

"Остеопатия. Методические рекомендации n 2003/74" (утв. Минздравом РФ 27.10.2003)

Утверждаю
Первый заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации
А.И.ВЯЛКОВ
27 октября 2003 г.
Утверждаю
Статс-секретарь -
Заместитель Министра
Е.Д.ДЕДКОВ
Согласовано
Начальник Управления
научно-исследовательских
медицинских учреждений
С.Б.ТКАЧЕНКО
6 октября 2003 г.

ОСТЕОПАТИЯ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ N 2003/74

В Методических рекомендациях изложены основные положения, принципы, методики, показания и противопоказания к использованию в клинической практике остеопатии - одного из наиболее распространенных и эффективных методов традиционной медицины.

Методические рекомендации предназначены для врачей всех лечебных специальностей, экспертов лицензионных комиссий.

При составлении Методических рекомендаций использовались терминология и требования унифицированной программы последипломного обучения врачей по мануальной терапии, утвержденной Министерством здравоохранения России (разделы: 1.2.13; 4.1.8.; 4.1.19; 4.26.1; 4.26.4) [18].

Организации разработчики:

Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Минздрава России;

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Русская высшая школа остеопатической медицины (РВШОМ, г. Санкт-Петербург).

Авторы:

заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, академик РАМН, д.м.н., профессор А.А.Скоромец;

врач Института остеопатической медицины СПбМАПО к.м.н. И.А.Егорова;
генеральный директор Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Минздрава России, главный специалист Минздрава России по вопросам традиционной медицины А.А.Карпеев;

ректор Русской высшей школы остеопатической медицины, к.м.н. Т.И.Кравченко;

руководитель Института остеопатической медицины СПбМАПО к.м.н. Д.Е.Мохов.

Авторы выражают благодарность за помощь в составлении и редактировании данных Методических рекомендаций ректору СПбМАПО члену-корреспонденту РАМН, профессору Н.А.Белякову и проректору СПбМАПО члену-корреспонденту РАМН, профессору А.П.Щербо.

ВВЕДЕНИЕ

Остеопатия представляет собой один из методов традиционной медицины, заключающийся в ручном воздействии на элементы краниосакральной системы с целью их освобождения от функциональных блоков и восстановления нормального функционирования краниосакрального ритма. Термин "остеопатия" был предложен более 100 лет назад американским врачом-хирургом А.Стиллом, который сформулировал основные принципы

osteопатии и разработал комплекс специальных мануальных приемов диагностики и лечения целого ряда заболеваний. Благодаря своей высокой клинической эффективности, остеопатия получила широкое распространение за рубежом, в том числе в США, Франции, Англии, Швейцарии, Бельгии, Новой Зеландии, где она официально признана на государственном уровне. Эффективность остеопатических приемов научно подтверждена многочисленными научными и клиническими исследованиями [1, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 22]. Согласно современным представлениям, краниосакральная система включает в себя следующие анатомические структуры: сфено-базилярный симфиз (СБС), атланто-затылочное сочленение, торакальная диафрагма, пояснично-крестцовый переход, крестцово-подвздошные сочленения [19-21].

Помимо элементов краниосакральной системы при ряде нарушений в орбиту остеопатических воздействий нередко вовлекаются тазовая диафрагма и реберно-ключичное пространство. Основой остеопатии является теория о краниосакральном ритме (КСР), сформулированная на основе большого практического опыта. Краниосакральный ритм или как его раньше обозначали - "механизм первичного дыхания" - суть и отражение биомеханических взаимоотношений костей черепа и крестца, основанных на представлениях о реципрокных мембранах, где "ключевой" зоной является СБС.

Краниосакральный ритм формируется пятью составляющими: движением массы мозга, подвижностью костей черепа, флюктуацией ликвора, мембранами взаимного натяжения (*dura mater*) и подвижностью крестца между подвздошными костями.

Интерес врачей лечебно-диагностического профиля к изменениям показателей КСР обусловлен тем, что эти показатели претерпевают существенные изменения при различных патологических состояниях и могут являться объективным критерием эффективности лечебных воздействий. Это, прежде всего, касается последствий травм нервной системы и опорно-двигательного аппарата, функциональных изменений внутренних органов.

За рубежом накоплен значительный практический опыт применения метода остеопатии при лечении широкого спектра заболеваний нервной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата. В нашей стране активные научные исследования по этой проблеме проводятся с 90-х годов XX века [2, 5, 8, 9, 12, 19, 20, 23].

ФОРМУЛА МЕТОДА

Остеопатия - совокупность лечебно-диагностических методик, используемых для установления причин и устранения выявленных патофизиомеханических нарушений путем мануального воздействия на анатомические структуры черепа, позвоночника, крестца, суставы, мышечно-связочный аппарат, внутренние органы в целях восстановления их подвижности и оптимального функционирования.

Остеопатический метод включает в себя выполнение диагностических и лечебных манипуляций.

Существует целый ряд остеопатических методик, выбор которых определяется локализацией и характером выявленных биомеханических нарушений.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Наиболее широкое применение остеопатический метод находит в клинике нервных болезней при комплексном лечении таких заболеваний как: синдром минимальной мозговой дисфункции, последствия перинатальной травмы черепа, позвоночника и нервной системы, посттравматическая энцефалопатия, эпилептический синдром, задержка психомоторного и речевого развития, синдром вегетативной дистонии, церебростенический синдром [1, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 22].

Показаниями к применению остеопатической терапии у пациентов с посттравматическими нарушениями внутричерепной гемо- и ликвородинамики являются следующие патологические признаки:

- нарушения кинетики и биомеханики сфено-базилярного симфиза;
- нарушения гемо- и ликвородинамики (клинико-функциональные признаки доброкачественной посттравматической внутричерепной гипертензии), ассоциированные с нарушениями краниосакрального ритма;
- вегетативные и психоэмоциональные нарушения, сопровождающие доброкачественную посттравматическую внутричерепную гипертензию. При этих патологических проявлениях наибольший эффект достигается применением методики "декомпрессия сфено-базилярного симфиза".

Применение методики "дренаж венозных синусов" показано при следующих клинко-функциональных синдромах, ассоциированных с нарушениями краниосакрального ритма:

- цефалгии, связанные с нарушениями венозного оттока;
- мигренеподобные пароксизмы;
- гипертензионно-гидроцефальный синдром;
- вегетативно-сосудистые дистонии по гипертоническому типу.

Показания к применению методики "освобождение атланта-затылочного сочленения":

- нарушения ликвородинамики (нарушения продольной циркуляции ликвора);
- цефалгии напряжения;
- вегетативно-сосудистые дистонии;
- артериальная гипотония.

Показания к применению методики "фасциальная декомпрессия крестца":

- нарушения краниосакральной кинетики;
- посттравматические нарушения гемо- и ликвородинамики;
- вегетативные и психоэмоциональные нарушения, сопровождающие посттравматическую гипертензию;
- нейрогенный мочевой пузырь;
- нарушения функций органов малого таза.

Показаниями к использованию лечебных приемов остеопатии в клинике внутренних болезней является наличие в структуре основных терапевтических заболеваний вертебрально-висцеральных синдромов, таких как синдром нарушения резонансного ритма систем висцеральных органов, вегетативной дисфункции, нарушения экскурсии диафрагмы висцеральных органов. Названные синдромы ассоциируются в клинике внутренних болезней с такими нозологическими формами как плевриты, хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, болезни кишечника (хронические колиты, проктиты), спланхноптоз, дискинезии желчевыводящих путей. Остеопатические методики воздействия применяются в период неполной и полной ремиссии данных заболеваний.

К показаниям для применения остеопатии в ортопедии и травматологии относятся все синдромы, связанные с повреждениями межпозвонковых суставов, дисков, связок, при которых обнаруживается блокада двигательного сегмента, а также дегенеративные изменения вне суставов позвоночника, сопровождаемые блокадой, например, коксартроз, гонартроз, эпикондилез. Нефиксированные (нарушения осанки) и статические деформации опорно-двигательного аппарата (сколиоз и др.) также является показаниями к применению остеопатических методов лечения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Абсолютные:

1. Острые травмы черепа, позвоночника, крупных суставов.
2. Злокачественные новообразования любой локализации.
3. Патологическая ломкость костей (новообразования, генетические заболевания, остеопороз и пр.).
4. Острые и в фазе обострения хронические инфекционные заболевания, включая остеомиелит позвоночника, туберкулезный спондилит.
5. Патологическая мобильность в позвоночно-двигательном сегменте.
6. Послеоперационный период при хирургических вмешательствах на черепе и позвоночнике.
7. Острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит и т.п.).
8. Острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты).
9. Тромбоз и окклюзия позвоночной артерии.
10. Стадия стабильной субкомпенсации и декомпенсации посттравматической внутричерепной гипертензии, а также прогрессирующий тип течения внутричерепной гипертензии.

Относительные:

1. Наличие признаков нарушения психики.
2. Негативное отношение пациента к методике лечения.
3. Прогрессирующее нарастание симптомов выпадения функции спинномозговых корешков спондилогенной природы.
4. Грыжа межпозвонкового диска в области шейного отдела позвоночника в остром периоде заболевания при выраженном болевом синдроме.

5. Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.

Использование методики "дренаж венозных синусов" противопоказано также при артериальной гипотонии и функциональном блоке на уровне атлanto-затылочного сочленения и I ребра.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Для проведения процедур с применением методик остеопатии используется типовое оборудование: кушетки для массажа и мануальной терапии серийно выпускаемые медицинской промышленностью и разрешенные к применению в медицинской практике.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Арсенал остеопатии включает в себя широкий перечень диагностических и лечебных методик. Построение программы остеопатического лечения и выбор оптимальной методики воздействия начинается с ручного тестирования, которое позволяет уточнить характер патобиомеханических нарушений кинетики краниосакральной системы. По результатам пальпации оценивают такие характеристики патобиомеханических нарушений кинетики КСР как амплитуду, частоту, симметричность. При нарушениях кинетики, которые приводят к ликвородинамическим расстройствам, наблюдается резкое снижение частоты <*> КСР и/или амплитуды движений и его асимметричность. Результаты остеопатического обследования обязательно сопоставляются с данными клинического и аппаратурного объективных исследований.

<*> В норме показатель частоты КСР составляет 8-14 циклов в минуту.

Методика остеопатического определения характера патобиомеханических нарушений кинетики краниосакральной системы представляет собой следующую последовательность действий врача.

Исходное положение пациента (ИПП) - лежа на спине, голова в нейтральном положении.

Исходное положение врача (ИПВ) - сидя у головного конца кушетки, предплечья располагаются на кушетке свободно. Обеими кистями врач фиксирует голову пациента таким образом, чтобы указательные пальцы располагались над проекцией больших крыльев клиновидной кости, средние пальцы - кпереди от наружных слуховых проходов, безымянные пальцы - на сосцевидных отростках, мизинцы - на латеральных участках затылочной кости. В фазе флексии сфено-базиллярного симфиза кисти врача ощущают расширение поперечного размера черепа. В фазе экстензии сфено-базиллярного симфиза происходит суживание поперечника и увеличение длинника черепа. При этом в фазе флексии указательные пальцы и мизинцы получают ощущения надавливания от костных структур клиновидной и затылочной костей в каудально-латеральном направлении, а средние и безымянные пальцы ощущают давление в латеральном направлении от височных костей. В фазе экстензии врач определяет противоположные движения, т.е. удаление костных структур. В норме все движения симметричны, амплитуда одинакова. При фиксациях в краниосакральной системе характеристики КСР меняются.

По результатам остеопатической диагностики могут быть выявлены следующие синдромы нарушений КСР: флекссионный синдром; экстензионный синдром; блокада сфено-базиллярного симфиза, торсия, синдром боковой ротации с наклоном, синдром напряжения (стрейны).

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ОСТЕОПАТИИ

Декомпрессия сфено-базиллярного симфиза (СБС)

ИПП - лежа на спине, голова в нейтральном положении. ИПВ - стоя в голове у больного. В начальной фазе флексии СБС, одной рукой (вторым и третьим пальцем) провести вытяжение (тракцию) в направлении к основанию черепа, чтобы приподнять верхнюю челюсть и привести их к наружной ротации. Одновременно другой рукой (первым и вторым пальцем) сделать сгибание и наружную ротацию лобной кости. Поддерживать вытяжение в течение фазы флексии и надавливать на каждой начальной фазе вдоха до ощущения ослабления напряжения тканей и восстановления кинетики в СБС.

Методика выполняется 1-3 раза с периодичностью 1 раз в неделю. Курс повторяется 1-2 раза в год, до достижения устойчивого клинико-функционального эффекта.

Дренаж венозных синусов

ИПП - лежа на спине, голова и шея в нейтральном положении. ИПВ -сидя со стороны головы больного, локти на столе.

Направление манипуляции: дренирование от затылочного бугра до затылочного отверстия

(затылочный синус). Положение пальцев: средние пальцы лежат горизонтально поверхности стола и соприкасаются кончиками, контактируют с затылочным бугром. В этом положении индуцировать легкое натяжение подушечек третьих пальцев и подождать до появления ощущения тепла, размягчения, расслабления тканей, начала внутреннего движения, даже легкой потливости (нейрогенная реакция). Затем средние пальцы надо приблизить к затылочному отверстию и повторить эту манипуляцию с теми же параметрами, индуцируя его под углом 45 град. по отношению к средней линии тела. Последний раз следует переместить пальцы в направлении затылочного отверстия и снова повторить манипуляцию. При этом удерживать давление, затем декомпрессировать затылочную кость от атланта для расслабления затылочных мышечных частей. Обязательно дождаться расслабления тканей и ощущения свободы движений в этой области.

Затем провести дренирование затылочного синуса. Положение пальцев следующее: подушечки средних пальцев упираются друг в друга и контактируют с затылочным бугром. При манипуляции следует индуцировать очень легкое натяжение подушечек пальцев и ждать, соблюдая те же параметры расслабления (ответной реакции) тканей.

Далее выполняют дренирование латеральных синусов. Положение пальцев: вернуться к затылочному бугру, положить на него мизинцы конец в конец и три следующих пальца каждой кисти с одной и другой его стороны по верхней кривой затылочной линии. В этом случае пальцы находятся на уровне латеральных синусов. Манипуляция: индуцировать очень легкое натяжение подушечек пальцев и ждать, соблюдая те же параметры расслабления тканей. Затем осуществляют дренирование прямого синуса. Положение пальцев: мизинцы, подушечки контактируют с затылочным бугром. Остальные пальцы контактируют с верхней кривой затылочной линией. Большие пальцы лежат друг на друге, контактируя с сагиттальным швом, на уровне лямбды (точка соединения затылочной и теменных костей). Манипуляция: визуализировать ось, идущую от больших пальцев к центру черепа, на уровне переднего конца прямого синуса. Индуцировать очень легкое натяжение подушечек пальцев и ждать, соблюдая те же параметры расслабления тканей.

Далее проводят дренирование верхнего продольного синуса. Положение пальцев: вернуться к затылочному бугру, захватить череп ладонями, положить перекрещенные большие пальцы на среднюю линию, воздействуя, таким образом, на верхний продольный синус от затылочного бугра до лямбды. Манипуляция: дать очень легкое натяжение подушечками первых пальцев. Необходимо дождаться расслабления тканей и перцепции следующего движения согласно обычным параметрам.

Направление манипуляций - от лямбды до брегмы (точка соединения лобной и теменных костей). Положение пальцев: первые пальцы перекрещены верхом на сагиттальном шве, а остальные четыре пальца каждой кисти захватывают череп. Манипуляция: индуцировать легкое растяжение сагиттального шва. Манипуляция выполняется до получения ощущения расслабления (релиза) согласно общепринятым критериям.

Направление манипуляций - от брегмы до глабеллы (центральная точка соединения лобной и носовой костей). Положение пальцев следующее: четыре последних пальца соединены конец в конец, с одной и другой стороны метопического шва. Осуществляют натяжение тканей в горизонтальной плоскости.

Методика выполняется 1-3 раза с периодичностью 1 раз в неделю. Курс повторяется 1-2 раза в год, до достижения клинико-функционального эффекта.

Декомпрессия атланта-затылочного сочленения C0-C1

ИПП - лежа на спине. ИПВ - сидя у головы больного. Одна рука врача захватывает "чашей" затылок больного так, чтобы указательный и средний пальцы были расположены максимально близко к большому затылочному отверстию. Подушечки указательного и среднего пальцев другой руки устанавливаются на уровне латеральных масс атланта по задней поверхности шеи. Осуществляя легкий контакт, врач производит индукцию разъединения и восстановление равновесия подвижности атланта-затылочного сегмента.

Фасциальная техника декомпрессии крестца

ИПП - лежа на спине. ИПВ - сидя сбоку от больного. Рука врача находится на крестце (обозначим ее как каудальную), другая рука (обозначим ее как краниальную) - на поперечном и остистом отростках L5. Руки врача синхронизируются с краниосакральным ритмом (движения крестца) и осуществляют легкую индукцию на разъединение L5 от S1 до ощущения освобождения L5 от S1 (увеличение кинетики сегмента L5 - S1). Затем краниальная рука

перемещается на подвздошную кость в области крестцово-подвздошного сочленения и производит легкую тракцию подвздошной кости от крестца до нахождения точки сбалансированного натяжения. После этого врач ожидает освобождения крестцово-подвздошного сочленения и включения его в краниосакральный ритм, при этом отмечается увеличение кинетики крестца. Тот же маневр повторяется с другой стороны крестца. Эту методику можно выполнять вдвоем, одновременно освобождая оба крестцово-подвздошных сочленения.

Фасциальная диагностика и коррекция

торакоабдоминальной диафрагмы

ИПП - сидя на кушетке, спина выпрямлена.

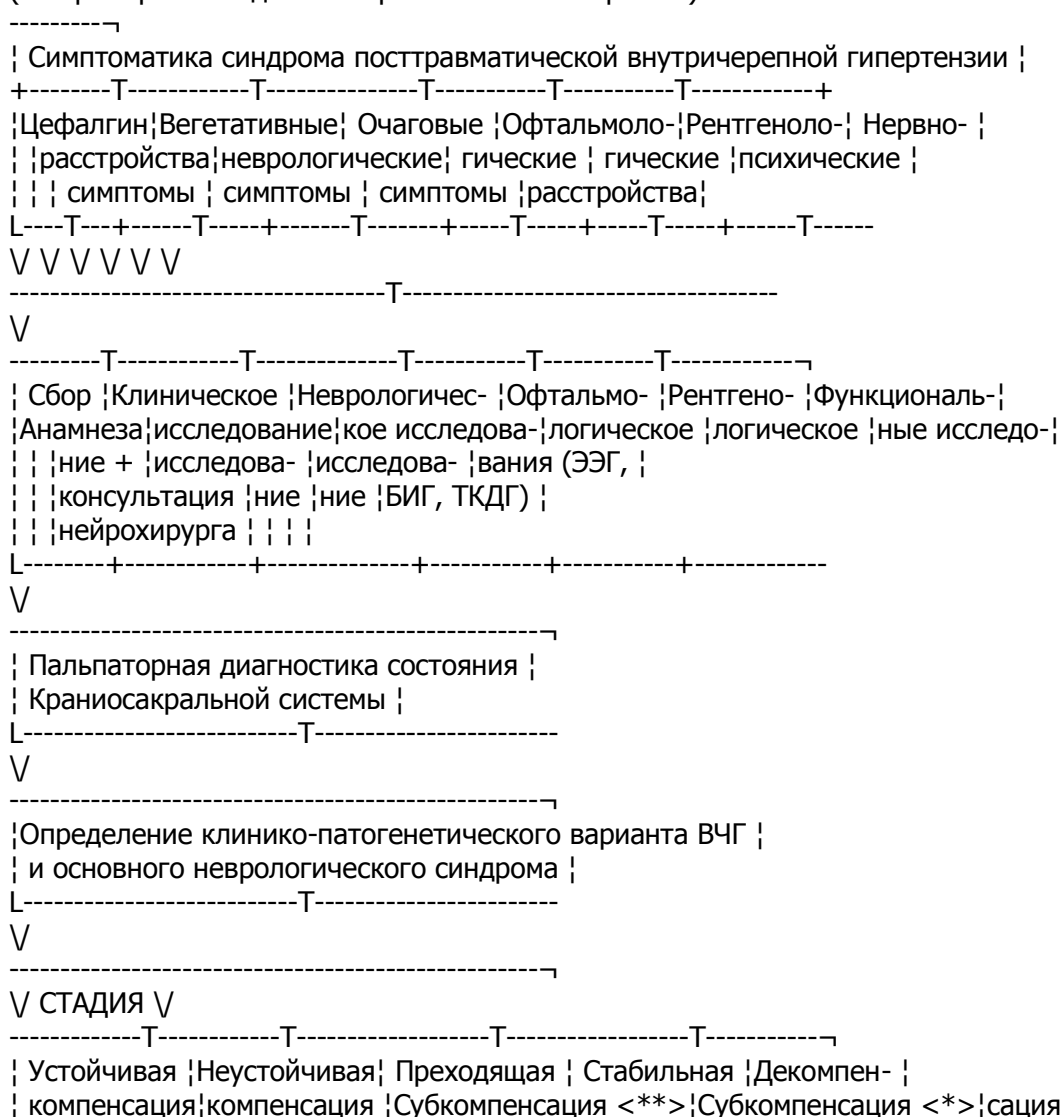
ИПВ - стоя за пациентом, установив плотный контакт между своей грудной клеткой и спиной пациента. Ноги врача на уровне плеч. Предплечья врача прижаты к грудной клетке пациента (сохранять контакт в течение всей коррекции). Врач плавно и мягко заводит свои пальцы под нижний край реберной дуги с целью достичь ее внутренней поверхности. Для удобства врач может попросить пациента согнуться вперед, а затем разогнуться. При этом врач осуществляет небольшую тракцию диафрагмы вверх.

Из этого положения врач совершает своим корпусом ротационные движения влево и вправо, возвращаясь каждый раз в нейтральное положение. После определения наиболее свободного ротационного движения из нейтрального положения выводим диафрагму (грудную клетку) в противоположную ему ротацию до ощущения фасциального натяжения и ждем расслабления тканей. После появления данного ощущения просим пациента сделать вдох и убираем руки.

Алгоритм комплексной диагностики основных синдромов

и дифференцированного подбора методик остеопатии

(на примере последствий черепно-мозговой травмы)



L-----+-----+-----T-----+-----+-----
V
V ТИП ТЕЧЕНИЯ V
-----T-----T-----
Умеренно интенсивно
Непрогрессирующий прогрессирующий <*> прогрессирующий <*>
L-----+-----T-----+-----
V
V СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ V
-----T-----T-----
Не нарушены Умеренно нарушены <*> Выраженные
нарушения <*>
L-----+-----T-----+-----
V
Характер нарушений кинетики краниосакральной системы
V V
-----T-----T-----T-----
Нарушения Различные кинетические Функциональные изменения
ликвородинамики дисфункции СБС блоки показателей
и венозного (C0-C1, крестец, медленно-волновых
оттока диафрагма) колебаний
L-----+-----T-----+-----
V
-----T-----T-----T-----T-----
V V V V
-----T-----T-----T-----
"декомпрессия" "дренаж венозных" "альтернирующий" "фасциальная"
сфено-базиллярного синусов" перекат височных декомпрессия
симфиза" костей" крестца"
+-----+-----+-----+-----
Выбор оптимальной методики остеопатии
L-----T-----
V

Оценка клинко-функциональной эффективности первых процедур
L-----T-----
V

Определение программы лечения
L-----

<*> Методики остеопатии не показаны.

<*> Методики остеопатии могут применяться при определенных условиях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Оценка эффективности остеопатической терапии при вертебро-базиллярной недостаточности в сравнении с обычными медикаментозными методами 196 пациентов основной группы и 123 пациента контрольной группы, показала достоверную эффективность ($p < 0,05$) курса остеопатии. [14].

Как показали исследования, у пациентов с посттравматическими нарушениями гемо- и ликвородинамики лечение с использованием методик остеопатии позволило достигнуть положительного результата в 80% случаев. [7, 8].

Как показывает практика, остеопатическая терапия весьма эффективна при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Это не удивительно, так как причиной патологических процессов в поясничном отделе позвоночника, проявляющихся люмбоишиалгиями, нередко

"декомпрессия	58,3	33,3	8,4	-	-	60
сфено-						
базилярного						

[illegible]

терапии МЗ РФ. - 1999. - С. 132-133.

9. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Вайнштейн Г.Б., Семерня В.Н., Червоток А.Е., Митрофанов В.Ф. О роли ликвородинамического компонента в формировании периодических флуктуаций электроимпеданса головы // Физиол. Ж. - 1996. - Т 82, N 7. - С. 36-45.
10. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Гайдар Б.В., Вайнштейн Г.Б., Семерня В.Н., Майорова Н.Ф., Митрофанов В.Ф. О периодической подвижности костей черепа у человека // Физиол.чел. - 1999. - Т 25, N 1. - С. 78-86.
11. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Фрайман В., Вайнштейн Г.Б. Фундаментальные основы краниальной остеопатии. - СПб, 2002. - 80 с.
12. Мохов Д.Е. Постуральные нарушения у больных люмбоишиалгиями, способы их диагностики и коррекции // Тезисы I Съезда мануальных терапевтов России. - М., 1999.
13. Новосельцев С.В. Остеопатия как метод лечения люмбоишиалгий // Тезисы 75 Всеросс. студ. научной конф., посвящ. 100-летию СНО Казанского гос. мед. ун-та. - Казань, 2001.
14. Новосельцев С.В. Возможности остеопатической коррекции синдрома вертебро-базиллярной недостаточности у детей // Материалы VII-ой итоговой открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов. - Киров, 2001.
15. Новосельцев С.В. Философия остеопатии. СПб, Издательский дом СПбМАПО, 2003 - 26 с.
16. Скоромец А.А., Кравченко Т.И., Баранцевич Е.Р., Дидур М.Д. Методы краниосакральной мануальной терапии (osteopatii) в диагностике и лечении больных с посттравматической внутричерепной гипертензией. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001 - 20 с.
17. Скоромец А.А., Ахметсафин А.Н., Баранцевич Е.Р. и др. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов / Под ред. Скоромца А.А. - СПб, Гиппократ, 2001.
18. Унифицированная программа последипломного обучения врачей по мануальной терапии. - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 235 с.
19. Фоссгрин Й. Краниосакральная техника (курсовой материал А): Методические рекомендации. - СПб, 1995. - 29 с.
20. Фоссгрин Й. Краниосакральная техника (курсовой материал Б): Методические рекомендации. - СПб, 1996. - 36 с.
21. Черкес-Заде Д.Д. Остеопатическая диагностика и лечение заболеваний позвоночника. - М.: Медицина, 2000. - 120 с.
22. Чикуров Ю.В. Остеопатическое лечение внутренних органов. - М., 2001.
23. Чокашвили В.Г. Диагностика и лечение краниовертебральной патологии. - СПб, 1997. - 110 с.
24. Gaidar B., Kravchenko T., Weinstein G., Semernia V., Moskalenko Y. Human skull bones motions related to intracranial volume-pressure relationships // XXXIII Intern. Congr. Physiol. Sciences. - St. Petersburg, 1997. - P. 078.34.
25. Mokhov D, Smirnoff K. Utilisation de l'analyse des rytmes biologiques pour le monitoring de l'efficacite des differentes techniques osteopathiques // Osteo-2000, N53, p. 8-21.
26. Moskalenko Y., Kravchenko T., Chervotok A., Shalaev V. Principles of application of electrical bio-impedance for monitoring purposes in osteopathic medicine // Proc. Intern. Conf. elektr. bio-impedance. - Barselona, 1998. - P. 92-97.
27. Novoseltsev S. Birth trauma and osteopathy // Neurological theses, Kuopio, Finland, 2002.
28. Still A.T. Philosophy of osteopathy/ Published by autor. Kiksville, MO, 1899.