

КРАНИАЛЬНАЯ ОСТЕОПАТИЯ: ТЕХНИКА И ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ

OSTÉOPATHIE CRÂNIENNE, TECHNIQUES ET PROTOCOLES DE TRAITEMENT

Alain BERTON
Claude-Annick JERMINI-THARIN



ELSEVIER
MASSON

А.БЕРТОН,
К.-А.ЖЕРМИНИ-ТАРЕН

КРАНИАЛЬНАЯ ОСТЕОПАТИЯ: ТЕХНИКА И ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ

Перевод с французского

*Под общей редакцией
профессора, докт. мед. наук
М.Б.Цыкунова*



Москва
«МЕДпресс-информ»
2010

УДК 615.828:616-031.51

ББК 53.54

Б52

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с французского: В.Ю.Халатов

Бертон А.

Б52 Краниальная остеопатия : техника и протоколы лечения / Алан Бертон, Клод-Аник Жермини-Тарен ; пер. с фр. ; под общ. ред. проф., докт. мед. наук М.Б.Цыкунова – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 184 с. : ил.
ISBN 978-5-98322-646-3

В данной книге приводятся техника и протоколы лечения основных видов краниальной патологии. Представлена информация о возникновении нарушений, основных факторах, влияющих на их развитие, систематизации краниальных структур и различных типах боли при их патологии.

Издание будет полезно для врачей-osteопатов, неврологов, а также врачей общей практики и студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 615.828:616-031.51

ББК 53.54

ISBN 978-2-294-70396-6

© Ostéopathie crânienne, techniques et protocoles de traitement by Alain Berton and Claude-Annick Jermini-Tharin. Elsevier Masson SAS, Issy-les-Moulineaux, 2008

ISBN 978-5-98322-646-3

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2010



Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	7
Глава 1. Основные понятия.....	9
Концепция.....	10
Как возникает нарушение.....	10
Факторы среды.....	11
Факторы регуляции.....	12
Как проявляется нарушение.....	13
Как выявить нарушение.....	13
Систематизация лечения структур.....	13
Различные типы боли.....	14
Механическая боль.....	14
Неврологическая боль.....	14
Нейроваскулярная боль.....	15
Череп как система.....	15
Механические структуры.....	15
Нервные структуры.....	15
Сосудистые структуры.....	15
Нейроваскулярные структуры.....	15
Глава 2. Основные виды краниальной патологии и ее лечение.....	25
Головная боль.....	26
Боль в передней части головы.....	26
Боль в задней части головы.....	29
Боль в центрально-теменной области.....	32
Ушибы и другие травмы.....	33
Лицевая боль.....	34
Синуситы.....	40
Паралич лицевого нерва.....	43
ЛОП-заболевания.....	45
Тугоухость.....	50
Головокружение.....	54

Синдром височно-нижнечелюстного сустава	57
Глаз	58
Глава 3. Техники воздействия на краниальные структуры	65
Введение	66
Мануальные приемы	66
«Растяжка–толчок».....	66
Техника.....	67
Височная область.....	67
Затылочная кость	90
Техники на мембранах реципрокного натяжения (MTR)	98
Теменная кость	108
Лобная кость	116
Коррекция клиновидной кости	124
Коррекция лицевого скелета	126
Верхняя челюсть	132
Нёбная кость	144
Лобно-решетчатый шов	146
Носовые кости	148
Височно-нижнечелюстной сустав.....	156
Крылонёбный узел	162
Крыловидное сплетение	162
Глаз.....	164
Хрящи и мягкие ткани шеи	166
Евстахиева труба	178
Нёбные миндалины	178
Язык.....	179



Список сокращений

- ЗС – затылочно-сосцевидный шов
- КБ – каменисто-базиллярный шов
- КК – клиновидно-каменистый шов
- КЧ – клиновидно-чешуйчатый шов
- КЯ – каменисто-яремный шов
- МЧС – мышелково-чешуйчато-сосцевидный шов
- ЧН – черепной нерв
- ЧСС – частота сердечных сокращений



1

Основные понятия

■ КОНЦЕПЦИЯ

Для лучшего понимания читателем описываемого в книге лечения мы сочли необходимым изложить концепцию, на которой основываются наши представления о физиологии и об остеопатии.

В основе этой концепции лежит теория систем.

Эта концепция рассматривает человека как совокупность взаимосвязанных систем. Она основывается на ряде аксиом и постулатов, которые лежат в основе ее дедуктивной теории.

Первый такой постулат – о первичном жизненном потенциале, который представляет собой генетический потенциал, получаемый эмбрионом при зачатии. Этот потенциал определяет максимальные физические и психические способности индивидуума, т.е. теоретическую возможность его развития в данной среде.

Второй постулат – о реализуемом жизненном потенциале, который определяется как алгебраическая сумма первичного жизненного потенциала, феноменов старения и совокупности необратимых повреждений у индивидуума.

Реализуемый жизненный потенциал отражает максимальные возможности той или иной структуры или организма в данный момент и по определению не может выходить за физиологические рамки.

Этот фундаментальный подход позволяет выделить два типа повреждений реализуемого жизненного потенциала:

- **необратимые нарушения**, связанные с превышением реализуемого жизненного потенциала и сопровождающиеся структурными изменениями;
- **обратимые нарушения**, при которых не исчерпывается реализуемый жизненный потенциал и происходят лишь функциональные изменения.

Необратимые нарушения снижают реализуемый жизненный потенциал и требуют лечения, в то время как обратимые нарушения не влияют на него (по меньшей мере в первое время) и могут быть устранены с помощью остеопатии.

Согласно этой концепции, для любой функции необходима осуществляющая ее структура, и всякая дисфункция связана с изменением структуры, т.е. с ее нарушением.

Врач должен направить свои усилия на поиски этого повреждения и выяснить:

- обратимо ли оно;
- насколько оно сложно и устранимо.

Чтобы ответить на эти вопросы, надо выяснить, входит ли данное нарушение в компетенцию врача-osteopата, учитывая, что **возможности остеопатии распространяются на обратимые поражения соединительной ткани.**

■ КАК ВОЗНИКАЕТ НАРУШЕНИЕ

Нарушение системы связано с несоответствием между ней и ее входными параметрами. Входные параметры бывают разные (совокупность стимулов, воздействующих на систему), и они взаимодействуют с системой:

- на уровне всего организма: входные параметры задаются окружающей средой и называются средовыми;

- на уровне различных структур, из которых состоит организм: эти параметры могут быть как производными окружающей среды (средовые факторы), так и структур организма (в этом случае они называются факторами регуляции).

ФАКТОРЫ СРЕДЫ

Факторы среды в соответствии с их пространственно-временными характеристиками делят на 3 основных типа.

Оптимальные факторы среды

Эти факторы представляют собой совокупность входных параметров (средовых факторов и факторов регуляции) и вызывают напряжение систем организма в пределах его реализуемого жизненного потенциала (т.е. в физиологических пределах) в соответствии с тремя существенными критериями:

- количество: это максимальная развертка физиологической амплитуды рассматриваемой структуры, т.е. использование ее податливости и способности восстанавливать исходную форму;
- время: оно соответствует частоте количественных и качественных изменений с сохранением режима чередования периодов активности и покоя системы или структуры. Такое чередование позволяет структуре или системе восстанавливать энергетический потенциал и избегать истощения;
- качество: этот критерий меняется в зависимости от рассматриваемой системы или подсистемы. Например, речь может идти о химической природе питательных веществ, ограничении растягивающего или сжимающего усилия на сустав.

Запредельные факторы среды

Когда действие факторов среды вызывает напряжение структуры, выходящее за пределы реализуемого жизненного потенциала, т.е. превышающее ее физиологические возможности, происходит повреждение с нарушением целостности анатомических структур, образующих систему.

Напряжение, вызываемое запредельными факторами, может быть пространственным и временным:

- пространственное напряжение соответствует количественному или качественному превышению реализуемого жизненного потенциала, что приводит к нарушению целостности тканей данной анатомической структуры, т.е. возникает разрыв ткани;
- временное напряжение соответствует превышению реализуемого жизненного потенциала во времени, т.е. нарушению оптимального чередования периодов активности и покоя системы. Такое запредельное напряжение приводит к повреждению в результате износа.

Слабые факторы среды

Слабые факторы среды вызывают напряжение в структурах организма, которое ниже его реализуемого жизненного потенциала. Такая картина наблюдается часто, так как потенциальные возможности структур организма используются не в каждый момент в полной мере.

Напряжение, вызываемое слабыми факторами, не приводит к органическим изменениям структур, т.е. происходит обратимое изменение структуры, которое проявляется снижением упругости и деформируемости и повышением резистентности к деформациям.

Слабые факторы среды при длительном их действии вызывают пространственно-временное напряжение, которое приводит к обратимому изменению структур организма.

Это напряжение может самостоятельно поддерживаться в пространстве и времени.

Отметим, что обратимое изменение ткани затрагивает только физиологию ее структуры.

► Зона ограниченной функции

Слабые напряжения приводят к образованию на уровне структуры нерабочей зоны, называемой зоной ограниченной функции. Эта зона является материальным субстратом обратимого нарушения.

Она остается «немой», пока напряжение в ней отсутствует, но как только оно появляется, происходит нарушение.

► Зона нормальной функции

Реализуемый жизненный потенциал без зоны ограниченной функции соответствует зоне нормальной функции, которая представляет собой зону обычного использования структуры.

ФАКТОРЫ РЕГУЛЯЦИИ

Различают 3 типа факторов регуляции.

Внутрисистемные факторы регуляции

Внутрисистемные факторы соответствуют параметрам состояния рассматриваемой структуры, т.е. таким ее качествам, как деформируемость и упругость, поддерживаемым стимулами, которые на нее воздействуют.

Межсистемные факторы регуляции

Межсистемные факторы соответствуют функциональным параметрам различных структур организма на том же уровне сложности.

На уровне, который нас интересует, различают 4 типа факторов регуляции:

- механические;
- неврологические;
- нейроваскулярные;
- сосудистые.

Эти факторы индуцируют формирование патологии в горизонтальной последовательности, т.е. на одном и том же уровне сложности по принципу причинно-следственной связи.

Именно эти факторы предстоит исследовать при остеопатическом лечении.

Надсистемные факторы

Надсистемные факторы управляют уровнем сложности: они зависят от других уровней, например алиментарного, эмоционального и т.д.

Надсистемные факторы индуцируют формирование патологии в вертикальной последовательности, от одного уровня сложности к другому.

■ КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

Нарушение протекает скрыто. Оно проявляется патологическими симптомами (боль, дисфункция, ограничение амплитуды движений) только при возникновении напряжений в системе.

Организм приспосабливается к всевозможным напряжениям, реагируя в соответствии с общими принципами восстановления равновесия, «отсутствия боли» и экономии. У индивидуума в любой момент времени имеется определенное количество нарушений, и он постоянно стремится не дать им проявиться: он адаптируется.

Поэтому нарушение проявляется клинически лишь в том случае, если индивидуум оказывается неспособным к адаптации, благодаря которой ему удается избежать появления напряжений.

Нарушение предшествует клиническим проявлениям.

■ КАК ВЫЯВИТЬ НАРУШЕНИЕ

Нарушение подлежит объективной оценке исследованием на прочность. Лечат только нарушения, при которых исследование на прочность дало положительный результат, чтобы ограничиться воздействием только на «заинтересованные» структуры и не смазать информацию, что снизит рефлекторный компонент лечения, а следовательно, и его эффективность.

■ СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРУКТУР

Цель остеопатического лечения – восстановить динамические свойства соединительной ткани, ее подвижность, упругость, обмен жидкостей и улучшить функцию нервной системы.

Эта цель достигается путем локального усиления кровотока вследствие рефлекторного эффекта остеопатических манипуляций. Воздействуя на рецепторы соединительной ткани с помощью механического раздражения, добиваются ответа симпатической системы, иннервирующей пораженную ткань.

Лечение оказывает по меньшей мере локальное действие на пораженные ткани и связанные с ними структуры (через механические, неврологические, нейроваскулярные и сосудистые факторы регуляции), а также действие на отдалении.

Цель структурального лечения – восстановить все свойства реализуемого жизненного потенциала индивидуума, в то время как цель функционального лечения – дать возможность индивидууму адаптироваться к имеющимся у него нарушениям, не устраняя их.

Понятие первичного или вторичного нарушения при нашем подходе представляет меньший интерес, так как нарушение, согласно определению, является стабильным и самоподдерживаемым; является ли оно причиной или следствием поражения соседних тканей, не столь важно. И если нарушение выявляют к моменту начала лечения, то оно должно быть направлено и на его коррекцию.

Критерием, которым мы руководствуемся, решая начать коррекцию нарушения, является результат исследования на прочность. Локализация нарушения не является критерием. Фактически, если структура подвижна, она не нарушена. Если ее позиция отлична от позиции ее в состоянии покоя (суждение об этом очень субъективно), значит структура адаптируется к другому нарушению и выполняет свою роль в соответствии с принципами восстановления равновесия и «отсутствия боли». Если она имеет нейтральную позицию, которая однако оказывается извращенной во время движения, то она нарушена. Общая позиция структуры вообще и черепа в частности нас мало интересует, но зато для нас важна подвижность структуры. Больше, чем позиция клиновидно-базиллярного симфиза, нас интересует то, что ограничивает симфиз принять эту позицию: нарушения самого черепа, нарушения на уровне мембран реципрокного натяжения, длинных и коротких фасций, нарушения позвоночника и других структур на уровне шеи.

Зная, как связаны между собой механический, неврологический, нейроваскулярный и сосудистый факторы регуляции и как они проявляются, мы можем не исследовать систематически весь череп как систему.

В предлагаемых нами протоколах лечения мы подчеркиваем совокупность элементов системы и их факторов регуляции, чтобы ничего не забыть при обследовании больного и устранять при лечении только те изменения, которые выявлены при исследовании на прочность.

Внимание

Если симптомы, описываемые больным, невозможно объяснить нарушениями, выявленными при исследовании на прочность, то лечение больного выходит за рамки остеопатического. Для проведения остеопатического лечения необходимо, чтобы клинические проявления соответствовали выявленным у него нарушениям.

Различные типы боли

МЕХАНИЧЕСКАЯ БОЛЬ

Механическая боль характеризуется четкой локализацией, соответствующей пораженным структурам, и воспроизводимостью.

Она усиливается при движениях и к концу дня (понятие усталости).

Боль уменьшается в покое.

Часто имеется пусковой фактор, вызывающий боль и сопутствующие ей патологические симптомы.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬ

Неврологическая боль напоминает удар электрическим током.

Боль распространяется вдоль проекции вовлеченного в процесс нерва (больной показывает локализацию пальцем).

Боль имеет пароксизмальный характер, начинается внезапно и столь же внезапно исчезает. Ей не свойственны суточные ритмы.

Неврологическая боль может быть связана с изменением болевой чувствительности и/или интенсивности.

НЕЙРОВАСКУЛЯРНАЯ БОЛЬ

Нейроваскулярная боль диффузная, сопровождается ощущением чувства тяжести, сдавливания, покалывания и парестезиями.

Начинается постепенно, нарастает по интенсивности и так же постепенно проходит.

Боль усиливается в покое и к концу ночи.

Она облегчается при движении благодаря улучшению венозного оттока, но усиливается при нагрузке, так как нейроваскулярные нарушения препятствуют адекватному расширению сосудов работающего органа и доставке к нему достаточного количества кислорода.

■ ЧЕРЕП КАК СИСТЕМА

Череп как система состоит из следующих типов анатомических структур.

МЕХАНИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ

- Кости мозгового и лицевого черепа, соединенные друг с другом скошенными краями при помощи швов (см. рис. 1).
- Мембраны реципрокного натяжения (см. рис. 2).
- Цефало-цервико-торакальные фасции (см. рис. 3).
- Мембраны реципрокного натяжения (связанные с цервико-торакальными фасциями и рядом длинных фасций).
- Шейные позвонки и первые пять грудных позвонков*.

НЕРВНЫЕ СТРУКТУРЫ

- Черепные нервы (см. рис. 7).
- Дерматомы волосистой части головы (C2–C3).

СОСУДИСТЫЕ СТРУКТУРЫ

Кровоснабжение головы осуществляется из общих сонных артерий, каждая из которых делится на внутреннюю и наружную сонные артерии, и их многочисленных ветвей и коллатеральных сосудов. В контексте наших рассуждений и особенностей структурного управления мы ограничимся главным образом рассмотрением симпатической нервной системы, которая регулирует тонус артерий.

Венозное кровообращение головного мозга и лица схематически показано на рисунках 5 и 6.

НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ СТРУКТУРЫ

- Симпатические центры регуляции, расположенные на уровне метамеров C8–Th4 (см. рис. 4).
- Верхний шейный узел.

* Вряд ли оправданно отнесение к структурам черепа шейных и грудных позвонков с анатомических позиций, но в движениях головы и ее установке они, несомненно, играют важную роль. – *Здесь и далее: примечания редактора русского издания.*

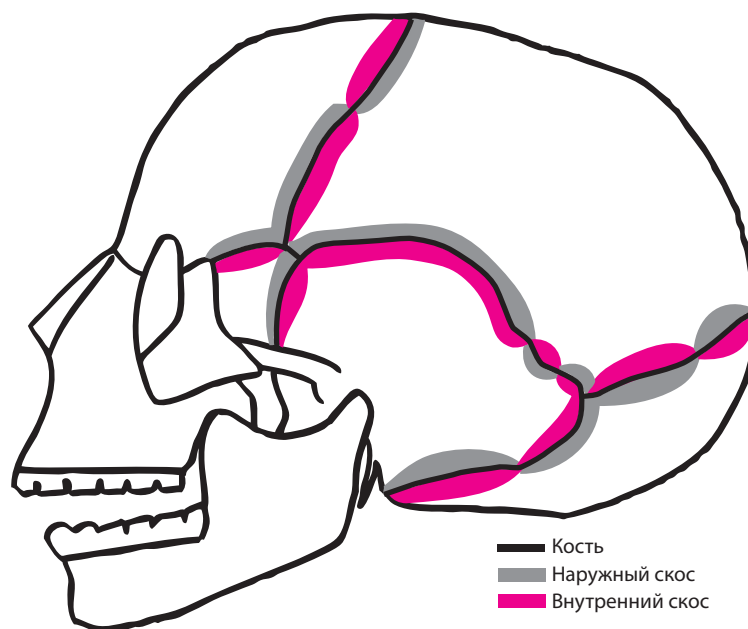


Рис. 1. Скосы краев костей черепа.

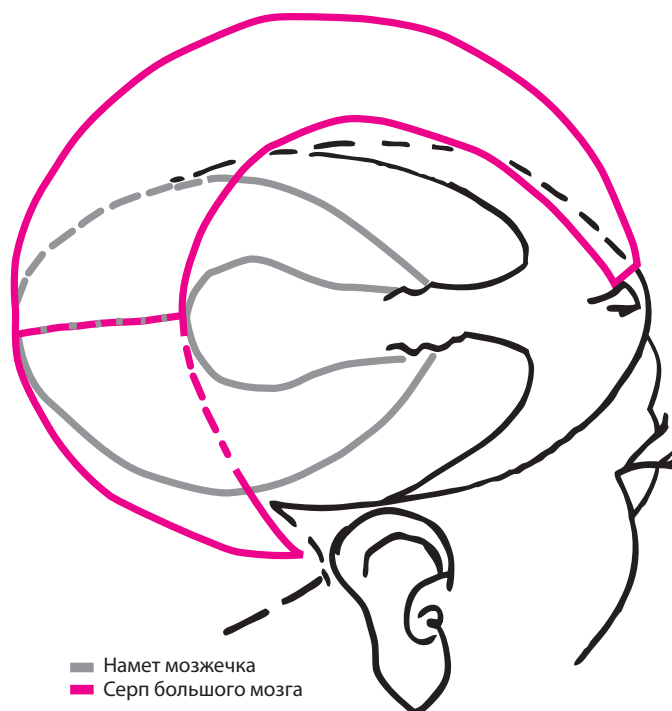


Рис. 2. Мембраны реципрокного натяжения.

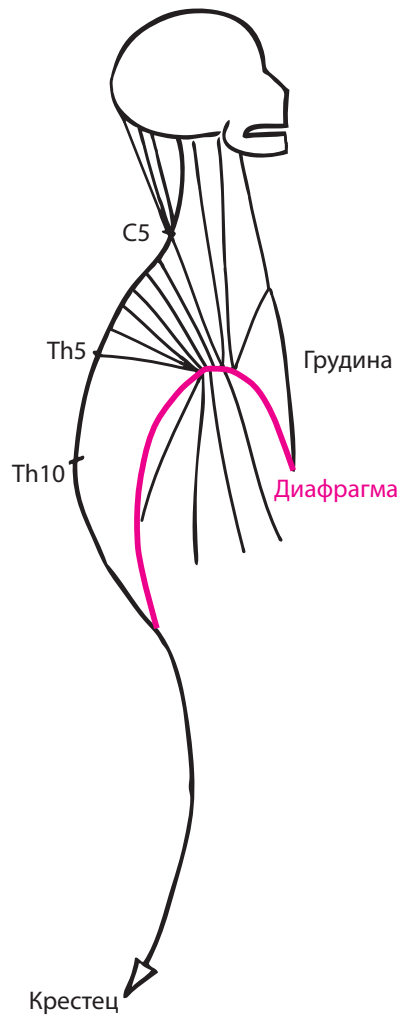


Рис. 3. Схема цефало-цервико-торакальных фасций.

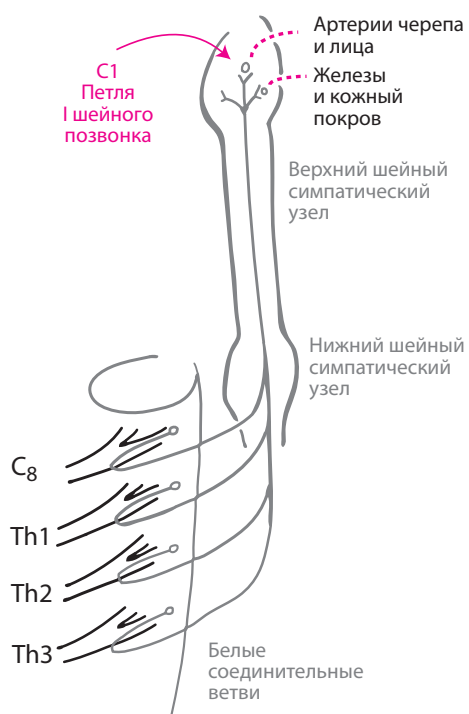


Рис. 4. Схема симпатического отдела нервной системы, иннервирующего голову и лицо.

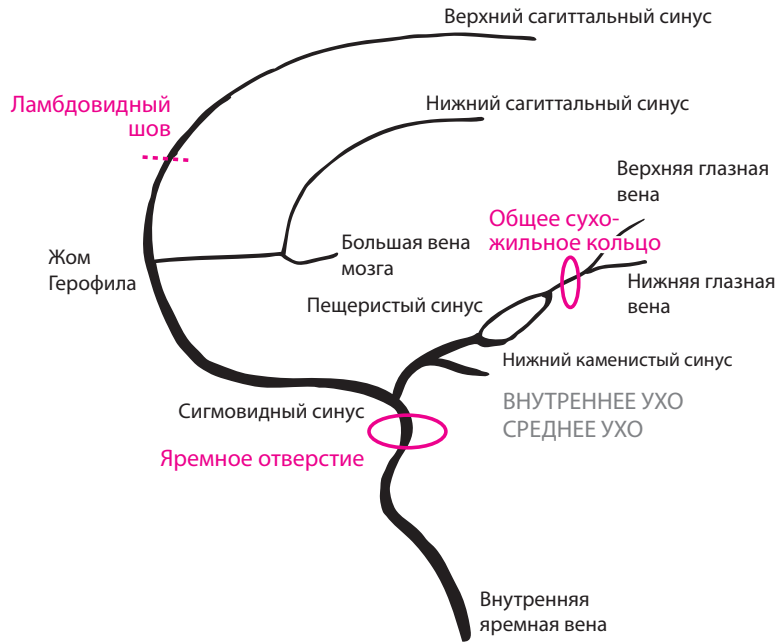


Рис. 5. Венозная васкуляризация головы.

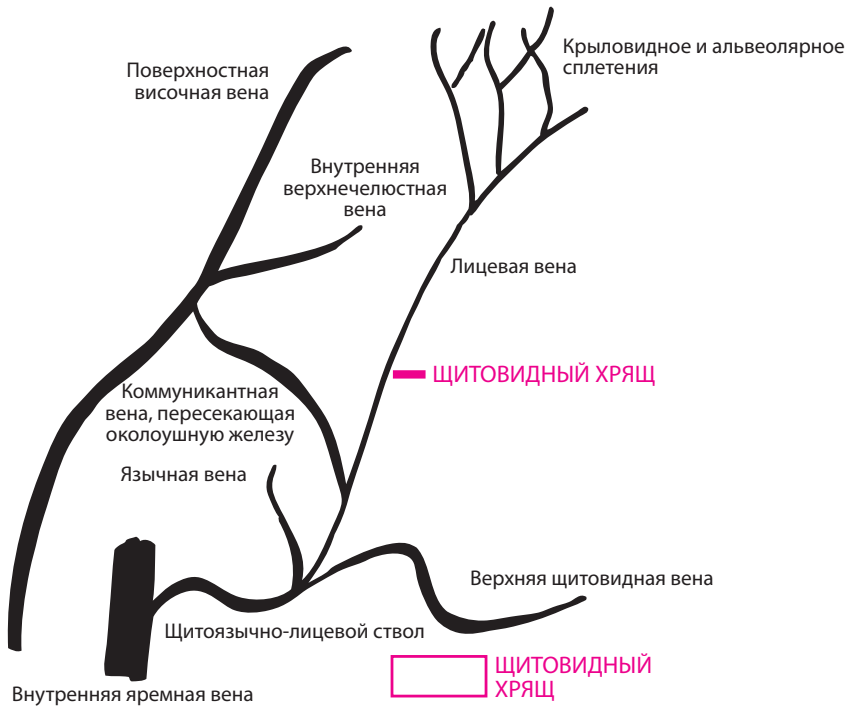


Рис. 6. Венозная васкуляризация лица.

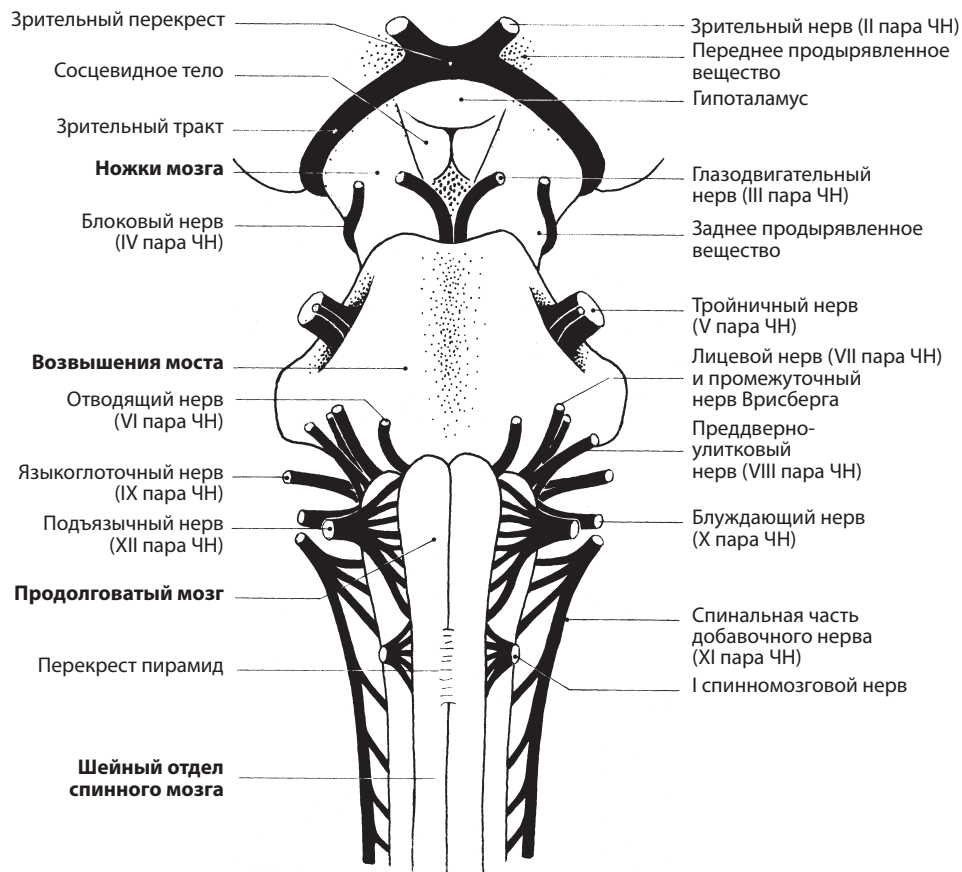


Рис. 7. Схема черепных нервов.

© Elsevier Masson (цит. по: *Neurologie J.Cambier, M.Masson, H.Dehen, 12^e édition, 2008*).

Бертон Алан, Жермини-Тарен Клод-Аник

**КРАНИАЛЬНАЯ ОСТЕОПАТИЯ:
техника и протоколы лечения**

Перевод с французского

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Корректор: *Н.Ю.Соколова*

Компьютерный набор и верстка: *И.А.Кобзев, А.Ю.Кишканов*

ISBN 978-5-98322-646-3



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 08.07.10. Формат 70×100/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 14,84.
Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №О-938

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс»
в полном соответствии с качеством предоставленных материалов.
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2