ou de l'environnement et vont être intégrées et synthétisées par le Système nerveux Central.

La posture est dépendante du système central et peut être perturbé par une dysfonction vertébrale ou viscérale.

La douleur viscérale va entraîner une dysfonction du système vertébral qui lui-même entraînera des dysfonctions du mouvement des membres supérieurs et inférieurs expliquant les douleurs projetées bien connues des cliniciens.

La connaissance du système postural est un élément essentiel au diagnostic ostéopathe: Douleur viscérale et dysfonction vertébrale ou douleur vertébrale et dysfonction viscérale.

Ж.-П. Дессан, Ж. Перьер

**МЕСТО ПОСТУРАЛЬНОГО РАВНОВЕСИЯ
И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА В СИСТЕМНОЙ
ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ
И ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

*Высший институт остеопатии Парижа
Париж, Франция*

Системная диагностика — сложное искусство! Чтобы диагностировать патологию, нужно идентифицировать причинные отношения, связанные с симптоматикой момента. Но особенно важно — понять глобальность пациента, который приходит на консультацию.

Особенность диагностики и лечения в остеопатии состоит в том, что они учитывают взаимодействия мышечно-скелетной, висцеральной и краниосакральной систем; через эти три системы остеопатия получает доступ ко всем функциям организма.

Человеческие существа являются двуногими; этой их особенностью управляет постральная функция; для этой последней требуется координация всех трех систем, которые вместе обеспечивают эффективность позуры; то есть наиболее эффективное и экономное управление.

Во время консультации эти три системы очень часто (слишком часто) рассматриваются отдельно, как при диагностике, так и при терапевтической стратегии. С другой стороны, основные

моменты диагностики и лечения происходят, когда пациент находится в положении сидя и лёжа (в статике и без нагрузки); очень мало для этого используется положение стоя. В связи с этим:

- постуральная информация не учитывается;
- лечение очень часто разбито на сегменты: висцеральное — краниосакральное или мышечно-скелетное лечение. Как следствие, мы видим появление специализаций («краниальная» — «висцеральная» или «мышечно-скелетная» остеопатия).

Миофасциальносуставные цепи (с ортопедической точки зрения, принадлежащие к единой мышечно-скелетной системе), на самом деле, соединяют эти три системы, создавая структурированную и комплементарную постуральную систему в логике «тенсегрити» / напряженной целостности. Они распределяют постуральные нагрузки (давления — тракции), которые отражаются на всех подсистемах (нервной-кровеносной-гормональной-пищеварительной и т. п.)

Они расположены в трех плоскостях (поверхностной, глубокой и аксиальной). Вместе они создают вертикальную постуральную систему и перекрещивающуюся систему, обеспечивая позу и мобильность в трёх плоскостях пространства. Это дает три типа позы, известные как «передний тип», «задний тип» и «нейтральный тип». На самом деле, речь в большей степени идет о морфотипе, в рамках которого мы можем различать аксиальный морфотип (OS), глубокий морфотип (TI) и нейтральный морфотип.

Вместе с тем, Ирвин Корр (Irwin KORR) позволил нам понять, что понятие нейродвигательной фасилитации связано с афферентной стимуляцией задних ганглиев спинного мозга; такая стимуляция приводит к преднагрузке мотонейронов переднего рога.

Основным фактором этого феномена, конечно же, является положение тела на двух ногах. В связи с этим, всякое нарушение постурального равновесия приводит к состоянию нейрогенного насыщения, что проявляется в одном или нескольких метамерах, испытывающих нагрузки, связанные с нарушением равновесия. Это неминуемо отражается на функциях органов, завися-

щих от конкретного метамерного уровня, а также на энергетическом резерве пациента.

Поэтому смысл проведения постуральной диагностики, являющейся элементом системной остеопатической диагностики, очевиден. Он позволяет:

- Прояснить результат действия силы тяжести на организм
 - висцеральные нагрузки (взаимодействие между содержащим и содержимым);
 - нарушение миофасциального равновесия напряжения;
 - суставные нагрузки;
 - метамерные зоны в дисфункции;
 - краниосакральные нагрузки.
- Определить состояния
 - адаптации;
 - компенсации;
 - декомпенсации.

В морфотипе пациента для выработки гипотез о дисфункциях

- Облегчить понимание причинных отношений между тремя системами;
- Включить эту диагностику в лечение мышечно-скелетной, висцеральной и краниосакральной систем (компенсация — декомпенсация);
- Определить приоритет лечения среди трех систем в зависимости от состояния морфотипа в момент консультации.

Учет энергетического баланса в диагностике и на консультации также является первостепенным элементом. В самом деле, двуногость — это компромисс между нагрузками определенных структур и адаптацией других; это способность обеспечить вертикальное положение за счет минимального расхода энергии.

Любое остеопатическое лечение требует достаточного энергетического запаса, чтобы иметь возможность запустить восстановление. В распоряжении терапевта есть разные тесты: измерение пульса в традиционной китайской медицине, слушание ПДМ в остеопатии, кинезиологические тесты в постурологии.

В контексте постурального анализа для обнаружения спада потенциала витальности используется тест дельтоидов по Гудхарту (GOODHEART).

Если этот тест положительный, то прежде чем приступать к остеопатическому лечению, лучше использовать технику «восстановления витальности». Эта техника нацелена на немедленную подзарядку потенциала витальности и позволяет организму справиться с информацией, поступающей от лечения и стимулировать процесс восстановления равновесия (самоисцеления).

Используется энергетическая техника рекойл (ToggleRecoil) на атланте.

Воздействие этой техники, в основном, нейрогенное и сосудистое, а затем и гормональное.

В зависимости от состояния пациента, эту технику можно дополнить работой на солнечном сплетении или на подчревном сплетении.

Нам представляется необходимым выполнять поструральную диагностику и заниматься энергетическим балансом пациента.

- С одной стороны, это нужно, чтобы понять место обнаруженных при клиническом осмотре дисфункций в системном контексте морфотипа пациента и иметь возможность сделать выбор на основе терапевтических приоритетов;

- С другой стороны, это позволяет выявить нехватку энергии, неблагоприятным образом отражающуюся на процессе саморегуляции организма, и дает возможность исправить ситуацию во время консультации, чтобы получить оптимальные шансы для успеха лечения.

J.-P. Dssaint, J. Peyriere

**PLACE DE L'EQUILIBRE POSTURAL ET DE LA BALANCE
ENERGETIQUE DANS LE DIAGNOSTIC SYSTEMIQUE
OSTEOPATHIQUE
ET LA CONSULTATION OSTEOPATHIQUE**

Institut Supérieur d' Osteopathie Paris
Paris, France

Le diagnostic systémique est un art difficile! Poser un diagnostic nosogénique nécessite d'avoir identifié les relations causales liées à la symptomatologie du moment, mais surtout d'avoir compris la globalité du patient qui se présente en consultation.

La particularité du diagnostic et du traitement en Ostéopathie est qu'ils prennent en compte les interactions des systèmes musculo-squelettique, viscéral et crânio-sacré; c'est par ces 3 systèmes que l'Ostéopathe a accès à toutes les fonctions de l'organisme

La particularité de l'être humain est la bipédie, qui est gérée par la fonction posturale; celle-ci nécessite la coopération et la coordination de ces 3 systèmes afin d'assurer ensemble l'efficacité de la posture; c'est-à-dire la gestion la plus efficace et économique possible.

En consultation courante, ces 3 systèmes sont très (trop) souvent abordés séparément, dans la démarche diagnostique comme dans la stratégie thérapeutique. D'autre part, l'essentiel du diagnostic et du traitement est réalisé sur le patient assis et couché (en statique et en décharge); la position debout est très peu utilisée et de ce fait,

- des informations posturales ne sont pas prises en compte
- Le traitement est trop souvent sectorisé > traitement viscéral — crânio sacré ou musculo squelettique ... Certaines pratiques de spécialisation (ostéopathe «crânien» — «viscéral» ou «musculo squelettique») en découlent.

Les chaînes myo-fascio-articulaires (appartenant du point de vue orthopédique au seul système musculo-squelettique), réunissent en réalité ces 3 systèmes en réalisant un système postural structuré et complémentaire dans une logique de tensegrité. Elles se répartissent les contraintes posturales (pressions — tractions) qui se répercutent sur tous les sous-systèmes (nerveux — circulatoire-hormonal — digestif...)

Disposées en 3 plans (superficiel, profond et axial), elles constituent ensemble un système postural vertical et un système croisé assurant la posture et la mobilité dans les 3 plans de l'espace. Ceci détermine 3 types généraux de posture, connus comme étant «le type antérieur», «le type postérieur» et «le type neutre». En fait il s'agit plus d'une notion de morphotype dans lequel nous pouvons distinguer un morphotype axial (OS), un morphotype profond (TI) et un morphotype neutre.

Parallèlement, Irwin KORR nous a permis de comprendre que la notion de facilitation neuro-motrice est liée aux stimulations afférentes des ganglions postérieurs de la moelle, celles-ci entraînant un état de pré-charge des moto-neurones de la corne antérieure.

La posture bipédique constitue à l'évidence un facteur essentiel dans ce phénomène. De ce fait, tout déséquilibre postural entraîne

un état de saturation neurogène qui se manifeste dans le ou les métamères subissant les contraintes liées au déséquilibre. Ceci se répercute inmanquablement sur les fonctions des organes dépendant de ce niveau métamérique ainsi que sur la réserve énergétique du patient.

L'intérêt du diagnostic postural en tant qu'élément du diagnostic systémique ostéopathique est de ce fait évident. Il permet de:

- Mettre en lumière les effets de la gravité sur l'organisme
 - contraintes viscérales (relation contenant / contenu);
 - déséquilibres tensionnels myo fasciaux;
 - contraintes articulaires;
 - zones métamériques dysfonctionnelles;
 - contraintes crânio-sacrées.

- Déterminer les états

- d'adaptation;
- de compensation;
- de décompensation;

dans le morphotype du patient pour élaborer les hypothèses dysfonctionnelles

- Faciliter la compréhension des relations causales entre les 3 systèmes

- Intégrer ce diagnostic dans le traitement des systèmes musculo squelettique, viscéral et cranio sacré (compensation – décompensation).

- Déterminer la priorité de traitement entre les 3 systèmes en fonction de l'état du morphotype au moment de la consultation.

La prise en considération de la balance énergétique dans le diagnostic et dans la consultation est tout aussi primordiale. En effet, La bipédie est un compromis entre les contraintes de certaines structures et les adaptations de certaines autres; c'est la faculté de pouvoir assurer la position verticale au prix d'une dépense énergétique minimale.

Tout traitement Ostéopathique nécessite une réserve énergétique suffisante afin de pouvoir entraîner une rééquilibration. Différents tests sont à la disposition du thérapeute: La prise des pouls en médecine traditionnelle chinoise, l'écoute du CRI (MRP) en Ostéopathie, les tests kinésiologiques en posturologie.

Dans le contexte de l'analyse posturale, le test utilisé pour détecter

une diminution du potentiel vital est celui du deltoïde en s'appuyant sur les travaux de GOODHEART.

Avant d'aborder le traitement Ostéopathique, lorsque ce test est positif, il convient de mettre en œuvre une technique de «revitalisation»; ceci a pour but de recharger momentanément le potentiel vital afin de permettre à l'organisme de gérer les informations apportées par le traitement et de stimuler le processus d'équilibration (auto guérison).

La technique utilisée est celle du «Toggle Recoil» énergétique de l'Atlas.

Les effets produits par cette technique sont essentiellement neurogènes et vasculaires, puis hormonaux dans un second temps.

Cette technique peut être complétée au niveau du plexus solaire et ou du plexus hypogastrique selon l'état du patient.

Procéder au diagnostic postural et à la balance énergétique du patient nous paraît indispensable afin:

- d'une part, de comprendre la place des dysfonctions révélées à l'examen clinique dans le contexte systémique du morphotype du patient et de pouvoir opérer des choix raisonnés sur les priorités thérapeutiques à mettre en œuvre;
- d'autre part, de mettre en évidence une carence énergétique qui pourrait être préjudiciable au processus d'auto régulation de l'organisme et d'y pallier dans le temps de la consultation, afin d'optimiser les chances de réussite du traitement.

Франсуа Аллар

КИШЕЧНИК – ВТОРОЙ МОЗГ. МЕСТО ОСТЕОПАТИИ

член Регистра остеопатов Франции

Париж, Франция

Вот тема, пробуждающая любопытство.

«Вывернуть себя наизнанку, облегчить нутро, нутром чуют, от страха живот светло, бабочки в животе, сердце бьется в животе, комок в животе, кишка тонка, надорвать кишки» и т. п.

Вот некоторые расхожие выражения, связывающие кишечник и эмоции.

Бывает, что наш взгляд на пациентов, предлагаемое им лечение, наше понимание, принимают особый оборот.

Многие годы остеопаты наблюдают, как висцеральные техники улучшают качество жизни пациентов и с тяжелыми аутоиммунными заболеваниями, и в таких сферах, как ревматология или неврология; при этом кризисы развития оказываются менее сильными, менее длительными и имеющими менее серьезные последствия: с этим, конечно же, связано изменение режима питания.

Когда мы об этом говорили с медиками, к нам не отнеслись с надлежащим вниманием.

Почему? Только потому, что у Медицины не было готового объяснения связей кишечника и остальных частей тела. Не было этих глобальных связей между симптомом, первичной и вторичной дисфункциями и общим повреждением, которые были так дороги для нашего учителя и основателя остеопатической медицины Эндрю Тейлора Стилла.

Научных доказательств не было.

Но так говорили не только остеопаты: древняя медицина, все подходы к здоровью, к режиму питания, к самим продуктам питания упоминают о такой связи.

«Мы то, что мы едим», — было принято говорить, «если едим плохо, нам плохо. Если хорошо едим — нам хорошо».

Все не так упрощенно, но в этом есть часть истины.

Йога также говорит о «животе». Йога рассматривает живот как «место хранения положительных и отрицательных эмоций и управления ими».

Живот ещё называют «эмоциональным мозгом», как будто намекая, что он способен эмоции переваривать.

Индийская медицина говорит о том, как справиться с многими заболеваниями, стимулируя «пищеварительный огонь».

Большинство направлений альтернативной, так называемой «мягкой», медицины указывают на этот подход к кишечнику.

Почему? Просто потому, что в этих направлениях медицины говорится о человеке глобально.

Все во всем, все может произойти изо всего.

Эта необходимость искать причину симптома является движущей силой нашего остеопатического подхода, уважающего принцип Стилла:

«Find it, fix it and leave it / Найти проблему, решить проблему и убрать проблему».

Вероятно, именно поэтому остеопатии удалось получить всеобщее признание в мире.

Но просто признания недостаточно. Нужно идти дальше. Понять, что мы делаем. И в этом нам может помочь наука.

Никто нас не вынуждает терять нашу идентичность. Совершенно нет необходимости научно доказывать все, что мы делаем.

И медицина не может все объяснить. Но если мы объясняем, то это позволяет двигаться вперед.

«Внимание — к исследованиям, а при исследовании — нужно внимание».

Исследование начинается с наблюдения.

Мы, остеопаты, развили наши дарования и качества зрительного, тактильного и слухового наблюдения: «Выслушать пациентов» — ключевое понятие.

Именно благодаря этому нам удалось увидеть, что нашим пациентам становится лучше после висцерального лечения и, в частности, после работы на кишечнике.

Изабель Симонетто, доктор нейробиологии (Франция), говорит о кишечнике:

«Вот так XXI век подхватывает и научно подтверждает древние традиционные знания».

Кишечная система, или второй мозг, была заново открыта более двадцати лет назад. Возникла новая специальность: нейрорастроэнтерология.

Несогласия среди исследователей в 20-е годы похоронили факты, известные с конца XIX века.

Бейлис, Старлинг показывают, опираясь на работы Ауэрбаха, существование энтерической нервной системы.

Эти работы продолжает Тенделенбург в начале XX века.

Американский ученый Ланглей подхватывает идею, но она тонет в разногласиях.

Профессор Гершон, профессор кафедры анатомии и клеточной биологии в Колумбийском университете в Нью-Йорке, снова занимается этой проблемой и пересчитывает нервные клетки кишечника.

Результат: сотня миллионов, величина, сопоставимая с содержанием нервных клеток в спинном мозге (цифры опубликованы в 1999 году).

Энтерическая нервная система взаимодействует с высшим мозгом с помощью вагуса. Они взаимодействуют постоянно.

Снизу вверх поступает в девять раз больше информации, чем сверху вниз.

Отсюда нужно сделать только один шаг, чтобы представить, насколько необходимо согласие между ними двумя.

Необходимо, но не достаточно. В любом случае, определенное количество патологий пищеварительной системы связано с психическим состоянием пациента.

Нейротрансмиттеры нервной системы те же, что и в центральной нервной системе.

Например: серотонин, на 95% вырабатываемый кишечником, влияет на эмоциональное состояние.

Павел Кучера, чешский врач, исследователь в Лозанне (Швейцария), провел исследования кишечника как второго мозга. После встречи с ним несколько лет тому назад я задумался о висцеральной мотильности.

В рамках этих исследований также изучаются бактерии и микробы нашего кишечника: «кишечная флора».

Это наша «микрофлора».

«Кроме того, мы — то, чем являются наши бактерии».

Для обеспечения защиты организма кишечная слизистая обладает микрофлорой и кишечным барьером.

Эпителий тонкого кишечника обладает топливом в виде л-глутамина, которое уменьшается при увеличении стресса или, точнее, когда мы не справляемся с возросшим стрессом.

Схожим образом, если кишечный барьер становится пористым, нежелательные клетки поступают в кровь и вызывают воспалительные и иммунные реакции.

Иммунитет также оказывается в центре проблемы, так как кишечник является частью этой цепочки.

(развить)

Человек не изолированная система. Медицина разделила тело на фрагменты закрытых систем, но постепенно и она возвращается к дорогому для остеопатов понятию глобальности.

У студентов-медиков первого курса есть лекции по глобальности человека.

Давайте оставаться скромными и продолжим наблюдение с помощью всех наших органов чувств.

Я — оптимист и остаюсь оптимистом в отношении будущего остеопатии, если только мы сохраним высокий уровень знаний и компетенций.

Только такой ценой мы можем добиться развития обмена между медицинским миром и миром остеопатическим. Этот обмен может быть богатым и многому научить всех. И это будет на благо пациенту.

Надо уметь оставаться самим собой, принимать помощь науки для подтверждения или опровержения того, что мы делаем.

От этого мы станем только сильнее и эффективнее.

Не всё можно объяснить, но то, что объяснить можно, должно найти объяснение.

Не будем же бояться Истины.

Медицине до сих пор многое о человеке неизвестно.

Будем аккуратны в выдвигаемых нами теориях.

Останемся на стороне анатомии, именно ей мы обязаны нашей силой.

Сохраним ценности, которые нам передали наши Учителя, будем открыты другим дисциплинам, чтобы стать богаче.

Закончу цитатой из французского писателя и политика Пьера Мальро. Он говорил:

«Жизнь ничего не стоит, но ничего нет более ценного, чем Жизнь».

А нашим хулителям я скажу: «Остеопатия ничего не стоит, но ничего нет более ценного, чем Остеопатия».

Она уникальна, и как же нам повезло, что мы занимаемся ею на практике.

François ALLART

L'INTESTIN, 2^{ème} CERVEAU, PLACE DE L'OSTÉOPATHIE

Ostéopathe DO. MROF

Voilà un sujet éveillant notre curiosité.

Parler avec ses tripes, vider ses tripes, réagir avec ses tripes, avoir la peur au ventre, avoir le ventre noué, savoir ce que quelqu'un a dans le ventre, ne rien avoir dans le ventre, avoir du cœur au ventre, etc...

Voilà un certain nombre d'expressions populaires qui relie l'Intestin à nos émotions

Il est des moments où le regard que nous portons sur nos patients et les traitements que nous leur proposons et que nous réalisons, prend un sens particulier.

Depuis de nombreuses années, les ostéopathes avaient observé que les manipulations viscérales amélioraient la qualité de vie de leurs patients atteints de maladies graves auto-immunes et dans des domaines tels que la rhumatologie, la neurologie; et ce faisant les crises évolutives semblaient moins fortes, moins longues et laissaient des séquelles moins importantes: ceci bien entendu associé à des modifications du régime alimentaire.

Quant nous en parlions au monde médical, nous n'avions pas l'écoute espérée.

Pourquoi: tout simplement parce que la Médecine n'avait pas d'explication à nous fournir sur la relation entre l'Intestin et le reste du corps. Il n'y avait pas cette relation de globalité entre symptôme, dysfonction primaire, secondaire et lésion totale, si chère à notre maître et fondateur de la Médecine ostéopathique Andrew Taylor STILL

Il n'y avait pas de preuve scientifique.

Mais il n'y avait pas que les ostéopathes pour parler ainsi: les Médecines ancestrales, toutes les approches qui touchaient à la Santé, à la manière de s'alimenter, voir jusqu'aux produits eux-mêmes, évoquaient cette relation.

«On est ce qu'on mange», disait-on, «si on mange mal, on est mal, si on mange bien, on est bien».

Pas aussi simple, mais une part de vérité quant même.

Le yoga lui-même parle du «ventre». Il considère le ventre comme le «lieu de stockage et de gestion des émotions positives et négatives».

Il est alors appelé le «cerveau des émotions», un peu comme s'il était capable de digérer nos émotions.

La médecine indienne parle de stimuler le «Feu digestif» pour soigner nombre de maladies.

La plupart des Médecines alternatives, ou dites douces, évoque cette approche de l'Intestin.

Pourquoi, simplement parce que ces médecines parlent de l'Homme global.

Tout est dans tout, tout peut venir de tout.

Ce besoin de chercher l'origine du symptôme est le moteur de notre approche ostéopathique respectant le principe de Still:

«Find it, fix it and leave it»

C'est probablement l'une des raisons qui a permis à l'Ostéopathie dans le monde, d'acquérir ses lettres de noblesse.

Mais cette étape n'est pas suffisante. Il faut aller plus loin. Comprendre ce que nous faisons. Et la Science peut nous aider;

Cela ne nous oblige pas à perdre notre identité. Il n'est pas forcément indispensable de prouver scientifiquement tout ce que nous faisons.

Tout ne s'explique pas en médecine non plus. Mais expliquer permet aussi d'avancer.

«Le soin est dans la Recherche, et la Recherche est dans le soin»

Et c'est l'observation qui déclenche la recherche.

Nous, ostéopathes, avons développés nos dons et qualités d'observation visuelle, tactile et auditive: «Être à l'écoute de nos patients», voilà un maître mot.

Ceci nous a permis de voir que nos patients allaient mieux après un traitement viscéral et particulièrement après un travail sur l'intestin.

Isabelle Simonetto, Docteur en Neuro-Sciences (France) dit en parlant de l'Intestin:

«Ainsi le 21^{ème} siècle rejoint et valide scientifiquement la connaissance ancestrale de la Tradition»

Le système entérique ou 2^{ème} cerveau a été redécouvert il y a plus d'une vingtaine d'années avec l'émergence d'une nouvelle spécialité la Neuro-gastro-entérologie.

Une mésentente entre chercheurs dans les années 20 a enterré des faits connus depuis la fin du 19^{ème} siècle

Bayliss, Starling mettent en évidence, en tenant compte des travaux de Auerbach, l'existence d'un système nerveux entérique.

Tendelenburg poursuit au début du 20^{ème}.

L'américain Langley reprend cette idée, mais une mésentente enterre l'idée.

Le Professeur Gershon, professeur au département d'anatomie et de biologie cellulaire de l'Université de Columbia à New-York se penche à nouveau sur le problème et compte le nombre de cellules nerveuses de l'Intestin.

Résultat: une centaine de millions, chiffre comparable à celui contenu dans la moëlle épinière (chiffre publié en 1999).

Le Système nerveux entérique est en communication avec le cerveau supérieur par le nerf vague. Il le renseigne en permanence.

9 fois plus d'informations transite de bas en haut que de haut en bas.

De là à penser que l'entente entre les 2 est nécessaire pour une bonne Santé, il n'y a qu'un pas.

Nécessaire mais non suffisant. En tout cas, un certain nombre de pathologies du tube digestif est lié à l'état psychique du patient.

Les neurotransmetteurs du Système nerveux sont les mêmes que le Système nerveux central.

Exemple: la sérotonine, produite à 95% par l'intestin, influe sur l'état émotionnel.

Pavel Kuchera, médecin tchèque, chercheur à Lausanne (Suisse) a mené nombre d'études sur l'Intestin 2^{ème} cerveau. Ma rencontre avec lui, il y a quelques années, m'a fait réfléchir sur la motilité viscérale.

(à développer)

Un autre volet de cette recherche porte sur les bactéries et microbes présents dans notre intestin: «la flore intestinale»

C'est notre «microbiote»

«Nous sommes aussi ce que sont nos bactéries»

Pour assurer la défense de l'organisme, la muqueuse intestinale dispose du microbiote et de l'effet barrière de la muqueuse intestinale.

L'épithélium du Grêle dispose d'un carburant la L Glutamine qui diminue quand le stress augmente ou plutôt quand la mauvaise gestion du stress augmente.

Egalement si la barrière devient poreuse, les cellules indésirables passent dans le Sang et entraînent des réactions inflammatoires et immunitaires.

L'immunité là aussi au cœur du problème, l'intestin faisant partie de cette chaîne.

(à développer)

L'homme n'est pas une systémique cloisonnée. La Médecine avait fragmenté le corps en systèmes fermés mais peu à peu, revient vers la notion de globalité chère aux ostéopathes.

Les étudiants en 1^{ème} A de Médecine ont des cours sur la globalité de l'Homme.

Restons modestes et continuons à observer de tous nos sens.

Je suis et reste optimiste sur l'Avenir de l'Ostéopathie pour autant que nous continuions à exiger un haut niveau de Savoir et de Compétence.

C'est à ce prix que les échanges entre le Monde médical et le Monde ostéopathique pourront perdurer et seront riches en enseignement pour tous et ceci pour le bénéfice du patient.

Sachons rester nous-mêmes et acceptons l'aide de la Science pour valider ou invalider ce que nous faisons.

Nous en serons que plus fort et plus performants.

Tout n'est pas explicable, mais ce qui peut l'être doit l'être.

N'ayons pas peur de la Vérité.

La Médecine ignore encore beaucoup de choses de l'Homme.

Restons prudents sur les théories que nous avançons.

Restons près de l'Anatomie, c'est ce qui a fait notre force.

Gardons les valeurs transmises par nos Maîtres, soyons ouverts aux autres disciplines pour nous enrichir.

Je finirai, en citant l'écrivain et politique français Pierre Malraux, qui disait:

«La Vie ne vaut rien, mais rien ne vaut la Vie».

A nos détracteurs je dirai: «L'Ostéopathie ne vaut rien mais rien ne vaut l'Ostéopathie».

Elle est unique, et quelle chance avons-nous de la pratiquer.

Je vous remercie.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. В. Кац

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ
СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ
В СВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ**

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *инструментальные методы исследования, медицинская родостимуляция, оперативное родоразрешение, остеопатический статус, фактор риска, функциональное состояние организма.*

Резюме. Исследованы основные факторы риска развития соматических дисфункций у детей раннего возраста, рождённых при оперативном родоразрешении и медикаментозной родостимуляции. По данным корреляционного анализа выявлены взаимосвязи ведущих факторов риска с показателями функционального состояния организма детей.

I. Egorova, A. Buchnov, A. Kats

**CHARACTERISTICS OF SOMATIC DYSFUNCTION RISK
FACTORS IN CHILDREN WITH SPECIFIC DELIVERY**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *tool methods of diagnosis, drug-induced labor, operative delivery, osteopathic status, risk factor, functional body state.*

Abstract. The main risk factors for the development of somatic dysfunctions in young children born during operative delivery and drug-induced labor were studied. According to the correlation analysis, the relationship of leading risk factors with indicators of the functional state of the body of children were revealed.

Актуальность. В современном практическом акушерстве проблема подготовки к родам остается крайне актуальной. При на-

личии осложнений гестационного периода нередко применяется медикаментозная родостимуляция. По мнению ряда авторов (Савицкий Г. А. с соавт., 2003; Радзинский В. Е., 2008) применяемые препараты вызывают искусственный, патологический родовой процесс, при котором меняются нормальные показатели кровообращения матки в родах со всеми вытекающими из этого последствиями, в первую очередь, для плода (гипоксия, нарушение кровообращения, повреждение ЦНС). Отмечается повышение частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения (Савельева Г. М. с соавт., 2011). В настоящее время широкое распространение в клинической медицине получили диагностические и терапевтические приёмы, входящие в набор классической ортопедии, мануальной терапии и остеопатии. Доказана высокая эффективность остеопатического лечения соматических дисфункций у детей раннего возраста (Егорова И. А., 2008; Егорова И. А. с соавт., 2010).

Цель исследования: оценка факторов риска развития соматических дисфункций и их взаимосвязи с показателями функционального состояния организма детей раннего возраста, рождённых при оперативном родоразрешении и медикаментозной родостимуляции.

Методы. С целью оценки факторов риска развития соматических дисфункций у детей раннего возраста в связи с особенностями родоразрешения было обследовано 80 человек, родившихся с применением медикаментозной родостимуляции и 70 человек — при оперативном родоразрешении. Работа проводилась на базе Центра остеопатической медицины «Остео» и Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова (Санкт-Петербург).

Критериями включения в исследование были: возраст до 3-х лет жизни, доношенность, наличие признаков соматической дисфункции, отсутствие структурных изменений (аномалий развития, ишемий, инфекций, опухолей, генетической предрасположенности, эндокринной патологии, нарушений обмена веществ). Критерии исключения: возраст старше 3-х лет, недоношенность, наличие структурных изменений.

Для изучения основных факторов риска развития соматических дисфункций осуществлялся сбор анамнеза. Выявленные

факторы риска соматических дисфункций подразделялись на: социально-биологический (юные и возрастные первородящие, имевшие вредные привычки, и нарушения массы тела); отягощённый акушерский анамнез (медицинские аборт, бесплодие, выкидыши, преждевременные роды); экстрагенитальные заболевания матери (заболевания сердца, почек, крови и т. д.); патология беременности (угроза прерывания беременности, ранний и поздний токсикоз); патология родов (аномалии родовой деятельности, применение акушерских пособий в родах).

Установлено, что у детей, рождённых при оперативном родоразрешении, ведущими факторами риска развития соматических дисфункций являлись отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, угроза прерывания беременности и ранний токсикоз, встречавшиеся в 100% случаев. При медикаментозной родостимуляции частота встречаемости указанных факторов была меньше в 1,2 раза ($p < 0,01$), составляя, в среднем, около 80%. Однако при оперативном родоразрешении, по сравнению с медикаментозной родостимуляцией, большинство факторов риска, таких как патология родов, экстрагенитальные заболевания матери, социально-биологические факторы и поздний токсикоз встречались реже в 1,3 раза ($p < 0,01$), в 5 раз ($p < 0,001$), в 2,4 раза ($p < 0,01$) и в 4,6 раза ($p < 0,001$) соответственно.

По результатам корреляционного анализа у детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции, было выявлено наибольшее количество средних и сильных корреляционных взаимосвязей факторов риска (экстрагенитальные заболевания матери и аномалии родов) с показателями нейросонографии. Показано, что другие факторы риска (социально-биологические, угроза прерывания беременности и поздний токсикоз) с показателями НСГ были взаимосвязаны, как правило, средними взаимосвязями. В указанной группе детей средние и сильные корреляционные взаимосвязи были выявлены также между показателями кардио-респираторной системы и остеопатического статуса с изучаемыми факторами риска (экстрагенитальные заболевания матери, аномалии родов и социально-биологические).

У детей, рождённых при оперативном родоразрешении, количество корреляционных взаимосвязей и их сила между изу-

чаемыми факторами риска развития соматических дисфункций и показателями функционального состояния организма были существенно меньшими, по сравнению с медикаментозной родостимуляцией. Они наблюдались лишь между социально-биологическими факторами риска и показателями остеопатического статуса, а также психомоторного развития детей раннего возраста.

Литература

1. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): дисс... доктора мед. наук / И. А. Егорова. — СПб, 2008. — 382 с.
2. Лопушанский П. Г. Соматические дисфункции у детей. Причины возникновения и их роль в формировании ортопедической патологии / П. Г. Лопушанский // Мануальная терапия. — 2001. — № 2. — С. 64–66.
3. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней: для студентов мед. ВУЗов / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. — 2-е изд., доп., расшир. и перераб. — СПб.: Фолиант, 1999. — 926 с.: ил.
4. Радзинский В. Е. Недоношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики / В. Е. Радзинский // Акушерство и гинекология, 2008. — № 6. — С. 39–43.
5. Савельева Г. М. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер // Акушерство и гинекология. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2011. — 656 с.
6. Савицкий Г. А. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. — СПб.: ЭЛСБИ-СПб, 2003. — 218 с.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. В. Кац

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
В СВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *медицинская родостимуляция, остеопатическая коррекция, оперативное родоразрешение, остеопатический статус, сердечно-сосудистая система, функциональное состояние.*

Резюме. Выявлены особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма детей раннего возраста, рождённых при оперативном родоразрешении и медикаментозной родостимуляции. Показана более высокая оценка эффективности остеопатического метода лечения, по сравнению со стандартным, неблагоприятных функциональных сдвигов в сердечно-сосудистой системе детей.

I. Egorova, A. Buchnov, A. Kats

**EFFICIENCY OF OSTEOPATHIC CORRECTION OF
FUNCTIONAL STATE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN
YOUNG CHILDREN WITH SPECIFIC DELIVERY**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *drug-induced labor, osteopathic correction, operative delivery, osteopathic status, cardiovascular system, functional state.*

Abstract. The features of the functional state of the cardiovascular system in young children born during operative delivery and drug-induced labor were revealed. A higher assessment of the effectiveness of the osteopathic treatment method, as opposed to the

standard one, of adverse functional changes in the cardiovascular system of children was shown.

Актуальность. Проблема охраны здоровья детей — одна из важнейших в медицине. В настоящее время состояние здоровья детского населения страны, в первую очередь детей раннего возраста, вызывает серьёзную озабоченность, что обуславливает актуальность исследований по обеспечению сохранения, восстановления и укрепления их здоровья. Основные оценки состояния детей раннего возраста, особенности остеопатической диагностики и коррекции соматических дисфункций, перспективные направления исследований по данной проблеме наиболее полно представлены в докторской диссертации И. А. Егоровой (2008).

Цель исследования: оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма детей раннего возраста с соматическими дисфункциями в связи с особенностями родоразрешения на фоне стандартного и остеопатического методов лечения.

Методы. С целью оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма детей раннего возраста в связи с особенностями родоразрешения было обследовано 80 человек, родившихся с применением медикаментозной родостимуляции и 70 человек — при оперативном родоразрешении. Работа проводилась на базе Центра остеопатической медицины «Остео» и Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова (Санкт-Петербург). Оценка состояния сердечно-сосудистой системы детей раннего возраста была проведена с использованием известных методик (Мазурин А. В. и др., 1999; Мутафьян О. А., 2002; Егорова И. А., 2008). Решение поставленных в данном исследовании задач осуществлялось с использованием стандартных и остеопатических методов лечения до и через один год после.

Установлено, что у детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции, ЧСС составляла, в среднем, около 135,4 уд/мин., что характерно для лёгкой степени тахикардии и было на 5,8% больше ($p < 0,01$), чем у детей, рождённых при

оперативном родоразрешении. У детей, рождённых при медикаментозной стимуляции, показатели САД, пульсового АД и МОК были больше на 10,7% ($p < 0,001$), на 24,3% ($p < 0,001$) и на 55,4% ($p < 0,001$) соответственно, а частота дыхания ЧД – на 11% больше ($p < 0,001$), по сравнению с детьми при оперативном родоразрешении. Функциональный систолический шум в 1,4 раза ($p < 0,05$) чаще встречался у детей при медикаментозной родостимуляции, чем при оперативном родоразрешении.

Выявлено, что значения фактических показателей САД у детей старше одного года, рождённых при медикаментозной родостимуляции, были выше средневозрастных расчётных значений указанных показателей как у мальчиков (на 14,1%; $p < 0,05$), так и у девочек (на 17,9%; $p < 0,05$). Аналогичные превышения фактических значений показателей САД у детей, рождённых при оперативном родоразрешении, составляли 11,4% ($p < 0,05$) у мальчиков и 18,5% ($p < 0,05$) у девочек. Фактические значения показателей ДАД, по сравнению с расчётными средневозрастными значениями, при оперативном родоразрешении были больше как у мальчиков (на 8,7%; $p < 0,01$), так и у девочек (на 8,8; $p < 0,01$).

На фоне проводимого стандартного лечения детей, рождённых при медикаментозной родостимуляции, отмечалось уменьшение значений показателей ЧД (на 10,2%; $p < 0,001$), ЧСС (на 16,8%; $p < 0,001$) и незначительное увеличение значений функционального насыщения крови кислородом (на 10,2%), а также уменьшение значений показателей САД (на 16%; $p < 0,001$), ДАД (на 5,4%; $p < 0,001$) и ПД (на 33,9% $p < 0,001$). При остеопатическом лечении через один год у детей отмечались более выраженные изменения значений показателей сердечно-сосудистой системы организма. В частности, уменьшение значений показателей ЧД, ЧСС, САД, ДАД и ПД составляло 24,8% ($p < 0,001$), 29,7% ($p < 0,001$), 23,5% ($p < 0,001$), 9,5% ($p < 0,001$) и 48,6% ($p < 0,001$) соответственно. В те же периоды обследования детей отмечалось существенное увеличение значений показателя функционального насыщения крови кислородом (на 26,9%; $p < 0,05$). Частота встречаемости функционального систолического шума и синусовой тахикардии на

фоне стандартного лечения через один год уменьшалась в 4,2 раза ($p < 0,05$) и в 1,4 раза ($p < 0,05$), а синусовая аритмия отсутствовала; после остеопатического лечения указанные признаки не определялись вовсе.

По результатам проведенных исследований установлено, что на фоне проводимого стандартного лечения детей, рождённых при оперативном родоразрешении, отмечалось уменьшение значений показателей ЧСС (на 10,6%; $p < 0,001$), частоты встречаемости функционального систолического шума (в 3,2 раза; $p < 0,05$), пульсового АД (на 8%; $p < 0,05$) и существенное уменьшение частоты встречаемости признаков синусовой аритмии. При остеопатическом лечении через один год у детей отмечались более выраженные благоприятные изменения значений показателей сердечно-сосудистой системы организма. В частности, уменьшение значений показателей ЧД, ЧСС, САД, ДАД и ПД составило 14,9% ($p < 0,05$), 23,6% ($p < 0,001$), 12,2% ($p < 0,001$), 8,1% ($p < 0,001$) и 20,3% ($p < 0,001$) соответственно. В те же периоды обследования детей отмечалось увеличение значений показателя функционального насыщения крови кислородом (на 21,4%; $p < 0,05$) и уменьшение показателя МОК (на 25,4%; $p < 0,05$). Частота встречаемости показателей синусовой тахикардии на фоне остеопатического лечения через один год уменьшилась в 6,8 раза ($p < 0,001$), а признаки синусовой аритмии и функционального систолического шума отсутствовали.

Выводы. У детей раннего возраста, рождённых при оперативном родоразрешении и медикаментозной родостимуляции, через один год после остеопатического лечения соматических дисфункций, по сравнению со стандартным лечением, выявлены более выраженные благоприятные изменения показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы организма. Это проявлялось оптимизацией значений показателей гемодинамики, увеличением значений показателя функционального насыщения крови кислородом (на 21,4%; $p < 0,05$), отсутствием признаков синусовой аритмии и функционального систолического шума, чего не отмечалось после стандартного лечения.

Литература

1. Егорова И. А. Остеопатия. Профессиональная подготовка по международным стандартам / И. А. Егорова, А. Е. Червоток, А. Д. Бучнов. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2011. — 92 с.
2. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): дисс... доктора. мед. наук / И. А. Егорова. СПб., 2008. — 382 с.
3. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней: для студентов мед. ВУЗов / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. — 2-е изд., доп., расшир. и перераб. — СПб: Фолиант, 1999. — 926 с.: ил.
4. Мутафьян О. А. Артериальные гипертензии и гипотензии у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение) / О. А. Мутафьян. — СПб.: Невский Диалект; М.: Издательство БИНОМ, 2002. — 144 с.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Н. П. Шейкина, А. В. Кац
**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СОМАТИЧЕСКИХ
ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ
ЖИЗНИ, РОЖДЁННЫХ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ
РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *оперативное родоразрешение, остеопатический статус, соматическая дисфункция, инструментальные методы исследования, функциональное состояние организма.*

Резюме. Проведена оценка функционального состояния организма 30 детей в возрасте до 6 месяцев жизни с соматическими дисфункциями. Основную группу (ОГ) составили дети, получавшие исключительно остеопатическое лечение — 15 человек. Контрольную группу (КГ) составили дети, которые получали только стандартное медикаментозное лечение — 15 чело-

век. Оценивались: психомоторное развитие, неврологический и остеопатический статус. Показана высокая эффективность остеопатического лечения, по сравнению со стандартным лечением соматических дисфункций у детей первых шести месяцев жизни, рождённых при оперативном родоразрешении.

I. Egorova, A. Buchnov, N. Sheikina, A. Kats

**OSTEOPATHIC CORRECTION OF SOMATIC
DYSFUNCTIONS IN CHILDREN OF THE FIRST SIX MONTHS
OF LIFE BORN WITH OPERATIVE DELIVERY**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *operative delivery, osteopathic status, somatic dysfunction, tool methods of diagnosis, functional body state.*

Abstract. The assessment of the functional state of the body in 30 children under the age of 6 months of life suffering from somatic dysfunctions was conducted. The main group (MG) consisted of children (15) who received exclusively osteopathic treatment. The control group (CG) consisted of children (15) who received only standard medical treatment. The following was assessed: psychomotor development, neurological and osteopathic status. A high efficacy of osteopathic treatment, as opposed to the standard treatment, of somatic dysfunctions in children of the first six months of life born during the operative delivery was shown.

Актуальность. В последние десятилетие согласно многочисленным литературным данным отмечается прогрессирующий рост частоты церебральных нарушений у новорожденных детей (Баранов А. А. с соавт., 2007; Белоусова Т. В. с соавт., 2010; Морозова Е. А., 2011). Известно, что при отсутствии эффекта от медикаментозной коррекции нередко прибегают к экстремному оперативному родоразрешению (Савицкий А. Г., 2005). Частота оперативных родов в 1998–2004 годах имела тенденцию к увеличению и варьировала от 17,2% до 26,1%, (в среднем 22,9%). Частота кесарева сечения также имела тенденцию к увеличению,

составляя, в среднем, 21,6%, а частота операции наложения акушерских щипцов снижалась, составляя, в среднем, 1,3%. Весьма травматично, как для матери, так и для плода, последовательное наложение вакуум-экстракции (ВЭ) и акушерских щипцов. Попытка проведения операции акушерских щипцов после ВЭ увеличивает частоту внутричерепных кровоизлияний у плода в 3 раза (Абрамченко В. В. с соавт., 2005). Так называемая «акушерская травма», возникающая при оказании акушерских пособий, составляет около 10% в структуре всех родовых травм.

В настоящее время широкое распространение в клинической медицине получили диагностические и терапевтические приемы, входящие в набор классической ортопедии, мануальной терапии и остеопатии. Доказана высокая эффективность остеопатического лечения соматических дисфункций у детей раннего возраста (Егорова И. А., 2008; Егорова И. А. с соавт., 2010).

Однако целый ряд аспектов проблемы охраны здоровья детского населения применительно к лечению соматических дисфункций в связи с особенностями родоразрешения детей раннего возраста решён не в полной мере.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности стандартного и остеопатического методов лечения соматических дисфункций у детей раннего возраста, рождённых при оперативном родоразрешении.

Методы. Обследовано 30 детей, рождённых при оперативном родоразрешении, в возрасте от 0 до 6 месяцев. Критериями включения в исследование были: возраст до 6 месяцев жизни, доношенность, наличие признаков соматической дисфункции и жалоб, отсутствие структурных изменений (аномалий развития органов и систем, кровоизлияний, ишемий, инфекций, опухолей, генетической предрасположенности, эндокринной патологии, нарушений обмена веществ). Критерии исключения: возраст старше 6 месяцев, недоношенность, наличие структурных изменений.

Основную группу (ОГ) составили дети, получавшие исключительно остеопатическое лечение — 15 человек. Контрольную группу (КГ) составили дети, которые получали только стандартное медикаментозное лечение — 15 человек.

Оценка неврологического статуса проводилась по стандартным методикам (Барашнев Ю. И., 2001; Хачатрян Л. Г., 2003; Ратнер А.Ю., 1990, 2006). Проводилась оценка степени тяжести спинальной травмы (Полторацкая Т. В., 2000; Прусиков В. Ф., 2000). Психомоторное развитие детей изучалось в соответствии с общепринятыми методиками (Журба Т. Л. и др., 1981; Хачатрян Л. Г., 2003; Оценка основных антропометрич..., 2003; Яцык Г. В., 2006; Баранов А. А. и др., 2006; Суханова Л. П., 2007). Оценка остеопатического статуса осуществлялась по общепринятым методикам (Frymann V. M., 1976, 1992; Magoun H. I., 1994; Остеопатия в разделах..., 2010, 2014) через осмотр и пальпацию анатомических структур краниосакральной, мышечно-скелетной и висцеральной систем, в частности, черепа, шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.

Программа стандартного лечения детей контрольной группы строилась в соответствии с общепринятыми рекомендациями (Плеханов Л. А., 2000; Барашнев Ю. И., 2001; Мутафьян О. А., 2002). Остеопатическое лечение у детей основной группы проводилось дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Magoun H. I., 1994; Frymann V. M., 1998; Sutherland W. G., 2002; Егорова И. А., 2008).

Остеопатические лечебные процедуры проводились не более одного раза в 1–2 недели. Сроки лечения составляли в среднем от полутора до трёх месяцев, количество лечебных процедур варьировало от 5 до 10 (в тяжёлых случаях). В программу восстановительного лечения детей основной группы в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей назначалась ЛФК под контролем специалистов.

Установлено, что через полгода после стандартного лечения детей частота встречаемости признаков синдромов пирамидной недостаточности и гипертензионного уменьшалась в 7 раз ($p < 0,05$) и в 1,3 раза ($p < 0,05$) соответственно, а миотонического синдрома увеличивалась в 3 раза ($p < 0,05$). После остеопатического лечения признаки синдромов пирамидной недостаточности и гипертензионного не встречались, миотонического синдрома отмечались в 6,7% случаев.

После остеопатического лечения детей неблагоприятные признаки других неврологических синдромов практически отсутствовали, при стандартном лечении через полгода их величина оставалась на высоком уровне. Степень тяжести спинальной травмы после стандартного лечения детей уменьшалась незначительно, после остеопатического лечения — в 3,5 раза ($p < 0,05$).

На фоне стандартного лечения через полгода около 10% детей имели признаки отставания в показателях общей моторики, после остеопатического лечения лица с отставанием отсутствовали. Напротив, у 16,7% детей наблюдались признаки нормы в развитии общей моторики. После стандартного лечения детей признаки отставания в ручной умелости и развитии речи выявлялись в 80–100% случаев (увеличение в 1,4 раза; $p < 0,05$); после остеопатического лечения — не наблюдались. Напротив, у детей отмечались признаки нормы в развитии ручной умелости (37%) и речи (13%). При стандартном лечении отмечалось увеличение (в 1,7 раза; $p < 0,05$) количества детей со средним уровнем развития социальной адаптации, на фоне остеопатического лечения наблюдалось увеличение (до 23,3%) количества детей с признаками нормы данного показателя, чего не отмечалось ранее.

При стандартном лечении отмечалось увеличение количества детей с признаками дисгармоничности психического развития (в 3 раза; $p < 0,05$), чего не наблюдалось после остеопатического лечения.

После стандартного лечения соматических дисфункций у детей раннего возраста, рождённых при оперативном родоразрешении, через полгода существенных изменений в показателях остеопатического статуса не отмечалось. На фоне остеопатического лечения детей отмечалось существенное улучшение значений показателей подвижности СБС и сошника, нормализация нёба, а также практически полное отсутствие признаков смещения позвонков ШОП. После остеопатического лечения детей признаки внутрикостных повреждений затылочной кости и крестца отсутствовали в 87–93% случаев, после стандартного лечения — лишь в 7–13% случаев.

По данным нейросонографии установлено, что у детей через полгода после остеопатического лечения отмечалось уменьше-

ние значений показателей VLS и VLD (на 11,5–12%; $p < 0,05$), что свидетельствует об уменьшении выраженности гидроцефального синдрома, а также уменьшение значений показателей третьего желудочка (Vt) (на 35%; $p < 0,05$), субарахноидальных пространств (САП) и величины межполушарной щели (МПЩ) (на 24–26%; $p < 0,05$). На фоне стандартного лечения детей наблюдалось менее выраженное уменьшение значений показателей третьего желудочка (Vt), величины межполушарной щели (МПЩ) (на 11–12%; $p < 0,05$) и субарахноидальных пространств (САП) (на 6%; $p < 0,05$).

Литература

1. Абрамченко В. В. Акушерские операции. — СПб.: Нордмедиздат, 2005. — С. 341–380.
2. Баранов А. А. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации 1993 / А. А. Баранов // Здравоохранение РФ, 1995. — С. 3–6.
3. Баранов А. А. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в современной педиатрии / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская и др. // Вопросы современной педиатрии. 2007. — № 3. — С. 6–8.
4. Барашнев Ю. А. Перинатальная неврология / Ю. А. Барашнев. — М.: Триада-Х, 2001. — 638 с.
5. Белоусова М. В. Перинатальные факторы в генезе речевых нарушений у детей / М. В. Белоусова, М. А. Уткузова, Р. Г. Гамирова, В. Ф. Прусаков. — М.: Практическая медицина, 2013. — № 1 (66). — С. 117–120.
6. Белоусова Т. В. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных. Методические рекомендации / Т. В. Белоусова, Л. А. Ряжина. — СПб, 2010. — 96 с.
7. Егорова И. А. Остеопатия. Профессиональная подготовка по международным стандартам / И. А. Егорова, А. Е. Червоток, А. Д. Бучнов. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2011. — 92 с.
8. Егорова И. А. Оценка и коррекция функционального состояния детей раннего возраста с соматическими дисфункциями в связи с соматотипом / Егорова И. А., Бучнов А. Д., Матви-

енко В. В., Назаров К. А. // Вестник восстановительной медицины. — № 6. — 2010. — С. 66–68.

9. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): дисс... доктора. мед. наук / И. А. Егорова. — СПб., 2008. — 382 с.

10. Журба Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. — М.: Медицина, 1981. — 271 с.

11. Морозова Е. А. Перинатальная патология мозга и ее неврологические последствия: СДВГ и эпилепсия / Е. А. Морозова // Лечащий врач, 2011. — № 5. — С. 112–115.

12. Мутафьян О. А. Артериальные гипертензии и гипотензии у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение) / О. А. Мутафьян. — СПб.: Невский Диалект; М.: БИНОМ, 2002. — 144 с.

13. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.

14. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базилярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

15. Плеханов Л. А. Родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга: Скрининг, клиническая диагностика, принципы реабилитации в амбулатор. условиях: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Л. А. Плеханов. — Пермь, 2000. — 26 с.

16. Полторацкая Т. В. Натальные травмы шейного отдела позвоночника и их последствия у детей: автореф. дисс. ...канд. мед. наук / Т. В. Полторацкая. — Уфа, 2000. — 23 с.

17. Прусаков В. Ф. Нарушения кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне у новорожденных / В. Ф. Прусаков // Проблемы реабилитологии в детской неврологии (медицинские, социальные, педагогические аспекты): материалы междунар. междисциплинар. симпозиума / сост. М. А. Уткузова; науч. ред. Ф. А. Хабиров. — Казань, 2000. — С. 19–20.

18. Прусаков В. Ф. Цервикальная натальная травма: неврологическая симптоматика и мануальная терапия / В. Ф. Прусаков, Е. А. Морозова, М. А. Уткузова // Неврол. вестн. — Казань, 2001. — № 1–2. — С. 35–39.

19. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения / А. Ю. Ратнер. — 3-е изд. — М.: Бином. Лаборатория знаний, 2006. — 367 с.

20. Савицкий Г. А. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. — СПб.: ЭЛСБИ-СПб, 2003. — 218 с.

21. Хачатрян Л. Г. Психомоторное развитие детей первого и второго года жизни и метод их осмотра: справочное пособие для врачей / Л. Г. Хачатрян, О. И. Маслова, В. М. Студеникин; под ред. А. А. Баранова. — М., 2003. — 25 с.

22. Яцык Г. В. Вегето-висцеральные нарушения у новорожденных детей с перинатальными поражениями мозга / Г. В. Яцык // Лечащий врач, 1998. — № 3. — С. 2–6.

23. Frymann V. M. Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept / V. M. Frymann // J. Am. Osteopath. Assoc. — 1976. — Vol. 76, № 1. — P. 46–61.

24. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.

25. Magoun Harold I. L'Osteopathie dans la sphere cranienne / I. Magoun Harold. — Paris: Ed. Spirales, 1994. — 368 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. Н. Шаров

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМ

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова

Новгородский государственный университет

имени Ярослава Мудрого

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *качество жизни, остеопатический статус, плече-лопаточный периартроз, соматическая дисфункция, функциональное состояние организма.*

Резюме. Проведена оценка состояния здоровья 24 пациентов разного пола, в возрасте от 35 до 50 лет, страдающих плече-лопаточным периартрозом (субъективное состояние, выраженность боли и амплитуда движений в плечевом суставе; качество жизни по опроснику SF-36). Выявлена эффективность комплексного стандартного и остеопатического методов лечения пациентов с плече-лопаточным периартрозом.

I. Egorova, A. Buchnov, A. Sharov

EFFICIENCY OF OSTEOPATHIC TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM HUMEROSCAPULAR PERIARTHROSIS

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *life quality, osteopathic status, humeroscapular periarthrosis, somatic dysfunction, functional body state.*

Abstract. Twenty-four patients of different sex aged between 35 and 50, suffering from humeroscapular periarthrosis (subjective condition, severity of pain, and amplitude of movements in the shoulder joint; life quality according to SF-36 questionnaire) were assessed. The effectiveness of complex standard and osteopathic methods for treating patients with humeroscapular periarthrosis was revealed.

Актуальность. Плече-лопаточный периартроз (ПЛП) — собирательное, обобщающее понятие, объединяющее различные патологические состояния, характеризующиеся болями и ограничением объема движений в плечевом суставе. Распространённость данной патологии составляет 40–84% и занимает второе место после заболеваний коленного сустава (Алешкевич А. И., 2005; Исайкин А. И., 2017). Количество новых случаев в год на 1000 взрослого населения также зависит от возраста и составляет 4–6 в возрасте 40–45 лет и 8–10 в возрасте 50–65 лет с незначительным преобладанием у женщин (Walch G. et all, 1999).

Исследования последнего десятилетия показали значение психологических, социальных и экологических факторов в раз-

витии и поддержании болевого синдрома плеча (Солоха О. А. с соавт., 2006; Подчуфарова Е. В. с соавт., 2010).

Современные подходы к лечению ПЛП включают в себя несколько направлений: нестероидная противовоспалительная терапия, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура и игло-рефлексотерапия. Однако они строятся без учета типов ограничений движений в плечевом суставе и диагностики миофасциального компонента болевого синдрома.

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности лечения пациентов с плече-лопаточным периартрозом с помощью стандартного и комплексного стандартного и остеопатического методов.

Методы. На базе Пятигорского санатория им. М. Ю. Лермонтова проведено комплексное психофизиологическое и остеопатическое обследование 24 пациентов разного пола, в возрасте в возрасте от 35 до 50 лет, страдающих плече-лопаточным периартрозом. Среди обследованных: мужчин 5 чел. (20,8%), женщин — 19 чел. (79,2%). Правосторонний ПЛП наблюдался у 19 (79%), левосторонний у 5 (21%).

Из числа обследованных 12 пациентам (лица КГ) было назначено комплексное санаторно-курортное лечение (грязевые аппликации, сероводородные ванны, массаж, физиотерапевтические процедуры), а 12 пациентов, которым на фоне санаторно-курортного проводилось дополнительно остеопатическое лечение, составили основную группу (ОГ).

Критерии исключения: последствия травм плечевого сустава; онкологические заболевания в анамнезе; системные воспалительные заболевания суставов; остеопороз.

Психофизиологическое тестирование обследуемых лиц проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультитсихометр». Определялись показатели субъективного состояния по анкете СОЗ, выраженность боли по шкале ВАШ. Проводились гониометрические исследования амплитуды движений в плечевом суставе до и после лечения. Показатели качества жизни оценивались по опроснику SF-36.

Рентгенологическое обследование плечевых суставов у больных проводились с целью уточнения диагноза и выраженности

патологического процесса. Полученные результаты интерпретировались в соответствии с данными литературы (Косинская Н. С., 1977; Михайлов М. К. с соавт., 1993).

Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам (Sutherland W. G., 1990; Magoun H. I., 1994; Frymann V. M., 1998; Остеопатия в разделах..., 2010, 2014).

Остеопатическое тестирование проводилось по общепринятым методикам. Остеопатическое лечение в течение 40 мин. проводилось 1 раз в 5 дней. Курс лечения составил 3 приёма.

Установлено, что в ОГ пациентов после лечения отмечается уменьшение частоты встречаемости жалоб на боли в шее, в грудной клетке и снижение работоспособности (в 6–8 раз; $p < 0,05$), а также боли в плече и головную боль (в 4–5 раз; $p < 0,05$). В КГ пациентов уменьшение частоты встречаемости жалоб на состояние здоровья менее выражено, составляя 2–4 раза ($p < 0,05$). В ОГ выявлено улучшение значений показателя субъективного состояния после лечения, по сравнению с исходными данными, в 1,5 раза ($p < 0,05$). В КГ это увеличение не существенно.

Установлено, что в ОГ после лечения отмечается уменьшение выраженности боли в плечевом суставе в 3,4 раза ($p < 0,001$), тогда как в КГ — в 2,4 раза ($p < 0,001$).

На фоне остеопатического лечения в ОГ пациентов отмечено увеличение функции разгибания в больном плечевом суставе в 50% случаев, против 16,7% случаев в КГ. Увеличение признаков наружной ротации на 10° – 15° – 20° в ОГ пациентов встречается в 2 раза ($p < 0,05$) чаще, чем в КГ. Увеличение признаков внутренней ротации на 10° – 15° – 20° в ОГ пациентов встречается в 83,3% случаев, что в 5 раз ($p < 0,05$) чаще, чем в КГ.

Анализ рентгенограмм свидетельствует о дегенеративно-дистрофическом поражении плечевых суставов у пациентов обследованных групп.

В ОГ пациентов после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечается увеличение значений показателей как физического компонента (на 18,7%; $p < 0,05$), так и психологического компонента (на 12,3%; $p < 0,05$) здоровья качества жизни.

В ОГ пациентов после лечения наибольшее увеличение значений показателей качества жизни отмечается по шкалам ролевого физического функционирования (РФФ) и боли (Б) (в 1,6 раза; $p < 0,05$), а также общего здоровья (ОЗ) (в 1,2 раза; $p < 0,05$). В КГ пациентов после лечения отмечается увеличение значений по шкале боли (Б) (в 1,3 раза; $p < 0,05$).

У пациентов ОГ после лечения отмечается увеличение значений ритма (в 1,3 раза; $p < 0,05$), амплитуды (в 2,6 раза; $p < 0,05$) и силы (в 2,9 раза; $p < 0,05$) КСМ. В КГ пациентов на фоне стандартного лечения значения показателей КСМ остаются на том же уровне. На фоне остеопатического лечения в ОГ отмечается уменьшение признаков дисфункции C_1-C_2 (9 раз; $p < 0,05$), а признаки дисфункций СБС и C_0-C_1 вовсе не встречаются. В ОГ пациентов после лечения признаки соматических дисфункций черепной, грудной и тазовой диафрагм также не встречаются, до лечения их величина составляет от 75% до 83%. Остеопатическое лечение способствует в ОГ пациентов уменьшению частоты встречаемости признаков соматических дисфункций сегментов C_7-Th_1 (в 8 раз; $p < 0,05$), а также практически полному устранению дисфункций печени и первого ребра.

В те же периоды исследования в КГ пациентов на фоне стандартного лечения существенного уменьшения частоты встречаемости признаков соматических дисфункций, по сравнению с исходными данными, не отмечается.

Литература

1. Алешкевич А. И. Ультразвуковое исследование в диагностике заболеваний плечевого сустава / А. И. Алешкевич. — Минск, 2005. — 167 с.
2. Заславский Е. С. Синдром плечо-кисть (рефлекторная дистрофия верхней конечности) / Е. С. Заславский, В. В. Котенко // Советская медицина, 1977. — № 7. — С. 122–125.
3. Егорова И. А. Краниальная остеопатия / И. А. Егорова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 488 с.
4. Исайкин А. И. Плечелопаточный периартроз / А. И. Исайкин, М. А. Иванова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2017. — № 9 (1). — С. 4–10.

5. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / Под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2017. — 221 с.

6. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базилярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

7. Подчуфарова Е. В. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. — М.: Геотар-Медиа, 2010. — С. 161.

8. Солоха О. А. Диагностика и лечение плечелопаточной периартропатии / О. А. Солоха, Н. Н. Яхно // Неврологический журнал, 2006. — (1). — С. 26–31.

9. Frymann V. M. Effect of osteopathic medical management on neurologic development in children / V. M. Frymann, R. E. Carney, P. Springall // J. Am. Osteopath. Assoc. — 1992. — Vol. 92, № 6. — P. 729–744.

10. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann — JAOA, 1998. — 360 p.

11. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ craniien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

А. Д. Бучнов, И. А. Егорова

**ОЦЕНКА ПАЛЬПАТОРНЫХ НАВЫКОВ СЛУШАТЕЛЕЙ
ИНСТИТУТА ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
им. В. Л. АНДРИАНОВА**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *врач-остеопат, особенности пальпации, микродвижения костей черепа, пальпаторные навыки, тренажёр-симулятор.*

Резюме. Представлены результаты тестирования (по ритму и амплитуде – основным пальпаторным характеристикам) на тренажёре 120 слушателей, в динамике 3-х летнего обучения в Институте Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова. Характеристика тренажёра представлена в патентах РФ №115117; 141025; 2561902 за 2011–2015 гг.

A. Buchnov, I. Egorova

**ASSESSMENT OF PALPATION SKILLS OF LISTENERS AT
V. ANDRIANOV INSTITUTE OF OSTEOPATHIC MEDICINE**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic practitioner, palpation features, micromotion of cranial bones, palpation skills, simulator.*

Abstract. The testing results (rhythm and amplitude as the main palpation features) on the simulator of 120 students, in the dynamics of a 3-year training at V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine, are presented. The simulator characteristics are indicated in the RF patents No. 115117; 141025; 2561902 for 2011–2015.

Известно, что успешное решение задачи подготовки врача-osteопата в остеопатических школах реализуется в числе прочего через оценку и совершенствование остеопатических навыков пальпации слушателей. В настоящее время широкое развитие в медицине при подготовке врачей получили симуляторы. В связи с этим в Институте Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова создан тренажер для обучения и развития навыков пальпации врача-osteопата (патенты РФ №115117; 141025; 2561902).

Он представлен в виде макета головы человека с электромеханическим имитатором движения костей черепа. На макете головы с двух сторон в районе височных костей черепа симметрично расположены подвижные участки диаметром около 50 мм. Макет закреплен горизонтально на плоской устойчивой подставке. Он предназначен для измерения фактической

величины ритма и амплитуды микроперемещений подвижных частей черепа. Количество таких расширений (ритм) может изменяться от 1 до 20 в минуту. Диапазон измерений (амплитуда) может быть выбран от 0...300 микрон (мк). Программа управления электромеханическим имитатором движения предназначена для регулировки параметров микроперемещения подвижных частей черепа (ритма и амплитуды), а также для регистрации реакции обучаемого на эти перемещения. Кроме того, программа математически обрабатывает результаты обучения (количество и долю правильных реакций обучаемого на микроперемещения подвижных частей черепа, на каком цикле — расширение или сжатие микродвижения зарегистрирована первая правильная реакция обучаемого и т. д.). Окно программы содержит «движки» регулировки параметров микродвижения и график зависимости амплитуды управляющего сигнала (пропорционального фактическому микроперемещению в мк) от времени (в секундах). На графике микродвижения в виде «засечек» отображается момент нажатия обучаемым на рычаг обратной связи. Сочетание графика движения и реакции обучаемого позволяет визуализировать результат обучения пальпации. Результаты оцениваются по коэффициенту эффективности ($K_{эф}$), который рассчитывается исходя из количества правильных ответов (ощущений тестируемого) при проведении 3–5–10 мин теста пальпации на тренажёре, ошибочных ответов (ощущений) и пропусков (отсутствие реагирования на микроперемещения костей черепа). Чем больше величина $K_{эф}$, тем лучше уровень пальпации у тестируемого. Тренажёр апробирован на 120 слушателях, обучающихся остеопатии. При этом показана возможность тестирования пальпаторных навыков у слушателей в динамике 3-х летнего обучения по ритму и амплитуде — основным пальпаторным характеристикам при отработке навыков у врача-osteопата.

По результатам тестирования выявлены следующие особенности. Установлено, что при заданном ритме (8–10 в мин) и амплитуде микроперемещений (в 300 мк) у тестируемых слушателей $K_{эф}$ был в 1,5 раза больше, по сравнению с амплитудой, равной 100 мк. При амплитуде микроперемещений (в 100 мк) количество слушателей с очень низким уровнем пальпации

($K_{эф} = 0-0,2$ отн. ед.) составляло около 17%, что в 2 раза больше, по сравнению с амплитудой, равной 300 мк. На примере одной из групп слушателей третьего курса обучения показаны уровни пальпации при амплитудах микроперемещений, равных 100 мк и 300 мк соответственно.

Выявлено, что величина $K_{эф}$ существенным образом была взаимосвязана с наработкой пальпаторных навыков в период обучения (курс обучения), с половозрастными и психофизиологическими особенностями слушателей. У слушателей третьего курса обучения величина $K_{эф}$ была на 14% больше, по сравнению со слушателями второго курса обучения. Низкий $K_{эф}$, равный 0,1–0,59 ед., встречался лишь у 42% слушателей третьего курса обучения, по сравнению со слушателями второго курса обучения, где частота его встречаемости составляла 58%.

Установлено, что с увеличением возраста обучающихся слушателей значения $K_{эф}$, свидетельствующего об уровне пальпации, существенно снижаются. Значения $K_{эф}$ у 30-летних обучающихся женщин на 18% выше, по сравнению с аналогичной возрастной группой слушателей-мужчин.

Выявлено, что в психомоторных тестах баланса нервных процессов и функциональной подвижности нервных процессов у слушателей с высоким $K_{эф}$ пальпации отмечались более высокие значения показателей возбуждения (уровень активации) (в 1,5 раза; $p < 0,05$) и динамичности (скорости реагирования на раздражитель) (на 24%; $p < 0,05$), по сравнению с лицами с низким $K_{эф}$.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СОМАТИЧЕСКИХ
ДИСФУНКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ СТУДЕНТОК
ГУМАНИТАРНОГО ВУЗА**

Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *osteопатическая коррекция, osteопатический статус, соматическая дисфункция, субъективное состояние, психическое состояние.*

Резюме. Обследовано 10 студенток ВУЗа, жалующихся на частые простудные заболевания, головные боли, усталость, сниженную работоспособность и повышенную тревожность. Оценивались показатели умственной усталости и выраженности стресса по опросникам «Работоспособность-3» и «Стресс», психоэмоциональное состояние по тесту Люшера, а также функциональное состояние ЦНС по методикам «Линейный глазомер» (особенности восприятия); «Ригидность» (быстрота перестройки навыка сенсомоторного действия при смене условий); «Тремор статический» (выраженность статического тремора). Выявлено существенное улучшение показателей функционального состояния организма студенток на фоне однократной osteопатической коррекции соматических дисфункций.

I. Egorova, A. Buchnov

**OSTEOPATHIC CORRECTION OF SOMATIC
DYSFUNCTIONS IN SICKLY FEMALE STUDENTS OF
HUMANITIES**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic correction, osteopathic status, somatic dysfunction, subjective state, mental state.*

Abstract. Ten university students complaining of frequent colds, headaches, fatigue, reduced performance, and increased anxiety were examined. Indicators of mental fatigue and stress severity were assessed by the «Efficiency-3» and «Stress» questionnaires, the psychoemotional state by the Luscher test, and the functional state of the CNS by the «Linear Eye Meter» techniques: (perception features); «Rigidity» (speed of adjustment of the sensorimotor action skill when conditions change); «Static Tremor» (severity of static tremor). The significant improvement in the functional status of students against a single osteopathic correction of somatic dysfunctions was revealed.

Актуальность исследования. Проблема здоровья студенческой молодёжи в настоящее время становится наиболее актуальной, являясь одной из составляющих профессионального становления будущих специалистов. Известно, что до 1/3 студентов в высших учебных заведениях имеет различные отклонения в состоянии здоровья (Костанова Н. А. с соавт., 2006). По данным (В. П. Зайцев с соавт., 2003) среди заболеваний, наиболее часто встречающихся у студентов, выделяют сколиозы (20%), нейроциркуляторную дистонию (16,6%) и миопию (15,6%). Другие авторы (Абросимова М. Ю. с соавт., 2004), ведущими в структуре заболеваемости студентов выделяют болезни органов дыхания (74,3%) и болезни костно-мышечной системы (49,4%).

Цель исследования: оценка изменений в функциональном состоянии организма часто болеющих студенток на фоне однократной остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Изучение анамнестических показателей состояния здоровья.
2. Оценка психического состояния до и после коррекции.
3. Анализ изменения показателей ЦНС на фоне коррекции.
4. Оценка остеопатического статуса до и после коррекции.

Методы. Обследовано 10 студенток ВУЗа в возрасте 18–19 лет, имеющих жалобы на частые простудные заболевания, головные боли, усталость, сниженную работоспособность и повышенную тревожность. Проведена однократная остеопатическая

коррекция функционального состояния организма указанных лиц (Sutherland W. G., 2002.; Остеопатия в разделах..., 2010, 2014). Обследование было проведено в период экзаменационной сессии за первый год обучения в гуманитарном ВУЗе.

Критерии включения в группу обследования:

— пациенты с жалобами на головные боли, частые простудные заболевания, усталость, тревожность и сниженную работоспособность в течение последних 6 месяцев.

Критерии исключения из обследования: наличие соматической патологии; последствий черепно-мозговых травм, врожденных заболеваний и опухолей.

Проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, оценка психического состояния по тесту Люшер, умственной усталости (опросник «Работоспособность») и выраженности стресса (анкета «Стресс»). Определялись показатели функционального состояния ЦНС по методикам «Линейный глазомер» (особенности восприятия); «Ригидность» (быстрота перестройки навыка сенсомоторного действия при смене условий); «Тремор статический» (выраженность статического тремора), реализованных в АПК «Мультитсихометр». Проводилась остеопатическая коррекция соматических дисфункций, направленная на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. Сравнительная оценка анализируемых показателей функционального состояния организма студенток осуществлялась до и сразу после коррекции.

Установлено, что у студенток в анамнезе в 10–20% случаев наблюдается родоразрешение посредством кесарева сечения и недоношенность при рождении, в 40% случаев — закрытая травма мозга. До коррекции преобладают жалобы на боли в коленных суставах, в спине и на головную боль (в 50–60% случаев); на повышенную раздражительность, усталость, нарушение сна и боль в шее (в 20–30% случаев). После коррекции отмечается уменьшение частоты встречаемости жалоб на боли в спине и коленных суставах (в 5–6 раз; $p < 0,05$), остальные из выше перечисленных жалоб не определяются.

У студенток после коррекции отмечается уменьшение значений показателей тревоги (в 1,4 раза; $p < 0,05$) и отклонения

от аутогенной нормы (ОАН) (на 15,4%; $p < 0,05$) в тесте Люшер, а также уменьшение значений показателя выраженности стресса (на 20,8%; $p < 0,05$) по опроснику «Стресс».

После остеопатической коррекции соматических дисфункций у студенток отмечается улучшение показателей статического тремора (уменьшение времени длительности касания на 17,4%; $p < 0,05$) и времени, в течение которого щуп находится в соприкосновении со стенками отверстия), а также увеличение значений показателей пластичности (на 33,3%; $p < 0,05$) и эффективности (на 19,1%; $p < 0,05$), свидетельствующих об увеличении скорости перестройки навыка сенсомоторного действия в новых условиях.

При оценке остеопатического статуса установлено, что после коррекции, отмечается увеличение значений амплитуды (в 1,9 раза; $p < 0,001$), силы (в 1,5 раза; $p < 0,001$) и ритма (на 8,5%; $p < 0,05$) краниосакрального механизма. После коррекции состояния студенток остеопатические признаки межполушарной асимметрии с доминированием левого полушария выявляются в 3,5 раза ($p < 0,05$) реже, по сравнению с фоном, а признаки краниосакрального асинхронизма не определяются вовсе, тогда как в исходном периоде их величина составляет 90%. Остеопатические показатели компрессии СБС после коррекции также не определяются, согласно фоновым данным их величина составляет 40%. Частота встречаемости признаков соматических дисфункций внутрикостных повреждений крестца после коррекции уменьшается в 4 раза ($p < 0,05$).

По данным корреляционного анализа (по Спирмену) основных анамнестических показателей, жалоб на состояние здоровья, показателей психофизиологического статуса и остеопатических признаков соматических дисфункций у студенток до коррекции определяются взаимосвязи показателей ритма, амплитуды и силы КСМ, а также признаков краниосакрального асинхронизма с жалобами на боли в шее, голове и наличием кесарева сечения в анамнезе ($p = 0,46 - 0,50$; $p < 0,05$). Выявляются также взаимосвязи частоты встречаемости признаков соматических дисфункций крестца и показателей психоэмоционального статуса по тесту Люшера (работоспособность, отклонение от аутогенной нормы, тревожность) ($p = 0,50 - 0,60$; $p < 0,05$).

Литература

1. Зайцев В. П. Здоровье студентов технического высшего учебного заведения / В. П. Зайцев, С. И. Крамской // Гигиена и санитария, 2003. — № 2. — С. 46–48.
2. Костанова Н. А. Реабилитация в условиях рекреационно-развивающей среды / Н. А. Костанова, Ю. Р. Нордгеймер // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодёжи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — М.: Изд-во Научного Центра Здоровья Детей РАМН, 2006. — С. 106.
3. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.
4. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.
5. Sutherland W.G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Ю. Н. Морозов

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ КАЧЕСТВ ПЛОВЦОВ 13–14 ЛЕТ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ТРЕНИРОВКИ И ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ

Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическое лечение, остеопатический статус, психофизиологические показатели; соматиче-*

ская дисфункция, скоростно-силовые показатели; юные пловцы.

Резюме. Обследовано 20 юношей, спортсменов-пловцов в возрасте 13–14 лет, из числа которых было выделено 2 группы: основная группа (ОГ, $n=10$ чел.) — лица, получавшие общее остеопатическое лечение (ТГО), с частотой 1 раз в 2 недели, в течение двух месяцев и тренировавшиеся по стандартной программе развития скоростно-силовых качеств; контрольная группа (КГ; $n=10$ чел.) — лица, тренировавшиеся только по стандартной программе развития скоростно-силовых качеств в течение двух месяцев. Оценивались субъективное состояние по тесту САН, выраженность показателей работоспособности и стресса по тестам «Работоспособность» и «Стресс», скоростно-силовые качества по общепринятой для спортсменов-пловцов методике и остеопатический статус. Показано существенное улучшение значений показателей субъективного состояния, работоспособности, выраженности стресса и развития скоростных качеств в ОГ пловцов, по сравнению с КГ.

I. Egorova, A. Buchnov, Y. Morozov

**ASSESSMENT OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATE AND
SPEED-POWER QUALITIES OF SWIMMERS AGED
13–14 AGAINST THE TRAINING PROGRAM AND
OSTEOPATHIC CORRECTION OF SOMATIC
DYSFUNCTIONS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic treatment, osteopathic status, psychophysiological indicators, somatic dysfunction, speed-power indicators; young swimmers.*

Abstract: twenty young swimmers aged 13–14 years were divided into two groups: the main group (MG, $n=10$ people) — those who received general osteopathic treatment (TGO), with a frequency of 1 time in 2 weeks for two months, and trained according to the standard program of speed-strength development; and the control group (CG;

n=10 people) — those who trained within a standard program of speed-strength development for two months. The subjective state was assessed by the SAN test, the severity of performance and stress indicators by the «Efficiency» and «Stress» tests, speed-strength qualities by the generally accepted method for swimmers, as well as osteopathic status. A significant improvement in the values of the indicators of the subjective state, performance, severity of stress and the development of speed characteristics in the MG of swimmers, as compared with the CG, is shown.

Актуальность. В плавании определяющим фактором для достижения высоких спортивных результатов является высокое функциональное состояние и согласованная деятельность вегетативных и, прежде всего, функциональных систем организма (Гоготова В. Л., 2007).

По данным обследований у 62 юных пловцов выявлены изменения: офтальмологом у 32% детей, отоларингологом — 29% детей, ортопед выявлял нарушение осанки у 100% детей. По данным ЭХО-кардиографии у 63% пловцов выявлялись малые аномалии развития сердца: пролапс митрального клапана (24%) и аномально расположенные хорды (16,7%) (Леонова Н. М. с соавт., 2010).

Непрерывный рост спортивных достижений в плавании требуют поиска эффективных методических, организационных и управленческих решений в многолетней подготовке спортсменов. Важное место в этой системе занимает процесс совершенствования комплексного контроля и отбора перспективных пловцов на всех этапах многолетней подготовки (Христов В. В., 2003).

Можно предположить, что оптимизация показателей функционального состояния организма пловцов через коррекцию соматических дисфункций будет способствовать улучшению их здоровья и росту спортивных результатов.

Цель исследования: оценка психофизиологического состояния и скоростно-силовых качеств спортсменов-пловцов 13–14 лет на фоне применения методики развития скоростно-силовых качеств и остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Изучить наиболее часто встречающиеся соматические дисфункции у пловцов.
2. Оценить субъективное состояние.
- 3 Проанализировать уровень физического дискомфорта и утомления.
4. Изучить динамику скоростно-силовых качеств у пловцов;
5. Оценить остеопатический статус.

Методы. Обследовано 20 юношей, спортсменов-пловцов в возрасте 13–14 лет, из числа которых было выделено 2 группы лиц:

— основная группа: пловцы, получавшие общее остеопатическое лечение (TGO), с частотой 1 раз в 2 недели, в течение двух месяцев и тренирующиеся по стандартной программе — 10 человек.

— контрольная группа: пловцы, тренировавшиеся по стандартной программе в течение двух месяцев — 10 человек.

Психофизиологическое тестирование обследуемых лиц проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультитсихометр». Определялись показатели субъективного состояния по тесту СПС, выраженности физического утомления по тесту «Работоспособность» и стресса по методике «Стресс». Исследование скоростно-силовых качеств оценивалось по общепринятой для спортсменов-пловцов методике.

Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам и осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Sutherland W. G., 1990; Magoun H. I., 1994; Frymann V. M., 1998; Остеопатия в разделах..., 2010, 2014).

Применялся непараметрический метод оценки достоверности различий с целью выявления информативности показателей в исследуемых группах спортсменов до и после коррекции.

Установлено, что после применения программы тренировки и коррекции отмечается улучшение субъективного состояния по тесту САН в обследованных группах пловцов, более выраженное

в ОГ. Данное увеличение значений показателей самочувствия и настроения после коррекции в ОГ, по сравнению с КГ, было в 1,3 раза более выраженным, а активности — в 1,6 раза.

После применения программы тренировки и коррекции в ОГ, по сравнению с КГ, отмечается более выраженное улучшение (в 1,5–1,6 раза; $p < 0,05$) значений показателей субъективного контроля и физического утомления, а также показателей физиологического дискомфорта и стресса (в 1,2–1,3 раза; $p < 0,05$).

В обследованных группах пловцов после применения программы развития скоростно-силовых качеств и коррекции отмечается существенное увеличение значений скоростных показателей, более выраженное у спортсменов ОГ. В ОГ время проплывания кролем 25-метровой и 50-метровой дистанций, по сравнению с исходными данными, уменьшается на 28,3% ($p < 0,05$) и на 16% ($p < 0,05$), в КГ — лишь на 15,5% ($p < 0,05$) и на 7,5% ($p < 0,05$) соответственно. В те же периоды обследования показатели развития силовых качеств у пловцов не претерпевают существенных изменений.

На фоне применения программы развития скоростно-силовых качеств и остеопатической коррекции у пловцов выявляется увеличение ритма (на 26%; $p < 0,05$), амплитуды и силы (на 25%; $p < 0,05$) КСМ. Частота встречаемости соматических дисфункций диафрагм у пловцов до коррекции составляет 40–50%, после остеопатической коррекции они не встречаются вовсе. После коррекции соматические дисфункции сегментов C_0 – C_1 , сегментов шейно-грудного перехода C_7 – Th_1 и крестца также не выявляются, тогда как фоновые их значения составляют от 30% до 60%.

Литература

1. Гогова В. Л. Биологические аспекты отбора юных пловцов на этапе специализации / В. Л. Гогова: автореф. дисс. канд-та биол. наук. — М., 2007. — 25 с.

2. Гогова В. Л. Медико-педагогическая коррекция тренировочных нагрузок у юных пловцов на основании данных вентилометрии / В. Л. Гогова, В. С. Реутова, И. Е. Смирнов //

Актуальные проблемы педиатрии: сборник матер. XI конгресса педиатров России. — М., 2007. — С. 167–168.

3. Леонова Н. М. Показатели здоровья и морфофункционального состояния сердца юных пловцов с малыми аномалиями развития сердца / Н. М. Леонова, Г. Г. Коковина, А. В. Михайлова, А. В. Смоленский // Лечебная физкультура и спортивная медицина, 2010. — С. 25–29.

4. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.

5. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И.А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

6. Frymann V. M. Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept / V. M. Frymann // J. Am. Osteopath. Assoc, 1976. — Vol. 76, № 1. — P. 46–61.

7. Frymann V. M. Legacy of Osteopathy to Children / M. V. Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.

8. Magoun Harold I. L'Osteopathie dans la sphere cranienne / I. Magoun Harold. — Paris: Ed. Spirales, 1994. — 368 p.

9. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Р. А. Вишневская
**ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ
ОРГАНИЗМА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
НА ФОНЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ**

Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическая коррекция, остеопатический статус, психическое состояние, функциональное состояние организма.*

Резюме. На фоне остеопатической коррекции проведена оценка функционального состояния ЦНС и психического состояния практически здоровых пациенток (12 чел.) в возрасте 23 лет. Использованы методики исследования, реализованные в АПК «Мультипсихометр» и программно-аппаратном комплексе CMS. Сразу после коррекции у пациенток выявлено существенное улучшение показателей ЦНС, психического состояния и остеопатического статуса.

I. Egorova, A. Buchnov, R. Vishnevskaya
**ASSESSMENT OF CHANGES IN MENTAL STATE IN YOUNG
SUBJECTS AGAINST OSTEOPATHIC CORRECTION
OF SOMATIC DYSFUNCTIONS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic correction, osteopathic status, mental state, functional body state.*

Abstract. The assessment of functional state of the CNS and mental health of almost healthy female subject (12) aged 23 was held against the osteopathic correction. The research methods were implemented in the Multipsycometer hardware-software psycho-diagnostic system. Immediately after the correction, the patients showed

a significant improvement in the CNS, mental state, and osteopathic status.

Актуальность. В настоящее время в России имеет место ряд социально-экономических проблем, являющихся причиной возникновения факторов риска, способствующих формированию психологических и соматических заболеваний молодых людей (Сухарев А. Г., 2004). В последнее 10-летие в молодёжной среде наблюдается рост пограничных психических расстройств, в том числе синдрома реактивной и личностной тревожности, синдрома депрессии (Росстат РФ, 2012).

Многочисленные публикации свидетельствуют об усилении негативных тенденций в состоянии здоровья молодёжи в последнее десятилетие, ухудшении физического развития, снижении функциональных возможностей (Величковский Б. Т., Баранов А. А., 2004; Измеров Н. Ф., 2005; Онищенко Г. Г., 2005; Кучма В. Р., 2006). По данным Дьякович М. П. (2002, 2004) только 36% обследованных студентов вузов и учащихся профессиональных училищ обладают таким уровнем здоровья, который позволит им реализовать свои устремления в сфере труда.

В то же время практически отсутствуют данные о влиянии неблагоприятных факторов среды обитания на состояние здоровья и компенсаторно-приспособительных механизмов лиц молодого возраста. Необходима разработка рекомендаций по повышению эффективности мероприятий по коррекции состояния здоровья работающей молодёжи. Вышеизложенное обусловило актуальность проведения настоящего исследования.

Цель исследования: оценка изменения психического состояния организма практически здоровых пациенток на фоне остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Исследовать функциональное состояние ЦНС до и после коррекции.
2. Оценить психическое состояние пациенток до и после коррекции.
3. Провести оценку остеопатического статуса до и после коррекции.

Материал работы получен в результате обследования 12 пациенток, возраст которых составлял около $23,0 \pm 0,8$ лет. Все они были практически здоровыми лицами, то есть имели незначительные функциональные нарушения со стороны различных органов и систем организма, которые не оказывали существенного влияния на их повседневную трудоспособность.

Методы. До и после остеопатической коррекции проводилось комплексное обследование пациенток, включающее в себя следующие методы: исследование ЦНС, оценку психического состояния, остеопатическое тестирование краниосакральной, мышечно-скелетной и висцеральной систем. При оценке ЦНС и психического состояния были использованы методики исследования, реализованные в АПК «Мультитсихометр»: цветовой тест Люшера, тесты оценки функциональной подвижности нервных процессов, пространственно-временной экстраполяции и баланса нервных процессов. Кроме того до и после остеопатического лечения с помощью диагностического программно-аппаратного комплекса CMS (Current Mental State) оценивалось текущее психическое состояние. Сравнительная оценка анализируемых показателей функционального состояния организма пациенток осуществлялась до и сразу после лечения.

Остеопатический статус оценивался до и сразу после коррекции. Остеопатическое обследование осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Frymann V. M., 1998; Sutherland W. G., 2002). Проводилось однократное остеопатическое лечение в течение 30 минут, направленное на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. Использовались мышечно-энергетические техники по Митчеллу, коррекция положения и подвижности копчика, сегмента L_5-S_1 . Проводилась коррекция работы краниальной системы: восстановление равновесия костей свода и основания черепа, равновесия натяжений ТМО, коррекция подвижности в сегментах C_0-C_1 , C_1-C_2 , а также устранение дисфункций висцеральных органов и коррекция фасциальных натяжений. Применялся непараметрический метод оценки достоверности различий с целью выявления информативности показателей в исследуемых группах пациентов.

Установлено, что после остеопатической коррекции отмечалось уменьшение значений показателя усталости (в 1,8 раза; $p < 0,05$) в цветовом тесте Люшера, а также выраженные благоприятные изменения в психическом состоянии пациенток при проведении методик оценки, реализованных в программно-аппаратном комплексе CMS. Сразу после коррекции, по сравнению с фоном, отмечалось уменьшение значений показателей психического состояния по нозологическим шкалам: шизоидности, невротичности и аффективности (в 1,5–1,7 раза; $p < 0,05$), а также увеличение значений показателя адаптивности (в 1,3 раза; $p < 0,05$). Это свидетельствует о выраженных благоприятных изменениях психического состояния, связанных с увеличением резервов психической адаптации, уменьшением признаков интроверсии, невротичности и уравновешенности эмоционального состояния.

Оценка изменений психического состояния по синдромологическим шкалам на фоне коррекции выявила уменьшение значений показателей маниакальности (в 3,3 раза; $p < 0,05$), депрессивности и одержимости (в 2 раза; $p < 0,05$), параноидальности (свойства самокритичности), дифференцированности психики, тревожности, астеничности, ипохондричности и истеричности (в 1,7–1,9 раза; $p < 0,05$). Отмечалось также увеличение значений показателей синдромологической адаптивности (в 1,6 раза; $p < 0,05$).

Выявлено, что сразу после остеопатической коррекции состояния пациенток отмечалось увеличение значений показателей точности (на 5,8%; $p < 0,05$) и стабильности (на 4,2%; $p < 0,05$) в тесте пространственно-временной экстраполяции, а также увеличение значений показателя пропускной способности (на 24%; $p < 0,05$) в тесте функциональной подвижности нервных процессов.

В те же периоды исследования хорошо отреагировали показатели остеопатического статуса. После коррекции, по сравнению с исходными данными, отмечалось увеличение значений КСМ: ритма (на 9,9%; $p < 0,05$), амплитуды (в 1,8 раза; $p < 0,05$) и силы (в 1,4 раза; $p < 0,05$). Аналогично, после коррекции состояния пациенток остеопатические признаки краниосакрального

асинхронизма выявлялись в 4 раза ($p < 0,05$) реже, по сравнению с фоном, и уменьшалась частота встречаемости признаков межполушарной асимметрии.

Литература

1. Баранов А. А. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста. Пособие для врачей / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, С. А. Валиуллина. М., 2005. — 30 с.
2. Величковский Б. Т. Рост и развитие детей и подростков в России / Б. Т. Величковский, А. А. Баранов, В. Р. Кучма // Вестник РАМН, 2004. — № 1. — С. 43–45.
3. Величковский Б. Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2005. — № 2. — С. 24–36.
4. Дьякович М. П. Гигиенические и социально-психологические основы оценки качества трудового потенциала промышленных предприятий / М. П. Дьякович: автореф. дис. док. биол. наук. — Иркутск, 2004. — 40 с.
5. Дьякович М. П. Здоровье как качественная характеристика трудового потенциала крупных промышленных предприятий / М. П. Дьякович, В. С. Рукавишников // Бюллетень НС Медико-экологические проблемы работающих. 2004. — № 3. — С. 42–46.
6. Дьякович М. П. Некоторые аспекты профессиональной деятельности и риск нарушения здоровья конструкторов летательных аппаратов / М. П. Дьякович, Г. В. Куренкова // Гигиена и санитария. 2005. — № 1. — С. 28–29.
7. Егорова И. А. Краниальная остеопатия / И. А. Егорова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 488 с.
8. Измеров Н. Ф. Профессиональный стресс с позиции медицины труда: стрессоры, психофизиологические аспекты, здоровье, профилактика / Н. Ф. Измеров // Материалы 2 Всероссийского съезда врачей профпатологов. — Ростов-на-Дону: Полиграфист, 2006. — С. 309–310.
9. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков / В. Р. Кучма. — М.: Медицина, 2003. — 384 с.

10. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.

11. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

12. Frymann V. M. Effect of osteopathic medical management on neurologic development in children / V. M. Frymann, R. E. Carney, P. Springall // J. Am. Osteopath. Assoc. — 1992. — Vol. 92, № 6. — P. 729–744.

13. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.

14. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, И. Е. Гольм

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СПОРТСМЕНОВ
В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКЕ**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическая коррекция, остеопатический статус, качество жизни, соматическая дисфункция, субъективное состояние, функциональное состояние организма, уровень тревожности.*

Резюме. На фоне выраженного психоэмоционального напряжения проведена оценка показателей качества жизни по опроснику SF-36, а также показателей психофизиологическо-

го статуса 13 практически здоровых девочек в возрасте от 11 до 12 лет, занимающихся художественной гимнастикой. Показана высокая эффективность методов остеопатической коррекции в оптимизации психофизиологического состояния и качества жизни молодых гимнасток.

I. Egorova, A. Buchnov, I. Golm

**OSTEOPATHIC CORRECTION
OF PSYCOPHYSIOLOGICAL STATE AND LIFE QUALITY
IN RHYTHMIC GYMNASTS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic correction, osteopathic status, life quality, somatic dysfunction, subjective state, functional body state, anxiety level.*

Abstract. The assessment of the life quality indicators under the SF-36 questionnaire, as well as the indicators of the psychophysiological status of 13 almost healthy girls aged 11–12 engaged in rhythmic gymnastics, was conducted against the background of pronounced psycho-emotional stress. The high efficiency of osteopathic correction methods in optimizing the psychophysiological state and life quality in young female gymnasts was shown.

Актуальность исследования. Проблема охраны здоровья спортсменов представляет большой научный интерес. В настоящее время развитие физической культуры и массового детско-юношеского спорта — центральное направление деятельности по формированию, сохранению и укреплению здоровья детей и подростков. Один из видов спорта, предъявляющий высокие требования не только к физическим, но и к психологическим особенностям ребенка — художественная гимнастика. Двигательная активность совершенствует функциональное состояние систем организма, создавая предпосылки для гармоничного физического развития. Однако, известно, что высокие спортивные нагрузки создают риск развития патологических состоя-

ний (Блинова Н. Г., 2000; Солодков А. С., Сологуб Е. Б., 2000; Агаджанян М. Г., 2005). Показано, что требования, отражающие специфику художественной гимнастики (режим тренировок, рацион питания и т. д.) не соответствуют возрастным и функциональным возможностям девочек 7–10 лет на уровне массового детского спорта. Установлена высокая физиологическая «цена» ранних высоких спортивных достижений в художественной гимнастике (Казикова Е. П., 2014).

В связи с этим, анализ влияния остеопатической коррекции соматических дисфункций на психофизиологическое состояние и качество жизни гимнасток, представляется весьма актуальным.

Цель исследования: оценка психофизиологического состояния и качества жизни гимнасток после остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Оценка субъективного состояния (субъективный комфорт).
2. Анализ уровня физического дискомфорта и утомления.
3. Исследование уровня личностной и реактивной (ситуационной) тревожности.
4. Оценка качества жизни по опроснику SF-36.
5. Оценка остеопатического статуса спортсменов.

Методы. На базе центра художественной гимнастики «Жемчужина» и Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова проведено комплексное психофизиологическое и остеопатическое обследование 13 практически здоровых девочек в возрасте от 11 до 12 лет, занимающихся художественной гимнастикой. Исследование проводилось в период подготовки к соревнованиям по групповым упражнениям на «Кубок Санкт-Петербурга» и сопровождалось выраженным психоэмоциональным напряжением у спортсменов.

Всем гимнасткам проводилось общее остеопатическое лечение (ТГО), в период 3-х месяцев через каждые 2 недели, продолжительность сеанса — 40 мин.

Психофизиологическое тестирование обследуемых лиц проведено с помощью аппаратно-программного психодиагности-

ческого комплекса АПК «Мультipsихометр». Определялись показатели субъективного состояния по тесту СПС, уровня тревожности по тесту Спилбергера-Ханина и выраженности физического утомления по тесту «Работоспособность». Показатели качества жизни оценивались по опроснику SF-36.

Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам и осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Sutherland W. G., 1990; Magoun H. I., 1994; Frymann V.M., 1998).

Установлено, что у гимнасток после коррекции, по сравнению с исходными данными, отмечалось улучшение показателей субъективного комфорта (в 1,4 раза; $p < 0,01$), а также уменьшение показателей физиологического дискомфорта и физического утомления (в 2–3 раза; $p < 0,001$).

После коррекции у спортсменок отмечалось уменьшение уровней личностной (в 2,2 раза; $p < 0,05$) и ситуационной тревожности (в 1,5 раза; $p < 0,05$).

Выявлено, что после коррекции, по сравнению с исходными данными, у гимнасток отмечалось увеличение значений показателей физического (на 19,2%; $p < 0,05$) и психологического (на 18,4%; $p < 0,05$) компонентов здоровья КЖ. Среди показателей психологического компонента здоровья после коррекции отмечалось увеличение значений по шкалам ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) (23,4%; $p < 0,05$) и социального функционирования (СФ) (на 18,8%; $p < 0,05$). Остеопатическая коррекция состояния спортсменок способствовала также улучшению значений показателя физического компонента здоровья КЖ — боли (на 24,3%; $p < 0,05$).

Показано существенное улучшение значений остеопатического статуса спортсменок после коррекции: увеличение ритма (на 25%; $p < 0,05$), амплитуды (на 25%; $p < 0,05$) и силы (на 23,5%; $p < 0,05$) КСМ. Частота встречаемости соматических дисфункций диафрагм у гимнасток до коррекции составляла от 39% до 54%, после остеопатической коррекции они не встречались во все. Аналогично, после коррекции соматические дисфункции сегментов C_0-C_1 , сегментов шейно-грудного перехода C_7-Th_1 ,

а также крестца не выявлялись, тогда как фоновые их значения составляли от 39% до 54%.

Совокупность проведенных исследований позволяет заключить о высокой эффективности методов остеопатической коррекции в оптимизации психофизиологического состояния и качества жизни молодых гимнасток.

Литература

1. Агаджанян Н. А. Двигательная активность и здоровье / Н. А. Агаджанян, В. Г. Двоеносов, Н. В. Ермакова, Г. В. Морозова, Р. А. Юсупов. — Казань: Изд-во КГУ, 2005. — 216 с.
2. Блинова Н. Г. Практикум по психофизиологической диагностике / Н. Г. Блинова, Л. Н. Игишева, Э. М. Казин, А. И. Федоров. — М., 2000. — 127 с.
3. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): дисс... доктора мед. наук / И. А. Егорова. — СПб., 2008. — 382 с.
4. Казикова Е. П. Особенности эмоционально-личностного и психофизиологического развития девочек 7–10 лет, занимающихся художественной гимнастикой / Е. П. Казикова // Материалы XVI Международной научно-практической конференции «Научное сообщество студентов XXI столетия. ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ». — Новосибирск, 2014. — С. 75–79.
5. Солодков А. С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учебник для вуз. физ. культуры / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. — М.: Терра-Спорт: Олимпия Пресс, 2000. — 356 с.
6. Солодков А. С. Проблема адаптации в спорте: состояние и перспективы развития / А. С. Солодков // Человек в мире спорта: новые идеи, технологии, перспективы: тезисы докл. Междунар. Конгр. (Москва, 24–28 мая 1998 г.). — М., 1998. — Т. 1. — С. 118–119.
7. Frymann V. M. Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept / V. M. Frymann // J. Am. Osteopath. Assoc., 1976. — Vol. 76, № 1. — P. 46–61.
8. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. JAOA, 1998. — 360 p.

9. Magoun Harold I. L'Osteopathie dans la sphere cranienne / I. Magoun Harold. — Paris: Ed. Spirales, 1994. — 368 p.

10. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

А. Д. Бучнов, М. А. Гитцович, Н. Г. Елисеева

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ
И ДИСФАГИЕЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *дисфагия, дизартрия, остеопатическое лечение, остеопатический статус, соматическая дисфункция.*

Резюме. Обследовано 40 пациентов в возрасте 49–60 лет, из числа которых выделены основная группа — 20 пациентов, которым проводилось комплексное лечение (медикаментозная терапия, логопедическая коррекция и остеопатическое лечение) и контрольная группа — 20 пациентов, получавших медикаментозную терапию и логопедическую коррекцию. Выявлены ведущие соматические дисфункции пациентов с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией. На фоне лечения оценивалось психическое состояние пациентов, логопедические показатели (дисфагии и дизартрии). Показана высокая эффективность остеопатического лечения больных, перенесших ишемический инсульт с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией в поздний восстановительный период.

коррекция функционального состояния организма указанных лиц (Sutherland W. G., 2002.; Остеопатия в разделах..., 2010, 2014). Обследование было проведено в период экзаменационной сессии за первый год обучения в гуманитарном ВУЗе.

Критерии включения в группу обследования:

— пациенты с жалобами на головные боли, частые простудные заболевания, усталость, тревожность и сниженную работоспособность в течение последних 6 месяцев.

Критерии исключения из обследования: наличие соматической патологии; последствий черепно-мозговых травм, врожденных заболеваний и опухолей.

Проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, оценка психического состояния по тесту Люшер, умственной усталости (опросник «Работоспособность») и выраженности стресса (анкета «Стресс»). Определялись показатели функционального состояния ЦНС по методикам «Линейный глазомер» (особенности восприятия); «Ригидность» (быстрота перестройки навыка сенсомоторного действия при смене условий); «Тремор статический» (выраженность статического тремора), реализованных в АПК «Мультипсихометр». Проводилась остеопатическая коррекция соматических дисфункций, направленная на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. Сравнительная оценка анализируемых показателей функционального состояния организма студенток осуществлялась до и сразу после коррекции.

Установлено, что у студенток в анамнезе в 10–20% случаев наблюдается родоразрешение посредством кесарева сечения и недоношенность при рождении, в 40% случаев — закрытая травма мозга. До коррекции преобладают жалобы на боли в коленных суставах, в спине и на головную боль (в 50–60% случаев); на повышенную раздражительность, усталость, нарушение сна и боль в шее (в 20–30% случаев). После коррекции отмечается уменьшение частоты встречаемости жалоб на боли в спине и коленных суставах (в 5–6 раз; $p < 0,05$), остальные из выше перечисленных жалоб не определяются.

У студенток после коррекции отмечается уменьшение значений показателей тревоги (в 1,4 раза; $p < 0,05$) и отклонения

от аутогенной нормы (ОАН) (на 15,4%; $p < 0,05$) в тесте Люшер, а также уменьшение значений показателя выраженности стресса (на 20,8%; $p < 0,05$) по опроснику «Стресс».

После остеопатической коррекции соматических дисфункций у студенток отмечается улучшение показателей статического тремора (уменьшение времени длительности касания на 17,4%; $p < 0,05$) и времени, в течение которого щуп находится в соприкосновении со стенками отверстия), а также увеличение значений показателей пластичности (на 33,3%; $p < 0,05$) и эффективности (на 19,1%; $p < 0,05$), свидетельствующих об увеличении скорости перестройки навыка сенсомоторного действия в новых условиях.

При оценке остеопатического статуса установлено, что после коррекции, отмечается увеличение значений амплитуды (в 1,9 раза; $p < 0,001$), силы (в 1,5 раза; $p < 0,001$) и ритма (на 8,5%; $p < 0,05$) краниосакрального механизма. После коррекции состояния студенток остеопатические признаки межполушарной асимметрии с доминированием левого полушария выявляются в 3,5 раза ($p < 0,05$) реже, по сравнению с фоном, а признаки краниосакрального асинхронизма не определяются вовсе, тогда как в исходном периоде их величина составляет 90%. Остеопатические показатели компрессии СБС после коррекции также не определяются, согласно фоновым данным их величина составляет 40%. Частота встречаемости признаков соматических дисфункций внутрикостных повреждений крестца после коррекции уменьшается в 4 раза ($p < 0,05$).

По данным корреляционного анализа (по Спирмену) основных анамнестических показателей, жалоб на состояние здоровья, показателей психофизиологического статуса и остеопатических признаков соматических дисфункций у студенток до коррекции определяются взаимосвязи показателей ритма, амплитуды и силы КСМ, а также признаков краниосакрального асинхронизма с жалобами на боли в шее, голове и наличием кесарева сечения в анамнезе ($p = 0,46 - 0,50$; $p < 0,05$). Выявляются также взаимосвязи частоты встречаемости признаков соматических дисфункций крестца и показателей психоэмоционального статуса по тесту Люшера (работоспособность, отклонение от аутогенной нормы, тревожность) ($p = 0,50 - 0,60$; $p < 0,05$).

Литература

1. Зайцев В. П. Здоровье студентов технического высшего учебного заведения / В. П. Зайцев, С. И. Крамской // Гигиена и санитария, 2003. — № 2. — С. 46–48.
2. Костанова Н. А. Реабилитация в условиях рекреационно-развивающей среды / Н. А. Костанова, Ю. Р. Нордгеймер // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодёжи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — М.: Изд-во Научного Центра Здоровья Детей РАМН, 2006. — С. 106.
3. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.
4. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.
5. Sutherland W.G. Osteopathie dans le champ cralien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Ю. Н. Морозов

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ КАЧЕСТВ ПЛОВЦОВ 13–14 ЛЕТ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ТРЕНИРОВКИ И ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ

Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическое лечение, остеопатический статус, психофизиологические показатели; соматиче-*

ская дисфункция, скоростно-силовые показатели; юные пловцы.

Резюме. Обследовано 20 юношей, спортсменов-пловцов в возрасте 13–14 лет, из числа которых было выделено 2 группы: основная группа (ОГ, $n=10$ чел.) — лица, получавшие общее остеопатическое лечение (ТГО), с частотой 1 раз в 2 недели, в течение двух месяцев и тренировавшиеся по стандартной программе развития скоростно-силовых качеств; контрольная группа (КГ; $n=10$ чел.) — лица, тренировавшиеся только по стандартной программе развития скоростно-силовых качеств в течение двух месяцев. Оценивались субъективное состояние по тесту САН, выраженность показателей работоспособности и стресса по тестам «Работоспособность» и «Стресс», скоростно-силовые качества по общепринятой для спортсменов-пловцов методике и остеопатический статус. Показано существенное улучшение значений показателей субъективного состояния, работоспособности, выраженности стресса и развития скоростных качеств в ОГ пловцов, по сравнению с КГ.

I. Egorova, A. Buchnov, Y. Morozov

**ASSESSMENT OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATE AND
SPEED-POWER QUALITIES OF SWIMMERS AGED
13–14 AGAINST THE TRAINING PROGRAM AND
OSTEOPATHIC CORRECTION OF SOMATIC
DYSFUNCTIONS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic treatment, osteopathic status, psychophysiological indicators, somatic dysfunction, speed-power indicators; young swimmers.*

Abstract: twenty young swimmers aged 13–14 years were divided into two groups: the main group (MG, $n=10$ people) — those who received general osteopathic treatment (TGO), with a frequency of 1 time in 2 weeks for two months, and trained according to the standard program of speed-strength development; and the control group (CG;

n=10 people) — those who trained within a standard program of speed-strength development for two months. The subjective state was assessed by the SAN test, the severity of performance and stress indicators by the «Efficiency» and «Stress» tests, speed-strength qualities by the generally accepted method for swimmers, as well as osteopathic status. A significant improvement in the values of the indicators of the subjective state, performance, severity of stress and the development of speed characteristics in the MG of swimmers, as compared with the CG, is shown.

Актуальность. В плавании определяющим фактором для достижения высоких спортивных результатов является высокое функциональное состояние и согласованная деятельность вегетативных и, прежде всего, функциональных систем организма (Гоготова В. Л., 2007).

По данным обследований у 62 юных пловцов выявлены изменения: офтальмологом у 32% детей, отоларингологом — 29% детей, ортопед выявлял нарушение осанки у 100% детей. По данным ЭХО-кардиографии у 63% пловцов выявлялись малые аномалии развития сердца: пролапс митрального клапана (24%) и аномально расположенные хорды (16,7%) (Леонова Н. М. с соавт., 2010).

Непрерывный рост спортивных достижений в плавании требуют поиска эффективных методических, организационных и управленческих решений в многолетней подготовке спортсменов. Важное место в этой системе занимает процесс совершенствования комплексного контроля и отбора перспективных пловцов на всех этапах многолетней подготовки (Христов В. В., 2003).

Можно предположить, что оптимизация показателей функционального состояния организма пловцов через коррекцию соматических дисфункций будет способствовать улучшению их здоровья и росту спортивных результатов.

Цель исследования: оценка психофизиологического состояния и скоростно-силовых качеств спортсменов-пловцов 13–14 лет на фоне применения методики развития скоростно-силовых качеств и остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Изучить наиболее часто встречающиеся соматические дисфункции у пловцов.
2. Оценить субъективное состояние.
- 3 Проанализировать уровень физического дискомфорта и утомления.
4. Изучить динамику скоростно-силовых качеств у пловцов;
5. Оценить остеопатический статус.

Методы. Обследовано 20 юношей, спортсменов-пловцов в возрасте 13–14 лет, из числа которых было выделено 2 группы лиц:

— основная группа: пловцы, получавшие общее остеопатическое лечение (TGO), с частотой 1 раз в 2 недели, в течение двух месяцев и тренирующиеся по стандартной программе — 10 человек.

— контрольная группа: пловцы, тренировавшиеся по стандартной программе в течение двух месяцев — 10 человек.

Психофизиологическое тестирование обследуемых лиц проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультитсихометр». Определялись показатели субъективного состояния по тесту СПС, выраженности физического утомления по тесту «Работоспособность» и стресса по методике «Стресс». Исследование скоростно-силовых качеств оценивалось по общепринятой для спортсменов-пловцов методике.

Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам и осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Sutherland W. G., 1990; Magoun H. I., 1994; Frymann V. M., 1998; Остеопатия в разделах..., 2010, 2014).

Применялся непараметрический метод оценки достоверности различий с целью выявления информативности показателей в исследуемых группах спортсменов до и после коррекции.

Установлено, что после применения программы тренировки и коррекции отмечается улучшение субъективного состояния по тесту САН в обследованных группах пловцов, более выраженное

в ОГ. Данное увеличение значений показателей самочувствия и настроения после коррекции в ОГ, по сравнению с КГ, было в 1,3 раза более выраженным, а активности — в 1,6 раза.

После применения программы тренировки и коррекции в ОГ, по сравнению с КГ, отмечается более выраженное улучшение (в 1,5–1,6 раза; $p < 0,05$) значений показателей субъективного контроля и физического утомления, а также показателей физиологического дискомфорта и стресса (в 1,2–1,3 раза; $p < 0,05$).

В обследованных группах пловцов после применения программы развития скоростно-силовых качеств и коррекции отмечается существенное увеличение значений скоростных показателей, более выраженное у спортсменов ОГ. В ОГ время проплывания кролем 25-метровой и 50-метровой дистанций, по сравнению с исходными данными, уменьшается на 28,3% ($p < 0,05$) и на 16% ($p < 0,05$), в КГ — лишь на 15,5% ($p < 0,05$) и на 7,5% ($p < 0,05$) соответственно. В те же периоды обследования показатели развития силовых качеств у пловцов не претерпевают существенных изменений.

На фоне применения программы развития скоростно-силовых качеств и остеопатической коррекции у пловцов выявляется увеличение ритма (на 26%; $p < 0,05$), амплитуды и силы (на 25%; $p < 0,05$) КСМ. Частота встречаемости соматических дисфункций диафрагм у пловцов до коррекции составляет 40–50%, после остеопатической коррекции они не встречаются вовсе. После коррекции соматические дисфункции сегментов C_0-C_1 , сегментов шейно-грудного перехода C_7-Th_1 и крестца также не выявляются, тогда как фоновые их значения составляют от 30% до 60%.

Литература

1. Гоготова В. Л. Биологические аспекты отбора юных пловцов на этапе специализации / В. Л. Гоготова: автореф. дисс. канд-та биол. наук. — М., 2007. — 25 с.

2. Гоготова В. Л. Медико-педагогическая коррекция тренировочных нагрузок у юных пловцов на основании данных вентилометрии / В. Л. Гоготова, В. С. Реутова, И. Е. Смирнов //

Актуальные проблемы педиатрии: сборник матер. XI конгресса педиатров России. — М., 2007. — С. 167–168.

3. Леонова Н. М. Показатели здоровья и морфофункционального состояния сердца юных пловцов с малыми аномалиями развития сердца / Н. М. Леонова, Г. Г. Коковина, А. В. Михайлова, А. В. Смоленский // Лечебная физкультура и спортивная медицина, 2010. — С. 25–29.

4. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.

5. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

6. Frymann V. M. Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept / V. M. Frymann // J. Am. Osteopath. Assoc, 1976. — Vol. 76, № 1. — P. 46–61.

7. Frymann V. M. Legacy of Osteopathy to Children / M. V. Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.

8. Magoun Harold I. L'Osteopathie dans la sphere cranienne / I. Magoun Harold. — Paris: Ed. Spirales, 1994. — 368 p.

9. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, Р. А. Вишневская
**ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ
ОРГАНИЗМА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
НА ФОНЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ**

Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *osteопатическая коррекция, osteопатический статус, психическое состояние, функциональное состояние организма.*

Резюме. На фоне osteопатической коррекции проведена оценка функционального состояния ЦНС и психического состояния практически здоровых пациенток (12 чел.) в возрасте 23 лет. Используются методики исследования, реализованные в АПК «Мультipsихометр» и программно-аппаратном комплексе CMS. Сразу после коррекции у пациенток выявлено существенное улучшение показателей ЦНС, психического состояния и osteопатического статуса.

I. Egorova, A. Buchnov, R. Vishnevskaya
**ASSESSMENT OF CHANGES IN MENTAL STATE IN YOUNG
SUBJECTS AGAINST OSTEOPATHIC CORRECTION
OF SOMATIC DYSFUNCTIONS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic correction, osteopathic status, mental state, functional body state.*

Abstract. The assessment of functional state of the CNS and mental health of almost healthy female subject (12) aged 23 was held against the osteopathic correction. The research methods were implemented in the Multipsycometer hardware-software psycho-diagnostic system. Immediately after the correction, the patients showed

a significant improvement in the CNS, mental state, and osteopathic status.

Актуальность. В настоящее время в России имеет место ряд социально-экономических проблем, являющихся причиной возникновения факторов риска, способствующих формированию психологических и соматических заболеваний молодых людей (Сухарев А. Г., 2004). В последнее 10-летие в молодёжной среде наблюдается рост пограничных психических расстройств, в том числе синдрома реактивной и личностной тревожности, синдрома депрессии (Росстат РФ, 2012).

Многочисленные публикации свидетельствуют об усилении негативных тенденций в состоянии здоровья молодёжи в последнее десятилетие, ухудшении физического развития, снижении функциональных возможностей (Величковский Б. Т., Баранов А. А., 2004; Измеров Н. Ф., 2005; Онищенко Г. Г., 2005; Кучма В. Р., 2006). По данным Дьякович М. П. (2002, 2004) только 36% обследованных студентов вузов и учащихся профессиональных училищ обладают таким уровнем здоровья, который позволит им реализовать свои устремления в сфере труда.

В то же время практически отсутствуют данные о влиянии неблагоприятных факторов среды обитания на состояние здоровья и компенсаторно-приспособительных механизмов лиц молодого возраста. Необходима разработка рекомендаций по повышению эффективности мероприятий по коррекции состояния здоровья работающей молодёжи. Вышеизложенное обусловило актуальность проведения настоящего исследования.

Цель исследования: оценка изменения психического состояния организма практически здоровых пациенток на фоне остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Исследовать функциональное состояние ЦНС до и после коррекции.
2. Оценить психическое состояние пациенток до и после коррекции.
3. Провести оценку остеопатического статуса до и после коррекции.

Материал работы получен в результате обследования 12 пациенток, возраст которых составлял около $23,0 \pm 0,8$ лет. Все они были практически здоровыми лицами, то есть имели незначительные функциональные нарушения со стороны различных органов и систем организма, которые не оказывали существенного влияния на их повседневную трудоспособность.

Методы. До и после остеопатической коррекции проводилось комплексное обследование пациенток, включающее в себя следующие методы: исследование ЦНС, оценку психического состояния, остеопатическое тестирование краниосакральной, мышечно-скелетной и висцеральной систем. При оценке ЦНС и психического состояния были использованы методики исследования, реализованные в АПК «Мультипсихометр»: цветовой тест Люшера, тесты оценки функциональной подвижности нервных процессов, пространственно-временной экстраполяции и баланса нервных процессов. Кроме того до и после остеопатического лечения с помощью диагностического программно-аппаратного комплекса CMS (Current Mental State) оценивалось текущее психическое состояние. Сравнительная оценка анализируемых показателей функционального состояния организма пациенток осуществлялась до и сразу после лечения.

Остеопатический статус оценивался до и сразу после коррекции. Остеопатическое обследование осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Frymann V. M., 1998; Sutherland W. G., 2002). Проводилось однократное остеопатическое лечение в течение 30 минут, направленное на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. Использовались мышечно-энергетические техники по Митчеллу, коррекция положения и подвижности копчика, сегмента L_5-S_1 . Проводилась коррекция работы краниальной системы: восстановление равновесия костей свода и основания черепа, равновесия натяжений ТМО, коррекция подвижности в сегментах C_0-C_1 , C_1-C_2 , а также устранение дисфункций висцеральных органов и коррекция фасциальных натяжений. Применялся непараметрический метод оценки достоверности различий с целью выявления информативности показателей в исследуемых группах пациентов.

Установлено, что после остеопатической коррекции отмечалось уменьшение значений показателя усталости (в 1,8 раза; $p < 0,05$) в цветовом тесте Люшера, а также выраженные благоприятные изменения в психическом состоянии пациенток при проведении методик оценки, реализованных в программно-аппаратном комплексе CMS. Сразу после коррекции, по сравнению с фоном, отмечалось уменьшение значений показателей психического состояния по нозологическим шкалам: шизоидности, невротичности и аффективности (в 1,5–1,7 раза; $p < 0,05$), а также увеличение значений показателя адаптивности (в 1,3 раза; $p < 0,05$). Это свидетельствует о выраженных благоприятных изменениях психического состояния, связанных с увеличением резервов психической адаптации, уменьшением признаков интроверсии, невротичности и уравновешенности эмоционального состояния.

Оценка изменений психического состояния по синдромологическим шкалам на фоне коррекции выявила уменьшение значений показателей маниакальности (в 3,3 раза; $p < 0,05$), депрессивности и одержимости (в 2 раза; $p < 0,05$), параноидальности (свойства самокритичности), дифференцированности психики, тревожности, астеничности, ипохондричности и истеричности (в 1,7–1,9 раза; $p < 0,05$). Отмечалось также увеличение значений показателей синдромологической адаптивности (в 1,6 раза; $p < 0,05$).

Выявлено, что сразу после остеопатической коррекции состояния пациенток отмечалось увеличение значений показателей точности (на 5,8%; $p < 0,05$) и стабильности (на 4,2%; $p < 0,05$) в тесте пространственно-временной экстраполяции, а также увеличение значений показателя пропускной способности (на 24%; $p < 0,05$) в тесте функциональной подвижности нервных процессов.

В те же периоды исследования хорошо отреагировали показатели остеопатического статуса. После коррекции, по сравнению с исходными данными, отмечалось увеличение значений КСМ: ритма (на 9,9%; $p < 0,05$), амплитуды (в 1,8 раза; $p < 0,05$) и силы (в 1,4 раза; $p < 0,05$). Аналогично, после коррекции состояния пациенток остеопатические признаки краниосакрального

асинхронизма выявлялись в 4 раза ($p < 0,05$) реже, по сравнению с фоном, и уменьшалась частота встречаемости признаков межполушарной асимметрии.

Литература

1. Баранов А. А. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста. Пособие для врачей / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, С. А. Валиуллина. М., 2005. — 30 с.
2. Величковский Б. Т. Рост и развитие детей и подростков в России / Б. Т. Величковский, А. А. Баранов, В. Р. Кучма // Вестник РАМН, 2004. — № 1. — С. 43–45.
3. Величковский Б. Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2005. — № 2. — С. 24–36.
4. Дьякович М. П. Гигиенические и социально-психологические основы оценки качества трудового потенциала промышленных предприятий / М. П. Дьякович: автореф. дис. док. биол. наук. — Иркутск, 2004. — 40 с.
5. Дьякович М. П. Здоровье как качественная характеристика трудового потенциала крупных промышленных предприятий / М. П. Дьякович, В. С. Рукавишников // Бюллетень НС Медико-экологические проблемы работающих. 2004. — № 3. — С. 42–46.
6. Дьякович М. П. Некоторые аспекты профессиональной деятельности и риск нарушения здоровья конструкторов летательных аппаратов / М. П. Дьякович, Г. В. Куренкова // Гигиена и санитария. 2005. — № 1. — С. 28–29.
7. Егорова И. А. Краниальная остеопатия / И. А. Егорова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 488 с.
8. Измеров Н. Ф. Профессиональный стресс с позиции медицины труда: стрессоры, психофизиологические аспекты, здоровье, профилактика / Н. Ф. Измеров // Материалы 2 Всероссийского съезда врачей профпатологов. — Ростов-на-Дону: Полиграфист, 2006. — С. 309–310.
9. Кучма В. Р. Гигиена детей и подростков / В. Р. Кучма. — М.: Медицина, 2003. — 384 с.

10. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.

11. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базилярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

12. Frymann V. M. Effect of osteopathic medical management on neurologic development in children / V. M. Frymann, R. E. Carney, P. Springall // J. Am. Osteopath. Assoc. — 1992. — Vol. 92, № 6. — P. 729–744.

13. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.

14. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, И. Е. Гольм

**ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СПОРТСМЕНОВ
В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКЕ**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическая коррекция, остеопатический статус, качество жизни, соматическая дисфункция, субъективное состояние, функциональное состояние организма, уровень тревожности.*

Резюме. На фоне выраженного психоэмоционального напряжения проведена оценка показателей качества жизни по опроснику SF-36, а также показателей психофизиологическо-

го статуса 13 практически здоровых девочек в возрасте от 11 до 12 лет, занимающихся художественной гимнастикой. Показана высокая эффективность методов остеопатической коррекции в оптимизации психофизиологического состояния и качества жизни молодых гимнасток.

I. Egorova, A. Buchnov, I. Golm

**OSTEOPATHIC CORRECTION
OF PSYCOPHYSIOLOGICAL STATE AND LIFE QUALITY
IN RHYTHMIC GYMNASTS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic correction, osteopathic status, life quality, somatic dysfunction, subjective state, functional body state, anxiety level.*

Abstract. The assessment of the life quality indicators under the SF-36 questionnaire, as well as the indicators of the psychophysiological status of 13 almost healthy girls aged 11–12 engaged in rhythmic gymnastics, was conducted against the background of pronounced psycho-emotional stress. The high efficiency of osteopathic correction methods in optimizing the psychophysiological state and life quality in young female gymnasts was shown.

Актуальность исследования. Проблема охраны здоровья спортсменов представляет большой научный интерес. В настоящее время развитие физической культуры и массового детско-юношеского спорта — центральное направление деятельности по формированию, сохранению и укреплению здоровья детей и подростков. Один из видов спорта, предъявляющий высокие требования не только к физическим, но и к психологическим особенностям ребенка — художественная гимнастика. Двигательная активность совершенствует функциональное состояние систем организма, создавая предпосылки для гармоничного физического развития. Однако, известно, что высокие спортивные нагрузки создают риск развития патологических состоя-

ний (Блинова Н. Г., 2000; Солодков А. С., Сологуб Е. Б., 2000; Агаджанян М. Г., 2005). Показано, что требования, отражающие специфику художественной гимнастики (режим тренировок, рацион питания и т. д.) не соответствуют возрастным и функциональным возможностям девочек 7–10 лет на уровне массового детского спорта. Установлена высокая физиологическая «цена» ранних высоких спортивных достижений в художественной гимнастике (Казикова Е. П., 2014).

В связи с этим, анализ влияния остеопатической коррекции соматических дисфункций на психофизиологическое состояние и качество жизни гимнасток, представляется весьма актуальным.

Цель исследования: оценка психофизиологического состояния и качества жизни гимнасток после остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Оценка субъективного состояния (субъективный комфорт).
2. Анализ уровня физического дискомфорта и утомления.
3. Исследование уровня личностной и реактивной (ситуационной) тревожности.
4. Оценка качества жизни по опроснику SF-36.
5. Оценка остеопатического статуса спортсменов.

Методы. На базе центра художественной гимнастики «Жемчужина» и Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова проведено комплексное психофизиологическое и остеопатическое обследование 13 практически здоровых девочек в возрасте от 11 до 12 лет, занимающихся художественной гимнастикой. Исследование проводилось в период подготовки к соревнованиям по групповым упражнениям на «Кубок Санкт-Петербурга» и сопровождалось выраженным психоэмоциональным напряжением у спортсменов.

Всем гимнасткам проводилось общее остеопатическое лечение (ТГО), в период 3-х месяцев через каждые 2 недели, продолжительность сеанса — 40 мин.

Психофизиологическое тестирование обследуемых лиц проведено с помощью аппаратно-программного психодиагности-

ческого комплекса АПК «Мультитсихометр». Определялись показатели субъективного состояния по тесту СПС, уровня тревожности по тесту Спилбергера-Ханина и выраженности физического утомления по тесту «Работоспособность». Показатели качества жизни оценивались по опроснику SF-36.

Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам и осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Sutherland W. G., 1990; Magoun H. I., 1994; Frymann V.M., 1998).

Установлено, что у гимнасток после коррекции, по сравнению с исходными данными, отмечалось улучшение показателей субъективного комфорта (в 1,4 раза; $p < 0,01$), а также уменьшение показателей физиологического дискомфорта и физического утомления (в 2–3 раза; $p < 0,001$).

После коррекции у спортсменок отмечалось уменьшение уровней личностной (в 2,2 раза; $p < 0,05$) и ситуационной тревожности (в 1,5 раза; $p < 0,05$).

Выявлено, что после коррекции, по сравнению с исходными данными, у гимнасток отмечалось увеличение значений показателей физического (на 19,2%; $p < 0,05$) и психологического (на 18,4%; $p < 0,05$) компонентов здоровья КЖ. Среди показателей психологического компонента здоровья после коррекции отмечалось увеличение значений по шкалам ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) (23,4%; $p < 0,05$) и социального функционирования (СФ) (на 18,8%; $p < 0,05$). Остеопатическая коррекция состояния спортсменок способствовала также улучшению значений показателя физического компонента здоровья КЖ — боли (на 24,3%; $p < 0,05$).

Показано существенное улучшение значений остеопатического статуса спортсменок после коррекции: увеличение ритма (на 25%; $p < 0,05$), амплитуды (на 25%; $p < 0,05$) и силы (на 23,5%; $p < 0,05$) КСМ. Частота встречаемости соматических дисфункций диафрагм у гимнасток до коррекции составляла от 39% до 54%, после остеопатической коррекции они не встречались во все. Аналогично, после коррекции соматические дисфункции сегментов C_0-C_1 , сегментов шейно-грудного перехода C_7-Th_1 ,

а также крестца не выявлялись, тогда как фоновые их значения составляли от 39% до 54%.

Совокупность проведенных исследований позволяет заключить о высокой эффективности методов остеопатической коррекции в оптимизации психофизиологического состояния и качества жизни молодых гимнасток.

Литература

1. Агаджанян Н. А. Двигательная активность и здоровье / Н. А. Агаджанян, В. Г. Двоеносов, Н. В. Ермакова, Г. В. Морозова, Р. А. Юсупов. — Казань: Изд-во КГУ, 2005. — 216 с.
2. Блинова Н. Г. Практикум по психофизиологической диагностике / Н. Г. Блинова, Л. Н. Игишева, Э. М. Казин, А. И. Федоров. — М., 2000. — 127 с.
3. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): дисс... доктора мед. наук / И. А. Егорова. — СПб., 2008. — 382 с.
4. Казикова Е. П. Особенности эмоционально-личностного и психофизиологического развития девочек 7–10 лет, занимающихся художественной гимнастикой / Е. П. Казикова // Материалы XVI Международной научно-практической конференции «Научное сообщество студентов XXI столетия. ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ». — Новосибирск, 2014. — С. 75–79.
5. Солодков А. С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учебник для вуз. физ. культуры / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. — М.: Терра-Спорт: Олимпия Пресс, 2000. — 356 с.
6. Солодков А. С. Проблема адаптации в спорте: состояние и перспективы развития / А. С. Солодков // Человек в мире спорта: новые идеи, технологии, перспективы: тезисы докл. Междунар. Конгр. (Москва, 24–28 мая 1998 г.). — М., 1998. — Т. 1. — С. 118–119.
7. Frymann V. M. Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept / V. M. Frymann // J. Am. Osteopath. Assoc., 1976. — Vol. 76, № 1. — P. 46–61.
8. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. JAOA, 1998. — 360 p.

9. Magoun Harold I. L'Osteopathie dans la sphere cranienne / I. Magoun Harold. — Paris: Ed. Spirales, 1994. — 368 p.

10. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

А. Д. Бучнов, М. А. Гитцович, Н. Г. Елисеева

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ
И ДИСФАГИЕЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *дисфагия, дизартрия, остеопатическое лечение, остеопатический статус, соматическая дисфункция.*

Резюме. Обследовано 40 пациентов в возрасте 49–60 лет, из числа которых выделены основная группа — 20 пациентов, которым проводилось комплексное лечение (медикаментозная терапия, логопедическая коррекция и остеопатическое лечение) и контрольная группа — 20 пациентов, получавших медикаментозную терапию и логопедическую коррекцию. Выявлены ведущие соматические дисфункции пациентов с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией. На фоне лечения оценивалось психическое состояние пациентов, логопедические показатели (дисфагии и дизартрии). Показана высокая эффективность остеопатического лечения больных, перенесших ишемический инсульт с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией в поздний восстановительный период.

A. Buchnov, M. Gitsovich, N. Eliseeva

**EFFICIENCY OF OSTEOPATHIC TREATMENT OF
POST-STROKE PATIENTS SUFFERING FROM
PSEUDOBULBAR DYSARTHRIA AND DYSPHAGIA**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *dysphagia, dysarthria, osteopathic treatment, osteopathic status, somatic dysfunction.*

Abstract. Forty patients aged 49–60 were examined, including the main group — 20 patients, who received a complex treatment (drug therapy, speech therapy correction, and osteopathic treatment) and the control group — 20 patients, who received a drug therapy and speech therapy correction. The leading somatic dysfunctions of patients with pseudobulbar dysarthria and dysphagia were revealed. During the treatment, the mental state of the patients and speech therapy indicators (dysphagia and dysarthria) were assessed. The high efficacy of osteopathic treatment of patients undergoing ischemic stroke with pseudobulbar dysarthria and dysphagia during the late recovery period was shown.

Актуальность. В настоящее время инсульт или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) становится основной социально-медицинской проблемой неврологии. Ежегодно в мире церебральный инсульт переносят около 6 млн. человек, а в нашей стране — более 450 тыс. (в крупных мегаполисах количество острых инсультов составляет от 100 до 120 в сутки). В России инсульт занимает второе место в структуре причин общей смертности (после заболеваний сердечно-сосудистой системы) и является причиной стойкой инвалидизации.

Расстройства речи в виде афазий и дизартрии возникают при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) у трети пациентов, ограничивая социальные связи больного и ухудшая качество его жизни. Наиболее часто встречаются дизартрия (49,1%) и моторная афазия (37,08%) (R47.1 по МКБ-10) <http://ilive.com.ua/mkb-10-klassifikator/r471-dizartriya-i-anartriya>.

Известно, что полного восстановления речи за время госпитализации достигают только 19–20% больных с афазиями и 35–40% с дизартриями (Скоромец А. А., 1989; Винарская Е. Н., 2006). В этой связи вопросы реабилитации данных пациентов имеют не менее важное значение, чем профилактика и лечение острого состояния.

Цель исследования: оценить эффективность остеопатического лечения больных, перенесших ишемический инсульт с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией в поздний восстановительный период.

Задачи исследования:

1. Оценить психическое состояние пациентов до и после лечения.
2. Проанализировать изменение логопедических показателей (дисфагии и дизартрии) у пациентов на фоне лечения.
3. Выявить ведущие соматические дисфункции пациентов с псевдобульбарной дизартрией и дисфагией.

Методы. Работа проводилась на базе Клинической больницы имени святителя Луки и Городского Консультативно-диагностического центра № 1 (г. Санкт-Петербург). Клиническое обследование и лечение проводилось в амбулаторных условиях в период с сентября 2016 г. по март 2017 г.

В исследовании приняли участие 40 пациентов в возрасте 49–60 лет. Из их числа выделены две группы пациентов:

1. Основная группа (ОГ) — 20 пациентов, которым проводилось комплексное лечение, включающее медикаментозную терапию сопутствующей патологии (гипотензивные, гиполипидемические, гипогликемические препараты), логопедическую коррекцию (с частотой 2 раза в неделю) и остеопатическое лечение (8 до 10 сеансов лечения 1 раз в неделю в течение 2,5–3 месяцев).
2. Контрольная группа (КГ) — 20 пациентов, получавших медикаментозную терапию (гипотензивные, гиполипидемические, гипогликемические препараты) и логопедическую коррекцию (с частотой 2 раза в неделю).

Критерии включения: перенесенный ишемический инсульт легкой и средней степени тяжести, наличие псевдобульбарной дизартрии и дисфагии в ранний восстановительный период (давность перенесенного инсульта не более 6 мес).

Критерии исключения — заболевания: псевдобульбарная дизартрия и дисфагия тяжелой степени, умеренные и тяжелые когнитивные нарушения, гемморагический инсульт, ишемический инсульт тяжелой степени, опухоли, эпилепсия, психические заболевания (в том числе деменция), алкоголизм.

В процессе исследования пациентам проводилось комплексное обследование, включающее в себя следующие методы: сбор анамнеза и анализ его результатов, остеопатическое тестирование краниосакральной, мышечно-скелетной и висцеральной систем. Остеопатический статус оценивался до и сразу после лечения. Остеопатическое обследование осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Frymann V. M., 1998; Sutherland W. G., 2002; Егорова И. А., 2008; Остеопатия в разделах. Часть II-III, 2014, 2017).

Психическое состояние изучалось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Оценка результатов: 0–7 баллов «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии) (0); 8–10 баллов «субклинически выраженная тревога/депрессия» (1); 11 баллов и выше «клинически выраженная тревога/депрессия» (2).

Шкала оценки дизартрии предполагала следующую интерпретацию теста: 0–5 баллов — речь в норме (0); 6–19 баллов — дизартрия легкой степени выраженности (1); 20–39 баллов — дизартрия умеренной степени выраженности (2); 40–55 баллов — дизартрия тяжелой степени выраженности (3); 57–76 баллов — анартрия.

Шкала оценки глотания MASA учитывала следующую категоризацию теста: 180–179 баллов — глотание в норме (0); 170–160 баллов дисфагия легкой степени выраженности (1); 159–140 баллов дисфагия умеренной степени выраженности (2); 139–110 баллов дисфагия тяжелой степени выраженности (3); 109 и ниже — афагия.

Всем пациентам основной группы проводилось остеопатическое лечение, направленное на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. В большинстве случаев для восстановления подвижности крестца и костей таза использовались мышечно-энергетические техники по Митчеллу,

коррекция положения и подвижности копчика, сегмента L_5-S_1 . Проводилась коррекция работы краниальной системы: восстановление равновесия костей свода и основания черепа, равновесия натяжений ТМО, коррекция подвижности в сегментах C_0-C_1 , C_1-C_2 , а также устранение дисфункций висцеральных органов и коррекция фасциальных натяжений.

Пациенты контрольной группы получали препараты группы антиагрегантов, статинов, циннаризин и пирацетам. Проводилось физиотерапевтическое лечение.

В исследуемых группах пациентов результаты оценивались до и через 2,5–3 месяца после лечения.

Установлено, что в ОГ пациентов после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечалось уменьшение частоты встречаемости количества жалоб на головокружение (в 8,5 раза; $p < 0,05$) и атаксию (в 1,4 раза; $p < 0,05$), чего не наблюдалось у пациентов КГ. На фоне остеопатического лечения в ОГ жалобы на эмоциональные нарушения, пощёхивания и нарушения сна не выявлялись совсем, в то время как до лечения их величина составляла от 25% до 60%. В КГ после лечения улучшения не отмечалось. В ОГ пациентов после остеопатического лечения выявлено уменьшение степени выраженности тревоги (в 16 раз; $p < 0,05$), чего не отмечалось в КГ.

После остеопатического лечения в ОГ пациентов наблюдалось улучшение значений показателей логопедического статуса: уменьшение степени выраженности нарушений глотания (в 2 раза; $p < 0,05$) и выраженности дизартрии (более чем в 12 раз; $p < 0,05$).

Установлено, что в ОГ пациентов после лечения выявлено увеличение значений показателей ритма КСМ (1,4 раза; $p < 0,05$), амплитуды и силы — в 2,6 раза ($p < 0,05$) и в 2,9 раза ($p < 0,05$) соответственно. После остеопатического лечения в ОГ пациентов отмечалось уменьшение частоты встречаемости признаков соматических дисфункций сегментов C_0-C_1 , C_1-C_2 и C_7-Th_1 (в 5–6 раз; $p < 0,05$), а также признаков дисфункций затылоч-но-височных швов (в 2,6 раза; $p < 0,05$), внутрикостных повреждений ЗК (в 3,8 раза; $p < 0,05$), внутрикостных повреждений ВК (в 4 раза; $p < 0,05$), дисфункций грудной диафрагмы, средостения (в 2,3 раза; $p < 0,05$) и печени (в 4,5 раза; $p < 0,05$).

Литература

1. Винарская Е. Н. Дизартрия. — М.: Астрель, 2006. — 141 с.
2. Егорова И. А. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение): дисс... доктора мед. наук / И. А. Егорова. СПб., 2008. — 382 с.
3. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.
4. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.
5. Скоромец А. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1989. — 318 с.
6. Frymann V. M. Learning difficulties of children viewed in the light of the osteopathic concept / V. M. Frymann // J. Am. Osteopath. Assoc. — 1976. — Vol. 76, № 1. — P. 46–61.
7. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.
8. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ crerien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

А. Д. Бучнов, М. А. Гитцович, Е. А. Маллер

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
СОТРУДНИКОВ МЧС В ПРОЦЕССЕ ПЛАНОВОЙ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическая коррекция, остеопатический статус, психофизиологическое состояние, психическое состояние, соматическая дисфункция, экстремальные условия деятельности.*

Резюме. Обследовано 20 пациентов, в возрасте около $36,0 \pm 2,2$ лет, сотрудников МЧС РФ (Министерства по Чрезвычайным Ситуациям). Обследование проведено в период пребывания пациентов на плановой медико-психологической реабилитации в течение 2-х недель. Выделено 2 группы: контрольная группа (n=10 чел.) (проводилась психофизиологическая коррекция состояния) и основная группа (n=10 чел.) (осуществлялась психофизиологическая коррекция и остеопатическая коррекция соматических дисфункций). Показана высокая эффективность совместной остеопатической и психофизиологической коррекции функционального состояния сотрудников МЧС при проведении плановой медико-психологической реабилитации.

A. Buchnov, M. Gitsovich, E. Maller

**EFFICIENCY OF OSTEOPATHIC CORRECTION OF
PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATE OF RECSUE SERVICE
STAFFERS IN THE COURSE OF NON-EMERGENCY
RECOVERY**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathic correction, osteopathic status, psychophysiological state, mental state, somatic dysfunction, extreme work conditions.*

Abstract. Twenty patients aged $36,0 \pm 2,2$, Russian EMERCOM staffmembers (Ministry of Emergency Situations of Russia), were examined. The examination was conducted in the course of a two-week non-emergency medical and psychological recovery treatment. Two groups were revealed: the group of control (n=10 subj.) (psychophysiological correction of the state was conducted) and the main group (n=10 subj.) (psychophysiological correction and osteopathic correction of somatic dysfunctions was conducted). The high efficiency of joint osteopathic and psychophysiological correction of the functional state of the EMERCOM staffers during non-emergency medical and psychological recovery was shown.

Актуальность. Проблема охраны здоровья специалистов МЧС представляет большой научный интерес, поскольку их повседневная служба протекает в сложной, динамичной и быстро меняющейся обстановке, характеризующейся экстремальными условиями труда. Экстремальные ситуации в практике специалистов МЧС возникают, тогда, когда имеется реальная угроза общественно опасных последствий. Такими последствиями могут являться случаи ранения и гибели людей (Смирнов В. Н., 2003; Бакиров Р. Р., 2012). Напряженность повседневной работы данных специалистов сочетается с повышенным риском утраты здоровья и даже жизни. Все это оказывает негативное влияние на их адаптацию и функционирование в социуме (Пунанова Ю. В., 2000; Подвойский В. П., 2001).

В современной литературе, посвященной проблемам специалистов экстремального профиля деятельности, уделяется срав-

нительно мало внимания психологическим последствиям влияния особых условий повседневной служебной деятельности (Пушкарев А. Л., 2000; Бакиров Р. Р., 2012). В связи с этим, вопрос о психопрофилактической и реабилитационной помощи сотрудникам МЧС, наиболее эффективных механизмах ее организации, остается по-прежнему открытым.

Целью исследования являлась оценка эффективности остеопатической коррекции психофизиологического состояния сотрудников МЧС при проведении плановой медико-психологической реабилитации.

Задачи исследования:

1. Оценить субъективное и психическое состояние обследованных лиц до и после коррекции.
2. Исследовать состояние сердечно-сосудистой системы и вегетативное обеспечение организма сотрудников до и после коррекции.
3. Изучить изменения функционального состояния ЦНС у обследованных лиц до и после коррекции.
4. Оценить остеопатический статус обследованных лиц до и после коррекции.

Методы. Материал работы получен в результате обследования 20 пациентов, возраст которых составлял около $36,0 \pm 2,2$ лет. Все они являются сотрудниками МЧС РФ (Министерства по Чрезвычайным Ситуациям), деятельность которых сопряжена с высокой степенью угрозы риска здоровью, жизни и протекает на фоне выраженного психоэмоционального напряжения. Обследование было проведено в период пребывания пациентов на плановой медико-психологической реабилитации в течение 2-х недель. Из числа обследованных выделено 2 группы: контрольная группа (КГ), в количестве 10 человек, которым была назначена психофизиологическая коррекция состояния, и основная группа (ОГ=10 чел.), лицам которой на фоне психофизиологической коррекции состояния проводилось остеопатическая коррекция соматических дисфункций.

До и после психофизиологической и остеопатической коррекции проводилось комплексное обследование пациентов, включающее в себя следующие методы: опрос жалоб на состоя-

ние здоровья, оценка колебаний артериального давления, исследование ЦНС, оценка психического состояния и вегетативного баланса, остеопатическое тестирование краниосакральной, мышечно-скелетной и висцеральной систем. При оценке ЦНС, психического состояния и вегетативного баланса были использованы методики исследования, реализованные в устройстве психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог»: тесты оценки функциональной подвижности нервных процессов и реакции на световой сигнал; индексы напряжения и вегетативного баланса, шкала дифференциальных эмоций. Сравнительная оценка анализируемых показателей функционального состояния организма пациентов осуществлялась до и сразу после пребывания в центре психофизиологической коррекции состояния.

Остеопатический статус оценивался до и сразу после коррекции. Остеопатическое обследование осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений (Frymann V. M., 1998; Sutherland W. G., 2002).

Психофизиологическая коррекция состояния была направлена на психоэмоциональную разгрузку с использованием приборов биологической обратной связи «Реакор», «Сенсориум», «Плазма», «Фитотрон»). Краткая характеристика приборов представлена ниже.

Аудио-визуальная вибротактильная музыкальная система «Сенсориум» на базе кресла «нулевой гравитации» позволяет достигнуть эффекта быстрого успокоения, глубокой мышечной и умственной релаксации.

Система «Сенсориум» состоит из вибрационного кресла, аудио-визуально-виброактивного стимулятора, светодиодных очков и стереонаушников. Воздействуя на уровни подсознания человека за счет синхронной зрительной и слуховой стимуляции наряду с передачей через тело акустических волн низких частот, система погружает индивида в состояние релаксации и приподнятого эмоционального настроения.

Плазма-250 — цветодинамический проектор (светодинамический проекционный прибор для динамической заливки света), предназначен для формирования на стене или экране

световых цветодинамических пятен с плавными переливами и переходами изменяющихся красок и узоров. Постоянно видоизменяющееся волшебное зрелище, напоминающее северное сияние и переливающееся излучение плазмы приковывает внимание, расслабляет, помогает при релаксации и развивает фантазию (визуальная психотерапия).

Комплекс реабилитационный психофизиологический для тренинга с биологической обратной связью «Реакор» использует принцип «физиологического зеркала» и позволяет в буквальном смысле видеть и слышать тончайшие изменения состояния организма при обучении навыкам психосоматического регулирования в целях реабилитации, укрепления здоровья и совершенствования психофизиологических возможностей человека.

Аппарат транскраниальной электростимуляции «Альфария» предназначен для лечения и профилактики депрессии, неврозов, бессонницы, различных видов зависимостей (алкогольной, наркотической и других), снятия болевых синдромов.

Аппарат аэрофито-терапевтический Фитотрон АГЭД-01 предназначен для лечебного применения ароматических летучих компонентов эфирных масел. Дозируя и контролируя концентрацию используемых эфирных масел, «Фитотрон» подает в помещение естественные природные ароматы, абсолютно аналогичные по своим полезным свойствам растениям и цветам живой природы.

Остеопатическая коррекция в течение 40 минут проводилась 4 раза: при поступлении в центр реабилитации, на 4-й день и при выписке на 12 день. Методы остеопатической коррекции были направлены на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. Использовались мышечно-энергетические техники по Митчеллу, коррекция положения и подвижности копчика, сегмента L_5-S_1 . Проводилась коррекция работы краниальной системы: восстановление равновесия костей свода и основания черепа, равновесия натяжений ТМО, коррекция дисфункций височно-затылочных швов, коррекция подвижности в сегментах C_0-C_1 , сегментов шейно-грудного перехода, а также устранение дисфункций висцеральных органов и коррекция фасциальных натяжений (Остеопатия в разделах..., 2014, 2017).

Установлено, что в ОГ пациентов после коррекции отмечалось уменьшение частоты встречаемости жалоб астено-вегетативного характера (в 5 раз; $p < 0,05$) и опорно-двигательного аппарата (в 2,3 раза; $p < 0,05$). В те же периоды обследования в КГ пациентов изменение частоты встречаемости указанных жалоб было не существенным. Жалобы на состояние здоровья со стороны органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы после коррекции в обследованных группах пациентов не встречались вовсе. Общее количество жалоб в ОГ и КГ пациентов за прошедшие полгода после коррекции уменьшилось в 6 раз ($p < 0,05$) и в 2 раза ($p < 0,05$) соответственно.

На фоне проводимой коррекции отмечалось уменьшение значений САД как в ОГ (на 5,7%; $p < 0,05$), так и в КГ (на 7,4%; $p < 0,05$). В КГ пациентов отмечалось также уменьшение значений показателя ДАД (на 7,5%; $p < 0,01$).

После коррекции в ОГ пациентов согласно пробе оценки скорости зрительно-моторной реакции отмечалось уменьшение среднего времени реакции (СВР) (на 16,8%; $p < 0,05$) и уменьшение показателя среднего квадратичного отклонения (СКО) (на 28,3%; $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о повышении уровня функционирования ЦНС у пациентов ОГ после коррекции, чего не отмечалось в КГ.

В ОГ после коррекции отмечалось увеличение значений показателя функциональной подвижности нервных процессов (ФПНП) (в 1,5 раза; $p < 0,05$). В КГ пациентов увеличение значений указанного показателя было не столь существенным.

Установлено, что после коррекции в ОГ пациентов отмечалось уменьшение значений индекса напряжения (в 1,4 раза; $p < 0,05$) и индекса вегетативного баланса (в 6,2 раза; $p < 0,05$), что свидетельствует о преобладании парасимпатических реакций в вегетативном обеспечении организма. В КГ пациентов также отмечалось уменьшение индекса напряжения после коррекции, но оно было незначимым.

Оценка исследований психического состояния по шкале дифференциальных эмоций позволила установить, что в ОГ пациентов после коррекции, по сравнению с фоном, отмечалось уменьшение выраженности негативных эмоций (на 15,7%;

$p < 0,05$) и тревожно-депрессивных эмоций (на 20%; $p < 0,05$). В те же периоды обследования в КГ пациентов существенных изменений в уровне выраженности эмоций не выявлено.

По результатам проведенных исследований в ОГ пациентов после коррекции отмечалось существенное улучшение, по сравнению с исходными данными, значений КСМ: увеличение ритма (в 1,2 раза; $p < 0,05$), амплитуды (в 1,7 раза; $p < 0,05$) и силы (в 1,6 раза; $p < 0,05$).

Если до коррекции в ОГ пациентов признаки соматических дисфункций черепной и грудной диафрагм встречались в 100% случаев, то после остеопатической коррекции они не определялись вовсе, а частота встречаемости признаков дисфункций тазовой диафрагмы уменьшалась в 4 раза ($p < 0,05$). После остеопатической коррекции частота встречаемости признаков соматических дисфункций средостения и верхней апертуры в ОГ пациентов уменьшалась в 4–4,5 раза; $p < 0,05$), в КГ — оставалась на прежнем уровне. Соматические дисфункции желудка и печени в ОГ после коррекции не встречались вовсе, а частота встречаемости признаков соматических дисфункций почек уменьшилась в 3,5 раза ($p < 0,05$).

Литература

1. Бакиров Р. Р. МЧС в процессе реабилитации / Р. Р. Бакиров. — Казанский педагогический журнал, 2012. — С. 34–36.
2. Бакиров Р. С. Особенности динамики компонентов мотивационной структуры сотрудников МЧС в процессе реабилитации / Р. С. Бакиров // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XX междунар. науч.-практ. конф. — Новосибирск: СибАК, 2012.
3. Бакиров Р. С. Особенности эмоционально-мотивационной сферы личности сотрудников МЧС на этапе поступления в реабилитационный центр / Р. С. Бакиров // Современные проблемы науки и образования, 2014. — № 1. — С. 43.
4. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб: Изда-

тельский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.

5. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

6. Подвойский В. П. Теоретические основы исследования профессиональной деформации // Сборник научных трудов «Профессиональная деформация и проблемы профессионализма», 2001. — № 2.

7. Пунанова Ю. В. Профессиональная деформация: понятие и условия возникновения // Сборник научных трудов «Профессиональная деформация и проблемы профессионализма», 2000. — № 1.

8. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство, диагностика и лечение, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. — М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2000. — 128 с.

9. Смирнов В. Н. Особенности профессиональной экстремально-психологической подготовки сотрудников специальных подразделений органов внутренних дел / В.Н. Смирнов. — М., 2003. — 187 с.

10. Frymann V. M. Effect of osteopathic medical management on neurologic development in children / V. M. Frymann, R. E. Carney, P. Springall // J. Am. Osteopath. Assoc., 1992. — Vol. 92, № 6. — P. 729–744.

11. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children / M. Viola Frymann. — JAOA, 1998. — 360 p.

12. Sutherland W. G. Osteopathie dans le champ cranien / W. G. Sutherland. — Paris: Ed. Sully, 2002. — 333 p.

П.-М. Гаже, В. И. Усачёв П. Е. Печорин, А. И. Зимовская

**ПОСТУРАЛЬНАЯ СИСТЕМА
В ФУНКЦИИ ВЕНОЗНОГО НАСОСА**

Институт постурологии,
Париж, Франция

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *постуральная система, венозный насос.*

Резюме. По данным дуплексного сканирования изучена функция венозного насоса по скорости кровотока и диаметру в глубоких венозных синусах голени и подколенной вене у двух здоровых субъектов в восьми разных ситуациях. Ситуации отличались направлением действия вектора гравитации на тело и нижние конечности, а также мышечной активностью.

P.-M. Gaugey, V. Usachyov, P. Pechorin, A. Zimovskaya

POSTURAL SYSTEM IN VENOUS PUMP FUNCTIONING

Institute of Posturology,
Paris, France

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Key words: *postural system, venous pump.*

Abstract. According to duplex screening, the venous pump functioning was studied for blood flow velocity and diameter of deep venous sinuses of the lower leg and popliteal vein in two healthy subjects in eight different situations. The situations ranged in terms of the direction of gravity vector on the body and lower limbs, as well as muscular activity.

Актуальность. В 90-е годы Inamura et al. [1] на основании плетизмографии нижних конечностей и тела с одновременным проведением стабиллографии высказали предположение о взаимосвязи медленных постуральных колебаний с венозным возвратом крови. В 1890 г. F. Lejars [2] высказал гипотезу о том,

что в функции венозного насоса принимает участие венозная сеть стопы. Эта гипотеза в 2010 г. была опровергнута анатомами J. F. Uhl и C. Gillot [3], которые предположили, что функция венозного возврата связана в основном с венами голени, расположенными между мышцами, приводящими в движение стопу. Было бы полезно проверить эти гипотезы физиологов и анатомов для уточнения роли постуральной системы в венозном возврате крови.

Цель исследования: изучить венозный кровоток в глубоких венозных синусах голени и подколенной вене в различных статических и динамических ситуациях тела и нижних конечностей.

Методика исследования. Проводилось дуплексное сканирование вен голени на аппарате «SIEMENS ACUSON X700». Оценивалась объемная скорость кровотока, рассчитанная по линейной скорости и диаметру, в глубоких венозных синусах и подколенной вене левой голени (для удобства регистрации) у двух здоровых субъектов в восьми разных ситуациях в зависимости от направления действия вектора гравитации на тело и нижние конечности, а также мышечной активности:

- 1) Лежа на спине.
- 2) Сидя на столе, ноги не касаются пола.
- 3) Одно сгибание пальцев стопы за 3 секунды в положении сидя на столе.
- 4) Одно подошвенное сгибание стопы за 3 секунды в положении сидя на столе.
- 5) Стоя с закрытыми глазами.
- 6) Стоя, наклоняясь вперед за 3 секунды до предела устойчивости тела.
- 7) Стоя, опираясь на левую стопу.
- 8) Стоя, имитируя ходьбу на месте путем переноса опоры с пятки на носок по очереди правой и левой стопой.

Результаты. Самые низкие практически одинаковые показатели объемной скорости кровотока в каждой вене голени отмечены в положении лежа и сидя на столе. Скорость кровотока в венозных синусах в среднем составила 5 мл/сек, а в подколенной вене — 50 мл/с. Эти показатели были приняты как исходные.

Сгибание пальцев стопы, сидя на столе, увеличивало объемную скорость кровотока в венозных синусах в 3 раза, а в подколенной вене — в 8 раз. При подошвенном сгибании стопы объемная скорость кровотока увеличивалась соответственно в 8 и 16 раз.

В положении стоя объемная скорость в венозных синусах увеличилась всего в 1,5 раза, а в подколенной вене — в 4 раза.

При опоре на обследуемую ногу объемная скорость кровотока в венозных синусах и в подколенной вене возросла одинаково — в 8 раз.

При быстром наклоне тела вперед до предела устойчивости объемная скорость кровотока увеличивалась больше в венозных синусах, чем в подколенной вене (в 16 и 8 раз соответственно).

Имитация ходьбы давала аналогичный, но более выраженный результат, увеличивая объемную скорость кровотока в венозных синусах в 19 раз, а в подколенной вене — в 12 раз.

Затем мы приняли за 100% среднюю объемную скорость кровотока в обеих венах обоих испытуемых при имитации ходьбы. При этом в положении лежа она составила 9,9%; в положении сидя на столе — 9,7%; при спокойном стоянии — 26,7%; при сгибании пальцев стопы — 50%; при опоре на обследуемую ногу — 59,6%; при быстром наклоне тела вперед — 78,1%; при подошвенном сгибании стопы — 101,5%.

Выводы:

1. При пассивном положении тела (лежа и сидя) объемная скорость кровотока в венах голени минимальна. Она на порядок больше в подколенной вене, чем в глубоких венозных синусах. В положении сидя отмечена тенденция к уменьшению объемной скорости кровотока, что, вероятно, обусловлено действием гравитации.

2. Спокойное стояние увеличивает объемную скорость кровотока в венозных синусах голени в 1,5 раза и в подколенной вене в 4 раза по сравнению с положением лежа и сидя на столе. Это свидетельствует об активации функции венозного насоса в вертикальной стойке.

3. Сгибание пальцев стопы, подошвенное сгибание стопы, вертикальное положение тела увеличивают объемную скорость

кровотока преимущественно в подколенной вене, а быстрый наклон тела вперед и имитация ходьбы — в глубоких венозных синусах. При опоре на обследуемую ногу объемная скорость кровотока увеличивается одинаково в глубоких венозных синусах и подколенной вене.

4. Наибольшая эффективность функционирования венозного насоса голени отмечается при имитации ходьбы, при быстром наклоне тела вперед и подошвенном сгибании стопы. Последняя ситуация может с успехом использоваться при гиподинамии, например при постоянной работе на компьютере, для улучшения функции сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. Inamura K., Mano T., Iwaze S. One minute wave of body sway related to muscle pumping during static standing in human. / Inamura K., Mano T., Iwaze S. // Disorders of posture and gait. — Stuttgart: Georg Thieme, 1990. — P. 53–57.

2. Lejars F. Les veines de la plante du pied / Lejars F. // Archives de Physiologie. — 1890, 51^{ème} série.

3. Uhl JF, Gillot C. The plantar venous pump: Anatomy and physiological hypotheses. / Uhl JF, Gillot C. // Phlebology. — Vol 17, № 3. — P. 151–158.

И. А. Егорова, А. Е. Червоток, А. Д. Бучнов, К. А. Назаров

РЕАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В ИНСТИТУТЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ им. В. Л. АНДРИАНОВА

Институт Osteопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *клиническая практика, клинический разбор, остеопатический приём, стратегия остеопатического лечения, тактика остеопатического лечения, остеопатическое заключение, клинический экзамен.*

Резюме. На основании многолетнего опыта преподавателями института была разработана уникальная программа проведения клинической практики на всех циклах обучения по остеопатии. Непрерывный процесс обучения в этом направлении, контроль и переходящий один вид практики в другой дали в итоге поистине прекрасные результаты.

I. Egorova, A. Chervotok, A. Buchnov, K. Nazarov

CLINICAL PRACTICE AT THE V. ANDRIANOV INSTITUTE OF OSTEOPATHIC MEDICINE

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *clinical practice, clinical discussion, osteopathic attendance, osteopathic treatment strategy, tactics of osteopathic treatment, osteopathic conclusion, clinical examination.*

Abstract. Based on a long experience, the Institute's teachers developed a unique clinical practice program for all cycles of osteopathic education. The continuous learning process in this direction, control, and the gradual change of one type of practice into another, resulted in truly excellent results.

Цель освоения учебной дисциплины «Клиническая практика» состоит в овладении знаниями, необходимыми для профессиональной деятельности врача-osteопата, получении новых компетенций, а также совершенствовании полученных навыков. Программа направлена на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей и обеспечение соответствия квалификации врачей меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды. Она способствует повышению профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «врач-osteопат». При этом общими задачами раздела являются: знание показаний и противопоказаний к остеопатическому лечению, а также клинических проявлений и причин возникновения соматических дисфункций; обучение студентов важнейшим методам обследования

пациента (сбору анамнеза, осмотру, проведению физикального обследования, умению формирования рабочей гипотезы по конкретному клиническому случаю); выстраивание стратегии и тактики остеопатического лечения; обучение студентов выбору оптимальных схем коррекции соматических дисфункций при наиболее часто встречающихся заболеваниях на остеопатическом приёме, а также написанию остеопатического заключения, формированию навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров.

В процессе каждого учебного цикла по мере увеличения у слушателей объема знаний, а также количества и качества усвоенных практических навыков, они проходят клиническую практику на базах ИОМ.

Основными направлениями клинической практики в нашем институте являются:

1. Клинические разборы и теоретическая подготовка на семинарах-практикумах.
2. Проведение вебинаров.
3. Стажировка в кабинете у преподавателя.
4. Клиническая практика с пациентами под контролем супервайзера.
5. Стажировка на рабочем месте под контролем супервайзера.
6. Клиническая практика в рамках научной дипломной работы.
7. Квалификационный клинический экзамен.

Клиническая практика в нашем Институте начинается с теоретической подготовки на семинарах-практикумах и вебинарах, где слушатели учатся определять мотив консультации, изучают и анализируют результаты объективных методов диагностики (если они есть), обучаются остеопатическому осмотру. Преподаватель проводит обучение правильному выполнению основных тестов: активных и пассивных структуральных, фасциальных, висцеральных, краниальных. Особое внимание отводится остеопатической пальпации — развиваются способности врача-osteopata к мануальному восприятию информации об изменении положения, подвижности, формы и структуры тканей организма человека. На основании полученного опыта

слушатели учатся составлять остеопатическое заключение, которое выражается в представлении совокупности значимых соматических дисфункций у пациента в данный момент времени, с учетом взаимоотношений между ними, этиологией, патогенезом и клиническими проявлениями, необходимыми для обоснования стратегии и тактики остеопатического лечения.

На 3 и 4 циклах теоретическая часть клинической практики дополняется решением клинических задач. Данная часть подготовки существенно влияет на формирование клинического остеопатического мышления.

Во время проведения вебинаров, слушатели из разных городов участвуют дистанционно в клиническом разборе, проводимом преподавателем, и задают необходимые вопросы. Вебинары проходят 1 раз в 2 недели, в них участвуют все преподаватели Института.

Клиническая практика в кабинете у преподавателя. Целью стажировки в кабинете является отработка и закрепление практических навыков, усвоенных на семинарах-практикумах и формирование клинического остеопатического мышления. Преподаватель проверяет правильность занесения информации в дневник клинической практики и оценивает способность выделить ведущие соматические дисфункции и попытаться определить причинно-следственные факторы. Посещение клинических баз и участие в остеопатических приемах является обязательным для слушателей 1 и 2 годов обучения; студент должен пройти не менее 70 часов подобной практики в год.

Клиническая практика с пациентами под контролем супервайзера — это самостоятельный приём слушателями 3-го и 4-го циклов обучения пациентов под контролем преподавателя по клинической практике. Приём проходит в клинике института. Целью этого вида практики является отработка и практическое применение полученных навыков на первом и втором циклах обучения. В ходе семинаров-практикумов и стажировки на клинических базах, слушатель самостоятельно собирает анамнез, проводит осмотр и диагностику, ставит остеопатический диагноз, в соответствии с которым проводит остеопатическое лечение, даёт практические рекомендации и разрабатывает тактику на по-

следующее лечение. В конце занятия каждый слушатель рассказывает о своем клиническом случае, проводится коллективное обсуждение остеопатических заключений, разбираются ошибки.

Стажировка на рабочем месте под контролем супервайзера. Это самостоятельный приём слушателями 3-го и 4-го цикла обучения пациентов, и предоставление по ним эпикризов для проверки преподавателями института.

Клиническая практика в рамках научной аттестационной работы — это самостоятельный приём пациентов, которые участвуют в научном эксперименте для написания дипломной работы. Практика проходит под руководством научного руководителя слушателями 4-го цикла обучения.

Последним этапом клинической практики является проведение клинического экзамена, где студенты в полной мере имеют возможность отразить, полученные ими теоретические знания и практические навыки. Слушатель проводит сбор анамнеза, жалоб, осмотр, выполняет необходимые тесты и лечение. После проведенной коррекции слушатель выполняет необходимые ретесты и дает пациенту рекомендации по физической нагрузке, питанию и образу жизни после лечения. Клинический экзамен длится 45 минут. Следующие 15 минут отводятся на обсуждение — экзаменаторы слушают доклад студента и задают вопросы о целесообразности проведенной диагностики, по постановке остеопатического диагноза и корректности проведенного лечения.

Результаты реализации клинической практики были представлены на открытом форуме OSEAN в октябре 2018 г. и высоко оценены остеопатическим сообществом.

Литература

1. Егорова И. А., Червоток А. Е., Бучнов А. Д. Остеопатия. Профессиональная подготовка по международным стандартам. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2011. — 92 с.
2. Егорова И. А., Михайлова Е. С. Краниальная остеопатия. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2013. — 495 с.
3. Андрианов В. Л. Остеопатия. Теоретические и клинические аспекты. Второе изд., доп. и перераб. — СПб., Издательский дом СПбМАПО, 2015. — 391 с.: 48 ил.

4. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.: ил.

5. Ален Кройбер. От мануальной оценки к общему диагнозу. — СПб., 2014. — 300 с.: ил.

6. Джонатон Парсонс, Николас Марсер. Остеопатия. Модели для диагностики, лечения и практики. — СПб.: Меридиан-С, 2010. — 469 с.

И. А. Егорова, А. Д. Бучнов, А. Е. Паришков

**ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ
СОСТОЯНИИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОК УЧЕБНОГО
ЗАВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова,
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *остеопатическая коррекция, остеопатический статус, соматическая дисфункция; функциональное состояние ЦНС.*

Резюме. Обследовано 18 студенток гуманитарного ВУЗа первого курса обучения, возраст которых составлял около $18,9 \pm 0,3$ лет. Все они были практически здоровыми лицами с незначительными функциональными нарушениями со стороны различных органов и систем организма. Проведена однократная остеопатическая коррекция выявленных соматических дисфункций. До и сразу после коррекции оценивалось функциональное состояние ЦНС. На фоне остеопатической коррекции показаны благоприятные изменения показателей функционального состояния организма студенток. По данным корреляционного анализа установлены значимые взаимосвязи между показателями функционального состояния организма и остеопатического статуса обследуемых лиц.

I. Egorova, I. Buchnov, A. Parshikov

**ASSESSMENT OF FUNCTIONAL STATE CHANGES
IN FEMALE STUDENTS AGAINST OSTEOPATHIC
CORRECTION OF SOMATIC DYSFUNCTIONS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine,
St. Petersburg, Russia

Key words: *osteopathic correction, osteopathic status, somatic dysfunction, functional state of CNS.*

Abstract. Eighteen first-year female students of a humanitarian university aged approximately 18.9 ± 0.3 were examined in the study. Most of them were almost healthy individuals with minor functional impairments of different organs and body systems. A single osteopathic correction of the identified somatic dysfunctions was carried out. Before and immediately after the correction, the CNS functional state was assessed. Favorable changes in the indicators of the body functional state in the female students are shown against the osteopathic correction. According to the correlation analysis, a significant interrelation was set up between the indicators of the body functional state and the osteopathic status of the examined subjects.

Актуальность. Здоровье молодежи, особенно студентов, определяет здоровье нации в целом, а значит, влияет на потенциал этой нации во всех сферах деятельности. Однако медики констатируют, что в последнее время общее состояние здоровья студентов вузов, как и всей молодежи, ухудшилось (Ушакова Я. В., 2007; Фертикова Т. Е. с соавт., 2015).

Многие студенты уже приходят в вузы с целым набором заболеваний (Бегиев В. Г. с соавт., 2013). Часто у студентов младших курсов выявляются признаки анемии, патологии желудочно-кишечного тракта, нарушения опорно-двигательного аппарата (плоскостопие, нарушение осанки).

Цель исследования: оценка изменений в функциональном состоянии организма практически здоровых лиц молодого возраста на фоне остеопатической коррекции соматических дисфункций.

Задачи исследования:

1. Исследовать функциональное состояние ЦНС до и после коррекции.
2. Провести оценку остеопатического статуса до и после коррекции.
3. По данным корреляционного анализа установить взаимозависимость между показателями функционального состояния организма и остеопатического статуса обследуемых лиц.

Методы. На базе Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова проведено комплексное обследование 18 девушек, возраст которых составлял около $18,9 \pm 0,3$ лет. Все они были практически здоровыми лицами, то есть имели незначительные функциональные нарушения со стороны различных органов и систем организма, которые не оказывали существенного влияния на их повседневную трудоспособность и обучаемость в учебном заведении. Решение поставленных в данном исследовании задач осуществлялось с использованием общедоступных методик. Психофизиологическое тестирование пациенток проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультитсихометр». Функциональное состояние ЦНС определялось по методикам: «Линейный глазомер» (особенности восприятия), «Переключаемость внимания» (внимание), «Ригидность» (быстрота перестройки навыка сенсорного действия при смене условий).

Проводилась остеопатическая коррекция соматических дисфункций, направленная на устранение нарушений макро- и микроподвижности тканей и органов. Осуществлена коррекция работы краниальной системы: восстановление равновесия костей свода и основания черепа, равновесия натяжений ТМО, коррекция подвижности в сегментах C_0-C_1 , C_1-C_2 , а также устранение дисфункций висцеральных органов и коррекция фасциальных натяжений.

Сравнительная оценка анализируемых показателей функционального состояния организма студенток осуществлялась до и сразу после коррекции.

Совокупность проведенных исследований позволила установить, что по данным опроса у студенток в 22,2% случаев в анам-

незе имело место родоразрешение посредством кесарева сечения, в 33,3% случаев – закрытая травма мозга (ЗТМ), в 5,6% – полостная операция. Наиболее часто встречались жалобы на головную боль (в 44,4% случаев), боли в спине и коленных суставах (в 33–39% случаев), повышенную раздражительность (в 22,2% случаев), нарушения сна, повышенную усталость и боль в шее (в 16,7% случаев).

На фоне остеопатической коррекции у студенток выявлялось увеличение значений показателя эффективности (в 1,3 раза; $p < 0,05$) в психомоторном тесте оценки внимания и уменьшение значений времени латентной реакции (на 30,8%; $p < 0,05$) в тесте оценки восприятия, что свидетельствует об улучшении указанных психических познавательных процессов после коррекции.

Установлено, что после коррекции отмечалось увеличение значений ритма (на 3%), амплитуды (в 1,7 раза; $p < 0,001$) и силы (в 1,6 раза; $p < 0,001$) краниосакрального механизма. После коррекции соматических дисфункций у студенток остеопатические признаки межполушарной асимметрии с доминированием левого полушария выявлялись в 6,5 раза ($p < 0,001$) реже, по сравнению с фоном, а признаки краниосакрального асинхронизма (КСА) не определялись вовсе, тогда как в исходном периоде их величина составляла более 94%. Остеопатические показатели компрессии СБС и в/костных повреждений крестца после коррекции также не определялись, согласно фоновым данным их величина составляла около 17% и 33% соответственно.

По данным корреляционного анализа (по Спирмену) основных анамнестических показателей, жалоб на состояние здоровья, показателей психофизиологического статуса и остеопатических признаков соматических дисфункций у студенток до коррекции определялись взаимосвязи показателей ритма, амплитуды и силы КСМ, а также признаков краниосакрального асинхронизма с жалобами на боли в шее, голове и наличием кесарева сечения в анамнезе ($R = 0,46 - 0,50$; $p < 0,05$). Показатели остеопатического статуса студенток до коррекции также были взаимосвязаны между собой средними ($R = 0,50 - 0,64$; $p < 0,05$) и сильными ($R = 0,82 - 0,88$; $p < 0,05$) корреляционными связями.

Литература

1. Бегиев В. Г. Вопросы здоровья и образа жизни студентов университета / В. Г. Бегиев, А. Н. Москвина. — Северо-Восточный университет им. М. К. Аммосова, 2013. — № 1. — С. 88–91.
2. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 221 с.
3. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И. А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.
4. Ушакова Я. В. Здоровье студентов и факторы его формирования / Я. В. Ушакова // Вестн. Нижегород. ун-та им. Н. И. Лобачевского. 2007. — № 4. — С. 197–202.
5. Фертикова Т. Е. Проблемы питания и двигательной активности студентов / Т. Е. Фертикова, А. А. Рогачёва // Успехи современного естествознания, 2015. — № 9. — С. 476–478.

Н. А. Барашкова, О. Е. Шевчук

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ
ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ:
ЦЕФАЛГИЧЕСКАЯ ФОРМА, МИГРЕНОЗНЫЙ ТИП**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *синдром предменструального напряжения, цефалгическая форма, остеопатический статус, остеопатическое лечение, качество жизни.*

Резюме. Исследованы основные соматические дисфункции у женщин 20–25 лет с синдромом предменструального напряжения: цефалгическая форма, мигренозный тип. Выявлены основные соматические дисфункции и доказана эффективность остео-

патического лечения в уменьшении интенсивности головной боли и улучшение качества жизни у пациенток.

N. Barashkova, O. Shevchuk

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF OSTEOPATHIC TREATMENT OF WOMEN WITH PREMENSTRUAL TENSION SYNDROME: CEPHALGIC FORM, MIGRAINOUS TYPE

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *premenstrual tension syndrome, cephalgic form, osteopathic status, osteopathic treatment, life quality.*

Abstract. The main somatic dysfunctions in women aged 20–25 with premenstrual tension syndrome were studied: cephalgic form, migrainous type. The main somatic dysfunctions were revealed, and the effectiveness of osteopathic treatment was proved in terms of reduced severity of headaches and improvement of life quality in patients.

Актуальность. Головная боль у женщин связанная с менструальным циклом является крайне актуальной проблемой во всем мире. В настоящее время экономические убытки от нетрудоспособности, финансовые затраты на лечение повышают ее значимость среди заболеваний. Нестабильный терапевтический результат и побочные эффекты от медикаментозного лечения направляют научную мысль на поиски эффективных методов лечения. Известно, что 50% взрослого населения ежегодно страдают от головной боли (ВОЗ, 2016); 6-е место среди причин, связанных с годами утраченных в результате инвалидности (YLD) занимает мигрень (ВОЗ, 2001); 1/3 безрецептурных анальгетиков потребляют пациенты с мигренью (Dhopesh V., 2005); 27 миллионов евро в год расходуется в странах Евросоюза на ведение больных с мигренью (Berg J., 2005); 2/3 женщин, страдающих мигренью, отмечают более тяжелое течение приступов мигрени во время менструации. Атаки, возникшие в этот период, бывают более тяжелыми и продолжительными (Табеева Г. Р.,

2008); осложнения и побочные эффекты ограничивают применение НПВС (Цурко В. В., 2014) и триптанов (Табеева Г. Р., 2014).

Цель исследования: оценить эффективность остеопатического лечения женщин от 20 до 25 лет с синдромом предменструального напряжения: мигренозный тип, цефалгическая форма.

Методы. На базе кафедры акушерства и гинекологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова проведено клиническое и остеопатическое обследование 40 женщин в возрасте 20–25 лет, страдающих мигренозным типом цефалгии на фоне предменструального синдрома.

Критерии включения в группу: женщины от 20 до 25 лет с цефалгической формой (мигренозный тип) синдрома предменструального напряжения.

Критерии исключения из группы: органическая патология ЦНС, эндокринной и мочеполовой системы, женщины, страдающие другими видами мигрени.

Основная группа (20 пациенток) получали только остеопатическое лечение.

Контрольная группа (20 пациенток) получали только аллопатическое лечение. При обследовании в обеих группах было выявлено, что в остеопатическом статусе пациенток наиболее часто встречаются дисфункции краниосакральной системы (внутрикостная дисфункция затылочной кости, компрессия сфенобазиллярного синхондроза, верхний вертикальный стрейн, ограничения подвижности каменисто-затылочного и клиновидно-чешуйчатого швов), костно-мышечной системы (дисфункции краниовертебрального перехода, грудобрюшной диафрагмы, пояснично-крестцового отдела позвоночника, задняя торсия крестца, внутрикостная дисфункция крестца и кинетическая дисфункция копчика) и соматические дисфункции висцеральных органов (матки, яичников), тазовой диафрагмы.

В соматическом статусе наиболее распространенными нарушениями явились: сильная головная боль, выраженная депрессия, умеренные нарушения качества жизни. Функциональное состояние вегетативной нервной системы пациентов в подавля-

ющем большинстве случаев представлено уравновешенным и парасимпатическим типом.

В основной группе проводилось только остеопатическое лечение: устранение выявленных соматических дисфункций. В контрольной группе проводилась медикаментозная терапия: триптаны, неселективные бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, антиконвульсанты, антидепрессанты и немедикаментозная терапия: психотерапия, психологическая релаксация, массаж воротниковой зоны, лечебная гимнастика, биологическая обратная связь. Пациентки основной группы получали остеопатическое лечение в среднем 10–12 сеансов, с периодичностью 1 раз в 2–3 недели. В течение этого же времени пациентки контрольной группы получали аллопатическое лечение.

После проведенного остеопатического лечения соматические дисфункции полностью регрессировали и на 30% улучшились показатели краниосакрального механизма: ритм, амплитуда и сила ($p < 0,001$). Аллопатическое лечение не привело к достоверному улучшению соматических дисфункций и показателей краниосакрального механизма ($p > 0,05$).

В ходе анализа исходных показателей интенсивности головной боли выявлено, что в основной группе головная боль была более выраженной (Mann-Whitney $U=154,0$ $Z=-2,230$, $p=0,028$). Но после остеопатического лечения данное различие исчезло (Mann-Whitney $U=200,0$ $Z=0,001$, $p=1,0$), что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения. Эффект остеопатического лечения наблюдается в улучшении показателей качества жизни с умеренных до минимальных (Wilcoxon Signed Ranks Test $Z=-3,921$ $p < 0,001$) и уменьшении степени депрессии с выраженной до легкой (Wilcoxon Signed Ranks Test $Z=-3,961$ $p < 0,001$). Но обращает на себя внимание тот факт, что аллопатическое лечение незначительно эффективнее (Mann-Whitney $U=101,0$ $Z=-2,708$, $p=0,01$) в улучшении показателей депрессии.

Остеопатическое лечение ($p=1,0$) и аллопатическое ($p=0,157$) существенно не изменяли тип функционального состояния вегетативной системы. До и после лечения у пациенток преобладали уравновешенный и парасимпатический типы. Исследова-

ние выполнено на небольшой группе пациентов и не позволяет сделать окончательных выводов об эффективности остеопатического или аллопатического лечения. Однако полученные результаты являются многообещающими и диктуют необходимость более крупных исследований для подтверждения роли остеопатического лечения пациенток с цефалгической формой синдрома предменструального напряжения.

Результаты проведенного исследования дают основания полагать, что остеопатическое лечение достоверно улучшает качество жизни, уменьшает головную боль и выраженность депрессии.

Литература

1. Белокриницкая Т. Е. Дисменорея, предменструальный синдром и синдром предменструального дисфорического расстройства у девушек-студенток / Т. Е. Белокриницкая, Н. И. Фролова, Е. П. Белозерцева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2012. — № 1. — С. 22–28.
2. Егорова И. А. Краниальная остеопатия / И. А. Егорова, Е. С. Михайлова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2013. — 500 с.: ил.
3. Крушина О. В. Предменструальный синдром: неврологические аспекты / О. В. Крушина, В. В. Мирошникова, А. Е. Барулин; ГБОУ ВПО «Волгоградский ГМУ» МЗ РФ. — Волгоград: Изд-во ВГМУ, 2010. — 19 с.
4. Старикова Н. Л. «Болезни эстрогенного дефицита» в неврологической практике: метод. Рекомендации / Н. Л. Старикова; ГОУ ВПО «Перм.гос.мед.академия Минздрава России». — Пермь: Изд-во ПГМА, 2004. — 17 с.
5. Татарчук Т. Ф., Эндокринная гинекология / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский // Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины. — К.: Заповгг, 2003. — 300 с.
6. Егорова И. А. Цефалгии. Остеопатия в разделах. Ч. 5 / И. А. Егорова О. Е. Шевчук. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2017. — 184 с.

И. Р. Барышникова, П. Е. Печорин, В. И. Усачёв

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНОЙ
НЕФИКСИРОВАННОЙ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО
ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *скользящая грыжа пищевода отверстия диафрагмы, гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь, остеопатическая коррекция, дисфункции при грыже пищевода отверстия диафрагмы, хронические заболевания желудка, фиброгастродуоденоскопия при ГПОД, постуральные нарушения.*

Резюме. Исследованы основные факторы риска развития грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Выявлены основные соматические дисфункции и постуральные типы пациентов с грыжей пищевода отверстия диафрагмы, предложены варианты остеопатической и постуральной коррекции.

I. Baryshnikova, P. Pechorin, V. Usachyov

**ASSESSMENT OF OSTEOPATHIC TREATMENT OF
PATIENTS WITH AXIAL UNFIXED HIATAL HERNIA**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Key words: *sliding hiatal hernia, gastroesophageal reflux disease, osteopathic correction, dysfunction with hiatal hernia, chronic gastrodiseases, fibrogastroduodenoscopy with hiatal hernia, postural impairments.*

Abstract. The main risk factors for the development of a hiatal hernia were studied. The main somatic dysfunctions and postural types of patients with a hiatal hernia were identified, and options for osteopathic and postural correction were suggested.

Актуальность. Грыжа пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) является очень распространенным заболеванием. Она

встречается у 5% всего взрослого населения. До 25 % пациентов нуждаются в постоянной медикаментозной поддержке препаратами ингибиторами протонной помпы (ИПП), а 15% требуется исключительно хирургическое лечение. В 10–15% случаев рефлюкс-эзофагит при ГПОД сопровождается опасными для жизни осложнениями: кровотечениями из пищевода, пептическими язвами, пептическими стриктурами и формированием пищевода Барретта, малигнизацией. Средний возраст наступления инвалидности как следствия ГЭРБ на фоне ГПОД — 48,3 года. Консервативная терапия не приводит к излечению, а лишь дает временный эффект. Проблема ГПОД является приоритетным направлением научных исследований в современной гастроэнтерологии.

Цель работы: оценить эффективность остеопатического лечения пациентов с аксиальной скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Задачи исследования:

1. Выявить основные остеопатические дисфункции у пациентов с аксиальной скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Провести лечение и оценить динамику остеопатического и постурального статуса пациентов основной и контрольной групп с аксиальной скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Провести объективную оценку динамики функционального состояния пациентов по данным фиброгастродуоденоскопии.
4. Сформулировать рекомендации по остеопатическому лечению пациентов с аксиальной скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Методы. Исследование проводилось на базе БУЗ УР «Глазовская Межрайонная Больница МЗ УР», в поликлинике для взрослых № 2. В исследование включено 32 человека (по 16 человек в основной группе и группе сравнения). Срок наблюдения 6 месяцев (5 сеансов остеопатического лечения). Критерии включения в группы: возрастной состав 41–60 лет, по данным ФГДС аксиальная нефиксированная ГПОД. Критерии исключения из группы: фиксированная ГПОД, оперативное лечение

на органах ЖКТ и средостения в анамнезе. Стандартизированный опрос пациентов, анкетирование перед каждым приёмом (жалобы); остеопатические методы обследования; исследование методом ФГДС до лечения и через 6 мес. после лечения; статистическая обработка полученных результатов.

Результаты собственных исследований:

1. Выявлены основные остеопатические дисфункции у пациентов с аксиальной скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы:

Висцеральные:

1. Дисфункция кардиального отдела желудка — 94%.
2. Гипомобильность левой ножки диафрагмы — 91%.
3. Ограничение мобильности средостения — 88%.
4. Ограничение мобильности печени — 81%.
5. Ограничение мобильности левого купола диафрагмы — 81%.
6. Ограничение мобильности желудка — 66%.

Структуральные:

1. Тугоподвижность $Th_{11}-Th_{12}$ — 78%.
2. Дисфункция C_3-C_4 (ERS левый) — 63%.
3. Дисфункция L_1-L_2 (FRS левый) — 56%.
4. Дисфункция $Th_{11}-Th_{12}$ (FRS левый) — 53%.
5. Усиление грудного кифоза — 50%.
6. Дисфункция Th_7-Th_8 (FRS левый) — 41%.
7. Дисфункция C_6-C_7 (ERS левый) — 41%.

Краниальные дисфункции:

1. Левая торсия — 63%.
2. Дисфункция открытия левого яремного отверстия — 53%
3. Блок окципито-мастоидального шва слева — 34%

Нарушения постуральной адаптации среди всех обследованных — превалировал передний постуральный тип осанки. По типам нарушения осанки и относительно вертикали Барре, и по результатам теста наружных ротаторов бедра превалировал восходящий тип — 88%.

Динамика остеопатических дисфункций и постуральных нарушений у пациентов основной группы: отмечена динамика по наиболее распространенным остеопатическим дисфункциям:

Висцеральные дисфункции:

1. Ограничение мобильности средостения (уменьшение у 94%).
2. Дисфункция кардиального отдела желудка (уменьшение у 87%).
3. Ограничение мобильности левого купола диафрагмы (уменьшение у 75 %).
4. Гипомобильность левой ножки диафрагмы (уменьшение у 74%).
5. Ограничение мобильности печени — уменьшение у 57%.
6. Ограничение мобильности желудка — уменьшение у 50%.

Структуральные дисфункции:

1. Дисфункция L_1-L_2 (FRS левый) — уменьшение у 69%.
2. Дисфункция C_3-C_4 (ERS левый) — уменьшение у 44%
3. Дисфункция C_6-C_7 (ERS левый) — уменьшение у 44%.
4. Дисфункция Th_7-Th_8 (FRS левый) — уменьшение у 38%
5. Ригидность $Th_{11}-Th_{12}$ — уменьшение у 37%
6. Дисфункция $Th_{11}-Th_{12}$ (FRS левый) — уменьшение на 13%.
7. Усиление грудного кифоза — уменьшение у 6%

Краниальные дисфункции:

1. Дисфункция открытия левого яремного отверстия — уменьшение у 44%.
2. Дисфункция окципито-мастоидального шва слева — уменьшение у 19%.

Динамика постуральных нарушений:

- отмечается уменьшение количества пациентов с передним типом осанки с 69% до 48%;
- задний тип осанки также показал снижение с 13% до 10%;
- при этом выросло количество пациентов с нейтральным типом осанки — с 19% до 42%.

Статистическая обработка выявила недостоверность по остеопатическим дисфункциям:

1. Дисфункция окципито-мастоидального шва слева.
2. Левая торсия.
3. Усиление грудного кифоза.
4. Дисфункция $Th_{11}-Th_{12}$ (FRS левый).
5. Динамика остеопатических дисфункций и постуральных нарушений пациентов в группе сравнения.

По аналогичным с основной группой краниальным, висцеральным, структуральным дисфункциям, динамики не получено, или незначительная — на 6–9%.

В постуральном статусе:

После проведенного лечения соотношение между типами осанок статистически значимо не изменилось.

Объективная оценка динамики функционального состояния пациентов по данным фиброгастродуоденоскопии и анкетированию:

В основной группе:

1. Пролабирование кардии в пищевод в см — уменьшение пролабирования на 1,1 см, с 3,2 см до 2,1 см.
2. Эрозии в нижней трети пищевода — эпителизация эрозий у 57% (с 88% до 31%).

В группе сравнения:

1. Пролабирование кардии в пищевод в см — уменьшение пролабирования на 0,2 см, с 2,8 см до 2,6 см.
2. Эрозии в нижней трети пищевода — эпителизация эрозий у 31% (с 94% до 63%).

Статистическая обработка данных по этим двум критериям достоверна.

По результатам анкетирования:

По результатам статистического исследования данных критериев, получена недостоверность жалоб на отрыжку, сухой кашель, запоры.

В основной группе после проведенного остеопатического лечения получена положительная субъективная динамика оценки самих пациентов, по анализу предъявляемых жалоб, в группе сравнения динамики жалоб не было, или незначительная.

Выводы.

1. Для пациентов с аксиальной нефиксированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы характерно сочетание остеопатических дисфункций висцеральной, структуральной и краниальной сферы.

2. При оценке постурального статуса пациентов с нефиксированной аксиальной грыжей преобладает передний постуральный тип осанки. По механизму постурального нарушения в подавляющем большинстве случаев наблюдается восходящий тип.

3. Результаты проведенного исследования показывают большую эффективность использования комбинированного (аллопатического и остеопатического) лечения пациентов с аксиальной нефиксированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы за счет улучшения остеопатического и постурального статуса, а также данных объективного инструментального обследования.

Е. Р. Зинкевич

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ
ИНСТИТУТА ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНИ В. Л. АНДРИАНОВА В КОНТЕКСТЕ ФИЛОСОФИИ
ОСТЕОПАТИИ**

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»

Ключевые слова: *педагогическая деятельность преподавателя остеопатической медицины, биосоциальная концепция, педагогика, психология.*

Резюме. В статье характеризуется педагогическая деятельность преподавателей Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова с точки зрения необходимости интеграции в ней биосоциальной концепции остеопатического лечения, психологии и педагогики. Это обусловлено необходимостью проникновения в сущность психофизиологических процессов организма пациентов, выявления связей между их психическим и соматическим состоянием, понимания особенностей социального окружения пациента для управления процессом улучшения состояния его здоровья.

E. R. Zinkevich

**TEACHING THE TEACHERS INSTITUTE OF OSTEOPATHIC
MEDICINE V. L. ANDRIANOV IN THE CONTEXT OF
PHILOSOPHY OF OSTEOPATHY**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg state pediatric medical University

Keywords: *the pedagogical activity of the teacher of osteopathic medicine, biosocial concept, pedagogy, psychology.*

Abstract. The article covers the pedagogical activity of the teachers (of the V. L. Andrianov Institute of osteopathic medicine) from the point of view of the need to integrate the biosocial concept of osteopathic treatment, psychology, and pedagogy. This is caused by the need to penetrate into the essence of the psychophysiological processes of the patients' bodies, to identify the links between their mental and somatic state, to understand the characteristics of the patients' social environment thus to control the process of health improvement.

Передается мысль, выведенная из опыта, но не самый опыт.
К. Д. Ушинский

Преподаватели Института Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова универсальны как специалисты перспективного видения. Прежде всего, они выступают как преподаватели-философы, отчетливо понимающие, что остеопатия может базироваться только на прочной философской и естественнонаучной основе, на биосоциальной концепции остеопатического лечения, отражающей, как развитие самой остеопатии, так и специфику ее преподавания.

Принимая во внимание содержание современной философии остеопатии, в педагогической деятельности преподавателю остеопатии следует учитывать глубину проникновения в сущность психофизиологических процессов организма пациентов, выявлять связи между их психическим и соматическим состоянием, понимать особенности социального окружения конкретного пациента с тем, чтобы разумно управлять процессом улучшения состояния его здоровья.

Педагогическая деятельность преподавателя остеопатии сопряжена с разработкой содержания остеопатического образования, сущностью процесса обучения, с конструированием частной методики преподавания.

Главные методы в преподавании — синтетический и аналитический. Эти методы дополняются различными приемами: догматическими (или предлагающими), сократическими (или спрашивающими), эвристическими (или дающими клинические задачи и предлагающими клинические задания), секресо-сематическими (или излагающими). Все эти приемы, интегрируясь, сочетаясь в преподавании, применяются на разных этапах освоения остеопатии, на семинарах-практикумах.

Как правило, реализуют программу профессиональной подготовки будущих остеопатов преподаватели, подчас весьма далекие от педагогической деятельности, и чтобы они были дидактически и психологически готовы к реализации задач обучения, их необходимо к этому подготовить. Это одна из важнейших социально-педагогических проблем.

К преподавателю остеопатии предъявляются весьма серьезные требования. Одним из важнейших качеств, которым должен обладать преподаватель остеопатии, является понимание им необходимости развивать у будущих врачей-osteопатов не только клиническое мышление, но формировать определенное остеопатическое мировоззрение, что возможно лишь тогда, когда у самого преподавателя сформирована система взглядов и убеждений, связанных с философией остеопатии.

Важнейшим качеством преподавателя остеопатии являются знания не только преподаваемой учебной дисциплины, но и специальные психолого-педагогические. В связи с чем, в Институте Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова большое значение придается специальной психолого-педагогической и методической подготовке преподавателей.

Преподаватели должны получить такие специальные психолого-педагогические знания, которые помогут им четко определять цель учебной дисциплины, дидактически грамотно управлять процессом обучения и усвоения остеопатических знаний на различных этапах профессионального становления будущего специалиста.

С нашей точки зрения, перед Институтом Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова в подготовке преподавателей остеопатии стоят три важные задачи: интеграция остеопатии, психологии и педагогики, всесторонне изучающих человека; непрерывное остеопатическое и психолого-педагогическое образование; обобщение и распространение опыта своей педагогической деятельности.

Г. М. Зиятдинова, И. А. Егорова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Новгородский государственный университет
имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *привычное невынашивание беременности, преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, акушерский разгружающий пессарий, остеопатическое лечение, аллопатическое лечение.*

Резюме. Проведено исследование течения беременности и исхода родов у беременных с высоким риском невынашивания по механизму истмико-цервикальной недостаточности на фоне остеопатического и аллопатического лечения. Выявлена эффективность остеопатического лечения истмико-цервикальной недостаточности в отношении снижения риска невынашивания и улучшения исхода родов по сравнению с аллопатическим подходом.

G. Ziyatdinova, I. Egorova

**ASSESSMENT OF OSTEOPATIC APPROACH EFFICIENCY IN
PREVENTIVE MEASURES OF PREMATURE LABOUR IN
WOMEN WITH CERVICAL INSUFFICIENCY**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Key words: *recurrent pregnancy loss, premature labour, cervical insufficiency, obstetrician release pessary, osteopathic treatment, allopathic treatment.*

Abstract. The study of pregnancy and childbirth outcome in pregnant women with a high risk of miscarriage with cervical insufficiency against osteopathic and allopathic treatment was carried out. The efficacy of osteopathic treatment of cervical insufficiency in terms of lower risk of miscarriage and better outcome of childbirth compared with the allopathic approach was proved.

Актуальность. Одной из проблем в сохранении жизни и здоровья новорожденных остаются преждевременные роды с рождением недоношенных детей, особенно с низкой (<2000 грамм) массой тела, при гестационном сроке от 22 до 32 недель (Савельева Г. М. с соавт., 2008; Larroque V. et al., 2004; Mohangoo A. D. et al., 2011). В структуре невынашивания беременности во втором триместре на долю истмико-цервикальной недостаточности приходится 40%, а в третьем триместре беременности она является причиной преждевременных родов в каждом третьем случае. Существующий арсенал аллопатических методов диагностики и лечения невынашивания беременности подразумевает повышенную медикаментозную нагрузку на организм беременной и плода и чаще направлен на коррекцию локальных изменений шейки матки. Выявление групп высокого риска и проведение своевременной хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности способствует улучшению прогноза лечения и исхода беременности, однако не позволяет снизить риск их осложненного течения. Традиционный подход в решении данной проблемы ограничен жесткими критерия-

ми безопасности применяемых методов у беременных. Соответствие остеопатического подхода этим критериям позволяет применять его в отношении данной категории женщин (Егорова И. А. с соавт., 2008).

Цель исследования: оценка эффективности остеопатического подхода в профилактике преждевременных родов у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью, в сравнении с аллопатическим лечением.

Методы. С целью оценки эффективности остеопатического подхода в профилактике преждевременных родов было проведено комплексное стандартизированное клинико-инструментальное и остеопатическое обследование 24 повторно беременных первородящих женщин во втором триместре (18–20 недель беременности), указывающих на привычное невынашивание в анамнезе. Работа проведена на базе центра профилактики и лечения невынашивания при СПбГБУЗ «Родильный дом № 1 (Специализированный)» и медицинского остеопатического центра «Дыхание Жизни» (Санкт-Петербург).

Критериями включения в исследование были: ранний репродуктивный возраст (20–37 лет), отягощенный акушерский анамнез (от двух до четырех инструментальных вхождений в полость матки в связи с синдромом неразвивающейся беременности и/или искусственного прерывания беременности раннего срока), наличие маркеров синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (астенический тип телосложения, низкий индекс массы тела, характерная соматическая патология).

Критерии исключения: сопутствующие органические заболевания органов репродуктивной системы, лабораторно верифицированная гормональная недостаточность яичников, многоплодная беременность, индуцированная беременность (гормональная стимуляция овуляции, вспомогательные репродуктивные технологии).

Из обследованных беременных 12 получали только аллопатическое лечение, включающее, в том числе, введение разгружающего акушерского pessaria при появлении диагностических признаков увеличения риска невынашивания. Остальным

12-ти проводилось преимущественно остеопатическое лечение, направленное на оптимизацию нейровегетативной регуляции тела матки и истмического отдела шейки матки, как на локальном, так и на надсегментарном уровне. Частота остеопатических сеансов составляла 1 раз в 2–3 недели с учетом обнаруженных соматических дисфункций, обуславливающих увеличение риска невынашивания беременности. Количество процедур определялось динамикой соматического и остеопатического статусов и варьировалось от 4 до 5 раз за время беременности.

На фоне остеопатического лечения отмечено достоверно значимое уменьшение частоты стационарного лечения по сравнению с данными до лечения ($1,2 \pm 0,6$ и $2,7 \pm 0,2$ раз соответственно, $p < 0,05$). У беременных, получавших только аллопатическое лечение, частота госпитализаций составила $2,2 \pm 0,5$ раз. Установлено снижение потребности в инструментальной коррекции истмико-цервикальной недостаточности путем введения разгружающего акушерского pessaria в 5 раз, что составило 41,7%, по сравнению с аналогичным показателем в группе женщин с аллопатическим лечением 8,3% ($p < 0,05$). Остеопатическое лечение способствовало пролонгированию беременности до доношенного срока в 100% случаев, а также достоверному снижению частоты аномалий родовой деятельности и медикаментозных вмешательств во время родов в 2,5 раза, что составило 33,3%, по сравнению с аналогичным показателем после аллопатического лечения — 83,3% ($p < 0,05$). При аллопатическом подходе преждевременные роды произошли в 50% случаев. Средний срок родоразрешения у этих женщин составил 34,6 недель беременности. Достоверных различий частоты оперативного родоразрешения не выявлено (8,3%). Показанием для операции кесарева сечения стали некорректируемая дискоординация родовой деятельности и угроза гипоксии плода. Не выявлено достоверных различий оценки новорожденных по шкале Апгар между группами ($8,7 \pm 2,3$ баллов по сравнению с $8,0 \pm 2,3$ баллов). Однако в связи с недоношенностью трём новорожденным потребовалось дальнейшее лечение в специализированном стационаре в течение 1–2 месяцев.

Литература

1. Егорова И. А. Остеопатия в акушерстве и педиатрии: монография / И. А. Егорова, Е. Л. Кузнецова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. — 186 с.: ил.
2. Савельева Г. М. Улучшение перинатальных исходов — одна из основных проблем современного акушерства / Г. М. Савельева, Л. Г. Сичинава, Р. И. Шалина, П. А. Клименко, О. Б. Панина, О. А. Трофимова // Российский Вестник акушера-гинеколога, 2008. — Том. 8. — №. 6. — С. 56–60.
3. Larroque B. Survival of very preterm infants / B. Larroque, G. Breart, M. Kaminski // Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed. — 2004. — Vol. 89. — №. 2. — P. 139–144.
4. Mohangoo A. D. Gestation Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe Results from the Euro — Persist Project / A. D. Mohangoo et al // PLoS One. — 2011. — Vol. 6 (11). — P. 24727.

Л. А. Ласовецкая, А. Ю. Ловчев

ОСТЕОПАТИЯ, КАК НЕДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Русская академия остеопатической медицины

Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *osteопатия, альтернативная медицина, доказательная медицина, импрессионистская медицина, пальпация, пальпаторный словарь, ассоциативный опыт, интерпретация ощущений, качественные диагностические параметры, индивидуальность, холизм, плацебо, эффективность остеопатического лечения.*

Резюме. Проанализированы особенности остеопатии относительно требований доказательной медицины. Показаны основные несоответствия между остеопатией и аллопатической медициной и невозможность применения стандартов доказательной медицины к остеопатическим исследованиям.

L. Lasovetskaya, A. Lovchev

OSTEOPATHY AS A NON-EVIDENCE MEDICINE

Russian Academy of Osteopathic Medicine

St. Petersburg, Russia

Keywords: *osteopathy, alternative medicine, evidence-based medicine, «impressionist medicine», palpation, palpation dictionary, association experience, feeling interpretation, quality diagnostic parameters, personality, holism, placebo, osteopathic treatment efficiency.*

Abstract. The osteopathic features were analyzed concerning the requirements of evidence-based medicine. The main discrepancy between osteopathy and allopathic medicine and the impossibility of applying standards of evidence-based medicine to osteopathic research are shown.

Актуальность. С 2017 года остеопатия регулируется в РФ как медицинская врачебная специальность (Приказ Министерства здравоохранения от 13.10.2017 № 804 н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»). Следовательно, оценка ее эффективности должна проводиться по стандартам любой другой медицинской дисциплины. С 1990 года оценка эффективности всех медицинских диагностических и лечебных методов проводится по правилам доказательной медицины (Гринхальх Т., 2018). Однако слепое применение принципов доказательной медицины не только не докажет эффективность остеопатии, но и приведет к потере ее основополагающих принципов (Hruby R. J. с соавт., 2017).

Цель: показать невозможность применения методов доказательной медицины к остеопатической практике и исследованиям.

Методы. Изучение остеопатической литературы библиотек РАОМед, Европейской школы остеопатии (Майдстоун, Великобритания), электронных ресурсов.

Традиционно остеопатия относилась к альтернативной медицине, однако в настоящее время в системе здравоохранения РФ она стоит в одном ряду с врачебными специальностями и к ней применяются все требования, предъявляемые Министерством

Здравоохранения к любой клинической дисциплине. В том числе и требование доказательства ее эффективности по стандартам доказательной медицины. Доказательная медицина — это сознательное использование имеющихся на данный момент доказательств для принятия решения о помощи конкретным пациентам (Гринхальх Т. 2018). Иными словами доказательная медицина оперирует к данным объективной реальности, границы которой определяются состоянием науки на сегодняшний день. Личный опыт врача в доказательной медицине ставится на последнее место в пирамиде доказательств, и имеет оправдание в использовании лишь в нестандартных случаях, или там, где доказательная база отсутствует (Гринхальх Т., 2018). Остеопатия, в противовес доказательной медицины, относится по большей части к «импрессионистской медицине», где подход к лечению определяется в значительной степени опытом и интуицией. (Lewis J., 2012).

В остеопатии активным терапевтическим агентом является лечебное мануальное воздействие, в основе которого лежит личный пальпаторный опыт врача, а не остеопатическая техника (Schnucker R. V., 1991). Говоря языком фармакологии, остеопатическая техника это способ введения «терапевтического агента». Ощущения врача и их определение на основе пальпаторного опыта, его лечебное намерение — лекарственное содержимое этого остеопатического способа введения. Пальпаторный словарь — это индивидуальная, выстроенная на основе собственного опыта интерпретация полученных в ходе особого тактильного взаимодействия с пациентом перцепционных ощущений через собственное рецепторное поле, имеющее строго индивидуальные характеристики получения и первичной переработки внешних стимулов. Таким образом, остеопатическая диагностика и воздействие являются на 100% субъективным, поскольку подлежат обязательной обработке мозгом оператора.

В таком понимании проверка эффективности отдельных техник и подходов и их преимуществ или недостатков, это все равно, что проверка модели или форм упаковки вместо тестирования самого терапевтического средства (Hruby R. J. с соавт., 2017). Дополнительно в остеопатии активное терапевтическое

средство каждый раз отличается, так как оно индивидуально и зависит, как от пациента, так и от оператора. Основные остеопатические диагностические параметры — не количественные, а качественные. В живой системе тестируются различные свойства движения на самых разных уровнях организации живой материи, что часто лежит за пределами строго обоснованной физической действительности. Многие из этих характеристик при их оценке будут соотноситься с ассоциативным опытом врача, а значит, их количественный учет может быть существенно затруднен или объективно невозможен (Hruby R. J. с соавт., 2017).

Остеопат устроен с той же степенью сложности, что и пациент, поэтому его сенсорная система в состоянии считать любые параметры поражения, а значит, будучи субъективной, в то же время является идеальным диагностическим средством и лечебным инструментом. У разных остеопатов разная перцепционная шкала и разная интерпретация ощущений, и разный ассоциативный опыт, позволяющий эту интерпретацию

Нет обоснования физиологических механизмов многих остеопатических подходов, особенно не прямых (Hruby R. J. с соавт., 2017). Не имея возможности опираться на научно обоснованные методики, остеопаты используют искусство, интуицию и опыт, что на самом деле гораздо больше соответствует требованиям остеопатического терапевтического врач-пациент взаимодействия, поскольку сохраняет индивидуальность последнего. Но по требованиям доказательной медицины искусство и интуиция лежат за пределами научно обоснованных методик, а значит, не могут составлять основу медицинской специальности (Гринхальх Т., 2018).

Остеопатия относится к холистической медицине, причем холизм — это один из краеугольных камней остеопатии (Hall T. E., Wernham J., 2007). Тем не менее, в имеющихся «osteопатических исследованиях» авторы старательно применяют симптоматический или синдромальный подход (Hruby R. J. с соавт., 2017).

Одно из основных требований рандомизированных клинических исследований — исключение плацебо эффекта для оценки истинной эффективности лечебного агента. Во всех исследованиях мануальных воздействий эффект плацебо, достигает

40% и выше (Fulton B., 2015). Тогда как типичный уровень плацебо-эффекта в плацебо-контролируемых клинических фармакологических исследованиях в среднем не превышает 10% (Гринхальх Т., 2018). Аналогичный остеопатическому, высокий эффект плацебо отмечен и в гомеопатических исследованиях, и в иглорефлексотерапии (Vincent C., Levith G., 1988).

При проведении любого остеопатического исследования в остеопатической основной группе всегда проверяется эффективность технической составляющей (или специфической) и, не требующие ни образования, ни знания, неспецифическая составляющая терапии прикосновения и лечебное намерение оператора. Что не противоречит принципам остеопатии и не говорит о ее низкой эффективности. Поскольку цель остеопатического лечения в том, чтобы пробудить врача в организме самого пациента, где лечебное намерение оператора взаимодействует с готовностью тела пациента к изменениям (Still A.T., 1992). Остеопатическое лечение — это уникальный процесс взаимодействия, где с одной стороны, выступает динамическая, меняющаяся от внешних и внутренних влияний система пациента, с другой, такая же система оператора, обладающая лечебной интуицией и определенным опытом, выстроенным на основе остеопатических знаний. Повторяться может лишь техника, все остальное постоянно меняющаяся реальность. Результат взаимодействия зависит от готовности пациента лечиться (что есть компонент плацебо) и от умения остеопата распознать эту готовность, что есть суммарный эффект его образования и интуиции. Т. е. и готовность пациента лечиться, и простое намерение оператора лечить являются частью остеопатического лечения.

В аллопатической же медицине лечение (физическое или фармакологическое) служит третьим участником в системе взаимодействия врача и пациента. Причем этот третий участник статичен. Именно статичность третьего участника позволяет применить количественные параметры проверки эффективности. Используя методы двойного ослепления, мы фактически оставляем только статичную составляющую, что невозможно в остеопатии, так как там ее нет.

Ещё одной трудностью остеопатических исследований является «неоднородность» групп, так как при любом объединяющем группу признаке требуется индивидуальный остеопатический лечебный подход (Hruby R. J. с соавт., 2017).

Если исследования проверяют эффективность отдельных техник, это не остеопатия, так как нет компонента индивидуального подхода. Например, есть исследования, основанные на мета-анализе, доказывающие эффективность НVT при болях в спине (Ottenbacher K., DiFabio R. P., 1985). Следует ли отсюда, что именно эти техники нужно применять при болях в спине? И означает ли это, что применение таких техник любым оператором и к любому пациенту даст прогнозируемый положительный эффект? И какие именно условия индивидуального взаимодействия врач-пациент должны быть выдержаны, чтобы этот положительный эффект был получен?

Вызывает сомнение тот факт, что число положительных заключений, выдаваемых отечественными исследователями об эффективности остеопатии фактически составляет 95–100%, что, скорее всего, свидетельствует о методологических ошибках при планировании и проведении данных исследований.

Выводы.

Можно выделить следующие проблемы остеопатических исследований:

1. Мало качественных исследований, большинство старательно искусственно подстроено под требования РКИ.
2. Они не имеют двойного заслепления.
3. Нет единых достоверных критериев отбора остеопатических признаков, поэтому остеопатические признаки не анализируются.
4. Невозможно создавать малые группы, так как однородность признаков не гарантирует однородного лечения.
5. Невозможно обеспечить соблюдение принципа холизма.

Должны ли остеопаты в таком случае при проведении исследований следовать принципам доказательной медицины? Или же нужно придумать и обосновать иные критерии построения исследований, удовлетворяющие требованиям основополагающих принципов остеопатии?

Использованная литература

1. Still A. T. Philosophy of osteopathy / A. T. Still // American Academy of Osteopathy, 7th Reprint, 1995. — 268 p.
2. Hall T. E., Wernham J. The contribution of John Martin Littlejohn to osteopathy / T. E Hall., J. Wernham // Revised and reprinted by JWCCO, 2007. — 76 p.
3. Schnucker R. V. Early osteopathy in the words of A. T. Still / R. V Schnucker // The Thomas Jefferson Unifersity Press at Northeast Missouri State University , Kirksville, 1991. — 382 p.
4. Still A. T. Research & Practice / A. T. Still // Eastland Press, Settle, 1992. — 293 p.
5. Lewis J. A. T. Still From the dry bone to the living man / J. Lewis // Dry Bone Press, Gwynedd, 2012. — 425 p.
6. Hrubby R. J., Tozzi P., Lunghi C., Fusco G. The five osteopathic models / R. J. Hrubby, P. Tozzi, C. Lunghi, G. Fusco // Handspring publishing, Edinburgh, 2017. — 456 p.
7. Fulton B. The placebo effect in manual therapy / B. Fulton // Handspring publishing, Edinburgh, 2015. — 281 p.
8. Vincent C., Levith G. Placebo controls for acupuncture studies / C. Vincent, G. Levith // JP Soc Med 1988, V. 4. — С. 199–204.
9. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. — М.: Гэотар-Медиаб, 2018. — 336 с.
10. Ottenbacher K., DiFabio R. P., Efficacy of spinal manipulation / mobilization therapy. A meta-analisis. / K. Ottenbacher, R. P. DiFabio // Spine, 1985. — 10, P. 3–7.
11. Приказ Министерства здравоохранения от 13.10.2017 № 804 н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Т. А. Лопушанская

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА
СТОМАТОЛОГА И ОСТЕОПАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС**

СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, опорно-двигательный аппарат, компьютерная стабилметрия, комплексное лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.*

Резюме. Проведено комплексное обследование стоматологических больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава на этапах стоматологического лечения. По данным компьютерной стабилметрии с применением стоматологических проб оценивалось функциональное состояние опорно-двигательного аппарата. По результатам обследования на этапах лечения выявлена группа больных, для эффективной реабилитации которых, необходимо комплексное лечение с применением остеопатического пособия.

T. Lopushanskaya

**CLINICAL ASPECTS OF DENTIST-OSTEOPATH
COOPERATION WHEN TREATING PATIENTS WITH TMJD
DYSFUNCTION**

Assistant Professor of Orthopaedic Dentistry of the North Western
State Medical University named after I. I. Mechnikov
St. Petersburg, Russia

Keywords: *temporomandibular joint dysfunction, musculoskeletal system, computer stabilometrics, complex treatment of temporomandibular joint dysfunction.*

Abstract. The comprehensive examination of dental patients with temporomandibular joint dysfunction at the stages of dental treatment was carried out. According to computer stabilometrics data with the use of dental samples, the functional state of the musculoskeletal

system was assessed. The examination results at the stages of treatment identified a group of patients who required a complex treatment with the use of osteopathic aid for their effective rehabilitation.

Актуальность. В настоящее время стоматологическому больному оказывается высоко профессиональная помощь благодаря новейшим достижениям в технологии лечения и качественно новому подходу к проблемам реабилитации больных. Ряд стоматологических заболеваний, приводящих к нарушениям окклюзии, сопровождается нарушением функционирования височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Существует категория пациентов, у которых при прочих равных условиях протезирование не устраняет, а иногда повышает интенсивность клинических проявлений дисфункции ВНЧС. Функциональные нарушения, связанные с дисфункцией мышечно-суставного комплекса ВНЧС, затрагивают не только жевательные мышцы, но и мышцы головы, шеи и позвоночника. Установлено [2, 3], что функциональное состояние зубочелюстного аппарата является составной частью функционирования всего опорно-двигательного аппарата. Влияние нарушений функционирования зубочелюстного аппарата и патобиомеханических изменений ВНЧС на функциональное состояние опорно-двигательного аппарата и постуральной системы описано О. Г. Бугровецкой [4]. В решении данной проблемы большую помощь врачу стоматологу может оказать врач остеопат. Остеопатия изучает дисфункции макро- и микроподвижности тканей человека, которые влекут за собой функциональные повреждения, оказывающие воздействие на весь организм (И. А. Егорова, 2013). В настоящее время для оценки функционального состояния опорно-двигательного аппарата применяется стабилметрия. По мнению Д. В. Скворцова [5], чувствительность метода стабилметрии позволяет осуществить эффективный контроль за воздействием на больного различных лечебных факторов.

Цель исследования: оценка функционального состояния мышечно-суставного комплекса зубочелюстного аппарата у стоматологических больных с дисфункцией ВНЧС на этапах комплексного лечения.

Методы. С целью оценки функционального состояния мышечно-суставного комплекса зубочелюстного аппарата на этапах комплексного лечения обследовано 187 стоматологических больных с окклюзионными нарушениями в результате частичной утраты зубов и клиническими проявлениями дисфункции ВНЧС в возрасте от 27 до 56 лет; из них 50 мужчин и 137 женщин. Критерии исключения: выраженные морфологические изменения ВНЧС по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Методы обследования включали в себя клиническое обследование, МРТ области ВНЧС, жевательную пробу с гранулометрическим анализом и электромиографией жевательных мышц исходно и после лечения, компьютерную стабилometriю с применением стоматологических проб. Стабилметрическое обследование проводилось исходно, через неделю после начала лечения, через две недели, через месяц, через три месяца.

По данным компьютерной стабилometriи пациенты разделились на две группы:

1-я группа (65 больных) — пациенты со значительными изменениями площади эллипса и коэффициента функции равновесия при проведении стоматологических проб исходно и на этапах лечения;

2-я группа (122 человека) — пациенты с невыраженными изменениями площади эллипса и коэффициента функции равновесия при проведении стоматологических проб исходно и на этапах лечения.

Исходно в 1-ой и 2-ой группе показатели жевательных проб характеризовались плохим измельчением тестового материала и функциональными нарушениями жевательных мышц по данным электромиографии (ЭМГ).

На этапах лечения стабилметрические характеристики в группах сохранялись, а жевательные пробы после проведенного лечения имели различия. Так если степень измельчения тестового материала после лечения улучшалась как в 1-ой, так во 2-ой группе, то состояние жевательных мышц по данным ЭМГ имели значимые различия. Во 2-ой группе сохранялось дисфункциональное состояние жевательных мышц в виде асимметрии амплитуды

биопотенциала правой и левой мышцы, выраженных явлений как гипертонуса, так и атонии мышц по сравнению с 1-ой группой, где электромиографические проявления дисфункции мышц достоверно уменьшились по сравнению с исходным состоянием.

При этом по данным опроса пациенты 2-ой группы не были удовлетворены лечением. Предъявляли жалобы на дискомфорт после лечения и протезирования. Клинически явления дисфункции ВНЧС в виде явлений девиации, щелчков в ВНЧС сохранялись у 76% больных 2-ой группы и 21% пациентов 1-ой группы. Таким образом, можно предположить, что у пациентов первой группы ведущая причина развития дисфункции ВНЧС — нарушение окклюзии («нисходящая патология»), а у пациентов второй группы на состояние ВНЧС влияет не только нарушение окклюзии, но и состояние опорно-двигательного аппарата («восходящая патология» и «смешанная патология»).

Таким образом, исходное состояние ВНЧС и опорно-двигательного аппарата стоматологических больных по данным компьютерной стабилотрии различно. При этом результат стоматологического лечения зависит от исходного состояния ВНЧС и опорно-двигательного аппарата. В случае «нисходящей» патологии (1 гр.) прогноз стоматологического лечения более благоприятен, чем в случае «восходящей» и «смешанной патологии» (2 гр.). При наличии заболеваний опорно-двигательного аппарата и их выраженного влияния на функциональное состояние мышечно-суставного комплекса зубочелюстной системы в комплексном лечении стоматологических больных необходимо применения остеопатического пособия.

Литература

1. Егорова И. А. Краниальная остеопатия / И. А. Егорова, Е. С. Михайлова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2013. — 500 с.: ил.
2. Усачёв В. И. Стабилотрия в постурологии. Учебное пособие / В. И. Усачёв, Д. Е. Мохов. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — 20 с.
3. Bonnier L. Biomecanique generale et bonne integration des traitements // Chir. Dent. — 1992. — Vol. 62, № 611. — P.53-88.

4. Бугровецкая О. Г. Постуральный дисбаланс в патогенезе прозопагий. Саногенетическое значение мануальной терапии при нейростоматологических заболеваниях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.13 / Бугровецкая Ольга Григорьевна. — М., 2006. — 50 с.

5. Скворцов Д. В. Клинический анализ движений. Стабилометрия. — М.: Науч.-мед. фирма «МБН», 2000. — 189 с.

Е. А. Морозова, Д. В. Морозов

РОДОВАЯ ТРАВМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЁ ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Казанская государственная медицинская академия —
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
кафедра детской неврологии
г. Казань, Россия

Ключевые слова: *родовая травма, перинатальная патология мозга, гипоксия-ишемия, судороги, головные боли, эпилепсия.*

Резюме. В результате клинико-инструментального исследования 403 пациентов с перинатальной патологией мозга в анамнезе и 101 пациента группы сравнения были получены данные, позволившие разработать критерии комплексной диагностики и профилактики наиболее частых последствий перинатальной, преимущественно натальной, патологии мозга у детей: неонатальных судорог, эпилепсии, головной боли и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Динамическое наблюдение пациентов основных групп и групп сравнения дало возможность обосновать высокую роль определенных интранатальных повреждающих факторов в формировании гипоксии-ишемии.

E. Morozova, D. Morozov

BIRTHINJURY OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM AND ITS LONG-TERM EFFECTS

Kazan State Medical Academy, Branch of the FSBEI of
FPERMACPGE of Ministry of Health of Russia,
Child Neurology Department
Kazan, Russia

Keywords: *birth injury, perinatal cerebral pathology, hypoxia-ischemia, seizures, headaches, epilepsy.*

Abstract. As a result of the clinical and instrumental study of 403 subjects with perinatal cerebral pathology and 101 subjects making up the comparison group, the data was obtained and enabled to develop criteria for the comprehensive diagnosis and prevention of the most frequent effects of perinatal, mainly natal, and cerebral pathology in children: neonatal seizures, epilepsy, headache, and attention deficit hyperactivity disorder. Dynamic observation of patients of the main group and comparison group enabled to substantiate the high role of certain intranatal damaging factors in the formation of hypoxia-ischemia.

Актуальность. Перинатальная патология центральной нервной системы — один из наиболее частых и обобщающих диагнозов в педиатрии вообще, и в детской неврологии, в частности. За этим диагнозом может скрываться разнообразная по степени тяжести и клиническим проявлениям патология головного и спинного мозга. Наблюдение клиницистов-неврологов XIX–XX веков за такими пациентами позволили выделить особую группу болезней с нелогичным неврологическим термином «детский церебральный паралич», который до сих пор ещё широко используется в детской неврологии (Ратнер А. Ю., Солдатова Л. П., 1975). Клиническая практика и результаты научных исследований показывают, что такой распространенный диагноз как гипоксия-ишемия не может быть первичным, а является следствием таких процессов, как метаболические нарушения, генетические болезни, врожденная патология, родовая травма и так далее (Барашнев Ю. И. и соавт., 1998).

Отечественный акушер М. Д. Гютнер [3] назвал родовые повреждения «самым распространенным заболеванием», которое нам вряд ли удастся преодолеть при отсутствии четко выработанной стратегии, объединяющей усилия многих специалистов. Недооценка симптомов родовой травмы на ранних этапах жизни ребенка приводит к многообразным расстройствам деятельности центральной нервной системы и в ряде случаев, к социальной дезинтеграции.

Цель исследования: выявить негативные антенатальные предикторы наиболее частых заболеваний нервной системы у детей и определить пути их мультидисциплинарной коррекции.

Методы. Было обследовано 403 ребенка с перинатальной патологией мозга в анамнезе и 101 пациент группы сравнения, репрезентативной по возрасту и полу. В план исследования входили: сбор подробного анамнеза с детализацией течения беременности, родов и первого года развития; неврологический осмотр, инструментальные методы исследования. Это были ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головного мозга и шеи, краниография, цервикальная спондилография при обнаружении симптомов заинтересованности цервикальной области, офтальмоскопия, видео-ЭЭГ-мониторинг у детей с пароксизмальными состояниями в анамнезе и/или изменениями рутинной ЭЭГ. Консультация психиатра сопровождалась проведением тестирования с использованием корректурных проб Шульце и Бурдона.

В результате клинико-инструментального исследования 403 пациентов с перинатальной патологией мозга в анамнезе и 101 пациента группы сравнения были получены данные, позволившие разработать критерии комплексной диагностики и профилактики наиболее частых последствий перинатальной патологии мозга у детей: неонатальных судорог, эпилепсии, головной боли и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Динамическое наблюдение пациентов основных групп и групп сравнения дало возможность обосновать высокую роль определенных антенатальных повреждающих факторов в формировании гипоксии-ишемии. К антенатальным предикторам даль-

нейших неврологических нарушений у детей относятся: длительная угроза прерывания беременности (35%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (52%), анемия беременных (33%), внутриутробные инфекции (24%) (Морозова Е. А., Белоусова М. В., 2009). Анализ интранатальных факторов риска подтвердил значимость ятрогенных факторов в повреждении головного и спинного мозга плода. Необоснованное, чрезмерное вмешательство врача нарушает физиологию нормального родового акта, приводя к большей или меньшей степени повреждения мозга. Статистически значимыми интранатальными предикторами показали себя: обезболивание родов (38%), родостимуляция (62%), «выдавливание» плода при дистоции головки и плечиков (38%), медикаментозный режим «сон-бодрствование» (30%), применение акушерских пособий (43%). Тугое обвитие пуповиной шеи плода повышает риск ишемически-гипоксических процессов у 54% новорожденных (Морозова Е. А. и соавт., 2017).

Проведенное исследование выявило взаимосвязь неврологических симптомов раннего постнатального периода и младенчества с неврологической патологией детей школьного и подросткового возраста (Мубаракшина А. Р., 2007). Дисциркуляторно-гемморагический синдром, синдром дыхательных расстройств, гипербилирубинемия, диффузная мышечная гипотония, кривошея и гидроцефалия в неонатальном периоде явились факторами риска развития эпилепсии, головной боли и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Клинико-инструментальное исследование показало ведущую роль нарушений церебрального кровотока и механизмов его ауторегуляции в происхождении неонатальных судорог при повреждении мозга. Получены достоверные признаки нарушения церебральной гемодинамики: снижение линейной скорости кровотока (58,7%), асимметрия кровотока в бассейне позвоночных артерий (68,3%), венозная ангиодистония (43,6%). Исходами неонатальных судорог являются эпилепсия (43,2%) и когнитивный дефицит (45,9%) (Franchesko Pizani et al., 2014).

Эпилепсия, головная боль и синдром дефицита внимания с гиперактивностью имеют достоверные особенности клиниче-

ского течения и определенные коморбидные расстройства при их перинатальной обусловленности. Методы инструментального исследования и нейровизуализации отражают динамику преимущественно ишемического натального повреждения мозга, которая, в зависимости от степени тяжести, способствует развитию венрикуломегалии, субкортикальной и перивентрикулярной лейкомаляции. Церебральная ангиодистония на ранних этапах патологического процесса трансформируется в преимущественно венозную дистонию (63,9%; 69,9%; 85,2% по группам соответственно).

Таким образом, очевидно, что большая часть неврологических проблем школьников и подростков является следствием декомпенсации перинатальных нарушений, нередко негрубых, недооцененных в первые месяцы жизни. Статистика родовых повреждений требует пересмотра и зависит, в первую очередь от квалификации врача, оценивающего состояние новорожденного или младенца. При обследовании новорожденного ребенка необходимо тщательно оценивать количество и тяжесть анте- и интранатальных предикторов развития возможных неврологических нарушений. Новорожденных детей с отягощенным акушерским анамнезом в родильном зале должен осматривать квалифицированный невролог.

Важным аспектом профилактики ранних и отдаленных неврологических расстройств у детей является пересмотр акушерской тактики и, прежде всего, снижение ее необоснованной активности: форсирования родов, преждевременной родостимуляции, широкого применения обезболивающих препаратов, введение роженицы в медикаментозный сон приводят к нарушению физиологии последовательности родового акта и интранатальному, по сути, ятрогенному повреждению мозга.

Новорожденному, имеющему несколько перинатальных факторов риска и/или неврологическую симптоматику, рекомендуется проведение комплексного обследования в первые часы жизни (в период существования терапевтического окна). Удовлетворительная оценка по шкале Апгар в момент рождения не является гарантией благоприятного неврологического исхода, а преходящая, даже негрубая неврологическая симпто-

матика не может считаться функциональной, не требующей внимания. Методы объективизации церебральных нарушений у младенцев, позволяют осуществлять контроль эффективности проводимой терапии. Основой успешной реабилитации детей с перинатальной патологией мозга должен быть принцип этапности лечения и диспансеризации, начиная с периода новорожденности, а также преемственность данной категории больных при переводе их в подростковую и взрослую сеть. Необходимо сотрудничество акушеров, неонатологов, педиатров и неврологов для определения стандартов комплексного лечения и профилактики повреждения развивающегося мозга.

Литература

1. Ратнер А. Ю. Акушерские параличи руки. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1975. — 146 с. : ил.
2. Барашнев Ю. И. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности и отдаленный прогноз / Ю. И. Барашнев., Н. И. Бубнова, З. Х. Сорокина и др. // Рос.вестник перинат. и педиат. — 1998. — № 4. — С. 6–12.
3. Гютнер М. Д. Родовой акт и черепные травмы новорожденных. — Л.: Медгиз, 1945. — 146. с.
4. Морозова Е. А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: эволюция, клиника, лечение / Е. А. Морозова, М. В. Белоусова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — 109(2). — С. 31–34.
5. Морозова Е. А. Роль перинатальных факторов в формировании психоневрологических расстройств / Е. А. Морозова, Р. Р. Сергеева, А. В. Петрова, С. Ф. Багирова, Г.А. Шаймарданова // Практическая медицина. — Март 2017. — Том 1.
6. Мубаракшина А. Р. Асфиксия как фактор риска развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Рос.вестник перинатологии и педиатрии. — 2007. — № 6. — С. 67–72.
7. Francesco Pisani, Carlotta Facini, Elena Pavlidis, Carlotta Spagnoli, Geraldine Boylan. Epilepsy after neonatal seizures: Literature review. European journal of pediatric neurology xxx (2014) I – 9.

К. А. Назаров, Е. Ю. Свирин

ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГОНАРТРОЗОМ ВТОРОЙ СТАДИИ

Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *инструментальные методы исследования, гонартроз второй стадии, остеопатический статус, эффективность комплексного лечения.*

Резюме. На основании объективных методов исследования (гониометрия), была проведена сравнительная оценка эффективности комплексного (osteopathic and allopathic) and стандартного allopathic лечения женщин, страдающих гонартрозом 2 стадии.

K. Nazarov, E. Svirin

OSTEOPATHIC TREATMENT OF SOMATIC DYSFUNCTION IN FEMALE PATIENTS WITH A SECOND STAGE GONARTHROSIS

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *tool methods of diagnosis, second stage gonarthrosis, osteopathic status, efficiency of complex treatment.*

Abstract. Based on objective research methods (goniometry), a comparative evaluation of the effectiveness of the complex (osteopathic and allopathic) and standard allopathic treatment of women suffering from second stage gonarthrosis was carried out.

Актуальность исследования. Известно, что остеоартроз является одной из наиболее частых причин тотальной деструкции и наиболее часто встречаемым заболеванием коленного сустава (Жаденов И. И. с соавт., 1993). Вероятность выявления гонартроза (ГА) весьма достоверно меняется с возрастом: так, до 30 лет страдают 3% населения, к 40 годам — 8%, к 50 — 16%, к 60 —

20%, а старше 60 лет — свыше 30% населения (Шапиро К. И, 1989). Среди лиц старше 65 лет рентгенологические признаки артроза коленного сустава определяются у 68% женщин и 58% мужчин (Cicutini F. M., Specfor T. D, 1995). Значительное количество публикаций о строении и функционировании коленного сустава, увеличивающееся с каждым годом, позволяет говорить, как о противоречивости интерпретации различных экспериментальных данных, так и об отсутствии единого общепринятого понимания всех его компонентов работы.

Цель исследования: оценить эффективность комплексного (osteопатического и аллопатического) лечения пациенток, страдающих гонартрозом 2 стадии.

Методы. С целью оценки и лечения больных с гонартрозом второй стадии было выбрано 24 женщины в возрасте от 45 до 55 лет с указанным диагнозом. Работа проводилась на базе отделения травматологии и ортопедии городской больницы.

Критерии включения в группу: пациентки в возрасте от 45 до 55 лет с клиническими проявлениями гонартроза и рентгенологически установленной второй стадией заболевания.

Критерии исключения. Пациентки с посттравматическим гонартрозом, с ревматоидным поражением опорно-двигательного аппарата и с онкологической патологией.

Обследование включало: сбор анамнестических данных, оценку ортопедического статуса, изучение данных рентгенологического исследования, оценку амплитуды движений в коленных суставах (гониометрия), оценку остеопатического статуса, тестирование по визуально-аналоговой шкале боли (стартовая боль).

В ходе исследования пациенток с гонартрозом второй стадии выявлены преобладающие соматические дисфункции: коленных суставов (100% случаев), костей таза и крестца (100% случаев), стоп (88% случаев), FRS L3–L4 (67% случаев), органов малого таза (63% случаев), тазобедренных суставов (54% случаев) и почек (54% случаев).

По результатам сравнительной оценки эффективности аллопатического и комплексного (osteопатического и аллопатического) лечения пациентов с гонартрозом второй стадии, была

доказана высокая эффективность использования комплексного (остеопатического и аллопатического) метода лечения – в сравнении с аллопатическим. Установлено, что увеличение амплитуды движений в правом коленном суставе у пациенток ОГ составляло, в среднем, около 15° ($p < 0,001$), увеличение амплитуды движений в левом коленном суставе – около 16° ($p < 0,001$). Изменение амплитуды движений в коленных суставах в группе сравнения оказалось несущественным и составляло менее 5° ($p < 0,05$).

На фоне лечения в ОГ пациенток отмечалось уменьшение частоты встречаемости дисфункций: коленных суставов (в 3 раза; $p < 0,001$), костей таза и крестца (в 4 раза; $p < 0,001$), стоп (в 5,5 раза; $p < 0,001$), тазобедренного сустава (в 6 раз; $p < 0,05$), дисфункции FRS L3–L4 (в 4 раза; $p < 0,01$), органов малого таза и почек (в 3,5 раза; $p < 0,05$). В группе сравнения значимых изменений этих показателей не наблюдалось. Это ещё раз доказывает большую эффективность комплексного лечения по сравнению со стандартным аллопатическим.

Литература

1. Боринский С. Ю. Комплексный подход к консервативному лечению деформирующего гонартроза в условиях дневного стационара: автореф. дис... канд. мед. наук / С. Ю. Боринский. — Самара, 1997. — С. 24
2. Егорова И. А. Краниальная остеопатия. Руководство для врачей 2-е изд., перераб. и доп / И. А. Егорова, Е. С. Михайлова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2013. — 500 с.: ил.
3. Зоря В. И. Деформирующий артроз коленного сустава: руководство / В. И. Зоря, Г. Д. Лазишвили, Д. Е. Шпаковский. — М.: Литтерра, 2010. — 320 с.
4. Ивашкин В. Т. Болезни суставов: Пропедевтика, дифференциальный диагноз, лечение / В. Т. Ивашкин, В. К. Султанов. — М.: Литтерра 2005. — С. 351–362.
5. Каменев Ю. Ф. Патогенез болевого синдрома при деформирующем остеоартрозе / Ю. Ф. Каменев, М. А. Берглезов, Н. Д. Батпенев // Проблемы боли в травматологии и ортопедии. — СПб., 1997. — С. 8–13.

6. Кашигина Е. А. Учебно-методическое пособие по травматологии и ортопедии / Е. А. Кашигина, В. М. Панфилов, Е. А. Никифорова. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. — 2002. — С. 448–487.

7. Коваленко В. Н. Остеоартроз / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. — Морион, 2003. — С. 448.

8. Майерс Томас В. Анатомические поезда. — СПб.: ООО Меридиан-С, 2012. — 320 с.

9. Остеопатия в разделах. Часть II. Методики остеопатической диагностики и коррекции дисфункций позвоночника, крестца, таза, верхней и нижней конечности: руководство для врачей / под ред. И. А. Егоровой, А. Е. Червотока. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2010. — 200 с.

10. Остеопатия в разделах. Часть III. Анатомия и физиология костей черепа, кинетические дисфункции сфено-базиллярного синхондроза, клиническая практика / под ред. И.А. Егоровой. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2014. — 206 с.

К. А. Назаров, А. В. Алборшвили

**ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦНС
И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ СТУДЕНТОВ
В ПЕРИОД УЧЕБНОЙ СЕССИИ**

*Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: *инструментальные методы исследования, функциональное состояние ЦНС, остеопатический статус, когнитивные функции студентов в период учебной сессии.*

Резюме. На основании объективных методов исследование произведена оценка влияния остеопатического лечения на функциональное состояние ЦНС и когнитивные функции у студентов в период учебной сессии.

K. Nazarov, A. Alborishvili

**INFLUENCE OF OSTEOPATHIC TREATMENT ON
THE FUNCTIONAL STATE OF CNS AND COGNITIVE
FUNCTIONS OF STUDENTS TAKING EXAMS**

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Keywords: *tool methods of diagnosis, CNS functional state, osteopathic status, cognitive functions of students during the exams.*

Abstract. Based on objective methods, the study assessed the influence of osteopathic treatment on the functional state of the CNS and cognitive functions of students during the exams.

Актуальность исследования. Состояние здоровья студентов — одной из представительных групп молодежи страны, насчитывающей свыше 3 миллионов человек, является актуальной проблемой современного общества. При анализе системы медицинского наблюдения студентов можно отдельно выделить недостаточное внимание к вопросам профилактики заболеваний и оздоровления студентов вузов. Несмотря на существование специализированных служб — отделений профилактики и отделений восстановительного лечения/реабилитации, терапевтами поликлиники, врачами общей практики, работающими со студентами, мало внимания уделяется вопросам первичной профилактики. Практически не разработаны методы донозологической (доклинической) диагностики (Шеметова Г. Н., Дудрова Е. В., 2009). На этом фоне особенно актуальными становятся вопросы остеопатической диагностики и коррекции, поиск корреляции остеопатического статуса с функциональным состоянием организма студентов.

Цель исследования: оценить влияние остеопатического лечения на функциональное состояние ЦНС и когнитивные функции у студентов в период учебной сессии.

Методы. Обследование проведено на базе факультета безопасности жизнедеятельности РГПУ им. А. И. Герцена, г. Санкт-Петербург. Группа обследуемых включала 13 студенток,

возраст которых составлял $21,6 \pm 0,7$ ($M \pm m$) год. Все они являлись практически здоровыми лицами, не имеющими жалоб, существенно ограничивающих их повседневную деятельность. Исследование проводилось в период повышенной психоэмоциональной и умственной нагрузки (учебной сессии). Критерии включения: женский пол, возраст девушек от 20 до 23 лет, студентки находились на учебной сессии. Критериями исключения из исследуемой группы были: возраст студенток до 20 или старше 23 лет, острые и хронические заболевания в стадии обострения.

При проведении исследования изучались следующие аспекты: анамнез жизни, наличие хронических заболеваний, внутренняя структура заболеваемости студенток, жалобы на состояние здоровья, субъективная самооценка здоровья студенток, оценка функционального состояния ЦНС студенток, остеопатический статус студенток, внутренняя структура остеопатического статуса студенток. Оценка функционального состояния ЦНС и когнитивных функций студенток проведено с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса АПК «Мультипсихометр». Анализ изучаемых показателей и их сравнительная оценка проводились до, сразу после остеопатического лечения и через 3 недели.

Наиболее часто встречающиеся соматические дисфункции у студентов младших курсов в условиях повышенной психоэмоциональной и умственной нагрузки: компрессия СБС у 100% обследуемых, внутрикостные повреждения затылочной кости (92,3%), дисфункция C_0-C_1 (84,6%), асинхронизм трех диафрагм (84,6%), спазм жевательных мышц (84,6%).

Большинство показателей функционального состояния ЦНС (показатели уравновешенности нервных процессов в коре головного мозга, простой сенсомоторной реакции, внимания, памяти) у студенток в условиях повышенной психоэмоциональной и умственной нагрузки находилось на грани средних значений или выходило за их пределы, что свидетельствует о перенапряжении ЦНС в процессе неспецифической адаптационной реакции.

После остеопатического лечения у студенток улучшились показатели функционального состояния ЦНС. Значения точности

и стабильности повысились (на 22,5% и 8,7% соответственно), в то время как тренд по возбуждению снизился до средних цифр (на 11,1%). Увеличилась скорость сенсомоторной реакции за счет уменьшения времени латентной реакции (на 1,7%). Показатели внимания, которые до лечения находились в нижних границах высокого уровня, достигли верхних цифр. Показатели памяти (эффективность, точность, стабильность) из диапазона цифр выше среднего заняли высокие значения, повысив результат на 17,3%, 15,3%, 2,8% соответственно, а время латентной реакции уменьшилось на 10,2%.

Литература

1. Нефедовская Л. В. Состояние и проблемы здоровья студенческой / Л. В. Нефедовская. — Москва, 2007.
2. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. — Москва, 1997.
3. Мигура Т. М. Медико-социальное исследование состояния здоровья, условий и образа жизни современных студентов / Т. М. Мигура: автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб., 2000.
4. Агаджанян Н. А. Проблема адаптации и здоровья студентов. Научные основы озраны здоровья студентов: сборник научных трудов / Н. А. Агаджанян, К.Г. Венчинкина. — Москва, 1987.
5. Артюшенко И. С. Состояние здоровья и физическое развитие студентов младших курсов / И. С. Артюшенко, М. Н. Баранова // Сов. здравоохранение, 1981. — № 3.
6. Барабаш Н. А. Стресс-реакции и факторы риска у лиц молодого возраста / Н. А. Барабаш, М. В. Миляева, Г. И. Тимошук, С. Я. Евтушенко // Физиология человека, 1994. — Т.20. — № 1.
7. Будылина С. М. Адаптация к экзаменационному стрессу у учащихся различного профиля обучения. Образ жизни и здоровье студентов / С. М. Будылина, А. И. Надеждина, А. П. Тычкина // Материалы Всероссийской научной конференции. — Москва, 1995.
8. Шеметова Г. Н. Проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи / Г. Н. Шеметова, Е. В. Дудрова //

Саратовский научно-медицинский журнал, 2009. — выпуск № 4. — том 5.

9. Бурханов А. И. Адаптация студентов к обучению в вузе / А. И. Бурханов, Л. И. Носова // Гигиена и санитария, 1992. — № 7.

10. Веселова Е. В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья учащейся молодежи / Е. В. Веселова: автореф. дисс. канд. мед. наук. — Воронеж, 1992.

11. Егорова И. А. Остеопатия в акушерстве и педиатрии / И. А. Егорова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. — 185 с.

12. Егорова И. А. Остеопатия. Профессиональная подготовка по международным стандартам / И. А. Егорова, А. Е. Червоток, А. Д. Бучнов. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2011. — 92 с.

13. Егорова И. А. Краниальная остеопатия / И. А. Егорова, Е. С. Михайлова. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2013. — 495 с.

14. Магун Г. Остеопатия в краниальной области Г. Магун. — М: Меридиан-СПб, 2010. — 307 с.

*В. И. Усачёв, П.-М. Гаже, П. Е. Печорин, В. Е. Беляев,
А. Ф. Кононов*

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

*Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова
Санкт-Петербург, Россия*

Институт постурологии, Париж, Франция

ЗАО ОКБ «Ритм», Таганрог, Россия

Ключевые слова: *компьютерная стабилметрия, динамическая стабилизация вертикального положения тела, векторы скорости статокинезиграммы.*

Резюме. Проведено стабилметрическое исследование 35 здоровых лиц в течение семи и трех минут. Компьютерную

стабилометрию проводили на стабилометрической платформе «Стабилан» с программным обеспечением «СтабМед» ОКБ «РИТМ», г. Таганрог, Россия. Частота дискретизации составляла 50 Гц. Изучалась динамика площади статокинезиграмм и средней линейной скорости перемещения центра давления.

На основе анализа векторов скорости статокинезиграмм [1] предложен новый стабилометрический параметр – «Индекс Динамический стабилизации», который стабилен во времени, отражает индивидуальные свойства постуральной системы и функциональное состояние организма человека. Показана информативность этого параметра для оценки эффективности остеопатического лечения.

V. Usachyov, P.-M. Gaugey, P. Pechorin, V. Belyaev, A. Kononov
NEW APPROACH TO STABILOMETRIC DATA ASSESSMENT

V. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine
St. Petersburg, Russia

Institute of Posturology, Paris, France

ZAO OKB Ritm Regional Hospital, Taganrog, Russia

Keywords: *computer stabilometrics, dynamic stabilization of vertical body position, velocity vectors of statokinesigram.*

Abstract. The stabilometric study of 35 healthy subjects was carried out during seven and three minutes. Computer stabilometrics was performed on the Stabilan stabilometric platform with the StabMed software at the OKB RITM Regional Hospital, Taganrog, Russia. The sampling rate was 50 Hz.

The dynamics of the statokinesigram area and the average linear velocity of the pressure center were studied.

Based on the analysis of the velocity vectors of the statokinesigram [1], a new stabilometric parameter, Dynamic Stabilization Index, was suggested. It is stable in time and shows individual properties of the postural system and the functional state of the human body. The information value of this parameter for evaluating the effectiveness of osteopathic treatment is shown.

Актуальность. Биомеханические измерения, проведенные с помощью силовых платформ, показывают, что медленные постуральные колебания тела с большой амплитудой и одноминутным периодом вызывают выраженные изменения в классических стабилметрических параметрах.

Цель исследования: на основе векторов скорости статокинезиграммы разработать новый параметр, который не нарушается медленными постуральными колебаниями и не зависит от продолжительности исследования.

Методы. На первом этапе стабилметрического исследования сравнивали динамику площади статокинезиграммы (СКГ) и среднюю линейную скорость (СЛС) при семиминутном стабилметрическом исследовании. Расчет параметров проводился каждую минуту.

Далее оценивали процесс увеличения площади СКГ в течение семи и трех минут. В трехминутном исследовании выделяли лиц с хорошей и плохой функцией баланса.

Затем по 7-минутной СКГ и стабилограммам изучали медленные постуральные колебания.

На основе динамики линейной и угловой скорости векторов СКГ разработан новый стабилметрический параметр, который не зависит от продолжительности регистрации — Индекс Динамической Стабилизации (ИДС, %). Проведена оценка его коэффициента вариации в сравнении с площадью СКГ и СЛС. Показано практическое значение этого параметра в оценке эффективности остеопатического лечения.

Результаты. Элементарной динамической характеристикой статокинезиграммы является средняя линейная скорость перемещения центра давления. Она довольно стабильна при проведении исследования в течение нескольких минут. В отличие от средней линейной скорости площадь СКГ в таких условиях очень вариабельна. Из этого следует, что коэффициент Ромберга, вероятно, необходимо рассчитывать не по площади СКГ, а по средней линейной скорости.

В процессе исследования происходит нарастание площади СКГ за счет медленных постуральных колебаний большой амплитуды с периодом около одной минуты. Величина макси-

мальной площади СКГ и время ее достижения зависят от индивидуальных особенностей постуральной системы каждого человека. Истинная площадь СКГ — это максимальная площадь при достижении плато, когда площадь больше не увеличивается. На это требуется несколько минут.

Отмечена флуктуация мгновенных значений линейной и угловой скоростей перемещения центра давления, в отличие от относительной стабильности их средних значений. Эта флуктуация была использована для получения нового параметра анализа векторов СКГ — Индекса Динамической Стабилизации, характеризующего функцию постуральной системы.

Коэффициент вариации индекса динамической стабилизации был существенно меньше, чем площади СКГ и даже средней линейной скорости, что свидетельствует о его более высокой информативности.

Индекс динамической стабилизации выражается в процентах, что позволяет легко интерпретировать результат. По нему можно судить об индивидуальном базовом уровне функционирования постуральной системы и его изменении в различных ситуациях. Это позволяет применять индекс динамической стабилизации в клинической практике для оценки эффективности лечения, для контроля над процессом реабилитации пациентов, в экспертизе для определения профессиональной пригодности абитуриентов летных училищ, для контроля функционального состояния летчиков и водителей транспортных средств перед рейсом, для оценки профессионального роста спортсменов [2, 3].

Выводы:

1. Площадь статокинезиграмм не может служить информативным стабилметрическим параметром в силу выраженной вариабельности и нарастания во время исследования.
2. Нарастание площади статокинезиграмм происходит за счет медленных постуральных колебаний. Этот процесс наиболее выражен у лиц с плохой функцией баланса при закрытых глазах.
3. Анализ векторов статокинезиграмм является перспективным направлением оценки динамической стабилизации вертикального положения тела.

4. Индекс Динамической Стабилизации (ИДС) обладает меньшей вариабельностью во времени по сравнению с площадью статокинезиграммы и средней скоростью перемещения центра давления. Он не зависит от продолжительности стабиллометрического исследования.

5. ИДС отражает в процентах индивидуальный базисный уровень функционирования постуральной системы и может служить информативным параметром при оценке эффективности лечения и реабилитации, в профотборе, предрейсовом контроле и спорте.

Литература

1. Okuzono T. Vector statokinesigram. A new method of analysis of human body sway / Okuzono T. // Pract. Otol. Kyoto. — 1983. — Vol. 76, N10. — P. 2565–2580.

2. Usachev V. I. Estimation of dynamic stabilization of vertical body position in diagnostics of effectiveness of treatment and rehabilitation / Usachev V. I. // Abstracts of the 5TH International Posture Symposium. — Bratislava, 2008. — P. 53.

3. Usachev V., Gagey P.-M. Analyse vectorielle du statokinésigramme, estimation de la stabilisation dynamique de la position verticale du corps / Usachev V., Gagey P.-M. / dans le livre Posturologie clinique. Tonus, posture et attitudes. XVIes Journées de posturologie clinique. — Paris: Elsevier Masson, 2010. — P. 155–165.



**ИНСТИТУТ
ОСТЕПАТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ
им. В. Л. АНДРИАНОВА**

**ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ
НА ОБУЧЕНИЕ!**



НОВГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ЯРОСЛАВА МУДРОГО
кафедра остеопатии



МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТАНДАРТ И КАЧЕСТВО ОСТЕПАТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Институт Остеопатической Медицины имени В.Л. Андрианова
ведет подготовку по остеопатии**

Полный цикл обучения рассчитан на 4 учебных года и включает в себя 3504 учебных часов теоретических и практических занятий по фундаментальным направлениям: краниальной, висцеральной, структуральной остеопатии и постурологии.

С 2010 года ведется совместное сетевое обучение остеопатии Институтом Остеопатической Медицины имени В.Л. Андрианова и кафедрой остеопатии Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого.

ИОМ имеет клинические базы как в Санкт-Петербурге, так и в других городах России, где проходит клиническая практика слушателей.



Партнером в научной и преподавательской деятельности ИОМ и НовГУ является Высший Институт Остеопатии Парижа (ISO Paris).

Институт Остеопатической Медицины имени В.Л. Андрианова — единственная остеопатическая школа в России, которая является членом двух ведущих международных остеопатических организаций:

- Международного Остеопатического Альянса (OIA)
- Европейского Остеопатического Академического Сообщества (OsEAN)

Приглашаются слушатели, имеющие диплом о высшем медицинском образовании, а также студенты старших курсов медицинских ВУЗов.

ОТКРОЙТЕ ДЛЯ СЕБЯ НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

**Добро пожаловать на обучение
в Институт Остеопатической Медицины имени В.Л. Андрианова!**

192102, Санкт-Петербург,
ул. Фучика 4, Литера К

(812) 327-57-02
(812) 327-57-03

spb-osteo.ru
iom.osteopathy@gmail.com