МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Соматическая дисфункция

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем,
связанных со здоровьем:
M99.0, M99.8, M99.9

Возрастная группа: **взрослые, дети**

Год утверждения: **202_**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общероссийская общественная организация содействия развитию остеопатии «Российская остеопатическая ассоциация»**

Оглавление

Оглавление 2
Список сокращений 4
Термины и определения 5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). 10
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). 10
1.5.1. Классификация по механизму функционального нарушения 10
1.5.2. Классификация по уровню функционального нарушения 14
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 38
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 39
2.1 Жалобы и анамнез 39
2.2 Физикальное обследование 40
2.3 Лабораторные диагностические исследования 41
2.4 Инструментальные диагностические исследования 41
2.5 Иные диагностические исследования 41
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 42
3.1 Остеопатическая коррекция 42
3.1.1. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест) 45
3.2 Иные методы 45
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов 46
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 46
6. Организация оказания медицинской помощи 46
6.1 Заполнение медицинской документации 47
6.2 Показания для госпитализации в медицинскую организацию 47

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)....47
Критерии оценки качества медицинской помощи 50
Список литературы....52
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций....67
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций....69
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата....71
Приложение А3.1 Организация медицинской помощи населению по профилю «остеопатия» 71
Приложение А3.2 Особенности сбора анамнеза остеопатического (анамнез заболевания и анамнез жизни) и жалоб у пациентов с соматическими дисфункциями 79
Приложение А3.3 Особенности сбора анамнеза акушерского и особенностей течения периода новорожденности у детей при подозрении на соматические дисфункции 85
Приложение А3.4. Алгоритм общего остеопатического осмотра.... 86
Приложение А3.5. Дополнительные тесты, проводимые при общем остеопатическом осмотре ребенка 97
Приложение А3.6 Диагноз и оформление остеопатического заключения.... 99
Приложение Б. Алгоритмы действий врача……..…….100
Приложение В. Информация для пациента 1021
Приложение Г1-Г*N*. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях 103

Список сокращений

ВДП – верхние дыхательные пути

ГБК – глобальное биомеханическое нарушение

ГНН – глобальное нейродинамическое нарушение

ГРН – глобальное ритмогенное нарушение

ЗВПО – задне-верхняя подвздошная ость

КПС – крестцово-подвздошный сустав

ОК – остеопатическая коррекция

ОКС – острый корональный синдром

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ПВПО – передне-верхняя подвздошная ость

РБН – региональное биомеханическое нарушение

РНН – региональное нейродинамическое нарушение

РРН – региональное ритмогенное нарушение

СД – соматическая дисфункция

СТ – соединительная ткан

СБС – сфенобазилярный синхондроз

ТМО – твердая мозговая оболочка

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Термины и определения

Комбинированные основные заболевания – конкурирующие, сочетанные болезни, основное и фоновое заболевание.

Осложнения основного заболевания – включает все осложнения, в том числе смертельное осложнение (всегда одно), осложнения медицинских мероприятий (ятрогенные осложнения, если они не становятся эквивалентом основного заболевания), а также указания на проведение реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и их осложнений.

Основное заболевание – это одна или несколько нозологических единиц, по поводу которых проводилось обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью. В процессе лечения пациента диагноз основного заболевания может изменяться, причем неоднократно.

Остеопатия — область клинической медицины, включающая оказание медицинской помощи пациентам с соматическими дисфункциями на этапах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, основанная на анатомо-функциональном единстве тела и использующая мануальные методы, восстанавливающие способности организма к самокоррекции. Остеопатия рассматривает организм человека как целостную систему, представляющую собой нечто более сложное, чем простая сумма его частей (Мохов Д.Е. и соавт., 2020).

Сопутствующие заболевания – это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи, при наступлении летального исхода) не были непосредственно (этиологически, патогенетически) связаны с основным заболеванием и, в случае летального исхода, не принимали участие в танатогенезе. При этом по поводу сопутствующих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания также могут иметь осложнения, но не могут иметь смертельных осложнений.

Фоновое заболевание – это нозологическая форма (заболевание, травма, реже – синдром), которая патогенетически (но не этиологически) связана с основным заболеванием, явилась одной из причин его развития (включившись в его патогенез), впоследствии отягощала течение и способствовала возникновению смертельных осложнений (в случае летального исхода).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Соматическая дисфункция — это потенциально обратимое структурно-функциональное нарушение в тканях и органах, проявляющееся пальпаторно определяемыми ограничениями различных видов движений и подвижности.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Из всех возможных повреждающих воздействий следующие основные причины могут привести к возникновению СД:

- физические (статические и динамические механические воздействия, а также различные травмы);
- химические/метаболические (изменения гормонального фона, нарушения питания, режима сна и отдыха, различные, в том числе лекарственные интоксикации);
- психоэмоциональные (эмоционально-чувственные реакции в ответ на воздействия внешней среды).

Структурно-функциональные нарушения в организме могут происходить остро (травма, острая интоксикация, стресс) или исподволь, хронически (длительная вынужденная поза, хроническая интоксикация, хроническое психоэмоциональное напряжение и т.п.). При воздействии повреждающих факторов изменения в организме сначала как правило носят функциональный, обратимый характер. Если человеку не оказывается адекватная медицинская помощь, а собственных адаптационных ресурсов недостаточно, то происходит соматизация нарушений, то есть патологические изменения структуры и функциональных свойств тканей и органов нарастают и из обратимых постепенно становятся необратимыми (рис. 1) [1]. Именно поэтому СД могут выявляться как при наличии, так и при отсутствии явных признаков заболевания. Локализация СД может не совпадать с локализацией клинических проявлений. На стадии обратимости остеопатическая коррекция максимально эффективна.

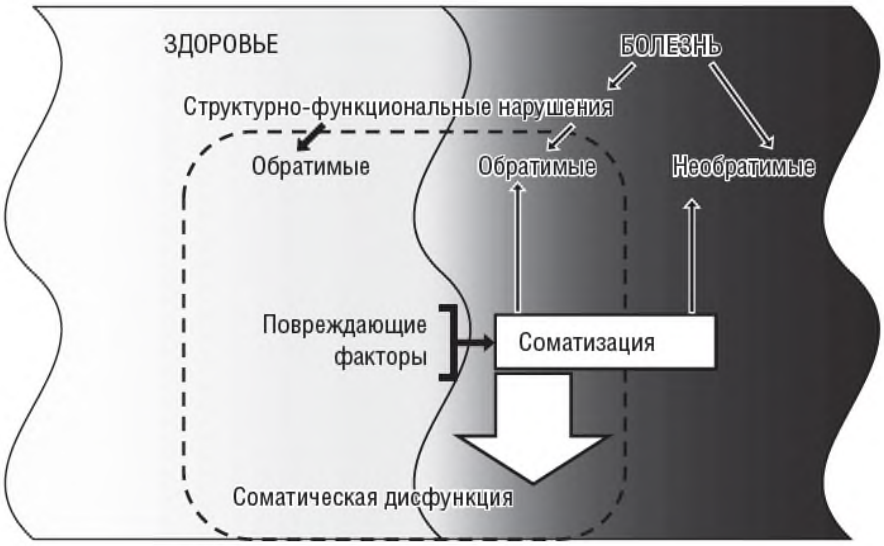


Рисунок 1. Взаимоотношение понятий «здоровье», «болезнь» и «соматическая дисфункция».

В соматической дисфункции можно выделить 3 основных компонента: биомеханический, гидродинамический и нейродинамический. Эти три составляющие объединяют все органы и подсистемы организма в единую целостную систему.

Понятие “соматическая дисфункция” в МКБ-10 относится к разделу биомеханических нарушений, но предмет остеопатической диагностики и лечения не сводится только к биомеханическим нарушениям [2].

Биомеханический компонент СД связан в основном с адаптационными изменениями в соединительной ткани. Соединительная ткань (СТ) и ее производные составляют 85% удельного веса тела [3]. Помимо того, что она формирует органы опорно-двигательного аппарата (кости, связки, суставы, фасции и т.д.), а также кожный покров и сосуды, СТ присутствует во всех без исключения органах. Соединительная ткань выполняет биомеханическую (опорную), трофическую (метаболическую), защитную (барьерную), структурообразовательную (пластическую, репаративную) и регуляторную (местная гуморальная регуляция) функции [4]. Соединительная ткань активна, ее активность выражается в миграции клеток, синтезе и резорбции ими межклеточного матрикса и выделении физиологически активных веществ

Локальная острая СД есть не что иное, как адаптационная реакция соединительной ткани (СТ), выражающаяся в функциональной реакции обменно-буферной системы (межклеточного матрикса) и основных клеток соединительной ткани, выраженной в

выработке молекул, способствующих увеличению или уменьшению гидрофильности СТ (протеогликанов, гликозаминогликанов, в том числе гиалуроновой кислоты), изменению количества и характера межмолекулярного взаимодействия волокон коллагена и эластина в структуре межклеточного матрикса. В том случае, когда гомеостатического потенциала основных клеток СТ недостаточно для формирования адекватной функциональной реакции, клетки завершают свою жизнедеятельность путем апоптоза, предварительно вырабатывая большее количество коллагеновых волокон и белков, формирующих несистемную конгломерацию молекул коллагена, лежащую в основе формирования фиброза [4,5]. Наличие фиброза или рубцовой ткани может быть важным звеном патогенеза СД.

В случаях, когда в патогенезе СД участвует воспалительная реакция в ответ на воздействие локального повреждающего фактора, развиваются альтерация, расстройство микроциркуляции и пролиферация, которые направлены на уничтожение и удаление повреждающего агента, а также на восстановление (или замещение) поврежденных тканей. Воспалительная реакция завершается полным выздоровлением или изменением поврежденной ткани с формированием фиброза, рубцового изменения, следствием которых может быть формирование хронической СД.

Вышеописанные нарушения проявляются ограничением подвижности тканей, уменьшение упругости и увеличение их жесткости разной степени выраженности.

В этиологии формирования биомеханического компонента СД значительную роль играют механические воздействия экзогенного и эндогенного характера (из внешней среды и возникающие в самом организме), которые являются специфическими для СТ. Для ее клеток и межклеточного матрикса характерна структурная перестройка в соответствии с силой и характером механического воздействия [6]. Если в силу разных механических воздействий происходит избыточное натяжение какой-либо структуры (фасции, связки и т.д.), то повышается синтетическая активность фибробластов, в результате чего увеличивается количество молекул, влияющих на гидрофильность ткани, молекул тропоколлагена, самих коллагеновых волокон и изменяется форма эластиновых волокон и их взаимоотношения с коллагеновыми.

Этому способствуют также микроциркуляторные и метаболические нарушения. Первоначально соединительная ткань становится более гидрофильной, в дальнейшем уплотняется, теряет способность к динамике, формируется биомеханическая хроническая СД. Организм пытается скомпенсировать возникшие нарушения подвижности. Первичная СД может менять натяжение и подвижность других структур, в результате чего возможно возникновение новых СД на локальном и региональном уровнях.

Таким образом, биомеханический компонент СД представляет собой различные варианты адаптационной реакции СТ с изменением её качественных и количественных характеристик, в ряде случаев – с формированием фиброза и склероза с увеличением количества коллагеновых волокон и их взаиморасположения. Кроме того, соединительная ткань перестраивается при нарушениях кровообращения (гипоксия и гиперкапния) [7], при изменениях питания, с возрастом.

Гидродинамический компонент СД — это обратимое изменение гидрофильности с последующим нарушением тургора, вязкости, текучести, выработки и проведения глобальных эндогенных ритмов. Гидродинамические изменения в тканях могут быть связаны с изменением метаболизма и их коллоидных свойств [8,9,10], а также уменьшением артериального притока, микроциркуляции, венозного и/или лимфатического оттока и ликвородинамики. Состояние обменно-буферной системы в виде межклеточного матрикса определяет обмен веществ и энергии основных клеток СТ. Его можно рассматривать как раствор высокомолекулярных соединений, который характеризуется гидрофильностью, текучестью, вязкостью, и имеют сетчато-каркасное строение.

Нейродинамическиӣ компонент соматической дисфункции представляет собой обратимое нарушение проведения нервного сигнала в одном из звеньев рефлекторноӣ дуги вследствие повышения его возбудимости (острое нарушение) либо разобщения связей между нейронами в нервных центрах как проявление пластичности ЦНС (хроническое нарушение). В результате изменяется тонус и сокращение скелетных мышц и гладкомышечных органов, появляется боль, или болезненность, изменяется чувствительность, нарушаются рефлексы. Нейродинамическиӣ компонент может быть более выражен на надсегментарном уровне – психовисцеросоматические нарушения, на межсегментарном - постуральные нарушения и нарушения двигательного стереотипа и согласованности движений, или сегментарном уровне - висцеро-соматические или сомато-висцеральные проявления.

Наличие висцеро-моторных и моторно-висцеральных взаимоотношений было убедительно доказано физиологической школой В.Н. Черниговского [11]. Исследования Ирвина Корра показали, что избыточный афферентный вход в спинной мозг является причиной повышения возбудимости спинномозговых нейронов, вызывая увеличенные моторные и симпатические реакции на уровне вовлеченного сегмента в ответ на обычные раздражители [12,13]. Перевозбуждение периферических сенсорных рецепторов чаще всего обусловлено изменениями в соединительной ткани, которая их окружает. Накопление медиаторов воспаления сенсибилизирует механорецепторы, из-за чего может формироваться болевое ощущение при обычном, не травмирующем ткани механическом воздействии. Такая периферическая сенсибилизация, как предполагается, лежит в основе повышенной

чувствительности к прикосновению, обнаруживаемой при СД [14]. Нарушение архитектоники соединительной ткани (фиброзирование) может приводить к искажению проприорецепции и нарушению постуральных рефлексов [15]. С возрастом такие нарушения «накапливаются».

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

СД является результатом адаптационной реакции организма, направленной на поддержание гомеостаза, в ответ на воздействие экзогенных и эндогенных факторов. Как правило, эта реакция имеет индивидуальный характер и зависит от адаптационных возможностей конкретного организма. Лица, подвергающиеся воздействиям аналогичных повреждающих факторов, так же, как и пациенты, имеющие аналогичные заболевания, могут иметь разную структуру соматических дисфункций. Понимание этого факта обусловливает индивидуальный характер остеопатической коррекции. В связи с этим проведение популяционных исследований распространенности СД имеет ограниченный характер. В тоже время накоплено уже достаточно данных о распространенности соматических дисфункций у пациентов с самой разной патологией.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Соматические дисфункции (СД) включены в Международную классификацию болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра.

M99.0 Сегментарная или соматическая дисфункция.

M99.8 Другие биомеханические нарушения.

M99.9 Биомеханическое нарушение неуточненное.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.5.1. Классификация по механизму функционального нарушения

В структуре соматической дисфункции условно выделяют биомеханическую, гидродинамическую/ритмогенную и нейродинамическую составляющие:

1. *биомеханическая составляющая СД* — это потенциально обратимое нарушение подвижности, податливости и эластичности тканей тела человека;
2. *гидродинамическая составляющая СД* — потенциально обратимое нарушение вязкостных характеристик тканей и естественного тока жидкостей тела

человека, пальпаторно определяемое в том числе как нарушение выработки, передачи и синхронизации эндогенных ритмов (синоним: ритмогенная составляющая СД);

3. *нейродинамическая составляющая СД* — это потенциально обратимое нарушение процессов нервной регуляции.

Нарушение подвижности, то есть СД, может иметь несколько компонентов:

— фасциальный (биомеханический) — снижение эластичности (упругости), смещаемости, податливости, увеличение жесткости;

— метаболический (жидкостный) — увеличение вязкости, нарушение «метаболических» ритмов;

— нейродинамический — нарушение нервной регуляции (тонуса и сокращения скелетных мышц и гладкомышечных органов).

Эти компоненты могут сочетаться и иметь разную степень выраженности. Они выявляются врачами-остеопатами при пальпаторном обследовании и проведении специальных тестов. Типичные диагностические индикаторы для СД, определяемые пальпаторно, — это нарушения биомеханических свойств тканей: ненормальность текстуры ткани (вязкости, эластичности, жесткости), асимметрия, ограничение движения и подвижности (рис. 2).



Рисунок 2. Нарушения, выявляемые при остеопатической диагностике

Восстановление подвижности приводит к нормализации функционального состояния тканей и является целью применения остеопатических лечебных техник.

В 2010 г. Всемирная организация здравоохранения сформулировала пять основных моделей структурно-функциональных отношений, которыми врачам-остеопатам следует руководствоваться в диагностике и лечении [17]:

1. Биомеханическая. В этой модели делается акцент на значимости правильной позы и равновесия тела для поддержания баланса. Напряжение или дисбаланс, возникающие в механизмах их поддержания, изменяют структуру суставов и отражаются на восприятии собственного тела. При этом могут нарушаться двигательные функции, нарастают энергозатраты на поддержание позы и перемещение тела в пространстве. Соответственно, целью врача-остеопата является восстановление осанки, баланса тела и способствование эффективной работе опорно-двигательного аппарата.

2. Респираторно-циркуляторная. Главным условием нормального функционирования органов эта модель полагает беспрепятственный обмен жидкостями между клеткой и интерстицием: доставку кислорода и питательных веществ и удаление продуктов клеточного метаболизма. Патологическое напряжение, если оно возникает в тканях, препятствует токам жидкостей, что ведет к повреждению тканей. Соответственно, врач-остеопат стремится устранить препятствия внешнему дыханию, циркуляции крови и других жидкостей тела.

3. Нейрологическая. В этой модели главный элемент — нейроиммунно-эндокринная система с ее балансом афферентно-эфферентных потоков и ноцицепции. Изменения в интеро- и особенно в ноцицепции вызывают нарушения работы спинальных эфферентных нейронов (повышение их возбудимости) и приводят к патологии функционирования иннервируемых ими органов. В данной модели акцент делается на взаимодействии автономной (вегетативной) и соматической нервной системы. Уменьшая механические напряжения, врач-остеопат стремится сбалансировать афферентные потоки и устранить патологические изменения в ноцицепции.

4. Биопсихосоциальная. В центре этой модели — сумма воздействующих на человека экологических, социально-экономических, культурных, физических и психологических факторов, и задача врача-остеопата — устранить последствия биопсихосоциального стресса.

5. Биоэнергетическая. В основе этой модели — баланс между энергопродукцией и энерготратами и правильное распределение энергии в организме, что необходимо для адаптации к различным стрессорам (иммунологическому, пищевому, психологическому и т.д.). Усилия врачей-остеопатов должны быть направлены на устранение факторов, препятствующих правильному энергетическому балансу тела, нарушающих регулирование производства, распределения или расхода энергии.

В последнее время предложена дополнительная модель — **пептидная**. В основе данной модели — накопленный материал, показывающий эффект остеопатического воздействия, выражающийся в высвобождении различных пептидных компонентов регуляторных гомеостатических механизмов организма [18].

Все модели включают центральное понятие остеопатии — соматическую дисфункцию. Каждая взятая в отдельности модель несет ограниченный специфический подход к выбору определенных параметров анализа человеческого тела. Эти модели дополняют друг друга, поэтому в реальной остеопатической практике необходимо использование их совокупности.

Использование этих моделей позволяет, отталкиваясь от возможных повреждающих факторов, вызывающих патологические изменения в организме и от знаний о типовых патологических процессах обозначить (выделить) то, на какие структуры в первую очередь должно быть направлено диагностическое и лечебное внимание остеопата.

В соответствии с этими составляющими проводится остеопатическая диагностика, о которой далее подробно пойдет речь. Соматические дисфункции в организме могут проявляться на глобальном, региональном или локальном уровнях. Состояние пациента может быть также описано (охарактеризовано) на этих трех уровнях со стороны биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений (рис. 3).

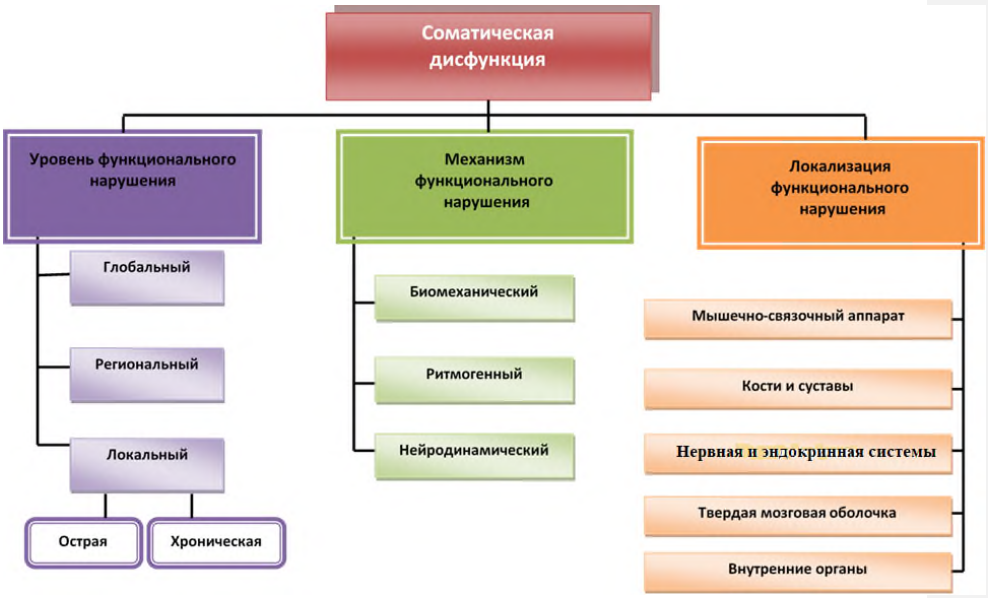


Рисунок 3. Классификация соматических дисфункций

1.5.2. Классификация по уровню функционального нарушения

1.5.2.1 Глобальный уровень проявления соматической дисфункции (уровень организма в целом)

1. Глобальное биомеханическое нарушение (ГБН) — это обратимое изменение характеристик тканей, не соответствующее возрасту, не связанное с острым болевым синдромом, затрагивающее три осевых региона и более (полирегиональность) и сопровождающееся значимым ограничением подвижности тела в одной из плоскостей пространства.

2. Глобальное ритмогенное/гидродинамическое нарушение (ГРН) — это обратимое расстройство выработки эндогенных ритмов. С клинической точки зрения может быть обусловлено как функциональными, так и сочетанием функциональных и органических причин и проявляется во всех тканях целостного организма.

Наиболее часто оцениваются следующие эндогенные ритмы: краниальный, торакальный (дыхательный) и кардиальный (сердечный). Оценка осуществляется по следующим параметрам: частота, сила и амплитуда.

- Глобальное ритмогенное краниальное нарушение — нарушение выработки краниального ритмического импульса (КРИ), которое на уровне региона головы проявляется в виде снижения частоты, амплитуды, силы КРИ, а на периферическом уровне — изменением глобального расширения/сжатия (наружная и внутренняя ротация) тканей тела.
- Глобальное ритмогенное кардиальное нарушение — нарушение выработки кардиального ритмического импульса, формирующего вторичные полирегиональные соматические дисфункции. Проявляется на уровне сердца изменением ритма, снижением амплитуды и силы кардиального ритмического импульса, на периферии — изменением основных характеристик пульса, а также изменением гидродинамических характеристик тканей вследствие их гипоксии.
- Глобальное ритмогенное торакальное нарушение — нарушение выработки торакального ритмического импульса, формирующего вторичные полирегиональные соматические дисфункции. Проявляется на уровне легких изменением ритма, снижением амплитуды, силы торакального ритмического импульса и на периферии — изменением гидродинамических характеристик тканей вследствие их гипоксии.

3. Глобальное нейродинамическое нарушение (ГНН) — это обратимое нарушение нервной регуляции организма, проявляющееся психовисцеросоматическими, постуральными расстройствами и/или нарушениями двигательных стереотипов. Постуральное нарушение — это изменение подвижности тканей и позиции тела в пространстве, связанное с нарушением процессов проприоцепции.

Психовисцеросоматическое нарушение (ПВСН) — это состояние тканей, характеризуемое вторичными полирегиональными соматическими ограничениями подвижности, которые связаны с психоэмоциональным компонентом.

Нарушение двигательных стереотипов (нормальных синкинезий) — изменение подвижности тканей, связанное с функциональными нарушениями безусловно-рефлекторных комплексов взаимосвязанных движений (ходьба, содружественные движения головы и глаз, частей тела и т.п.) вследствие разобщения в центральных звеньях рефлекторных дуг.

1.5.2.2 Региональный уровень проявления соматической дисфункции (уровень одного из регионов тела)

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

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

2. Региональное ритмогенное нарушение (РРН)

На региональном уровне отдельно ритмогенную составляющую можно не выделять, так как она связана в той или иной степени с определенной региональной ригидностью тканей, а значит, оценивается в разделе региональных биомеханических нарушений. В то же время на региональном уровне могут происходить гидродинамические нарушения — ухудшение артериального притока, микроциркуляции, венозного и/или лимфатического оттока. Причинами этих нарушений могут быть натяжение или компрессия соединительнотканных структур, перестройка соединительной ткани или спазмированные мышцы.

3. Региональное нейродинамическое нарушение (РНН) — это изменение состояния тканей тела, связанное с раздражением одного или нескольких звеньев рефлекторной дуги: рецепторов; отростков чувствительных, вегетативных и двигательных нейронов, идущих в составе периферических нервов; вегетативных ганглиев или симпатического ствола; спинномозговых корешков; сегментов спинного мозга. Региональное нейродинамическое нарушение может проявляться висцеросоматическими, висцеро-висцеральными, сомато-

соматическими и соматовисцеральными дисфункциями. Механизм формирования РНН достаточно полно описан Ирвином Корром, который сформулировал теорию об «упрощенном медуллярном сегменте» на основе многочисленных экспериментальных и клинических исследований.

1.5.2.3. Локальный уровень (уровень функциональных изменений в одном или нескольких органах тела)

На локальном уровне определяются отдельные соматические дисфункции того или иного органа. При этом соматическая дисфункция на данном уровне на основании оценки биомеханического, ритмогенного и нейродинамического компонентов может определяться как острая или хроническая (табл. 1). Выделение острых и хронических дисфункций может быть и на других уровнях, но именно для локальных СД это имеет большее клиническое значение.

Таблица 1. Компоненты локальной соматической дисфункции

Компонент\дисфункция	**Острая соматическая дисфункция**	**Хроническая соматическая дисфункция**
Биомеханический	слабо ограниченная смещаемость	значительно ограниченная смещаемость
Ритмогенный	повышение гидротации тканей (отек), повышение местной температуры	дегидратация тканей (фиброз), понижение местной температуры
Нейродинамический	острая боль, выраженная болезненность	менее выраженная боль и болезненность

Локальные соматические дисфункции

1. Соматические дисфункции костно-мышечной системы.

1.1 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

— *Соматические дисфункции грудино-ключичного сустава*

- Соматическая дисфункция грудино-ключичного сустава в компрессии— дисфункция ключицы, заключающаяся в ее медиальном смещении, сопровождающаяся глобальным ограничением подвижности в грудино-ключичном суставе.
- Соматическая дисфункция ключицы в верхнем положении — смещение грудинного конца ключицы в цефалическом направлении с ограничением подвижности в каудальном направлении.
- Соматическая дисфункция ключицы в нижнем положении— смещение грудинного конца ключицы в каудальном направлении с ограничением подвижности в цефалическом направлении.

- Соматическая дисфункция ключицы в переднем положении— смещение грудинного конца ключицы вентрально с ограничением дорсолатерального движения.

— *Соматические дисфункции акромиально-ключичного сустава*

- Соматическая дисфункция акромиально-ключичного сустава в раскрытии — смещение акромиального конца ключицы вентрально с ограничением подвижности в дорсальном направлении.
- Соматическая дисфункция акромиально-ключичного сустава в закрытии — смещение акромиального конца ключицы дорсально с ограничением подвижности в вентральном направлении.

— *Соматические дисфункции плечевого сустава*

- Соматическая дисфункция головки плечевой кости в верхнем положении — смещение головки плечевой кости цефалически с ограничением каудального движения.
- Соматическая дисфункция плечевой кости в переднем положении — смещение головки плечевой кости вентрально с ограничением подвижности в дорсальном направлении.
- Соматическая дисфункция плечевой кости в заднем положении — смещение головки плечевой кости дорсально с ограничением подвижности в вентральном направлении.
- Соматическая дисфункция плечевой кости в передне-верхнем положении - смещение головки плечевой кости цефалически и вентрально с ограничением каудального и дорсального вектора движения.

— *Соматические дисфункции лучелоктевого сустава*

- Соматическая дисфункция заднее смещение головки лучевой кости
- Соматическая дисфункция переднее смещение головки лучевой кости

— *Соматические дисфункции плечелоктевого сустава*

- Соматическая дисфункция локтевой кости в приведении
- Соматическая дисфункция локтевой кости в отведении

— *Соматические дисфункции лучезапястного сустава*

- Соматическая дисфункция флексии-экстензии, лучевой-локтевой девиации, супинации-пронации

— *Соматические дисфункции пястно-фаланговых и межфаланговых суставов*

- Соматическая дисфункция фаланги в латеральной трансляции.

- Соматическая дисфункция фаланги в медиальной трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в наружной ротации.
- Соматическая дисфункция фаланги во внутренней ротации.
- Соматическая дисфункция фаланги в верхней трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в нижней трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в компрессии.

1.2 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

— *Соматические дисфункции тазобедренного сустава*

- Соматическая дисфункция головки бедренной кости в переднем положении — вентральное смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины.
- Соматическая дисфункция головки бедренной кости в заднем положении — дорсальное смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины.

— *Соматические дисфункции коленного сустава*

- Соматическая дисфункция большеберцовой кости в переднем положении — вентральное смещение большеберцовой кости под бедренной костью.
- Соматическая дисфункция большеберцовой кости в заднем положении — дорсальное смещение большеберцовой кости под бедренной костью.
- Соматическая дисфункция большеберцовой кости в приведении — смещение дистальной части большеберцовой кости к средней линии.
- Соматическая дисфункция большеберцовой кости в отведении — смещение дистальной части большеберцовой кости в латеральном направлении.
- Соматическая дисфункция большеберцовой кости в наружной трансляции — смещение большеберцовой кости под бедренной костью кнаружи (травматическая дисфункция).
- Соматическая дисфункция большеберцовой кости во внутренней трансляции — смещение всей большеберцовой кости под бедренной костью кнутри (травматическая дисфункция).
- Соматическая дисфункция внутреннего мениска в медиальном положении — наружная ротация большеберцовой кости относительно бедренной кости со смещением внутреннего мениска медиально и вентрально.

- Соматическая дисфункция наружного мениска в латеральном положении — внутренняя ротация большеберцовой кости относительно бедренной кости со смещением наружного мениска латерально и вентрально.

— *Соматические дисфункции малоберцовой кости*

- Соматическая дисфункция головки малоберцовой кости в переднем положении — смещение головки малоберцовой кости вентрально относительно большеберцовой кости.
- Соматическая дисфункция головки малоберцовой кости в заднем положении — смещение головки малоберцовой кости дорсально относительно большеберцовой кости.
- Соматическая дисфункция латеральной лодыжки в переднем положении — смещение латеральной лодыжки (дистальной части малоберцовой кости) вентрально относительно большеберцовой кости.
- Соматическая дисфункция латеральной лодыжки в заднем положении — смещение латеральной лодыжки (дистальной части малоберцовой кости) дорсально относительно большеберцовой кости.
- Соматическая дисфункция малоберцовой кости в верхнем положении — смещение в цефалическом направлении малоберцовой кости относительно большеберцовой кости в верхнем и нижнем большеберцово-малоберцовом суставах.
- Соматическая дисфункция малоберцовой кости в наружной ротации — положение малоберцовой кости в наружной ротации относительно большеберцовой кости.
- Соматическая дисфункция малоберцовой кости во внутренней ротации — положение малоберцовой кости во внутренней ротации относительно большеберцовой кости.
- Соматическая дисфункция малоберцовой кости в нижнем положении — смещение в каудальном направлении малоберцовой кости относительно большеберцовой кости в верхнем и нижнем большеберцово-малоберцовых суставах.

— *Соматические дисфункции голеностопного сустава*

- Соматическая дисфункция таранной кости в переднем положении— вентральное смещение таранной кости относительно вилки голеностопного сустава.

- Соматическая дисфункция берцовой вилки голеностопного сустава в переднем положении — смещение таранной кости дорсально относительно вилки голеностопного сустава.

— *Соматические дисфункции подтаранного сустава*

- Соматическая дисфункция головки таранной кости в передневнутреннем смещении — смещение головки таранной кости медиально и вентрально относительно пяточной кости.
- Соматическая дисфункция головки таранной кости в задненаружном смещении — смещение головки таранной кости кзади и кнаружи относительно пяточной кости.

— *Соматические дисфункции ладьевидно-кубовидной пары*

- Соматическая дисфункция ладьевидной кости в верхнем положении — смещение в цефалическом направлении ладьевидной кости относительно таранной кости в супинационном паттерне стопы.
- Соматическая дисфункция кубовидной кости в верхнем положении — смещение в цефалическом направлении кубовидной кости относительно пяточной кости в пронационном паттерне стопы.
- Соматическая дисфункция кубовидной кости в нижнем положении — смещение в каудальном направлении кубовидной кости относительно пяточной кости в супинационном паттерне стопы.
- Соматическая дисфункция ладьевидной кости в нижнем положении — смещение в каудальном направлении ладьевидной кости относительно таранной кости в пронационном паттерне стопы.

— *Соматические дисфункции клиновидных костей*

- Соматическая дисфункция I клиновидной кости в верхнем положении — смещение I клиновидной кости в цефалическом направлении относительно ладьевидной кости.
- Соматическая дисфункция I клиновидной кости в нижнем положении — смещение I клиновидной кости в каудальном направлении относительно ладьевидной кости.
- Соматическая дисфункция II клиновидной кости в верхнем положении — смещение II клиновидной кости в цефалическом направлении относительно ладьевидной кости.

- Соматическая дисфункция III клиновидной кости в верхнем положении — смещение III клиновидной кости в цефалическом направлении относительно кубовидной кости.
- Соматическая дисфункция III клиновидной кости в нижнем положении — смещение III клиновидной кости в каудальном направлении относительно кубовидной кости.

— *Соматические дисфункции плюсневых костей*

- Соматическая дисфункция плюсневой кости в наружной ротации.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости во внутренней ротации.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости в верхней трансляции.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости в нижней трансляции.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости в латеральной трансляции.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости в медиальной трансляции.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости в отведении.
- Соматическая дисфункция плюсневой кости в приведении.

— Соматические дисфункции плюсне-фаланговых и межфаланговых суставов стопы.

- Соматическая дисфункция фаланги в латеральной трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в медиальной трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в наружной ротации.
- Соматическая дисфункция фаланги во внутренней ротации.
- Соматическая дисфункция фаланги в верхней трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в нижней трансляции.
- Соматическая дисфункция фаланги в компрессии.

1.3 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

— Соматическая дисфункция лонного сочленения в компрессии— дисфункция лонных костей, заключающаяся в медиальном смещении обеих костей с резким ограничением всех видов движений в лонном симфизе.

— Соматическая дисфункция лонной кости в заднем (задневерхнем) положении — смещение лонной кости в цефало-дорсальном направлении с ограничением подвижности в каудально-вентральном направлении. Сопровождается функциональным удлинением конечности на стороне дисфункции.

— Соматическая дисфункция лонной кости в переднем (передненижнем) положении — смещение лонной кости в каудально-вентральном направлении с ограничением подвижности в цефало-дорсальном направлении. Сопровождается функциональным укорочением конечности на стороне дисфункции.

1.4 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

— Соматическая дисфункция подвздошной кости в переднем положении — смещение подвздошной кости в положение передней ротации. Задняя ротация ограничена. При этом на стороне дисфункции передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) располагается каудально, задняя верхняя подвздошная ость (ЗВПО) — цефалически, седалищный бугор — дорсо-каудально по отношению к противоположной стороне; конечность на стороне дисфункции удлинена.

— Соматическая дисфункция подвздошной кости в заднем положении — смещение подвздошной кости в положение задней ротации. Передняя ротация ограничена. При этом на стороне дисфункции ПВПО располагается цефалически, ЗВПО — каудально, седалищный бугор — вентрально-цефалически по отношению к противоположной стороне; конечность на стороне дисфункции укорочена.

— Соматическая дисфункция подвздошной кости в раскрытии — смещение подвздошной кости в положение наружной ротации таким образом, что на стороне дисфункции ПВПО располагается более латерально, ЗВПО — более медиально (с заполнением бороздки крестцово-подвздошного сустава). Расстояние от пупка до ПВПО больше на стороне дисфункции. Внутренняя ротация ограничена.

— Соматическая дисфункция подвздошной кости в закрытии — смещение подвздошной кости в положение внутренней ротации таким образом, что на стороне дисфункции ПВПО располагается более медиально, ЗВПО — более

латерально (с углублением бороздки крестцово-подвздошного сустава). Расстояние от пупка до ПВПО меньше на стороне дисфункции. Наружная ротация ограничена.

— Соматическая дисфункция подвздошной кости в верхнем положении (дисфункция «ап-слип», «Upslip») — смещение подвздошной кости цефалически. На стороне дисфункции ПВПО и ЗВПО находятся более цефалически, седалищный бугор и гребень подвздошной кости — более цефалически; конечность функционально укорочена.

— Соматическая дисфункция подвздошной кости в нижнем положении (дисфункция «даунслип», «Downslip») — смещение подвздошной кости каудально. На стороне дисфункции ПВПО и ЗВПО находятся более каудально, седалищный бугор и гребень подвздошной кости — более каудально; конечность функционально удлинена.

1.5 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ КРЕСТЦА

— Соматическая дисфункция крестца в передней торсии (физиологическая) (левая по левой оси) — нарушение подвижности крестца вокруг оси его физиологического механического движения, заключающееся в смещении крестца таким образом, что верхний правый квадрант крестца находится вентрально, а нижний левый квадрант — дорсально и каудально.

— Соматическая дисфункция крестца в передней торсии (физиологическая) (правая по правой оси) — является зеркальным отображением левой торсии по левой оси.

— Соматическая дисфункция крестца в задней торсии (нефизиологическая) (правая по левой оси) — нарушение подвижности крестца вокруг оси его физиологического механического движения, заключающееся в смещении крестца таким образом, что правый верхний квадрант крестца находится дорсально, а левый нижний квадрант —вентрально и цефалически.

— Соматическая дисфункция крестца в задней торсии (нефизиологическая) (левая по правой оси) — является зеркальным отображением правой торсии по левой оси.

— Соматическая дисфункция крестца в односторонней флексии — дисфункция крестца, заключающаяся в его смещении таким образом, что на стороне дисфункции основание находится вентрально, а нижнелатеральный угол — каудально и дорсально. Экстензия крестца ограничена. Удлинение конечности на стороне дисфункции (в положении лежа на животе).

— Соматическая дисфункция крестца в односторонней экстензии — дисфункция крестца, заключающаяся в его смещении таким образом, что на стороне дисфункции основание находится дорсально, а нижнелатеральный угол — вентрально. Флексия крестца ограничена. Укорочение конечности на стороне дисфункции (в положении лежа на животе).

— Соматическая дисфункция крестца в двусторонней флексии — дисфункция крестца, заключающаяся в его двустороннем смещении в положение механической флексии (нутации, наклона вперед). Экстензия крестца ограничена.

— Соматическая дисфункция крестца в двусторонней экстензии — дисфункция крестца, заключающаяся в его двустороннем смещении в положение механической экстензии (контрнутации, наклона назад). Флексия крестца ограничена.

1.6 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЗВОНКОВ

— Соматическая дисфункция Вебстера — специфическая дисфункция грудного позвонка, заключающаяся в его трансляции во фронтальной плоскости и с одноименной ротацией, сопровождающаяся асинхронизмом краниосакральной системы.

— Соматическая дисфункция FRS — дисфункция позвоночно-двигательного сегмента, заключающаяся в смещении вышележащего позвонка относительно нижележащего. Вышележащий позвонок находится в положении флексии, сопровождающейся односторонними ротацией и боковым наклоном (латерофлексией). Движения экстензии, ротации и бокового наклона в другую сторону ограничены.

— Соматическая дисфункция ERS — дисфункция позвоночно-двигательного сегмента, заключающаяся в смещении вышележащего позвонка относительно нижележащего. Вышележащий позвонок находится в положении экстензии, сопровождающейся односторонними ротацией и боковым наклоном (латерофлексией). Движения флексии, ротации и бокового наклона в другую сторону ограничены.

— Соматическая дисфункция NSR — групповая дисфункция позвонков, заключающаяся в их смещении в положение ротации и бокового наклона. Ротация и боковой наклон в другую сторону ограничены.

— Соматическая дисфункция отдела позвоночника — сочетанная дисфункция группы позвонков, которая включает в себя две и более дисфункции (с

указанием направлений дисфункций). Целесообразно дифференцировать с региональной соматической дисфункцией.

1.7 СОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ РЕБЕР И ГРУДИНЫ

- Соматическая дисфункция ребра в передне-задней компрессии — дисфункция ребра, заключающаяся в смещении грудинного конца ребра дорсально, а угла ребра вентрально. При этом аксиллярная часть ребра выступает (смещается латерально).
- Соматическая дисфункция ребра в боковой компрессии — дисфункция ребра, заключающаяся в смещении грудинного конца ребра вентрально, а угла дорсально. Аксиллярная часть ребра западает (смещается медиально).
- Соматическая дисфункция ребра в переднем положении (переднее смещение) — смещение грудинного конца ребра, а также угла ребра вентрально.
- Соматическая дисфункция ребра в заднем положении (заднее смещение) — смещение грудинного конца ребра, а также угла ребра дорсально.
- Соматическая дисфункция ребра в верхнем положении (верхнее смещение) — смещение ребра цефалически.
- Соматическая дисфункция ребра в нижнем положении (нижнее смещение) — смещение ребра каудально.
- Соматическая дисфункция ребра на вдохе — движение ребра на вдохе преобладает над движением ребра на выдохе.
- Соматическая дисфункция ребра на выдохе — движение ребра на выдохе преобладает над движением ребра на вдохе.
- Соматическая дисфункция грудины – ограничение движения грудины на вдохе и выдохе.

2. Соматические дисфункции краниосакральной системы и органов головы.

Физиологические дисфункции СБС:

1. Соматическая дисфункция СБС: флексия — дисфункция СБС, выражающаяся в преобладании амплитуды флексии по сравнению с амплитудой экстензии в СБС в рамках краниального ритмического импульса.
2. Соматическая дисфункция СБС: экстензия — дисфункция СБС, выражающаяся в преобладании амплитуды экстензии по сравнению с амплитудой флексии в СБС в рамках краниального ритмического импульса.
3. Соматическая дисфункция СБС: торсия— дисфункция СБС, выражающаяся в разнонаправленном повороте клиновидной и затылочной костей вокруг

переднезадней оси движения (сагиттальной оси). Дисфункция физиологическая (сохранены движения вокруг физиологических осей затылочной и клиновидной костей).

4. Соматическая дисфункция СБС: боковой наклон с ротацией *(SBR, side-bend-rotation)* — дисфункция СБС, выражающаяся в разнонаправленном развороте клиновидной и затылочной костей вокруг патологических вертикальных осей и одноименном наклоне этих костей вокруг патологической сагиттальной оси. Дисфункция физиологическая (сохранены движения вокруг физиологических осей затылочной и клиновидной костей).

Нефизиологические дисфункции СБС:

5. Соматическая дисфункция СБС: вертикальный стрейн— дисфункция СБС, выражающаяся в смещении тела клиновидной кости выше (верхний-высокий стрейн) или ниже (нижний-низкий стрейн) основания затылочной кости, формирующаяся в результате однонаправленного поворота затылочной и клиновидной костей относительно собственных поперечных осей.
6. Соматическая дисфункция СБС: латеральный стрейн— дисфункция СБС, выражающаяся в смещении тела клиновидной кости влево (левый стрейн) или вправо (правый стрейн) относительно основания затылочной кости, формирующаяся в результате однонаправленного поворота затылочной и клиновидной костей относительно собственных вертикальных осей.
7. Соматическая дисфункция СБС в компрессии – дисфункция СБС, заключающаяся в сближении тела клиновидной кости с основанием затылочной кости, приводящем к резкому ограничению амплитуды движения СБС в краниальном ритме.
8. Соматическая дисфункция височной кости — ротация височной кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).
9. Соматическая дисфункция лобной кости — ротация лобной кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).

10. Соматическая дисфункция теменной кости — ротация теменной кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).
11. Соматическая дисфункция скуловой кости — ротация скуловой кости: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).
12. Соматическая дисфункция верхней челюсти — ротация верхней челюсти: наружная (проявляющаяся преобладанием амплитуды наружной ротации по отношению к амплитуде внутренней ротации) или внутренняя (проявляющаяся преобладанием амплитуды внутренней ротации по отношению к амплитуде наружной ротации).
13. Соматическая дисфункция костей лицевого черепа — дисфункция, проявляющаяся ограничением подвижности определенной кости относительно собственных физиологических осей.
14. Соматическая дисфункция твердой мозговой оболочки (ТМО) — дисфункция, проявляющаяся ограничением подвижности ТМО в местах ее физиологического прикрепления. Характеризуется ограничением свободы ТМО.
15. Соматическая дисфункция «Wiplash» (по типу хлыстовой травмы) — дисфункция, характеризующаяся асинхронным движением затылочной кости и крестца. Сопровождается ограничением движения ТМО.
16. Соматическая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) — ограничение подвижности и/или смещение нижней челюсти.
17. Соматическая дисфункция черепных нервов — компримирование или нарушение нормального (физиологического) положения одного из нервов в зонах остеопатических конфликтов (СД, костей черепа, ТМО).
18. Соматическая дисфункция швов черепа — дисфункция, проявляющаяся ограничением подвижности швов черепа.
19. Соматическая дисфункция «краниосакральный асинхронизм» — дисфункция, проявляющаяся нарушением симфазности работы краниальной и сакральной составляющих краниосакральной системы.

20. Соматическая дисфункция «внутрикостное повреждение» — дисфункция, характеризующаяся изменением напряжения в определенных частях кости (часто обусловлена особенностями эмбрионального развития костей черепа или прямой травмой).

3. Соматические дисфункции периферической (соматической и вегетативной) нервной системы.

— Соматическая дисфункция периферических нервов верхних и нижних конечностей.

— Соматическая дисфункция периферических нервов грудной клетки.

— Соматическая дисфункция структур вегетативной нервной системы (ВНС) — дисфункция с вовлечением симпатической или парасимпатической составляющей ВНС.

— Соматическая дисфункция симпатических ганглиев шеи.

— Соматическая дисфункция симпатических ганглиев грудной клетки.

— Соматическая дисфункция симпатических ганглиев поясничной области.

— Соматическая дисфункция симпатических ганглиев области таза.

— Соматическая дисфункция вегетативных ганглиев головы.

— Соматическая дисфункция смешанных (симпатически-парасимпатических) нервных сплетений.

— Соматическая дисфункция блуждающего нерва.

4. Соматические дисфункции внутренних органов.

— *Соматические дисфункции гортанно-глоточного комплекса*

- Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает ротация гортанно-глоточного комплекса относительно вертикальной оси вправо.
- Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает ротация гортанно-глоточного комплекса относительно вертикальной оси влево.
- Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает правый боковой наклон гортанно-глоточного комплекса относительно переднезадней оси.
- Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает левый боковой наклон гортанно-глоточного комплекса относительно переднезадней оси.

- Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в верхнем положении — дисфункция, при которой преобладает краниальное смещение гортанно-глоточного комплекса.
- Соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает каудальное смещение гортанно-глоточного комплекса.
- Сочетанная соматическая дисфункция гортанно-глоточного комплекса — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направлений дисфункций).

— *Соматические дисфункции легких*

- Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) на вдохе — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в фазе диафрагмального вдоха по сравнению с фазой выдоха.
- Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) на выдохе — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в фазе диафрагмального выдоха по сравнению с фазой вдоха.

Данные соматические дисфункции могут быть сочетанными, то есть включать любое количество долей легких в любых дисфункциях.

1. Ограничение мобильности верхней доли легкого, преимущественно вызванное рестрикцией связок купола плевры
2. Ограничение мобильности верхней доли легкого, преимущественно вызванное рестрикцией связки-ракетки (связки корня легкого)
3. Ограничение мобильности нижней доли легкого, преимущественно вызванное фиксациями плевры
4. Ограничение мобильности нижней доли легкого, преимущественно вызванное рестрикцией межплевральной связки
5. Ограничение мотильности верхней/нижней доли легкого с преобладанием фазы экспир
6. Ограничение мотильности верхней/нижней доли легкого с преобладанием фазы инспир

- Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

- Соматическая дисфункция доли легкого (с указанием доли) в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения доли легкого в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции плевры*

- Соматическая дисфункция плевры — ограничение подвижности плевры (с указанием зоны) при диафрагмальном вдохе.

— *Соматические дисфункции средостения*

- Соматическая дисфункция органов средостения в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в правой ротации относительно вертикальной оси.
- Соматическая дисфункция органов средостения в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в левой ротации относительно вертикальной оси.
- Соматическая дисфункция органов средостения в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в правый боковой наклон относительно переднезадней оси.
- Соматическая дисфункция органов средостения в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение объема средостения в левый боковой наклон относительно переднезадней оси.
- Соматическая дисфункция органов средостения во флексии — дисфункция, при которой преобладает движение переднего наклона объема средостения относительно горизонтальной оси.
- Соматическая дисфункция органов средостения в экстензии — дисфункция, при которой преобладает движение заднего наклона объема средостения относительно горизонтальной оси.
- Сочетанная соматическая дисфункция органов средостения — дисфункция, которая включает в себя две и более дисфункции (с указанием направлений дисфункций).
- Соматические дисфункции перикарда (дисфункции, характеризующиеся напряжением связок перикарда) - нарушение мобильности перикарда.
- Соматическая дисфункция вертебро-перикардиальной связки — напряжение вертебро-перикардиальной связки.

- Соматическая дисфункция верхней грудино-перикардиальной связки — напряжение верхней грудино-перикардиальной связки.
- Соматическая дисфункция нижней грудино-перикардиальной связки — напряжение нижней грудино-перикардиальной связки.
- Соматическая дисфункция диафрагмально-перикардиальной связки — напряжение диафрагмально-перикардиальной связки.
- Сочетанная соматическая дисфункция — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции: напряжение двух и более связок перикарда.

— *Соматические дисфункции желудка*

1. Ограничение мобильности желудка:
   - Соматическая дисфункция желудка в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение правого бокового наклона желудка относительно переднезадней оси.
   - Соматическая дисфункция желудка в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение левого бокового наклона желудка относительно переднезадней оси.
   - Соматическая дисфункция желудка в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает правая ротация желудка относительно вертикальной оси.
   - Соматическая дисфункция желудка в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает левая ротация желудка относительно вертикальной оси.
   - Соматическая дисфункция желудка по типу птоза — дисфункция, при которой преобладает подвижность желудка в каудальном направлении.
   - Соматическая дисфункция желудка в верхнем направлении при наличии грыжи пищеводного отверстия грудобрюшной диафрагмы — дисфункция, при которой преобладает подвижность желудка в краниальном направлении.
   - Сочетанная соматическая дисфункция желудка — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункций).
   - Соматическая дисфункция — спазм пилорического сфинктера.
2. Ограничение мотильности желудка

- Соматическая дисфункция желудка в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения желудка в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
- Соматическая дисфункция желудка в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения желудка в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции печени*

1. Ограничение мобильности печени:
   - Соматическая дисфункция печени в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение правого бокового наклона печени относительно переднезадней оси.
   - Соматическая дисфункция печени в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение левого бокового наклона печени относительно переднезадней оси.
   - Соматическая дисфункция печени в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает правая ротация печени относительно вертикальной оси.
   - Соматическая дисфункция печени в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает левая ротация печени относительно вертикальной оси.
   - Соматическая дисфункция печени по типу птоза — дисфункция, при которой преобладает подвижность печени в каудальном направлении.
   - Соматическая дисфункция печени в верхнем направлении — дисфункция, при которой преобладает подвижность печени в краниальном направлении.
   - Сочетанная соматическая дисфункция печени — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункций).
2. Нарушение мотильности печени
   - Соматическая дисфункция печени в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения печени в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
   - Соматическая дисфункция печени в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения печени в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.
   - Соматические дисфункции связок печени

- Соматическая дисфункция правой треугольной связки печени — напряжение правой треугольной связки печени.
- Соматическая дисфункция левой треугольной связки печени — напряжение левой треугольной связки печени.
- Соматическая дисфункция венечной связки печени — напряжение венечной связки печени.
- Соматическая дисфункция серповидной связки печени — напряжение серповидной связки печени.
- Соматическая дисфункция круглой связки печени — напряжение круглой связки печени.
- Соматическая дисфункция печеночно-двенадцатиперстной связки — напряжение печеночно-двенадцатиперстной связки.
- Соматическая дисфункция печеночно-желудочной связки — напряжение печеночно-желудочной связки.
- Соматическая дисфункция печеночно-ободочной связки — напряжение печеночно-ободочной связки.
- Соматическая дисфункция печеночно-почечной связки — напряжение печеночно-почечной связки.
- Сочетанная соматическая дисфункция — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции: напряжение двух и более связок печени.

— *Соматические дисфункции двенадцатиперстной кишки*

1. Нарушение мобильности:
    - Соматическая дисфункция двенадцатиперстной кишки — ограничение подвижности двенадцатиперстной кишки.
    - Соматическая дисфункция сфинктера Одди — нарушение тонуса сфинктера Одди.
2. Нарушение мотильности:
    - Соматическая дисфункция двенадцатиперстной кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения двенадцатиперстной кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

- Соматическая дисфункция двенадцатиперстной кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения двенадцатиперстной кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции тощей кишки*

1. Нарушение мобильности:
    - Соматическая дисфункция тощей кишки в нижнем положении — птоз - дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость тощей кишки в каудальном направлении.
    - Соматическая дисфункция дуодено-еюнального сочленения — ограничение подвижности дуодено-еюнального сочленения.
2. Нарушение мотильности:
    - Соматическая дисфункция тощей кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения тощей кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
    - Соматическая дисфункция тощей кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения тощей кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.
    - Соматические дисфункции подвздошной кишки и илеоцекальной зоны
    - Соматическая дисфункция подвздошной кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость подвздошной кишки в каудальном направлении. Дисфункция сопровождается изменением илеоцекального угла.
    - Соматическая дисфункция сфинктера Баугиниевой заслонки — нарушение тонуса сфинктера Баугиниевой заслонки.

— *Соматические дисфункции слепой кишки*

Нарушение мобильности (спазм, фиксация)

- Соматическая дисфункция слепой кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость слепой кишки в каудальном направлении.
- Соматическая дисфункция слепой кишки в правой подвздошной области — фиксация слепой кишки в правой подвздошной области.

Нарушение мотильности:

- Соматическая дисфункция слепой кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения слепой кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
- Соматическая дисфункция слепой кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения слепой кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции восходящей и нисходящей ободочной кишки*

Нарушение мобильности (фиксация, спазм)

- Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки — ограничение латерального смещения восходящей (нисходящей) ободочной кишки — дисфункция, при которой преобладает медиальное смещение восходящей (нисходящей) ободочной кишки.
- Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки — ограничение медиального смещения восходящей (нисходящей) ободочной кишки — дисфункция, при которой преобладает латеральное смещение восходящей (нисходящей) ободочной кишки.

Нарушение мотильности:

- Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения восходящей (нисходящей) ободочной кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
- Соматическая дисфункция восходящей (нисходящей) ободочной кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения восходящей (нисходящей) ободочной кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции сигмовидной кишки*

Нарушение мобильности (фиксация, спазм)

- Соматическая дисфункция сигмовидной кишки — ограничение подвижности сигмовидной кишки.
- Соматическая дисфункция сигмовидной кишки в нижнем положении— дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость сигмовидной кишки в каудальном направлении.

Нарушение мотильности:

- Соматическая дисфункция сигмовидной кишки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения

сигмовидной кишки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.

- Соматическая дисфункция сигмовидной кишки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения сигмовидной кишки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции прямой кишки*

Нарушение мобильности (фиксация, спазм)

- Соматическая дисфункция прямой кишки в нижнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость стенки прямой кишки в каудальном направлении.

— *Соматические дисфункции почек*

Нарушение мобильности (фиксация, птоз)

- Соматическая дисфункция почки в нижнем положении — дисфункция, при которой во время диафрагмального вдоха преобладает каудальное смещение почки.
- Соматическая дисфункция «Замороженная» почка — дисфункция, при которой резко ограничено движение почки на фазах диафрагмального дыхания.

Нарушение мотильности

- Соматическая дисфункция почки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения почки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
- Соматическая дисфункция почки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения почки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции мочевого пузыря*

Нарушение мобильности (фиксация, спазм, птоз)

- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в правом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение правого бокового наклона мочевого пузыря относительно переднезадней оси.
- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в левом боковом наклоне — дисфункция, при которой преобладает движение левого бокового наклона мочевого пузыря относительно переднезадней оси.

- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в правой ротации — дисфункция, при которой преобладает правая ротация мочевого пузыря относительно вертикальной оси.
- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в левой ротации — дисфункция, при которой преобладает левая ротация мочевого пузыря относительно вертикальной оси.
- Соматическая дисфункция мочевого пузыря по типу птоза — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость мочевого пузыря в каудальном направлении.
- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в верхнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость мочевого пузыря в краниальном направлении.
- Сочетанная соматическая дисфункция мочевого пузыря — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункций).

Нарушение мотильности:

- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения мочевого пузыря в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
- Соматическая дисфункция мочевого пузыря в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения мочевого пузыря в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

— *Соматические дисфункции матки*

Нарушение мобильности (фиксации, птоз, спазм)

- Соматическая дисфункция матки — Ретрофлексия матки — задний наклон тела матки относительно горизонтальной оси с сохранением маточно-шеечного угла.
- Соматическая дисфункция матки — Ретроверсия матки — задний наклон тела матки относительно горизонтальной оси с изменением маточно-шеечного угла.
- Соматическая дисфункция матки — Латерофлексия матки — боковой наклон тела матки относительно переднезадней оси (с указанием направления наклона) с сохранением маточно-шеечного угла.

- Соматическая дисфункция матки — Латероверсия матки — боковой наклон тела матки относительно переднезадней оси (с указанием направления наклона) с изменением маточно-шеечного угла.
- Соматическая дисфункция матки — Опущение матки — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость матки в каудальном направлении.
- Соматическая дисфункция матки — Смещение матки в верхнем положении — дисфункция, при которой преобладает подвижность/смещаемость матки в краниальном направлении.
- Сочетанная соматическая дисфункция матки — дисфункция, которая включает в себя две и более соматические дисфункции (с указанием направления дисфункции).

Нарушение мотильности матки:

- Соматическая дисфункция матки в экспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения матки в экспир-фазе мотильности по сравнению с инспир-фазой.
- Соматическая дисфункция матки в инспир-фазе мотильности — дисфункция, при которой наблюдается преобладание движения матки в инспир-фазе мотильности по сравнению с экспир-фазой.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Согласно одному из определений, болезнь — это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов при мобилизации его компенсаторно-приспособительных механизмов. Можно утверждать, что любая болезнь имеет как функциональную, так и структурную составляющую.

Нарушения структуры и функции могут быть: обратимыми, частично обратимыми, необратимыми. Соматическая дисфункция — это ***обратимое*** структурно-функциональное нарушение в тканях и органах. Нарушение структуры обусловлено: изменениями в системе СТ, соотношении разных видов коллагена, а также коллагена и эластина (биомеханика); изменениями качественных характеристик жидкостей организма и их движения (гидродинамика); затруднениями проведения нервного сигнала (нейродинамика). СД могут выявляться как при наличии, так и при отсутствии явных признаков заболевания. В результате процессов адаптации и компенсации, а также при их нарушениях (при дезадаптации и

декомпенсации), формирующаяся в организме СД в ряде случаев может вызвать различные клинические проявления, которые могут не совпадать с ней по локализации.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния: *наличие патогномоничных данных:*

1. анамнестических данных;
2. физикального обследования.

- Всем пациентам при подозрении на соматическую дисфункцию **рекомендован** прием (осмотр, консультация) врача-остеопата в целях установления диагноза и последующей коррекции выявленных соматических дисфункций на основе заполненного остеопатического заключения [19,20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендовано** обратить внимание на походку пациента с соматическими дисфункциями, как он зашел в кабинет, сел, оценить поведение, общее психологического состояние в целях установления диагноза [21-24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендовано** пациентам с соматическими дисфункциями с целью установления диагноза провести сбор анамнеза и жалоб остеопатический [20,23,25,26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Сбор жалоб и анамнеза остеопатический у пациента с соматическими дисфункциями должен производиться подробно и развернуто (алгоритм сбора анамнеза заболевания и анамнеза жизни, алгоритм сбора жалоб – см. Приложение А3.2).

- **Рекомендовано** в целях установления диагноза пациентам с соматическими дисфункциями подробно в хронологическом порядке собрать и описать анамнез

заболевания (Anamnesis morbi) - возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от первых его признаков до момента обращения на прием к врачу-остеопату [20,23,25,26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендовано в целях установления диагноза собрать и описать подробный анамнез жизни пациента с соматическими дисфункциями (Anamnesis vitae) [20,23,25,26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендовано в целях установления диагноза при диагностике СД у ребенка собрать и описать подробный акушерский анамнез и особенности периода новорожденности [27,28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: алгоритм сбора развернутой информации по акушерскому анамнезу и особенностям течения периода новорожденности см. Приложение А3.3

2.2 Физикальное обследование

Оценка общего состояния пациента основывается на объективных признаках – сознание, активность поведения, весь комплекс непосредственного исследования пациента; обязательно учитывают степень выраженности интоксикации и (или) функциональных нарушений систем организма. Окончательное заключение делается по окончании объективного осмотра. Выделяют удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое состояние [20].

- **Рекомендовано** всем пациентам с подозрением на соматическую дисфункцию проведение общего остеопатического осмотра (визуальный осмотр остеопатический и пальпация остеопатическая) с определением доминирующей соматической дисфункции в целях установления диагноза [20,29,30].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

  Комментарии: Алгоритм проведения визуального осмотра остеопатического и пальпации остеопатической – см. Приложения А3.4, 3.5

  Рекомендовано всем пациентам с соматическими дисфункциями для оценки остеопатического статуса оформить остеопатическое заключение [1] (см. приложение А3.6).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные диагностические исследования обычно не применяются для диагностики СД, однако могут быть полезны в целях исключения иных заболеваний и состояний - при проведении дифференциальной диагностики, выявления противопоказаний к лечению (см. соответствующие клинические рекомендации) [31].

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Инструментальные диагностические исследования обычно не применяются для диагностики СД, однако могут быть полезны в целях исключения иных заболеваний и состояний - при проведении дифференциальной диагностики, выявления противопоказаний к лечению (см. соответствующие клинические рекомендации) [31].

2.5 Иные диагностические исследования

Иные диагностические исследования обычно не применяются для диагностики СД, однако могут быть полезны в целях исключения иных заболеваний и состояний - при проведении дифференциальной диагностики, выявления противопоказаний к лечению (см. соответствующие клинические рекомендации) [31].

- **Рекомендовано** взрослым пациентам с установленной(ыми) СД прием (осмотр, консультация) врача-психиатра или прием (тестирование, консультация) медицинского психолога в целях оценки необходимости и целесообразности проведения клинико-психологического лечения [32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендовано пациентам с установленной(ыми) СД прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре в целях оценки необходимости и целесообразности назначения комплекса упражнений (лечебной физкультуры) [33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Российская остеопатическая школа разработала методологию остеопатической диагностики и достигла больших успехов в проведении клинических исследований результатов остеопатической коррекции, результаты которых отражены в первом в мире Национальном руководстве по остеопатии [34].

3.1 Остеопатическая коррекция

- Пациентам с соматической дисфункцией **рекомендована** остеопатическая коррекция соматических дисфункций (локальных, региональных, глобальных). Схема лечения определяется индивидуально на основе жалоб, анамнеза, данных оценки соматического и остеопатического статусов, в соответствии с оформленным остеопатическим заключением, при этом определяется количество, характер (вид) техник и последовательность их использования на данном сеансе [24, 35-39].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Остеопатическая коррекция может применяться до, совместно или после других методов лечения (лекарственная терапия, хирургическое лечение, физиотерапия, ЛФК и др.) и усиливать лечебный эффект, значительно сокращая при этом риск возникновения осложнений, в том числе за счет уменьшение лекарственной нагрузки на организм пациента [162, 163].

Рекомендована остеопатическая коррекция взрослым с СД со следующими целями:

- увеличение подвижности (нормализация/уменьшение мышечного тонуса, улучшение кровоснабжения мышц [126-130];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- увеличение объема движений в суставах конечностей [131,132], увеличение объема движений в спине и шее [133-135];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

- уменьшение выраженности болевого синдрома (уменьшение уровня провоспалительных цитокинов и уменьшение периферической сенситизации) [139];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

- снижение активности симпатического отдела и повышение активности парасимпатического отдела ВНС, восстановление вегетативного равновесия [144];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- повышение уровня окситоцина, β-эндорфинов, серотонина и эндогенных каннабиноидов [148];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

- снижение уровня стресса, тревоги и депрессии [123-125,150];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

- улучшение венозного оттока от головы [153];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

- улучшение кровотока по позвоночным артериям, уменьшение его асимметрии [154];

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- улучшение микроциркуляции [156];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- активация лимфообразования и лимфотока [157];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- повышение качества жизни [56, 82];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

- повышение качества жизни у беременных [91, 160-161].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендована остеопатическая коррекция детям с СД со следующими целями:

- снижение активности симпатического отдела и повышение активности парасимпатического отдела ВНС, восстановление вегетативного равновесия [146],

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- снижение уровня стресса, тревоги и депрессии [66, 122];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

- улучшение кровотока по позвоночным артериям, уменьшение его асимметрии [155];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Основными показаниями для остеопатической коррекции (ОК) являются:

— в качестве монотерапии - наличие у пациента соматических дисфункций с отсутствием или минимальной выраженностью клинических проявлений (при отсутствии нозологического диагноза) и отсутствие противопоказаний к остеопатическому лечению,

— в составе комплексной терапии при совместном ведении пациента с врачом соответствующей специальности - при всех нозологических единицах в случае отсутствия противопоказаний.

При первичном обращении пациента врач-остеопат должен выяснить, нет ли у пациента противопоказаний для ОК.

Абсолютными противопоказаниями для ОК являются:

— Лихорадочные состояния.
— Острые инфекционные заболевания (за исключением периода реконвалесценции).
— Хронические инфекционные заболевания в фазе обострения.
— Контагиозные заболевания кожи, ногтей, волос.
— Злокачественные системные заболевания крови.
— Кровотечение или подозрение на кровотечение.
— Острая хирургическая патология.
— Системные заболевания соединительной ткани в период обострения.
— Острые воспалительные заболевания кровеносных и лимфатических сосудов, острый тромбоз.
— Аневризма аорты и сердца.
— Лёгочно-сердечная недостаточность 3-й степени.
— Гипертонический и гипотонический криз.
— Острый коронарный синдром.
— Черепно-мозговая травма (острый период).
— Острые травматические повреждения позвоночника и суставов с нарушением целостности костных структур.
— Острые нарушения мозгового и спинномозгового кровообращения (острейший период).
— Острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек, позвоночника и суставов.
— Диагностически неясные случаи с подозрением на патологию, являющуюся противопоказанием к остеопатической коррекции.
— Эндогенные психические заболевания в период обострения, экзогенные психические расстройства с чрезмерным возбуждением.

Относительные противопоказания для ОК:

- Аномалии краниовертебральной зоны и шейного отдела позвоночника (в том числе аномалия Киммерли, аномалия Арнольда-Киари).
- Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).
- Грыжа межпозвонкового диска в области шейного отдела позвоночника в остром периоде заболевания при выраженном болевом синдроме.
- Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.
- Остеопороз.
- Злокачественные новообразования любой локализации.
- Доброкачественные образования (активный рост).
- Ранний послеоперационный период при хирургических вмешательствах.
- Гнойные процессы любой локализации.

Вышеперечисленные заболевания и состояния являются больше противопоказанием к применению отдельных остеопатических техник и подходов, нежели остеопатической коррекции в целом.

Рекомендовано после проведения приема (осмотр, консультация) врача-остеопата дать пациенту с соматическими дисфункциями или его законному представителю рекомендации по рационализации питания (диете) и двигательной активности, образу жизни, обсудить повторное посещение врача-остеопата (повторные сеансы, интервал между ними) с целью достижения максимального клинического эффекта от проводимого лечения [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.1.1. Контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест)

- **Рекомендовано** по завершению приема (осмотра, консультациия) врача-остеопата контрольное тестирование тех регионов, которые он корректировал (контрольное тестирование корригируемых регионов, ре-тест) в целях оценки результативности выполненного лечения [19,20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2 Иные методы

- **Рекомендована** пациентам с СД рациональная физическая активность в составе комплексной терапии с целью закрепления результатов проводимой остеопатической коррекции соматических дисфункций [41,42].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не требуются.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **Рекомендуется** пациентам с соматическими дисфункциями соблюдение оптимального двигательного стереотипа, принципов рационального питания с целью своевременной профилактики соматических дисфункций [43,44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

6. Организация оказания медицинской помощи

Остеопатическая коррекция может применяться на всех этапах оказания медицинской помощи населению (Рис. 4).



Рисунок 4. Место остеопатической коррекции в системе оказания медицинской помощи населению.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «остеопатия», требования к врачу-остеопату – см. Приложение А3.1.

6.1 Заполнение медицинской документации

В соответствие с действующей нормативно-правовой базой врач-остеопат на приеме в амбулаторно-поликлиническом учреждении заполняет медицинские документы - Учетную форму № 025/у, при приеме взрослого пациента либо форму № 112/у «История развития ребенка», а в стационаре - учетную форму N 003/у. Обязательным является заполнение остеопатического заключения (с.40). Запись о приеме заполняется на каждого впервые обратившегося пациента. Все записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью врача-остеопата.

При повторном обращении пациента в соответствующем медицинском документе отражается динамика его состояния и также обязательным является заполнение остеопатического заключения. Записи заполняются при каждом повторном посещении пациента. Записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью врача-остеопата

6.2 Показания для госпитализации в медицинскую организацию

отсутствуют.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Остеопатическая коррекция соматических дисфункций показала эффективность как в качестве монотерапии, так и при включении в состав комплексного лечения при следующих нозологиях:

- при дорсопатиях, неспецифической хронической боли в пояснице [46-47], в том числе во время беременности и после нее [48] - уменьшение интенсивности боли и улучшение функционального состояния;

- при хронической неспецифической боли в шее [49] и острой боли в шее [50] - уменьшение интенсивности боли;

- при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [51, 52] - увеличение активного открывания рта и уменьшение интенсивности боли;

- при постинсультной периартропатии плечевого сустава [53] - увеличение повседневной активности и возможности действия пораженной рукой, уменьшение интенсивности боли;

- после травм верхних [54, 55] и нижних конечностей [57] - увеличение объема движений в суставах;

- при посттравматической кокцигодинии [56] - уменьшение интенсивности боли;

- при мышечной кривошее у детей вследствие родовой травмы [58,59] - более полное устранение биомеханических и тонусных нарушений в шее, более быстрое уменьшение болевого синдрома и уменьшение коэффициента асимметрии при сонографическом исследовании;

- при дисплазии и подвывихе тазобедренного сустава у детей [60-63] уменьшение сроков фиксации ребенка в отводящих шинах;

- при идиопатическом сколиозе 1 степени у детей [64] - уменьшение величины угла Кобба;

- при плоскостопии у детей [65] - уменьшение числа жалоб (общая утомляемость при длительной ходьбе, боли в ногах и спине, спазм икроножных мышц, нарушение походки) и нормализация индекса Чижина;

- при недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей и подростков [66] - снижение интенсивности болевого синдрома, нормализация функционирования вегетативной нервной системы;

- при вальгусной деформации I пальца стопы I–II степени [67] - уменьшение величины межплюсневого угла и угла вальгусного отклонения I пальца;

- при узком небе у детей [68] - увеличение угла турецкого седла, суставного угла и расстояния между ямками первых постоянных верхних моляров;

- при мигрени [69] - снижение влияния головной боли на повседневную активность, уменьшение потребления анальгетиков, дней мигрени, интенсивности боли и функциональной инвалидности;

- при головной боли напряжения [70, 71] - уменьшение выраженности болевого синдрома и астенического состояния;

- при туннельной компрессионно-ишемической невропатией (синдром запястного канала) [72] - улучшение показателей ЭНМГ и уменьшение субъективных жалоб пациентов;

- при перинатальном поражении ЦНС гипоксически-ишемического генеза 1–2 ст. [73,74] - уменьшения мышечного дисбаланса, увеличения объема активных и пассивных

движений, исчезновения патологических рефлексов и признаков задержки психомоторного развития, восстановления выпрямительных реакций, становления координации движений, улучшения силы и манипулятивных функций кисти;

- при гипертензионно-гидроцефальном синдроме у детей до 1 года [75] - уменьшение проявлений общей мозговой симптоматики и асимметрии линейной скорости кровотока по позвоночным артериям;

- при бульбарной дизартрии легкой формы у детей до 1 года [76] - ускорение восстановления речевых функций, предотвращение прогрессирования задержки предречевого развития;

- при детском церебральном параличе [77] - улучшение двигательных функций и функциональной независимости;

- при задержке речевого развития у детей [78] - снижение степени выраженности речевых нарушений;

- при синдроме раздраженного кишечника [79-81] - уменьшение выраженности боли в абдоминальной области, запора, диареи;

- при хроническом запоре [82] - уменьшение симптомов и времени транзита по толстой кишке;

- при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [83]- уменьшение симптомов;

- при хроническом гастрите [84] - снижение кислотности желудочного сока;

- при целиакии [85, 86] - улучшение процессов пищеварения, нормализация сократительной функции желчного пузыря, желудка и двенадцатиперстной кишки;

- при постхолецистэктомическом синдроме [87] - снижение уровня болевого синдрома, уровня общего билирубина;

- при функциональных расстройствах органов пищеварения и проблемах, связанных с грудным вскармливанием, у детей первого года жизни [88] - сокращение продолжительности плача, увеличение продолжительность сна, улучшение способности младенцев присасываться к груди;

- при недержании мочи у женщин [89] - уменьшение симптомов;

- при нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря, осложнённых хроническим буллезным циститом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом у детей [90] - уменьшение симптомов;

- при хроническом пиелонефрите у беременных [91, 92] - уменьшение выраженности болевого синдрома, улучшение уродинамики и психоэмоционального состояния;

- при синдроме хронической тазовой боли у женщин [93] и мужчин [94] - снижение интенсивности болевого синдрома и повышение качества жизни;

- при пострадиационно-мастэктомическом синдроме [95] - улучшение функции и уменьшение отека верхней конечности;

- при послеоперационной кишечной непроходимости [96] - уменьшение продолжительности послеоперационного пребывания в стационаре;

- после операции с использованием срединной стернотомии [97] - уменьшение интенсивности болевого синдрома и объема жидкости в плевральных полостях у взрослых;

- после ампутация нижних конечностей на уровне голени [98, 99] - улучшение постурального баланса и кровотока в культе у взрослых;

- при хронической обструктивной болезни легких [100] - увеличение работоспособности и объёма форсированного выдоха за первую секунду;

- у взрослых с пневмонией [101-103] - сокращение продолжительности пребывания в больнице и внутривенного введения антибиотиков, а также уменьшение частоты дыхательной недостаточности;

- у взрослых после перенесенной плевропневмонии [107] - купирование абдоминальных болей эпигастральной локализации;

- у взрослых с хроническим бронхитом [104] и после коронавирусной пневмонии COVID-19 [105, 106] - улучшение показателей функции внешнего дыхания;

- у взрослых с постпункционным синдромом [108] - снижения интенсивности болевого синдрома;

- при миопии легкой степени и спазме аккомодации у детей [109-111] - стабилизация или повышение остроты зрения, уменьшение асимметрии кровотока в позвоночных артериях;

- уменьшение астигматизма у детей [112];

- при первичной открытоугольной глаукоме [113,114] - снижение уровня внутриглазного давления и выраженности болевого синдрома, увеличение полей зрения;

- при рецидивирующем остром среднем отите у детей [115] - уменьшение количества эпизодов острого отита и хирургических вмешательств;

- при хроническом аденоидите у детей [116] - уменьшение жалоб и увеличение сроков ремиссии;

- при хроническом тонзиллите у взрослых [117, 118] - уменьшение боли в горле, повышение качества жизни, увеличение функциональной активности нёбных миндалин;

- при синдроме дефицита внимания и гиперактивности [119-121] - увеличение зрительно-пространственного внимания и кратковременной памяти.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-остеопата	Да/нет
2	Выполнен сбор анамнеза и жалоб остеопатический, анамнеза жизни	Да/нет
3	Выполнен визуальный осмотр остеопатический и пальпация остеопатическая	Да/нет
4	Выполнено оформление остеопатического заключения с указанием доминирующей соматической дисфункции	Да/нет
5	Выполнена остеопатическая коррекция соматических дисфункций в соответствии с остеопатическим заключением	Да/нет
6	Выполнено назначение рекомендаций по соблюдению оптимального двигательного стереотипа, рациональному питанию	Да/нет

Список литературы

1. Мохов Д.Е., Аптекарь И.А., Белаш В.О., Литвинов И.А., Могельницкий А.С., Потехина Ю.П., Тарасов Н.А., Тарасова В.В., Трегубова Е.С., Устинов А.В. Основы остеопатии. Учебник / под ред. Д. Е. Мохова. Москва, 2020
2. Потехина Ю.П., Гуричев А.А. Терминология повреждений в остеопатии и в других медицинских дисциплинах. Российский остеопатический журнал. 2021; (2): 116-127
3. Алексеев А. А., Заворотинская Н. В. Остеохондроз, заболевания связок, суставов, мышц. М.-Пенза: ОООНПП «Гидриатика»; 2008; 148 с.
4. Омельяненко Н.П., Слуцкий Л.И. Соединительная ткань (гистофизиология и биохимия). Том 1. Под ред. С.П. Миронова. М.: Известия; 2009; 380 с.
5. Омельяненко Н.П., Слуцкий Л.И. Соединительная ткань (гистофизиология и биохимия). Том 2. Под ред. С.П. Миронова. М.: Известия; 2010; 600 с.
6. Серов В. В., Шехтер А. Б. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология). М.: Медицина; 1981; 312 с.
7. Аптекарь И.А., Костоломова Е.Г., Суховей Ю.Г. Изменение функциональной активности фибробластов в процессе моделирования компрессии, гиперкапнии и гипоксии. Российский остеопатический журнал. 2019; 1-2 (44-45): 72-84
8. Гельфман М.И. Коллоидная химия: учебник. СПб.: Лань; 2010; 336 с.
9. Zaguskin S.L. Time Life and Biosystems Sustainability. Part 1. Preservation of Biosystems Stability through Deletion or Update Its Components. Space and Time. 2012; 4 (10): 168-174.
10. Загускин С.Л. Ритмы клетки и здоровье человека. Ростов-на-Дону: ЮФУ; 2010; 292 с.
11. Черниговский В.Н. Интероцепция. Л.: Наука; 1985; 413 с.
12. Denslow J.S., Korr I.M., Krems A.D. Quantitative studies of chronic facilitation in human motorneuron pools. Am J Physiol. 1947; 150: 229-238.
13. Korr I.M. The collected papers of Irvin M. Korr / Ed. B. Peterson. American Academy of Osteopathy, Colorado; 1947; 322 p.
14. Van Buskirk R.L. Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: a model. Journal of the American Osteopathic Association. 1990; 90 (9): 792-794, 797-809.
15. Мохов Д.Е. Основные теоретические аспекты функционирования постуральной системы. Мануальная терапия. 2009; 1 (33): 76-82

16. Мохов Д.Е., Потехина Ю.П., Трегубова Е.С., Гуричев А.А. Остеопатия – новое направление современной медицины (Современная концепция остеопатии). Российский остеопатический журнал. 2022; (2): 8-26
17. World Health Organization et al. Benchmarks for training in traditional/ complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy. – 2010.
18. Johnson G. M. The sensory and sympathetic nerve supply within the cervical spine: review of recent observations // Man Ther. 2004;9(2):71-6.
19. Atchison J. W. et al. Manipulation, traction, and massage //Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation. – Elsevier, 2021. – С. 316-337. e7.
20. Beal M. C. (ed.). The principles of palpatory diagnosis and manipulative technique. – Indianapolis, IN: American Academy of Osteopathy, 1989.
21. Qureshi Y. et al. Effects of somatic dysfunction on leg length and weight bearing //Journal of Osteopathic Medicine. – 2014. – Т. 114. – №. 8. – С. 620-630.
22. Licciardone J. C. et al. Depression, somatization, and somatic dysfunction in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC Trial //Journal of Osteopathic Medicine. – 2012. – Т. 112. – №. 12. – С. 783-791.
23. Егорова И. А., Кузнецова Е. Л., Бучнов А. Д. Соматические дисфункции у детей раннего возраста (диагностика и восстановительное лечение) //Российский семейный врач. – 2007. – Т. 11. – №. 1. – С. 19-22.
24. Матвиенко В. В., Бучнов А. Д., Егорова И. А. Остеопатический статус и функциональное состояние организма школьников до и после остеопатической коррекции //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2015. – Т. 14. – №. 4. – С. 4-7.
25. Hensel K, ed. A Teaching Guide for Osteopathic Manipulative Medicine. Chevy Chase, MD: American Association of Colleges of Osteopathic Medicine; 2015:1
26. Magee DJ. Orthopedic Physical Assessment. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2008:21.
27. Waddington E. L. et al. Incidence of somatic dysfunction in healthy newborns //Journal of Osteopathic Medicine. – 2015. – Т. 115. – №. 11. – С. 654-665.
28. Кузьмина Ю. О. и др. Соматические дисфункции у детей первого года жизни: особенности формирования //Российский остеопатический журнал. – 2021. – №. 1. – С. 34-44.
29. Phillips D. R., Twomey L. T. A comparison of manual diagnosis with a diagnosis established by a uni-level lumbar spinal block procedure //Manual therapy. – 1996. – Т. 1. – №. 2. – С. 82-87.

30. Ehrenfeuchter WC, Kappler RE. Palpatory examination. Foundations of osteopathic medicine. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 401e9.
31. William R Yates et al. Somatic Symptom Disorders Workup. URL: https://emedicine.medscape.com/article/294908-workup
32. Berezowski L. et al. Early Psychological Interventions for Somatic Symptom Disorder and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis //Psychosomatic medicine. – 2022. – Т. 84. – №. 3. – С. 325-338.
33. STRACHAN W. F. PHYSICAL ACTIVITY AS AN AID TO OSTEOPATHIC MANIPULATIVE TREATMENT //The Journal of the American Osteopathic Association. – 1964. – Т. 63. – С. 709-716.
34. ОСТЕОПАТИЯ. Национальное руководство / Под ред. Д.Е. Мохова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 624 с.
35. Licciardone J. C. et al. Osteopathic manual treatment in patients with diabetes mellitus and comorbid chronic low back pain: subgroup results from the OSTEOPATHIC Trial //Journal of Osteopathic Medicine. – 2013. – Т. 113. – №. 6. – С. 468-478.
36. Vismara L. et al. Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study //Manual therapy. – 2012. – Т. 17. – №. 5. – С. 451-455.
37. Bagagiolo D., Rosa D., Borrelli F. Efficacy and safety of osteopathic manipulative treatment: an overview of systematic reviews //BMJ open. – 2022. – Т. 12. – №. 4. – С. e053468.
38. Dal Farra F. et al. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis //Complementary Therapies in Medicine. – 2021. – Т. 56. – С. 102616.
39. Lanaro D. et al. Osteopathic manipulative treatment showed reduction of length of stay and costs in preterm infants: A systematic review and meta-analysis //Medicine. – 2017. – Т. 96. – №. 12.
40. Berezowski L. et al. Early Psychological Interventions for Somatic Symptom Disorder and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis //Psychosomatic medicine. – 2022. – Т. 84. – №. 3. – С. 325-338.
41. Vismara L. et al. Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study //Manual therapy. – 2012. – Т. 17. – №. 5. – С. 451-455.
42. Strachan W. F. Physical activity as an aid to osteopathic manipulative treatment //The Journal of the American Osteopathic Association. – 1964. – Т. 63. – С. 709-716.
43. Потехина Ю. П. Патогенез соматических дисфункций (локальный и региональный уровни) //Российский остеопатический журнал. – 2016. – №. 3-4. – С. 91-104.

Код поля изменен

44. Licciardone J. C. et al. A case-control study of osteopathic palpatory findings in type 2 diabetes mellitus //Osteopathic Medicine and Primary Care. – 2007. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-12.
45. Мохов Д.Е., Трегубова Е.С., Потехина Ю.П. Остеопатия - научное направление медицины. - Санкт-Петербург: Невский ракурс, 2025. – 250 с.
46. Franke H., Franke J. D., Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis // BMC Musculoskelet. Disord. – 2014. - №15(1). – P. 286.
47. Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med 2021; 56:102616.
48. Franke H., Franke J.-D., Belz S., Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 2017. - 21 (4). 752 - 762.
49. Haller H., Lauche R., Cramer H., Rampp T., Saha F.J., Ostermann T., Dobos G. Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial // Clin J Pain. – 2016. - №32(5). – P. 441-449.
50. McReynolds T.M., Sheridan B.J. Intramuscular Ketorolac Versus Osteopathic Manipulative Treatment in the Management of Acute Neck Pain in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2005. - №105(2). – P. 57-68.
51. Martins W. R., Blasczyk J. C., Furlan de Oliveira M. A., Gonçalves K. F. L., Bonini-Rocha A. C., Dugailly P.-M., de Oliveira R. Efficacy of musculoskeletal manual approach in the treatment of temporomandibular joint disorder: A systematic review with meta-analysis // J. Man. Ther. – 2016. - №21. – P. 10-17.
52. Милутка Ю. А., Дьячкова Я. Ю., Евдокимова А. В. Результаты остеопатического лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (метаанализ). Российский остеопатический журнал. 2023; 1: 95–108.
53. Козлова Н.С., Амелин А.В. Эффективность дополнительных методов лечения постинсультной периартропатия плечевого сустава // Российский остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 34-42.
54. Березутская И.Н., Мирошниченко Д.Б. Клинико-функциональная эффективность реабилитации больных с консолидированным переломом лучевой кости остеопатическими методами // Российский остеопатический журнал. - 2016. - № 1-2 (32-33). - С. 56-59.

55. Богачев А. А., Кутузов И. А. Обоснование применения остеопатической коррекции в комплексной реабилитации больных с консолидированными переломами большого бугорка плечевой кости. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 80–87
56. Антонова Ю.В., Искандаров А.М., Мизонова И.Б. Результаты остеопатической коррекции у пациентов с посттравматической кокцигодинией // Российский остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 19-27.
57. Алексеев В.Н., Науменко Е.Ю. Влияние остеопатической коррекции на восстановление функций голеностопного сустава при частичном повреждении его связок // Российский остеопатический журнал. - 2019. - №1-2 (44-45). – С. 28-33.
58. Новиков Ю.О., Мохов Д.Е., Амиг Ж-П., Мусина Г.М., Шаяхметов А.Р. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности остеопатической манипуляционной терапии при мышечной кривошее вследствие родовой травмы // Российский остеопатический журнал. – 2019. - №1-2 (44-45). – С. 6-18.
59. Keklicek H., Uygur F.A randomized controlled study on the efficiency of soft tissue mobilization in babies with congenital muscular torticollis // J Back Musculoskelet Rehabil. - 2017 Sep. - №8.
60. Матвеев Д.В., Фролов В.А. Остеопатическое лечение дисплазии тазобедренного сустава у детей в возрасте до одного года // Российский остеопатический журнал. – 2013. - №1-2(20-21). – С. 49-57.
61. Мохов Д.Е., Ширяева Е.Е., Стамболцян О.В., Стамболцян В.О. Остеопатическая диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов и подвывихов тазобедренных суставов у детей первого полугода жизни в условиях ортопедического отделения // Российский остеопатический журнал. – 2015. - №1-2(28-29). – С. 15-24.
62. Фабристова Н. А., Гайнуллин И. Р. Исследование возможной эффективности остеопатической коррекции в составе комплексного лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 39–49.
63. Гаврик Ю.Н., Маркелова Ю.Ю., Кузьмина Ю.О. Диагностика и коррекция соматических дисфункций у детей первого полугодия жизни с врожденной патологией тазобедренных суставов // Российский остеопатический журнал. - 2018. - № 3-4. – С. 56-63.

64. Камалетдинов В. Л., Камалетдинова О. В., Сафин Р. Ф. Исследование эффективности остеопатической коррекции в лечении пациентов детского возраста с идиопатическим сколиозом I степени. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 23–34.
65. Банных Н.И. Сравнительный анализ результатов лечения плоскостопия стандартными и остеопатическими методами // Российский остеопатический журнал. – 2017. - №1-2 (36-37). – С. 61-66.
66. Валиев К. Р., Вильданов И. Х., Зиатдинов Р. Р., Гайнуллин И. Р. Результаты остеопатической коррекции у детей и подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 49–59.
67. Минакова А.Л., Устинов А.В. Исследование эффективности остеопатической коррекции вальгусной деформации I пальца стопы I–II степени. Российский остеопатический журнал. 2022;3:75–90.
68. Кесада Б.М. Эффекты остеопатических методов уравновешивания сфенобазилярного синхондроза и разделения переднерешетчатого шва у детей с узким нёбом. Российский остеопатический журнал. 2022;1:121–133.
69. Cerritelli F., Ginevri L., Messi G., Caprari E., Di Vincenzo M., Renzetti C., Cozzolino V., Barlafante G., Foschi N., Provinciali L. Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-armed randomized controlled trial // Complement. Ther. Med. – 2015. - №23 (2). – P. 149–156.
70. Белаш В. О., Брук И. И. Общее остеопатическое лечение в терапии пациентов с хронической головной болью напряжения. Российский остеопатический журнал. 2020; 1–2 (48–49): 18–27.
71. Мирошниченко Д.Б., Мохов Д.Е., Рачин А.П. Патогенетическое действие остеопатии при хронической головной боли напряжения // РМЖ. 2017. № 21. С. 1533–1536.
72. Кошенкова Е. Д., Белаш В. О. Возможности остеопатической коррекции компрессионно-ишемической невропатии срединного нерва в области запястного канала // Российский остеопатический журнал. — 2015. — № 3-4(30-31). — С. 59-67.
73. Кузьмина Ю.О., Гореликова Е.А., Гусина Е.Н. Оценка эффективности применения остеопатического лечения у грудных детей 3–9 месяцев с задержкой моторного развития на фоне перинатального поражения нервной системы // Российский остеопатический журнал. – 2016. - №3-4(34-35). – С. 59-68.

74. Токарева Н.П., Мохова Е.С., Кузьмина Ю.О. Остеопатический подход в коррекции двигательных нарушений при перинатальных поражениях ЦНС гипоксически-ишемического генеза у детей в раннем восстановительном периоде // Российский остеопатический журнал. – 2016. - №1-2(32-33). – С. 14-21.
75. Смирнов В.Л., Саматов А.Ф., Кузьмина Ю.О. Остеопатическая коррекция соматических дисфункций у детей 1 года жизни с гипертензионным синдромом // Российский остеопатический журнал. – 2016. - №3-4 (34-35). – С. 45-51.
76. Кузнецова ЕЛ, Гулькевич ОС. Дизартрические проявления задержки предречевого развития детей первого года жизни, связанные с родовой травмой краниовертебрального перехода // Российский остеопатический журнал. – 2014. - №1-2(24-25). – С. 29-36.
77. Duncan B., McDonough-Means S., Worden K., Schnyer R., Andrews J., Meaney F. Effectiveness of Osteopathy in the Cranial Field and Myofascial Release Versus Acupuncture as Complementary Treatment for Children with Spastic Cerebral Palsy: A Pilot Study // The Journal of the American Osteopathic Association. – 2008. - №108(10). – P. 559-570.
78. Абрамова Е. В., Аптекарь И. А. Остеопатическая коррекция соматических дисфункций у детей дошкольного возраста с задержкой речевого развития. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 54–61.
79. Attali T.V., Bouchoucha M., Benamouzig R. Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: short-term and long-term results of a randomized trial // J Dig Dis. – 2013. - №14(12). – P. 654-661.
80. Müller A., Franke H., Resch K. L., Fryer G. Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2014. - №114(6). – P. 470-479.
81. Мохов Д.Е., Глыбовский Э. Е. Электрогастроэнтерография как метод объективизации остеопатического воздействия в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4(18-19). – С 32-37.
82. Brugman R., Fitzgerald K., Fryer G. The effect of Osteopathic Treatment on Chronic Constipation – A Pilot Study // International Journal of Osteopathic Medicine. – 2010. - Volume 13, Issue 1. – P. 17–23.
83. Налётова Т. П., Удинцев Е. П., Орешко А. Ю., Чусовитина О. А. Эффективность остеопатической коррекции в комплексном лечении взрослых пациентов с

гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 69–79.

84. Фазлыяхметов Р. Т., Сафиуллин Р. Р., Устинов А. В. Результаты включения остеопатической коррекции в состав комплексной терапии пациентов с хроническим гастритом. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 80–89.
85. Орешко А.Ю., Мохов Д.Е., Селиверстов П.В., Орешко Л.С., Трегубова Е.С., Назарова А.А. Клинико-функциональная оценка эффективности остеопатической коррекции билиарных расстройств у больных целиакией. Российский остеопатический журнал. 2018;(1-2):56-66.
86. Орешко А. Ю., Мохов Д. Е., Трегубова Е. С., Орешко Л. С. Нарушение моторики органов желудочно-кишечного тракта при целиакии: влияние остеопатической коррекции. Российский остеопатический журнал. 2025; 3: 33–44.
87. Бибиков А. А., Ненашкина Э. Н., Орешко А. Ю. Влияние остеопатической коррекции на проявления постхолецистэктомического синдрома. Российский остеопатический журнал. 2025; 1: 22–33.
88. Улитина Н.Г., Мохова Е.С., Трегубова Е.С., Потехина Ю.П. Результаты мануальных методов лечения при функциональных расстройствах органов пищеварения и проблемах, связанных с грудным вскармливанием, у детей первого года жизни. Российский остеопатический журнал. 2025;(4):134-153.
89. Franke H., Hoesele K. Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women // J. Bodyw. Mov. Ther. – 2013. - №17(1). – P. 11-18.
90. Беляева А.В., Лебедев Д.С. Оценка эффективности остеопатического лечения в комплексной терапии нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, осложнённых хроническим буллезным циститом и пузырно-мочеточниковыми рефлюксами у детей младшего школьного возраста // Российский остеопатический журнал. – 2015. - №1-2 (28-29). – С. 35-42.
91. Ненашкина Э. Н. Влияние остеопатической коррекции на психоэмоциональное состояние и качество жизни беременных с сопутствующей патологией мочевыводящей системы. Российский остеопатический журнал. 2020; 1–2 (48–49): 66–74.
92. Ненашкина Э.Н. Влияние остеопатической коррекции на показатели уродинамики у беременных с хроническим пиелонефритом. Российский остеопатический журнал. 2025;(2):59-69.

93. Манто Е.В., Ненашкина Э.Н., Сафиуллина А.А. Остеопатическая коррекция в комплексном лечении пациенток с синдромом хронической тазовой боли. Российский остеопатический журнал. 2025;(4):60-69.
94. Крикунов А. И., Потехина Ю. П. Возможности немедикаментозных методов лечения при синдроме хронической тазовой боли у мужчин (систематический обзор). Российский остеопатический журнал. 2023; 3: 107–123. https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-107-123
95. Кусевич М.Н., Новосельцев С.В., Вавилов М.П. Диагностика и остеопатическое лечение синдрома сдавления верхней апертуры грудной клетки у больных после радикального лечения рака молочной железы // Российский остеопатический журнал. - 2012. - №3-4 (18-19) – С. 53-64.
96. Baltazar G. A., Betler M. P., Akella K., Khatri R., Asaro R., Chendrasekhar A. Effect of osteopathic manipulative treatment on incidence of postoperative ileus and hospital length of stay in general surgical patients // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2013. - №113(3). – P. 204-209.
97. Глушков А.А., Салахов Р.Г., Юнусова А.Д., Лебедев Д.С. Возможности применения остеопатической коррекции в реабилитации пациентов после стернотомий, выполненных в связи с хирургическим лечением приобретенных пороков сердца // Российский остеопатический журнал. – 2020. - №1-2(48-49). – С. 122-130.
98. Колышницын Н.Ю., Мохов Д.Е., Смирнова Л.М., Фогт Е.В. и др.. Результаты остеопатической коррекции по данным стабилографии у пациентов с ампутацией нижних конечностей на уровне голени. Российский остеопатический журнал. 2023;1:67–78.
99. Колышницын Н. Ю., Мохов Д. Е., Смирнова Л. М., Фогт Е. В., Ермоленко Т. В. Инфракрасная термография в исследовании результатов остеопатической коррекции у пациентов с ампутационными дефектами нижних конечностей. Российский остеопатический журнал. 2022; 4: 70–82.
100. Zanotti E., Berardinelli P., Bizzarri C., Civardi A., Manstretta A., Rossetti S., Fracchia C. Osteopathic manipulative treatment effectiveness in severe chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study // Complementary therapies in medicine. – 2011. - №20(1-2). – P. 16-22.
101. Yang, M; Yuping, Y; Yin, X; Wang, BY; Wu, T; Liu, GJ; Dong, BR. Dong, Bi Rong, ed. "Chest physiotherapy for pneumonia in adults" // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2013. – №2 (2). - CD006338.

102. Yao S., Hassani J., Gagne M., George G., Gilliar W. Osteopathic Manipulative Treatment as a Useful Adjunctive Tool for Pneumonia // J Vis Exp. – 2014. - № (87). - 50687. Published online 2014 May 6.

103. Noll DR, Degenhardt BF, Johnson JC. Multicenter Osteopathic Pneumonia Study in the Elderly: Subgroup Analysis on Hospital Length of Stay, Ventilator-Dependent Respiratory Failure Rate, and In-hospital Mortality Rate // J Am Osteopath Assoc. – 2016. - №116(9). – P. 574-587.

104. Белаш В. О., Хайбуллина Г. А. Оценка клинической эффективности остеопатической коррекции у детей с хроническим бронхитом в условиях санатория. Российский остеопатический журнал. 2021; 3: 41–53.

105. Беляев А. Ф., Харьковская Т. С., Фотина О. Н., Юрченко А. А. Влияние остеопатической коррекции на функцию внешнего дыхания у пациентов, перенесших коронавирусную пневмонию COVID-19. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 8–17

106. Беляев А. Ф., Фотина О. Н., Харьковская Т. С., Юрченко А. А. Эффективность реабилитации пациентов, после перенесенной ковид-пневмонии методами остеопатии. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 14–22.

107. Мишина С.В., Четверикова Н.А. Стабилизация абдоминального кровотока остеопатическими техниками у пациентов, перенесших плевропневмонию // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4(18-19). – С 32-37.

108. Кривеня М. С., Горобец Л. В. Обоснование эффективности применения остеопатической коррекции при лечении пациентов, страдающих постпункционным синдромом. Российский остеопатический журнал. 2023; 1: 35–44.

109. Боброва Е.А., Аптекарь И.А., Абрамова Е.В. Остеопатическая коррекция миопии слабой степени у детей 7–10 лет // Российский остеопатический журнал. – 2015. - №1-2 (28-29). – С. 43-49.

110. Новосельцев С.В., Иванов В.К., Панасейко А.В., Мерзляков Е.Л., Ставрова Г.В. Остеопатическое лечение детей 7-12 лет, страдающих миопией со спазмом аккомодации // Российский остеопатический журнал. – 2013. - №3-4 (22-23). – С. 36-46.

111. Ведяшкина А. С., Милутка Ю. А., Ломакина Я. Н., Потехина Ю. П. Результаты остеопатической коррекции при миопии и спазме аккомодации у детей: систематический обзор с применением метаанализа. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 109–124.

112. Бахтиярова Г.З., Стенькова О.В. Возможности остеопатического лечения детей раннего возраста с патологией рефракции // Российский остеопатический журнал. – 2018. - №3-4 (42-43). – С. 78-86.

113. Симакова Е. Н., Стенькова О. В. Клиническая эффективность остеопатической коррекции в комплексном лечении больных с неоперированной открытоугольной глаукомой. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 97–105.

114. Зубков О. В., Смирнова Е. А., Крамар В. В., Курбатов О. И. Исследование эффективности остеопатической коррекции в комплексном лечении больных с прооперированной первичной открытоугольной глаукомой. Российский остеопатический журнал. 2021; 3: 66–76.

115. Mills M.V., Henley C.E., Barnes L.L., Carreiro J.E., Degenhardt B.F. The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media // Arch Pediatr Adolesc Med. – 2003. – №157 (9). – P. 861—866.

116. Чайко Е. В., Курбатов О. И. Возможности остеопатической коррекции соматических дисфункций у детей с хроническим аденоидитом. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 62–71.

117. Ведяшкина А. С., Мохов Д. Е., Безрукова Е. В., Артюшкин С. А. Влияние комплексного лечения с включением остеопатической коррекции на интенсивность боли и качество жизни пациентов с хроническим тонзиллитом. Российский остеопатический журнал. 2024; 1: 45–56.

118. Ведяшкина А.С., Мохов Д.Е., Дмитриева И.А. Влияние остеопатической коррекции на функциональную активность нёбных миндалин в комплексной терапии хронического тонзиллита. Российский остеопатический журнал. 2025;(4):70-83.

119. Accorsi A., Lucci C., Di Mattia L., Granchelli C., Barlafante G., Fini F., Pizzolorusso G., Cerritelli F., Pincherle M. Effect of Osteopathic Manipulative Therapy in the Attentive Performance of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // The Journal of the American Osteopathic Association. - May 2014. - Vol. 114. – P. 374-381.

120. Белаш В. О., Байер Д. В., Костоусов В. В. Сочетанное применение остеопатической коррекции и транскраниальной микрополяризации головного мозга в лечении детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 50–62.

121. Кудряшова В. Г., Четверикова Н. А. Исследование сочетанного применения остеопатической коррекции и ЭЭГ-БОС-тренингов у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Российский остеопатический журнал. 2022; 1: 60–68.

122. Мусина Г.М., Кушков А.А., Мухин К.Ю. Влияние остеопатического лечения на уровни тревоги и депрессии по шкале HADS у детей с различными формами эпилепсий // Российский остеопатический журнал. – 2018. - №3-4 (42-43). – С. 87-97.

123. Терехова Е.Н., Мохов Д.Е. Эффективность остеопатического лечения пациентов с люмбалгией, сопровождающейся психосоматическими расстройствами // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4 (18-19). – С. 65-73.

124. Ерёмушкин М. А., Мохов Д. Е., Белаш В. О. Динамика нейропсихологических показателей у пациентов с синдромом позвоночной артерии на фоне остеопатического лечения // Российский остеопатический журнал. - 2016. - № 1-2 (32-33). - С. 29-35.

125. Ануфриева О.Ф., Белаш В.О., Уточкин В.М. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии пациентов с умеренными когнитивными нарушениями. Российский остеопатический журнал. 2017;(3-4):40-47.

126. Чередникова Н.В., Чжан В.Ф., Потехина Ю.П., Мирошниченко Д.Б. Влияние общего остеопатического лечения на тонус мышц по данным электромиографии. Российский остеопатический журнал. 2023. № 4 (63). С. 32-42.

127. Раенко О.П., Виноградова Д.А., Потехина Ю.П., Милутка Ю.А. Влияние миофасциальных техник на электрическую активность мышц шеи. Российский остеопатический журнал. 2024. № 1 (64). С. 78-91.

128. Попова В.И., Кондратьев В.Е., Ведяшкина А.С., Потехина Ю.П. Влияние различных остеопатических техник на тонус и электрическую активность грудино-ключично-сосцевидных мышц. Российский остеопатический журнал. 2025. № 1 (68). С. 102-113.

129. Потехина Ю.П., Тиманин Е.М., Кантинов А.Е. Вязкоупругие характеристики тканей и их изменения после остеопатической коррекции // Российский остеопатический журнал. - 2018. - № 1-2 (40-41). - С. 38-45.

130. Тиманин Е.М., Потехина Ю.П., Мохов Д.Е. Исследование вязкоупругих характеристик мышц шеи и верхней части грудной клетки методом вибрационной вискоэластометрии. - Медицинская техника. 2019. № 5 (317). С. 25-28

131. Szlezak A. M., Georgilopoulos P., Bullock-Saxton J. E. Steele M. C. The immediate effect of unilateral lumbar Z-joint mobilisation on posterior chain neurodynamics: a randomised controlled study // Man Ther. – 2011. - №16(6). – P. 609-613.

132. Samukawa M., Hattori M., Sugama N., Takeda N. The effects of dynamic stretching on plantar flexor muscle-tendon tissue properties // Man Ther. – 2011. - №16(6). – P. 618-622.
133. Sefton J. M., Yarar-Fisher C., Carpenter D. M., Berry J. Physiological and clinical changes after therapeutic massage of the neck and shoulders // Man Ther. – 2011. - №16(5). – P. 487-494.
134. Рыльский А.В., Мохов Д.Е. Остеопатическое лечение больных с дорсопатией в остром периоде // Российский остеопатический журнал. – 2012. - №3-4(18-19). – С. 45-52.
135. Полисмак О.В., Потехина Ю.П., Хаткевич А.В., Пайков А.Ю. Обоснование применения остеопатической коррекции в комплексной реабилитации пациенток с послеоперационными рубцами на передней брюшной стенке и хронической неспецифической болью в нижней части спины. Российский остеопатический журнал. 2025;(4):23-37.
136. Pohl H. Changes in the structure of collagen distribution in the skin caused by a manual technique // J. Bodyw. Mov. Ther. - 2010. - №14 (1). – P. 27-34.
137. Martin M.M. Effects of myofascial release in diffuse systemic sclerosis // J. Bodyw. Mov. Ther. - 2009. - №13 (4). – P. 320-327.
138. Bordoni B, Zanier E. Understanding Fibroblasts in Order to Comprehend the Osteopathic Treatment of the Fascia // Evid Based Complement Alternat Med. – 2015. - 2015:860934.
139. Licciardone J.C., Kearns C.M., Hodge L.M., Bergamini M.V. Associations of cytokine concentrations with key osteopathic lesions and clinical outcomes in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC Trial // J Am Osteopath Assoc. – 2012. - №112(9). – P. 596–605.
140. Teodorczyk-Injeyan J. A., Injeyan H. S., Ruegg R. Spinal manipulative therapy reduces inflammatory cytokines but not substance P production in normal subjects // J. Manipulative Physiol. Ther. – 2006. – №29(1). – P. 14–21.
141. Schander A., Downey H.F., Hodge L.M. Lymphatic pump manipulation mobilizes inflammatory mediators into lymphatic circulation // Exp Biol Med (Maywood). – 2012. - №237. – P. 58-63.
142. Walkowski S., Singh M., Puertas J., Pate M., Goodrum K., Benencia F. Osteopathic manipulative therapy induces early plasma cytokine release and mobilization of a population of blood dendritic cells // PLoS One. – 2014. - №9(3). – P. 1-12.

143. Ruffini N., D'Alessandro G., Mariani N., Pollastrelli A., Cardinali L., Cerritelli F. Variations of high frequency parameter of heart rate variability following osteopathic manipulative treatment in healthy subjects compared to control group and sham therapy: randomized controlled trial // Front Neurosci. – 2015. - №9. – P. 260-265.
144. D'Alessandro G., Cerritelli F., Cortelli P. Sensitization and interoception as key neurological concepts in osteopathy and other manual medicines // Front Neurosci. – 2016. - №10. – P. 100-107.
145. Giles P.D., Hensel K.L., Pacchia C.F., Smith M.L. Suboccipital decompression enhances heart rate variability indices of cardiac control in healthy subjects // J Altern Complement Med. – 2013. - №19. – P. 92-96.
146. Кальюранд М.Т., Логинова Е.В., Потехина Ю.П. Динамика функционального состояния организма у детей с задержкой психического развития под влиянием остеопатического лечения (по спектральным показателям вариабельности сердечного ритма) // Российский остеопатический журнал. – 2016. - № 3-4. – С. 69-76.
147. Lund I., Ge Y., Yu L.C., Uvnas-Moberg K., Wang J., Yu C.C., Kurosawa M., Ågren G., Rosén A., Lekman M., Lundeberg T. Repeated massage-like stimulation induces long-term effects on nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms // Eur. J. Neurosci. - 2002. - №16 (2). – P. 330-338.
148. Degenhardt B. F., Darmani N. A., Johnson J. C., Towns L. C., Rhodes D. C., Trinh C., McClanahan B., DiMarzo V. Role of osteopathic manipulative treatment in altering pain biomarkers: a pilot study // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2007. - №107. – P. 387–400.
149. McPartland J. M., Giuffrida A., King J., Skinner E., Scotter J., Musty R.E. Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment // J. Am. Osteopath. Assoc. – 2005. - №105. – P. 283–291.
150. Корман Д. В., Юшманов И. Г. Влияние остеопатической коррекции на уровень стресса у пациенток с цервикокраниалгией. Российский остеопатический журнал. 2020; 4: 55–63.
151. Вчерашний Д.Б., Ерофеев Н.П., Мохов Д.Е., Новосельцев С.В., Труфанов А.Н., Васильев М.Ю. Влияние остеопатических техник на венозную гемодинамику человека // Мануальная терапия. - 2009. - № 2 (34). - С. 52-59.
152. Ерофеев Н.П., Мохов Д.Е., Новосельцев С.В., Вчерашний Д.Б. Остеопатическая коррекция венозного возврата // Мануальная терапия. -2010. - № 4 (40). - С. 22-32.

153. Мохов Д.Е., Черняга С.А. Исследование влияния остеопатической техники дренажа венозных синусов на венозный отток из полости черепа // Российский остеопатический журнал. - 2014. - № 3-4 (26-27). - С. 58-65.

154. Белаш В.О., Мохов Д.Е., Трегубова Е.С. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии и реабилитации пациентов с синдромом позвоночной артерии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2018. - Т. 95. - № 6. - С. 34-43.

155. Лютина Т.И, Кузнецова Е.Л. Эффективность остеопатического лечения гипертензионно-гидроцефального синдрома у детей раннего возраста // Российский остеопатический журнал. – 2015. - №1-2 (28-29). – P. 7-14.

156. Salamon E., Zhu W., Stefano G.B. Nitric oxide as a possible mechanism for understanding the therapeutic effects of osteopathic manipulative medicine (Review) // Int. J. Mol. Med. - 2004. - №14 (3). – P. 443-449.

157. Degenhardt B. F., Kuchera M. L. Update on osteopathic medical concepts and the lymphatic system // J. Am. Osteopath. Assoc. – 1996. - №96(2). – P. 97-100.

158. Dery M. A., Yonuschot G., Winterson B. The effects of manually applied intermittent pulsation pressure to rat ventral thorax on lymph transport // J. Lymphology. – 2000. - №33(2). – P. 58-61.

159. Schander A., Padro D., King H.H., Downey H.F., Hodge L.M. Lymphatic pump treatment repeatedly enhances the lymphatic and immune systems // Lymphat Res Biol. – 2013 - №11. – P. 219-226.

160. Чумакова И. Б., Насибуллина Р. Н., Ненашкина Э. Н. Исследование возможности включения остеопатической коррекции в состав комплексной терапии синдрома тазовой боли у женщин в позднем послеродовом периоде. Российский остеопатический журнал. 2022; 4: 54–69.

161. Ненашкина Э. Н. Влияние остеопатической коррекции на качество жизни беременных. Российский остеопатический журнал. 2022; 3: 54–63.

162. Потехина Ю.П., Трегубова Е.С., Мохов Д.Е. Эффекты остеопатической коррекции и возможности их исследования. Российский остеопатический журнал. 2022. № 4 (59). С. 8-29.

163. Мохов Д.Е., Трегубова Е.С., Потехина Ю.П. Остеопатия и её восстановительный потенциал. - Санкт-Петербург: Невский ракурс, 2020. – 200 с.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Мохов Дмитрий Евгеньевич — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, Директор Института остеопатии и интегративной медицины, заведующий кафедрой остеопатии с курсом функциональной и интегративной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, директор Научно-клинического образовательного центра «Остеопатия» Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Президент Российской остеопатической ассоциации, врач-остеопат.

Белаш Владимир Олегович — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры остеопатии с курсом функциональной и интегративной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, член Российской остеопатической ассоциации, врач-невролог, врач ультразвуковой диагностики.

Аптекарь Игорь Александрович – кандидат медицинских наук, директор АНО «Тюменский институт мануальной медицины», НОУ ДПО «Тюменский институт остеопатической медицины», член Правления Российской остеопатической ассоциации, врач-остеопат, мануальный терапевт.

Ненашкина Эльвира Николаевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры остеопатии с курсом функциональной и интегративной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, ассистент Научно-клинического образовательного центра «Остеопатия» Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», член Российской остеопатической ассоциации, врач-остеопат, врач акушер-гинеколог.

Потехина Юлия Павловна — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры нормальной физиологии им. Н.Ю. Беленкова ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, заместитель директора по научно-методической работе ЧОУ ДПО «Институт остеопатии», доцент кафедры остеопатии с курсом функциональной и интегративной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, член Российской остеопатической ассоциации.

Трегубова Елена Сергеевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры остеопатии с курсом функциональной и интегративной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, профессор Научно-клинического образовательного центра «Остеопатия»

Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Генеральный секретарь Российской остеопатической ассоциации,.

Беляев Анатолий Федорович - доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, профессор Института клинической неврологии и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, директор Приморского краевого общественного учреждения «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины» , Вице-Президент Российской остеопатической ассоциации, врач-остеопат, мануальный терапевт, невролог.

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-остеопаты;
2. Студенты медицинских ВУЗов, обучающиеся по специальности «Остеопатия» (специалитет);
3. Врачи, обучающиеся по программам дополнительного профессионального образования по остеопатии;
4. Врачи, обучающиеся в ординатуре по специальности «Остеопатия»

1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или не рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на

использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Приложение А3.1 Организация медицинской помощи населению по профилю «остеопатия»

Государственное регулирование остеопатии началось в 2012 году и к настоящему времени охватывает практически все основные аспекты оказания населению РФ медицинской помощи по профилю «Остеопатия». Врач-остеопат в своей работе руководствуется перечисленными ниже постановлениями Правительства РФ и приказами органов исполнительной власти.

1. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.05.2014 № 236 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации»».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.07.2015 № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности “Остеопатия”».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2016 № 157 «О федеральном методическом центре по остеопатии».
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 320 от 10.04.2017 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования».
6. Приказ Министерства здравоохранения № 804н Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
7. Приказ Министерства здравоохранения № 21н Российской Федерации от 19.01.2018 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Остеопатия”».
8. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28.09.2018 № 655н «Об утверждении примерной дополнительной профессиональной программы по специальности “Остеопатия”».

9. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 358н от 2 июня 2021 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-остеопат"»
10. Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (Минобрнауки России) № 1187 от 16 сентября 2020 г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 31.05.04 Остеопатия»
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №374 от 19.04.2021 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации»
12. Постановление Правительства Российской Федерации № 852 от 01.06.2021 «О лицензировании медицинской деятельности»
13. Приказ Министерства здравоохранения № 866н Российской Федерации от 19.08.2021 «Об утверждении классификатора работ (услуг) при лицензировании медицинской деятельности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №530н от 05.08.2022 «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»
15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 369н от 17.07.2023 «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при соматической дисфункции (диагностика и лечение)»
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 203н от 14.04.2025 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
17. Приказ Минздрава России № 274н от 13.05.2025 «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения».
18. Рекомендация ВАК 19/1-Н/С от 04.07.2025 «О внесение изменений в паспорт научной специальности 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация».
19. Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Окончание действия документа - 31.08.2026.)

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 434н 14.05.2026 «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Начало действия документа - 01.09.2026.)
21. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.05.2026 № 435н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование» (Начало действия документа - 01.09.2026.)
22. Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» (Окончание действия документа - 31.08.2026.)
23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 436н от 14.05.2026 «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» (Начало действия документа - 01.09.2026.)
24. Методические рекомендации «Порядок ведения медицинской документации врачами-остеопатами при оказании медицинской помощи по профилю «остеопатия» в амбулаторно-поликлинических учреждениях» (утв. ГВС МЗ РФ по остеопатии Моховым Д.Е.), 2026 г.

Право на занятие медицинской практикой по профилю «Остеопатия» (как в медицинских организациях разных форм собственности, так и частной практикой) имеют лица, соответствующие квалификационным требованиям к врачу-остеопату, профессиональному стандарту «Врач-остеопат».

Квалификационные требования к врачам-остеопатам сформулированы в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 436н от 14.05.2026 «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

Согласно действующему законодательству в Российской Федерации врачом-остеопатом может быть только специалист, имеющий высшее медицинское образование. В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» подготовка врачей-специалистов осуществляется путем реализации образовательных программ высшего образования и дополнительных профессиональных образовательных программ (ст. 82, п. 1); ординатура является уровнем высшего образования. Подготовка врачей-остеопатов осуществляется в ординатуре и на длительных циклах профессиональной переподготовки, которые смогут проводить только лицензированные образовательные организации на основании примерных программ, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации (ст. 82, п. 3).

В 2017 г. Министерство образования и науки Российской Федерации утвердило введение специалитета по остеопатии в медицинских вузах — остеопатия вошла в число базовых медицинских специальностей наряду с лечебным делом, педиатрией и стоматологией. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.04.2017 № 320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования» был дополнен перечень специальностей высшего образования — специалитета по УГС «Здравоохранение и медицинские науки» направление 31.00.00 «Клиническая медицина» еще одной специальностью — 31.05.04 «Остеопатия». Приказом Минобрнауки от 16.09.2020 г. №1187 утвержден федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.04 Остеопатия.

Таким образом, в Российской Федерации принята поливариантная модель подготовки врачей-остеопатов (в отличие от других медицинских специальностей, для которых основным способом получения необходимой квалификации является подготовка в ординатуре):

1) обучение по программе высшего образования (уровень специалитета) по специальности 32.05.04 «Остеопатия»;

2) обучение по программе высшего образования — подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности 31.08.52 «Остеопатия»;

3) обучение по программе дополнительного профессионального образования — профессиональной переподготовки по специальности «Остеопатия» при наличии подготовки в ординатуре по одной из специальностей согласно приказу МЗ РФ 436н № от 12.05.2026.

Независимо от формы получения образования врач-остеопат будет иметь право оказывать медицинскую помощь по профилю «Остеопатия».

Условием допуска к профессиональной деятельности является наличие сертификата по специальности «остеопатия», а с 2020 года – обязательным является прохождение процедуры аккредитации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»).

Врач-остеопат может оказывать медицинскую помощь населению по профилю «Остеопатия» в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по остеопатии.

Медицинская помощь по профилю «Остеопатия» определяется как совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, проводимых пациентам с соматическими дисфункциями (обратимыми структурно-функциональными нарушениями соединительной ткани), которые могут как выступать в виде самостоятельной нозологической формы, так и сопровождать острые и хронические

заболевания терапевтического, неврологического, педиатрического, стоматологического профиля (за исключением острой хирургической патологии), травматические повреждения.

Медицинская помощь по профилю «Остеопатия» оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи, специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и медицинской помощи при санаторно- курортном лечении в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы медицинской помощи по профилю «Остеопатия»:

- плановая;
- неотложная.

Плановая помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Неотложная помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, не требующих экстренной медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-остеопатом по медицинским показаниям при самостоятельном обращении пациента либо по направлению врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача мануальной терапии, фельдшера. Для обеспечения принципа преемственности при направлении к врачу- остеопату пациенту предоставляется выписка из медицинской документации пациента, заверенная подписью лечащего врача и подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностике и лечении и подтверждающая необходимость оказания медицинской помощи по

профилю «Остеопатия». К выписке из медицинской документации пациента прилагаются результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз.

Если требуется дополнительное обследование пациента, врач-остеопат рекомендует его проведение (с указанием необходимого объема дополнительного обследования).

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При наличии медицинских показаний пациент направляется для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Медицинская услуга по профилю «Остеопатия» может быть простой (неделимой) или комплексной (совокупность простых услуг, отражающих технологический процесс оказания остеопатической помощи при определенной соматической дисфункции), что нашло отражение в номенклатуре медицинских услуг, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Как правило, остеопатическая медицинская услуга является комплексом медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию, и имеет самостоятельное законченное значение.

Система ведения медицинской документации в медицинских организациях должна обеспечивать прочную и логическую связь между:

- номенклатурой услуг и номенклатурой специалистов;
- правилами заполнения медицинских карт пациента и наименованиями услуг;
- документами о страховой ответственности за качество медицинской услуги и актами судебно-медицинских экспертиз;
- стандартами оказания медицинской помощи и договорами платных услуг;
- информированными согласиями и, опять же, номенклатурой услуг.

Индивидуальный персонифицированный подход к пациенту, отличающий оказание медицинской помощи по профилю «Остеопатия», не исключает выполнения единых диагностических алгоритмов и предполагает выбор тактики остеопатической коррекции, основанной на остеопатическом статусе пациента и выявленной доминирующей соматической дисфункции (остеопатическое заключение в медицинской документации — бланке осмотра врача- остеопата).

Индивидуализация остеопатических услуг определяется не только остеопатическим статусом конкретного пациента, но и его возрастными и анатомо- физиологическими особенностями (новорожденные и дети первого года жизни, дети, лица преклонного возраста, беременные), физическим и эмоциональным состоянием врача-остеопата и пациента в момент получения услуги.

В ряде случаев индивидуальный подход к пациенту снижает предсказуемость результатов, но повышает качество остеопатической услуги.

Оценка результатов медицинских услуг по остеопатии не всегда однозначна. Остеопатическая диагностика позволяет выявить нарушение функционального состояния еще на этапе предболезни, или на ее ранней, доклинической стадии. В ряде случаев это предполагает проведение дополнительных углубленных методов диагностики, в том числе лабораторной и инструментальной. В результате диагностических мероприятий могут быть выявлены различные заболевания, и их выявление не всегда будет пациентом оцениваться положительно. В то же время ранняя диагностика заболеваний позволяет провести терапию еще на доклинической стадии, что значительно повышает прогноз положительного исхода для пациента.

Доказанным фактом является феномен отсроченного терапевтического эффекта, который наблюдается в течение 72 ч после оказания остеопатической помощи. Терапевтический эффект после сеанса в 20–30% случаев пациентами не расценивается как положительный. В то же время по истечении 72 ч после терапии механизмы самокоррекции и восстановления, запущенные во время остеопатического сеанса, значительно улучшают состояние пациента, вплоть до полного исчезновения клинической симптоматики.

Сотрудничество врача-остеопата и пациента в процессе оказания медицинских услуг по остеопатии значительно влияет на субъективную составляющую оценки качества самой услуги.

Таким образом, можно сказать, что специфическими особенностями медицинских услуг по профилю «Остеопатия» является:

- перцептивный «диалог с телом» и высокая эффективность пальпаторной диагностики;
- персонифицированность;
- целостность и комплексность;
- неосязаемость до момента получения;
- субъективность оценки результата;
- зависимость от взаимодействия с пациентом.

Оказание медицинской помощи по профилю «Остеопатия» — это сегмент общего рынка медицинских товаров и услуг, предоставляющий специализированные остеопатические услуги для восстановления, сохранения и улучшения здоровья граждан.

Приложение А3.2 Особенности сбора анамнеза остеопатического (анамнез заболевания и анамнез жизни) и жалоб у пациентов с соматическими дисфункциями

Под настоящим заболеванием следует понимать основное заболевание (болезненное состояние, послужившее причиной обращения к врачу). Картина истории настоящего заболевания должна формироваться у врача - остеопата в результате расспроса пациента, его сопровождающих, а также анализа данных медицинской документации (выписки из историй болезни или карты амбулаторного больного, консультативные заключения, данные лабораторных и инструментальных методов обследования и т.д.). Указываются данные об обстоятельствах возникновения заболевания, первых его проявлениях, динамике начальных симптомов, особенностях течения заболевания и длительности ремиссий, возникших осложнениях, предшествующем лечении и его эффективности, ранее проводимых диагностических мероприятиях и их результатах, а также трудоспособность за период заболевания.

Примерная схема наиболее часто задаваемых вопросов:

1. В течение какого времени считает себя больным?
2. С появлением каких признаков (симптомов или синдромов) началось настоящее заболевание? Где и при каких обстоятельствах впервые появились данные признаки (жалобы)?
3. Какие факторы, на Ваш взгляд, способствовали началу болезни?
4. Когда и где имело место первое обращение к врачу? Каковы результаты проводившихся исследований, характер и результаты проводившегося тогда лечения?
5. Последующее течение заболевания:
    а) динамика начальных симптомов, появление новых симптомов;
    б) частота обострений, длительность ремиссий, осложнения заболевания;
    в) госпитализации в стационар по данному поводу;
    г) применявшиеся лечебные мероприятия (медикаментозные и немедикаментозные), результаты диагностических исследований, эффективность ранее проводимого лечения;
    д) трудоспособность за период заболевания.
6. Когда и в связи с чем наступило настоящее ухудшение состояния?
7. Каковы результаты проводившегося лечения и обследования (если они были)?
8. Мотив обращения на прием к врачу-остеопату.

Необходимо помнить, что истинное начало заболевания может намного предшествовать тому периоду, когда у пациента появляются первые признаки болезни.

При сборе анамнеза остеопатического (анамнез жизни) у пациентов с соматическими дисфункциями проводится сбор следующих сведений:

1. Краткие сведения о психическом и умственном развитии: как рос и развивался в детстве, образование, начало трудовой деятельности, отношение к военной службе, занятия спортом;
2. Бытовые условия: в детстве, в настоящее время;
3. Условия питания: режим и регулярность, разнообразие пищи, диета, увлечение соленым, сладким и т. д.;
4. Трудовой анамнез: с какого возраста, кем и где начал работать. Дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности (при необходимости с указанием мест работы и должностей). Условия и режим труда (ночные смены, пребывание на сквозняке, длительное статическое напряжение, физическое и психоэмоциональное напряжение, температурный режим и т.п.). Профессиональные вредности.
5. Вредные привычки: курение (с какого возраста, в каком количестве), употребление алкоголя, наркотических веществ, крепкого чая, кофе, пристрастие к некоторым лекарственным веществам;
6. Перенесенные заболевания: в хронологической последовательности излагаются все перенесенные заболевания, операции, травмы, ранения, контузии с указанием возраста пациента, длительности и тяжести этих заболеваний, их осложнений и проводившегося лечения. Отметить, переливалась ли ранее кровь и кровезаменители, и были ли реакции на переливание. Выясняются иммунологические данные.
7. Аллергологический анамнез: непереносимость пищевых продуктов, различных медикаментов, наличие аллергических реакций (вазомоторный ринит, крапивница, отёк Квинке, поллинозы);
8. Семейное положение: наличие детей, состояние здоровья членов семьи (жены / мужа, детей);
9. Наследственность: сведения о здоровье близких родственников, перенесённых ими заболеваниях (психических, эндокринных, сердечно-сосудистых, онкологических, инфекционных); сведения о причинах смерти родственников (отца, матери, дедушки, бабушки, тётей, дядей, братьев, сестёр и их детей).
10. Эпидемиологический анамнез. Эпидемиологический анамнез имеет наводящее значение при подозрении на инфекционное заболевание. Эпидемиологический анамнез преследует цель – выявить возможный источник инфекции, пути

заражения, иммунный статус. При сборе эпидемиологического анамнеза выявляются наличие контакта с инфекционными больными (дома, у соседей, на работе; контакт с лихорадящими больными). Следует уточнить, не было ли случаев инфекционных заболеваний в доме, во дворе, ближайшем окружении. Пребывание в дороге, в разъездах, контакт с приезжими лицами, проживание в эпидемически неблагоприятной местности в последнее время. Контакт с больными животными, уход за животными, участие в охоте, пребывание за границей; характер трудовой деятельности. При наличии контакта, выяснить: кто болел, когда, какой был контакт (кратковременный, длительный, в каком периоде болезни).

11. Экспертно-трудовой анамнез: пребывание на листе нетрудоспособности за последний год; наличие группы инвалидности, причины и продолжительность.

Алгоритм сбора жалоб

Жалобы	Требуемое уточнение
1. Система органов кровообращения	
Боль в области сердца	— локализация (в области верхушки сердца, за грудиной, слева от грудины); характер (сжимающие, колющие, давящие, ноющие и т.д.); — интенсивность; — иррадиация; — продолжительность; — частота появления и причина (быстрая или медленная ходьба, другие физические нагрузки, волнение и т.д.); — поведение во время болей (старается ходить, прекращает движение, ложится в постель и т.д.); — появление чувства страха смерти, тоски, тревоги, повышенной потливости, повелительного мочеиспускания; — болеутоляющий эффект левоментола раствор в ментилизовалерате нитроглицерина**, других средств
Сердцебиение	частота и продолжительность; время и условия возникновения (в покое, при волнении, при физической нагрузке, перемене положения тела, после приёма пищи, приступообразно без видимой причины); когда и чем купируется
Перебои в работе сердца	характер (периодические, постоянные, беспорядочные, правильно чередующиеся); условия возникновения
Ощущение пульсации сосудов шеи, головы, других частей тела; похолодание конечностей	
Одышка	условия возникновения (при физических нагрузках, в покое); длительность и характер (экспираторная, инспираторная, смешанная), степень выраженности
Отёки	локализация; распространённость (местные или типа анасарки); выраженность (пастозность, умеренные, значительные);

	изменения в течение суток; эффективность использования мочегонных средств
Боли в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающая хромота).	
2. Система органов дыхания	
Кашель	— интенсивность (незначительный, умеренный, сильный); — время появления, длительность (постоянный, периодический, приступообразный); — условия появления и купирования; — характер (сухой или влажный)
Мокрота	— количество отхаркиваемого содержимого одномоментно и за сутки; — характер (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, гнойная); — запах; — примесь крови; — зависимость отхождения мокроты от положения пациента
Кровохарканье	— количество крови (прожилки крови в мокроте, равномерно окрашенные плевки, чистая кровь или сгустки); — цвет крови (алая, тёмная, «ржавая», слабо-розовая); условия появления и частота
Боль в грудной клетке	— локализация, характер (острая, тупая, колющая, ноющая), интенсивность (слабая, умеренная, интенсивная), продолжительность (постоянная, приступообразная), иррадиация, связь с дыханием, кашлем, переменой положения тела
Удушье	— время и условия возникновения; частота и продолжительность; — затруднение вдоха или выдоха или того и другого; — поведение и положение пациента во время приступа удушья; купирование приступов; предвестники появления приступов
Лихорадка	— повышение температуры и пределы её колебаний в течение суток; — длительность лихорадочного периода; — ознобы; — потливость
Дыхание через нос	свободное или затруднённое
Выделения из носа	— характер, количество; — носовые кровотечения
Голос	обычный, сиплый, отсутствует (афония)
3. Система органов пищеварения	
Боли в животе	— локализация, интенсивность, характер (острые, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные, опоясывающие), иррадиация, длительность, периодичность, связь с приёмом пищи (сразу или вскоре после приёма пищи, через 1,5-2 часа, ночные боли, «голодные») и её качеством (после жирной, сладкой, солёной, мясной, горячей, холодной); — облегчение или купирование (особое положение тела, после приёма пищи, медикаментов, применения тепла, холода и т.д.).
Диспепсические явления	— затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу; — тошнота; — рвота; — отрыжка, изжога, вздутие живота. — Степень выраженности диспепсических явлений, отношение к приёму пищи.

	— Рвотные массы, количество, характер (кислая жидкость, рвота съеденной пищей, застойное содержимое), примесь желчи, крови (алой, тёмных сгустков, в виде «кофейной гущи»), запах (кислый, гнилостный, каловый, «тухлых яиц»), изменение самочувствия после рвоты
Аппетит	сохранён, понижен или отсутствует, повышен, извращён. Отвращение к пище (жирной, мясной), насыщаемость (нормальная, быстрая).
Вкус во рту	обычный, притуплён, извращён. Чувство жжения в языке
Слюноотделение	обычное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту).
Жажда	уточняется количество выпиваемой жидкости в сутки
Стул	— самостоятельный, регулярный, нерегулярный, принудительный (после очистительной клизмы, слабительных средств). — Запоры, поносы. — Частота стула. — Особенности каловых масс: количество, консистенция (оформленный, жидкий, кашицеобразный, водянистый, пенистый, твёрдый, «овечий»), цвет (коричневый, жёлто-коричневый, жёлтый, чёрный или дёгтеобразный, серо-белый или глинистый), запах (обычный, кислый, гнилостный, зловонный), примеси (слизь, гной, остатки непереваренной пищи, кровь), отхождение глистов. — Болезненность при дефекации. Жжение, зуд в области заднего прохода. — Выпадение прямой кишки. — Геморрой
4. Система органов мочеотделения	
Боль	— локализация (в поясничной области, внизу живота), иррадиация; — характер боли (острая или тупая, постоянная или приступообразная); — условия возникновения (физическая нагрузка, изменение положения тела, приём острой пищи, алкоголя); — чем купируется
Отёки	локализация, распространённость, изменение в течение суток.
Мочеиспускание	— частота, количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигоурии, анурии); — странгурия; — дизурические явления
Моча	— цвет (соломенно-жёлтый, тёмный, цвета пива, «мясных помоев», красный); — прозрачность (прозрачная, мутная, наличие примесей крови, осадка); — запах (обычный, фруктовый, резкий, каловый)
5. Половая система	
Боль	— локализация (внизу живота, в паху, крестце, в области наружных половых органов); — характер; — иррадиация; — условия возникновения; — чем купируется
Менструации	регулярность, продолжительность, цикличность, количество менструальных отделений, болезненность; менопауза. Особенности течения климактерического периода
Беременность (роды, аборты)	
6. Нервная система и органы чувств	

Головная боль	локализация, характер, продолжительность, интенсивность, периодичность, чем купируется
Головокружение	частота, условия появления (при ходьбе, перемене положения тела, повороте головы, лёжа). Тошнота при головокружении, шум в голове
Потеря сознания	частота, продолжительность, провоцирующие моменты. Другие нарушения сознания
Сон	хороший, сонливость, бессонница, тревожный
Память	
Настроение	ровное, спокойное, возбуждённое, подавленное, быстрая смена настроения, раздражительность, вспыльчивость
Двигательная сфера	слабость в конечностях, дрожание, судороги
Чувствительная сфера	кожная чувствительность (гипостезии, гиперестезии, парестезии, зуд кожи). Зрение, обоняние, вкус, слух
7. Костно-мышечная система	
Боль	локализация (суставы, кости конечностей, позвоночник, мышцы, подошвенная часть стоп), характер, интенсивность, условия возникновения, продолжительность, периодичность, чем купируется
Отёчность, деформация, ограничения подвижности суставов	
Масса тела (её изменения)	

При сборе анамнеза у ребенка или его законного представителя необходимо обратить внимание на следующее:

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

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

— к особенностям жалоб со стороны органов пищеварения у детей первого года жизни относят наличие срыгиваний, колики, повышенный метеоризм, функциональные нарушения пассажа пищи (запоры и учащенный стул),

повышенное слюноотделение. Особенно следует обращать внимание на состояние аппетита у ребенка любого возраста и изменение массы тела.

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

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

Приложение А.3.3 Особенности сбора анамнеза акушерского и особенностей течения периода новорожденности у детей при подозрении на соматические дисфункции

1. от какой беременности по счету родился ребенок (исходы предыдущих беременностей), ЭКО;

2. как протекала данная беременность (угрозы прерывания, заболевания, в том числе урогенитальные инфекции, токсикоз первой половины, гестоз, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, анемия, прием препаратов, антибиотиков, вредные привычки матери);

3. как протекали роды: срок в неделях (преждевременные, запоздалые), длительность первого периода родов (быстрые, стремительные, затяжные), кесарево сечение (плановое, экстренное, показания к нему), осложнения в родах (раннее излитие вод, воды с меконием, кровью, длительный безводный промежуток), пособия в родах (щипцы, вакуум-экстрактор, родостимуляция медикаментозная, механическая), положение плода (тазовое, ножное, поперечное, задний вид затылочного предлежания, лобное, лицевое), состояние пуповины (обвитие, узлы);

4. состояние ребенка при рождении: масса, окружность головы, закричал сразу (после стимуляции, санации ВДП), оценка по Апгар, когда приложили к груди, как прошел первый день жизни;

5. ранний период адаптации в родильном доме: как сосал, какие были проблемы, вакцинация, были ли осложнения, заболевания в период пребывания в родильном доме, на какие сутки выписан домой;

6. состояние в периоде новорожденности: заболевания, проблемы, вид вскармливания;

7. как рос и развивался на первом году жизни: физическое и психомоторное развитие в соответствии с нормативами, сроки и последовательность прорезывания зубов.

Приложение А3.4. Алгоритм общего остеопатического осмотра

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
1	Осмотр спереди / сбоку / сзади	Стоя	*Спереди врач-остеопат оценивает*: — позицию головы; — межзрачковую линию; — положение ушных раковин; — положение углов нижней челюсти; — высоту плеч, мышечные валики надплечий; — уровень и симметричность ключиц; — ротацию и форму грудной клетки; — экскурсию грудной клетки на спокойном дыхании; — треугольники талии; — позицию верхних конечностей (наружная или внутренняя ротация, сгибание в локтевых суставах); — позицию пупка; — положение гребней подвздошных костей; — положение передне-верхних подвздошных остей (ПВПО); — ротацию таза; — положение нижних конечностей (наружная или внутренняя ротация, длина); — положение надколенников; — своды стоп; — состояние пальцев ног. *Сбоку врач-остеопат оценивает:* — изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости (шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз);	

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			— оценка вертикали Барре (вертекс – наружный слуховой проход – бугристость плечевой кости – большой вертел бедренной кости – наружная лодыжка); — наклон таза. *Сзади врач-остеопат оценивает:* — позицию головы и шейного отдела позвоночника; — уровень сосцевидных отростков; — высоту плеч, мышечные валики надплечий; — уровень лопаток (высота, разворот углов, отстояние от грудной клетки); — позвоночник во фронтальной плоскости; — треугольники талии; — высоту гребней подвздошных костей; — положение задне-верхних подвздошных остей (ЗВПО); — симметричность подъягодичных складок; — ротацию таза; — опору на ногу (сгибание ноги, переразгибание ноги); — позиция пяток.	
2	Пальпация, перкуссия мышечного тонуса	Стоя	Врач-остеопат производит пальпацию мышц и/ или легкое симметричное постукивание по проекции мышц для оценки их тонуса, состояния. Сзади врач-остеопат оценивает: трапециевидную мышцу, паравертебральные мышцы, ягодичные мышцы, мышцы задней поверхности бедра, икроножные мышцы, ахилловы сухожилия. Спереди врач-остеопат оценивает: большую грудную мышцу, прямую мышцу живота, мышцы передней поверхности бедра, мышцы передней поверхности голени.	В норме не должно выявляться зон жесткости, а мышечный тонус справа и слева должен быть симметричным.
3	Глобальные активные тесты: - флексия; - экстензия (с контролем); - латерофлексия вправо/влево.	Стоя	Врач-остеопат просит пациента из исходного положения стоя, ноги на ширине плеч, совершить наклоны: — вперед (флексия). При этом врач-остеопат оценивает: последовательность	

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			включения сегментов позвоночника сверху вниз, образование плавного кифоза, наличие ротации и/ или латерофлексии при флексии, наличие сколиотических дуг. — назад (экстензия). Врач-остеопат обязательно поддерживает пациента. Оцениваем: включение сегментов позвоночника снизу вверх, образование плавного лордоза. — в стороны (латерофлексия). Врач-остеопат оценивает включение сегментов в движение, образование дуг, наличие ротации.	
4	Глобальное остеопатическое прослушивание	Исходное положение пациента стоя, расстояние между пятками равно ширине стопы врача. Голова находится в нейтральном положении, пациент смотрит прямо перед собой (можно непосредственно указать точку впереди на расстоянии ~ 3 метров от глаз).	Врач-остеопат просит пациента закрыть глаза, после этого кладет руку и прослушивает ладонью с головы пациента глобальные зоны напряжения, ограничения подвижности. Следует отметить, что время прослушивания не должно превышать 3-4 секунд. Дополнительно оцениваются изменения, происходящие в теле при «вдоховом» и «выдоховом» его положении.	Если выявленная «зона напряжения» сохраняется во всех трех положениях (нейтральное положение, положение «вдоха» и «выдоха»), то она является первичной. Если «зона напряжения» исчезает хотя бы в одном из указанных положений, то речь уже идет о каких-то компенсаторных реакциях.
5	Флексионный тест стоя (с разгрузкой задней группы мышц бедра при необходимости).	Исходное положение пациента: стоя, ноги выпрямлены в коленных суставах, расстояние между стопами равно примерно ширине стопы пациента.	Исходное положение врача-остеопата: позади пациента, уровень глаз на уровне тестируемого участка Большие пальцы врач-остеопат устанавливает под задне-верхние ости подвздошных костей (ЗВПО) с двух сторон. Врач-остеопат просит пациента наклонить туловище вперед как можно ниже, начиная с шейного отдела, руки при этом свободно свисают. Исследование повторяют три раза или при однократном исследовании врач-остеопат наблюдает за положением ЗВПО в позе наклона не менее 10сек. Это позволяет установить удельный вес суставного и мышечного компонентов в формировании	Если при выполнении теста соотношение ЗВПО не меняется, то тест считается отрицательным. Если одна из ЗВПО поднимается выше другой, то флексионный тест с этой стороны расценивается как положительный. Это значит, что имеется дисфункция, тип которой врач-остеопат должен определить после выполнения второй части теста – из положения пациента сидя. При получении положительного теста

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			феномена опережения ЗВПО. При преобладании мышечного компонента, ЗВПО постепенно опускается, а при преобладании суставного – сохраняет более высокое положение.	также необходимо обратить внимание на тонус ишиокруральной группы мышц. Если он выше на стороне, с которой ЗВПО не поднималась или поднималась меньше при выполнении флексионного теста стоя, то необходимо выполнить технику разгрузки ишиокруральной группы мышц бедра. Врач-остеопат просит пациента выставить «рабочую» ногу (там, где мы хотим разгрузить ишиокруральную группу мышц) вперед и поставить ее на пятку. После этого, пациент несколько раз пытается достать кончиками пальцев рук пальцев стоп (по возможности с прямой спиной). После выполнения разгрузки ишиокруральной группы мышц флексионный тест стоя повторяют. Если результаты его изменились, то для дальнейшей интерпретации используется второй результат.
6	Флексионный тест сидя	Исходное положение пациента: сидя, опора на стопы, ноги согнуты под прямым углом в коленных и тазобедренных суставах, колени разведены так, чтобы между ними прошли плечи пациента при наклоне.	Исходное положение врача-остеопата: позади пациента, уровень глаз на уровне тестируемого участка Большие пальцы врача-остеопата ставятся под ЗВПО с двух сторон. Врач-остеопат просит наклониться, руки между колен, максимально вниз. Если при тесте соотношение ЗВПО не меняется, то тест считается отрицательным. Если одна из ЗВПО поднимается выше другой, то тест считается положительным с той стороны, с которой и происходит смещение вверх ЗВПО.	*Интерпретация флексионного теста стоя и сидя.* Более выраженное цефалическое смещение ЗВПО при выполнении теста стоя и отсутствие нарушения соотношения ЗВПО при выполнении теста сидя указывают на восходящий тип дисфункции, то есть дисфункцию, исходящую от подвздошной кости, лонного сочленения или нижней конечности на стороне «убегания». Более выраженное цефалическое смещение ЗВПО при выполнении флексионного теста сидя и отсутствие нарушений

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
				соотношения ЗВПО при выполнении теста стоя указывает на нисходящий тип дисфункции, то есть дисфункцию, исходящую от позвоночника, крестца. Цефалическое смещение ЗВПО при выполнении флексионного теста стоя и сидя с одной стороны указывает на нисходящий тип дисфункции на одноименной стороне, при этом сидя должен быть больший дисбаланс, чем стоя. Более выраженное цефалическое смещение ЗВПО с одной стороны при выполнении флексионного теста стоя, а при выполнении теста сидя – с другой стороны, указывает на восходящий тип дисфункции с одноименной стороны при тесте стоя и нисходящий тип дисфункции с одноименной стороны при тесте сидя.
7	Пассивные тесты в трансляции для таза, поясничного и грудного отделов позвоночника.	Сидя с опорой нижних конечностей	Исходное положение врача-остеопата: сбоку или позади пациента Врач-остеопат проводит глобальную оценку подвижности таза и позвоночника в трансляции вправо и влево.	В норме не должно выявляться ограничения подвижности, и трансляция вправо и влево должна быть симметрична.
8	Тест «трех объемов» - нижнеабдоминальный; - поддиафрагмальный; - торакальный.	Сидя с опорой нижних конечностей	Исходное положение врача-остеопата: стоя позади пациента. Для оценки нижнеабдоминального объема врач-остеопат кладет одну руку продольно на нижний отдел передней брюшной стенки по средней линии. Вторая рука устанавливается дорзально на уровне нижнепоясничного отдела позвоночника и крестца (L3-L4-L5-S1-S2) в проекции первой. Врач-остеопат активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (поясничный отдел позвоночника) и висцерального (органы нижнего этажа брюшной полости) компонентов этого объема, с	В норме дорзо-вентральное (флексия-экстензия) смещение (подвижность) как структурального, так и висцерального компонентов должно быть симметричным и свободным.

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			целью выявления ограничения подвижности, ригидности. Для оценки поддиафрагмального объема врач-остеопат кладет одну руку продольно на верхний отдел передней брюшной стенки по средней линии (основание ладони на уровне мечевидного отростка грудины) (рисунок 28). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне нижнегрудного-верхнепоясничного отделов позвоночника (Th10-Th11-Th12-L1-L2) в проекции первой. Врач-остеопат активно проводит смешение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (нижнегрудной и верхнепоясничный отделы позвоночника) и висцерального (органы верхнего этажа брюшной полости, диафрагма) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности. Для оценки торакального объема врач-остеопат кладет одну руку продольно на передней поверхности грудной клетки по средней линии (основание ладони на уровне яремной вырезки грудины) (рисунок 30). Вторая рука устанавливается дорзально на уровне верхнегрудного и среднегрудного отделов позвоночника (Th2-Th3-Th4-Th5-Th6-Th7) в проекции первой. Дополнительно, при необходимости, врач-остеопат сознает точку фиксации на голове пациента своим плечом или головой. Врач-остеопат активно проводит смешение захваченного объема в вентральном и дорзальном направлениях. Оценивается смещение дорзально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального (верхнегрудной и среднегрудной отделы позвоночника) и висцерального (органы грудной полости) компонентов этого объема, с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.	

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
9	Оценка длины нижних конечностей (с предварительным уравновешиванием таза).	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: сбоку лицом к пациенту. Перед оценкой необходимо выполнить уравновешивание таза. Для этого врач-остеопат сгибает ноги пациента в коленных и тазобедренных суставах, приводит их к животу, затем устанавливает стопы на стол и просит пациента поднять таз для его уравновешивания. После этого врач-остеопат распрямляет ноги пациента (стопы скользят по столу) и уже производит оценку длины, устанавливая «вилку» второго и третьего пальцев рук дистальнее лодыжек. При обследовании следует обратить внимание, чтобы ось стопы была перпендикулярна поверхности стола, а средняя линия стопы продолжалась в среднюю линию голени.	В норме длина правой и левой нижней конечности равна, то есть «вилка» второго и третьего пальцев рук врача, при выполнении теста, находятся на одном уровне.
10	Тест ригидности суставов нижних конечностей («экспресс диагностика дисфункции нижних конечностей»)	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: стоя лицом к пациенту со стороны ножного конца. Врач-остеопат двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов нижних конечностей – тазобедренных, коленных, голеностопных, подтаранных, ладьевидно – кубовидных, проверяет движение клиновидных и плюсневых костей. Оценивается глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.	В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в суставах справа и слева должна быть симметричной.
11	Тест ригидности крестцово-подвздошных суставов через SIAS	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: стоя сбоку от пациента, лицом к головному концу. Врач-остеопат устанавливает руки на подвздошные кости пациента таким образом, что основание ладони приходится на ПВПО. Далее врач-остеопат производит последовательное симметричное смещение подвздошных костей в дорзальном направлении. Оценивается глобальная жесткость, подвижность крестцово-подвздошных суставов (КПС) и окружающих тканей.	В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в правом и левом КПС должна быть симметричной.
12	Тест ригидности суставов верхней конечности	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: стоя сбоку от пациента, лицом к головному концу.	В норме не должно выявляться зон ригидности, а амплитуда подвижности в суставах

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			Врач-остеопат двумя руками производит последовательную симметричную пальпаторную оценку состояния тканей и подвижности суставов плечевого пояса и верхних конечностей: грудино-ключичных, акромиально-ключичных, плечевых, локтевых, лучезапястных. Для грудино-ключичного, акромиально-ключичного и плечевого суставов производится ритмичная симметричная пальпация в дорзальном направлении; для локтевого сустава производится пальпация сустава с оценкой жесткости, податливости и амплитуды движения; для лучезапястного сустава производится оценка флексии, экстензии сустава. Оценивается глобальная жесткость (ригидность), подвижность суставов и окружающих тканей.	справа и слева должна быть симметричной.
13	Тест шейного отдела позвоночника в трансляции	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: сидя со стороны головы пациента Врач-остеопат устанавливает указательные пальцы в проекции поперечных отростков шейных позвонков (С2-С7) и производит последовательное латеральное смещение (трансляцию) попеременно каждого позвонка. При этом оценивается амплитуда движения каждого позвонка. При оценке С0-С1 врач-остеопат ладонями в виде чаши захватывает затылок, первые пальцы – над ушами, локти лежат на столе. Врач-остеопат оценивает свободу боковой трансляции (совокупное движение латерофлексии в одну сторону и ротации в противоположную) вправо – влево от центральной линии из нейтрального положения С0-С1.	В норме трансляция шейных позвонков вправо и влево должна быть симметрична (равноамплитудна).
14	Оценка торакального и абдоминального регионов на спокойном и форсированном вдохе и выдохе	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: стоя сбоку лицом к пациенту. Врач-остеопат кладет одну руку продольно по средней линии на переднюю брюшную стенку. Другая рука устанавливается продольно по средней линии на передней поверхности грудной клетки. Оценивается глобальное изменение данных регионов,	

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			синхронность и симметричность этого процесса, наличие латеральных смещений (тяг), ротации при спокойном и форсированном дыхании (вход и выдох).	
15	Оценка мобильности висцеральных масс (оценивается глобальная подвижность): -абдоминальных висцеральных масс; - торакальных висцеральных масс; - висцеральное ложе шеи.	Лежа на спине	Исходное положение врача-остеопата: стоя сбоку лицом к пациенту. Для оценки мобильности абдоминальных висцеральных масс среднего и нижнего этажа брюшной полости врач-остеопат укладывает свои ладони на переднебоковую поверхность передней брюшной стенки пациента. Далее врач-остеопат производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смешение абдоминальных висцеральных масс, оценивая их глобальную подвижность. Для оценки мобильности абдоминальных висцеральных масс верхнего этажа брюшной полости врач-остеопат укладывает свои руки на переднебоковую поверхность нижнего отдела грудной клетки (реберная дуга) справа и слева таким образом, что первые пальцы располагаются параллельно грудине, а среднеключичная линия приходится на первый межпальцевый промежуток. Далее врач-остеопат производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смешение висцеральных масс верхнего этажа брюшной полости, оценивая их глобальную подвижность. Для оценки мобильности торакальных висцеральных масс врач-остеопат укладывает свои руки на переднебоковую поверхность верхнего отдела грудной клетки справа и слева таким образом, что первые пальцы располагаются параллельно грудине, а среднеключичная линия приходится на первый межпальцевый промежуток. Далее врач-остеопат производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смешение торакальных висцеральных масс, оценивая их глобальную подвижность.	В норме мобильность висцеральных масс (их латеро-латеральное смещение) должна быть симметричной.

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			Оценка мобильности висцерального ложа шеи. Каудальной рукой врач-остеопат чашей захватывает висцеральное ложе шеи. Цефалическая рука захватывает лобную кость и является опорной. Далее врач-остеопат производит последовательное аккуратное латерально-латеральное (вправо - влево) смешение висцерального ложа шеи, оценивая его глобальную подвижность.	
16	Оценка краниального ритмического импульса, паттерна черепа *Оцениваются синхронность, ритм, амплитуда и сила краниального ритмического импульса.*	Лежа на спине	*16.1 Оценка синхронности*. Исходное положение пациента: лежа на спине или на боку. Исходное положение врача-остеопата: стоя или сидя лицом к пациенту. Руки врача-остеопата укладываются одна под затылочную кость пациента, другая - под крестец. Врач-остеопат производит оценку синхронности движения затылочной кости и крестца.	В норме движения затылочной кости и крестца должны быть симметричными.
			16.2 Оценка ритма, амплитуды и силы краниального импульса, паттерна черепа Исходное положение врача-остеопата: сидя со стороны головы пациента. Врач-остеопат производит захват черепа по Сатерленду, синхронизируется с краниальным ритмическим импульсом. Оценивается частота, амплитуда и сила краниального ритмического импульса, определяется паттерн черепа (физиологический или патологический).	В норме: частота краниального ритмического импульса 8-12 в минуту, амплитуда (+++), сила (+++).
17	Оценка дыхательного ритмического импульса	Лежа на спине	Оценивается ритм, амплитуда и сила для верхнего и нижнего отделов грудной клетки. Исходное положение врач-остеопат: стоя сбоку лицом к пациенту. Для оценки верхнего отдела грудной клетки врач-остеопат помещает руки продольно на переднюю поверхность грудной клети справа и слева так, чтобы кончики пальцев оказались в подключичном пространстве. Для оценки нижнего отдела руки врача-остеопата устанавливаются на переднебоковые поверхности грудной клетки справа и слева таким образом, что первые пальцы располагаются параллельно грудине, а среднеключичная линия	В норме: ритм 16-18 в минуту (у взрослого человека), амплитуда (+++), сила (+++), симметрично проводится справа и слева.

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			приходится на первый межпальцевый промежуток.	
18	Оценка сердечного ритмического импульса, пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых и задних большеберцовых артериях	Лежа на спине	*18.1 Оценка сердечного ритмичного импульса* Исходное положение врача-остеопата: стоя слева от пациента на уровне грудной клетки, лицом к голове. Врач-остеопат кладет свою левую ладонь на переднюю поверхности грудной клетки слева, по оси сердца и определяет частоту, амплитуду и силу сердечного ритма.	В норме: частота сердечного ритма 60-80 ударов в минуту (у взрослого человека), амплитуда (+++), сила (+++).
			18.2 Пальпаторное исследование артериального пульса на лучевых артериях. Кисть пациента свободно захватывают рукой в области лучезапястного сустава так, чтобы большой палец находился на тыльной стороне предплечья, а остальные – на внутренней его поверхности (рисунок 63). Нащупав артерию II, III, IV пальцами, прижимает ее к подлежащей кости. Оценивается симметричность пульса, его частота, ритмичность.	В норме пульс на лучевой артерии пальпируется, ритмичный, частота 60-80 ударов в минуту (у взрослого человека), симметричный справа и слева.
			18.3 Пальпаторное исследование артериального пульса на задних большеберцовых артериях. Пальпация производится в межмыщелковом желобке за внутренней лодыжкой. Оценивается его наличие, ритмичность и симметричность.	В норме пульс на задней большеберцовой артерии пальпируется, симметричный справа и слева.

Приложение А3.5. Дополнительные тесты, проводимые при общем остеопатическом осмотре ребенка

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
1	Тест «трёх сфер» (по Роберу Руссу) *У детей до года под сферами нужно понимать: 1) объем головы и шейного отдела, 2) торакальный объем, 3) абдоминальный и тазовый объемы.*	Лежа или сидя	Исходное положение врача-остеопата: стоя позади пациента. Для оценки первой сферы врач-остеопат захватывает голову и шею латерально с двух сторон. Врач-остеопат активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности. Для оценки второй сферы врач-остеопат кладет одну руку продольно либо поперечно на передней поверхности грудной клетки. Вторая рука устанавливается дорсально продольно или поперечно в проекции первой руки. Врач-остеопат активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального и висцерального (органы грудной полости) компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности. Для оценки третьей сферы врач-остеопат кладет одну руку продольно или поперечно на переднюю брюшную стенку. Вторая рука устанавливается дорсально на уровне нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника в проекции первой. Врач-остеопат активно проводит смещение захваченного объема в вентральном и дорсальном направлениях. Оценивается смещение дорсально (флексия) и вентрально (экстензия) структурального и висцерального компонентов этого объема с целью выявления ограничения подвижности, ригидности.	В норме дорсовентральное (флексия — экстензия) смещение (подвижность) как структурального, так и висцерального компонентов должно быть свободным и симметричным
2	Тест флексии (глобальный)	Лежа на спине	Положение врача-остеопата: лицом к пациенту. Тест: врач-остеопат производит флексию выпрямленных нижних	В норме не должно выявляться значительного сопротивления и ограничения оцениваемого движения.

Этап		Исходное положение пациента	Действия врача	Комментарии
			конечностей по направлению к голове. Оценка: степень свободы движения во флексии.	

Приложение А3.6 Диагноз и оформление остеопатического заключения.

Диагноз – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней.

Диагноз должен быть:

- фактически и логически обоснованным;
- структурно оформленным в виде трех унифицированных рубрик;
- нозологическим, соответствовать требованиям Международной классификации болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра и номенклатуре болезней (с учетом особенностей отечественных классификаций);
- развернутым, патогенетическим, содержать дополнительную интранозологическую характеристику патологических процессов;
- клинический – своевременным.

Кроме общепринятой формулировки диагноза оформляется ***остеопатическое заключение*** с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровнях (таблица *).

В таблице так же указывается доминирующая соматическая дисфункция, коррекция которой и будет являться логической конечной целью данного остеопатического сеанса.

Таблица *. Остеопатическое заключение.

Уровень\Нарушение	**Биомеханическое 1бл /2бл /3бл**	**Ритмогенное 1бл /2бл /3бл**	**Нейродинамическое 1бл /2бл /3бл**
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	**Регион: сома** / **висцера** Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 / 1 2 3 Верх. конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 / 1 2 3 Поясничный 1 2 3 / 1 2 3 Таза 1 2 3 / 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3		**ВС** **СВ** Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция:			

Определение доминирующей соматической дисфункции подчиняется следующим принципам:

1. При заполнении остеопатического заключения и вынесении доминирующей соматической дисфункции мы ориентируемся на принцип иерархии, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные — над локальными.

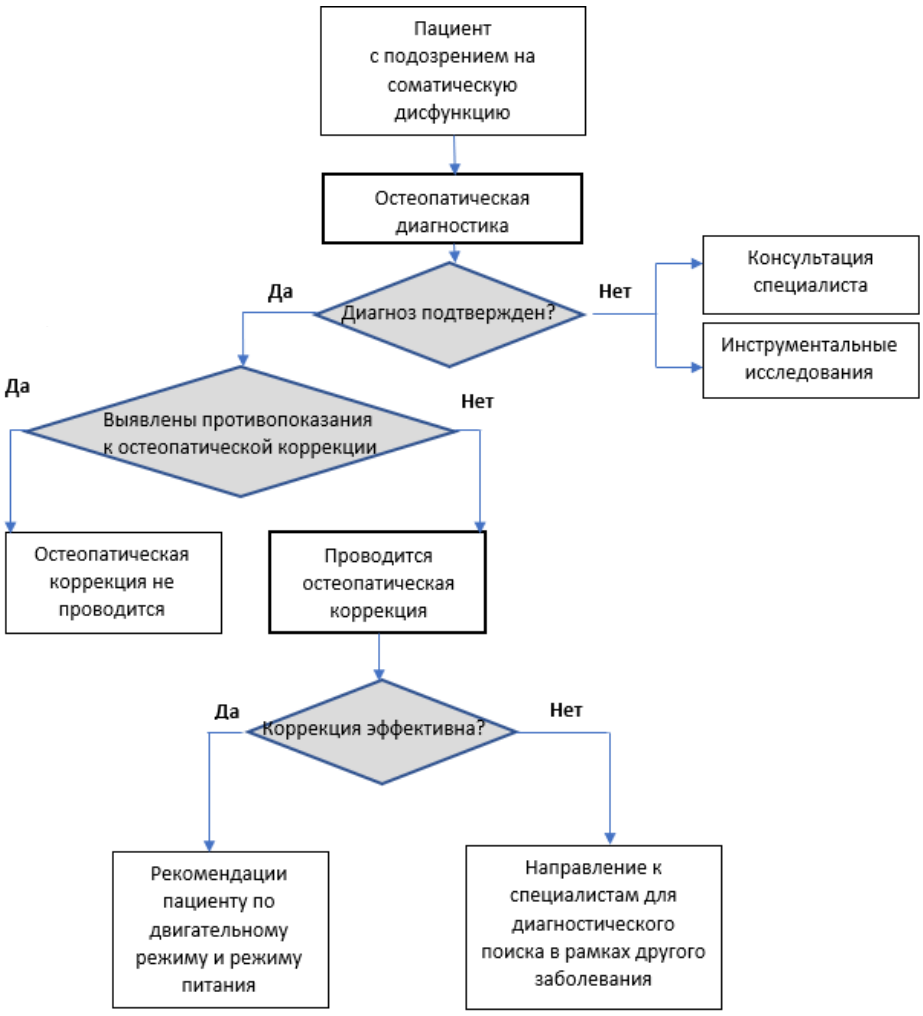
2. В случае наличия нескольких соматических дисфункций глобального или регионального уровня доминирующей, как правило, оказывается дисфункция, максимальная по степени выраженности в баллах. Если несколько соматических дисфункций равны по степени выраженности, то проводится тест ингибиции, в результате которого выявляется доминирующая дисфункция.

3. Локальная соматическая дисфункция может быть отнесена к доминирующей только в случае острого повреждения. В этом случае острая локальная соматическая дисфункция преобладает над региональными и глобальными нарушениями.

4. Наряду с соматической дисфункцией глобального уровня в графу «Доминирующая соматическая дисфункция» также может быть вынесена наиболее значимая региональная дисфункция. В данном случае под наиболее значимой подразумевается та региональная дисфункция, которая на момент осмотра вызывает большую дезадаптацию организма. Как правило, такая региональная дисфункция при этом имеет большую выраженность в баллах по сравнению с остальными дисфункциями.

5. Доминирующая соматическая дисфункция является вектором коррекции на остеопатическом сеансе. Соответственно, это должно быть подтверждено перечисленными техниками в графе «Лечение».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Соматические дисфункции — это обратимые нарушение подвижности, иннервации и кровоснабжения тканей, которые могут быть как самостоятельным явлением, так и сопровождать самые разные заболевания. В ряде случаев соматические дисфункции предшествуют развитию того или иного заболевания, являясь дополнительным провоцирующим фактором.

Диагностика соматических дисфункций является компетенцией врача-остеопата и осуществляется посредством мануальной диагностики – проведения клинического остеопатического обследования. По результатам осмотра заполняется унифицированное остеопатическое заключение, которое отражает те дисфункции, которые были выявлены у данного конкретного пациента.

Продолжительность приема у врача-остеопата в среднем составляет около 45 минут. При необходимости врач-остеопат может увеличить или сократить длительность приема в зависимости от потребности лечения и состояния пациента. Во время приема пациенту необходимо раздеться до белья, если при этом Вы испытываете дискомфорт, стоит принести с собой одежду из мягкого тонкого материала, чтобы переодеться.

Подход к каждому пациенту персонифицированный и основывается на результатах предшествующей остеопатической диагностики. Интервал между приемами может быть от 3-5 дней в случае острой ситуации, и от 10-14 дней до нескольких месяцев в случае хронического процесса.

После приема врача-остеопата в течение 2-3 дней стоит избегать интенсивных физических нагрузок, обеспечить адекватный жидкостный режим (в соответствие с возрастом, двигательной активностью и имеющимися хроническими заболеваниями).

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не предусмотрены.

Документ подписан и передан через систему разработки и ведения стандартов медицинской помощи

Владелец сертификата: организация, сотрудник	Сертификат: серийный номер, период действия	Дата и время подписания
C=RU, S=г. Москва, T=Заместитель генерального директора, OU=Административный отдел, O="ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ""ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ И КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"" МИНИСТЕРСТВА	00ed508e7235e228ccfca03523f4cc5836 С 2025.05.27 по 2026.08.20	2026.07.10 14:14:34
OID.1.2.643.100.4=7811153025, СНИЛС=04280565445, ОГРН=1047831003175, ИНН=780600598657, E=kavoe@yandex.ru, C=RU, S=г. Санкт-Петербург, L=г. Санкт-Петербург, STREET="УЛ. ДЕГТЯРНАЯ, Д. 1, ЛИТЕРА А", O=РОССИЙСКАЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ,	0291157e0008b36ca14050bbf5a7969e32 С 2025.06.26 по 2026.09.26	2026.08.27 16:54:26
OID.1.2.643.100.4=7811153025, СНИЛС=04280565445, ОГРН=1047831003175, ИНН=780600598657, E=kavoe@yandex.ru, C=RU, S=г. Санкт-Петербург, L=г. Санкт-Петербург, STREET="УЛ. ДЕГТЯРНАЯ, Д. 1, ЛИТЕРА А", O=РОССИЙСКАЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ,	0291157e0008b36ca14050bbf5a7969e32 С 2025.06.26 по 2026.09.26	2026.08.27 16:53:31
OID.1.2.643.100.4=7811153025, СНИЛС=04280565445, ОГРН=1047831003175, ИНН=780600598657, E=kavoe@yandex.ru, C=RU, S=г. Санкт-Петербург, L=г. Санкт-Петербург, STREET="УЛ. ДЕГТЯРНАЯ, Д. 1, ЛИТЕРА А", O=РОССИЙСКАЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ,	0291157e0008b36ca14050bbf5a7969e32 С 2025.06.26 по 2026.09.26	2026.08.27 16:53:30