

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИЛИ (И) ОСТЕОПАТИЯ*

Георгий Александрович Иваничев¹, Адельгерий Амербиевич Лиев²¹Казанская государственная медицинская академия, кафедра неврологии, рефлексотерапии и остеопатии, 420012, г. Казань, ул. Муштары, д. 11, e-mail: ivanchev@mi.ru,²Центр медицинской реабилитации МЗ РФ «Луч», 357700, г. Кисловодск, ул. Коминтерна, д. 10-11

Реферат. Проведен исторический и теоретический обзор манипулятивной медицины, в частности остеопатии и мануальной терапии. Подчеркнуто, что официально остеопатия как медицинская дисциплина оформилась в начале XIX века, т.е. раньше мануальной терапии, а прямая предшественница мануальной терапии, хиропрактика – в конце XIX века. В середине XX века определился новый вид манипулятивной медицины, вобравший всё позитивное из остеопатии и хиропрактики. Оказалось, что технические приёмы остеопатии и мануальной терапии имеют много общего, причём, технические приёмы остеопатии менее опасны и физиологичны, чем энергичные и порой опасные приёмы мануальной терапии. Однако основная идеологическая позиция остеопатии – «остеопатическая дисфункция», ограничивает творческое осмысление явных практических преимуществ остеопатии в сравнении с мануальной терапией. Мануальная терапия определила свою теоретическую базу как концепцию барьерных функций локомоторной системы, что является существенным вкладом в понимании механизмов развития патологических состояний и в их ликвидации. Это мнимое противоречие, к сожалению, препятствует плодотворному сотрудничеству этих видов медицинской деятельности. Противопоставление их с целью выявления превосходства одного из них диалектически и гносеологически бессмысленно, как и бессмысленно, например, сравнение полезности правой и левой руки. Настоячивая деликатность – ключевое требование к специалисту в применении мануальной терапии не менее актуально и в остеопатии.

Ключевые слова: мануальная терапия, остеопатия, краниовертебральная остеопатия, функциональный барьер, миофасциальная боль, афферентное взаимодействие.

MANUAL THERAPY OR (AND) OSTEOPATHY

Georgy A. Ivanichev¹, Adelgerey A. Liev²¹Kazan State Medical Academy, Department of Neurology, Reflexotherapy and Osteopathy, 420012, Kazan, Mushtary street, 11, e-mail: ivanchev@mi.ru,²Medical rehabilitation Center of RF HM «Luch», 357700, Kislovodsk, Komintern street, 10-11

There was conducted historical and theoretical review of manipulative medicine, in particular osteopathy and manual therapy. It was stressed that officially osteopathy as a medical discipline took shape in the early nineteenth century, i.e. before the manual therapy, and a direct predecessor of manual therapy, chiropractics – in the late nineteenth century. In the mid-twentieth century there was defined a new kind of manipulative medicine, which has absorbed the positive from osteopathy and chiropractics. It turned out that the techniques of osteopathy and manual therapy have a lot in common, and

the techniques of osteopathy are physiologically less dangerous than energetic and sometimes dangerous techniques of manual therapy. However, the basic ideological stance of osteopathy – “osteopathic dysfunction” restricts the creative thinking of the obvious practical advantages of osteopathy in comparison with manual therapy. Manual therapy defined its theoretical base as the concept of barrier functions of locomotor system, which is a significant contribution to the understanding of the mechanisms of pathological conditions development and in their elimination. This seeming contradiction unfortunately prevents fruitful cooperation of these types of medical activities. Contrasting them with the aim of identifying the superiority of one of them is dialectically and gnosiologically meaningless, as meaningless, for example, is a comparison of the usefulness of right and left hands. Persistent sensitivity, a key requirement for the specialist of manual therapy is no less relevant in osteopathy.

Key words: manual therapy, osteopathy, craniovertebral osteopathy, functional barrier, myofascaial pain, afferent interaction.

Диалектическая спираль совершила очередную виток. На обсуждение медицинской и немедицинской общественности представлен очередной феномен – соотношение двух видов манипулятивной медицины, в частности мануальной терапии и остеопатии. На первый взгляд, проблема представляется надуманной – равновесно существуют две точки зрения: полное игнорирование отдельной самостоятельности этих видов медицинской деятельности и отождествление их как разновидностей без обнаружения признаков самостоятельности. Чаще остеопатия принимается как разновидность мягкой мануальной терапии. Этому обстоятельству предшествовали следующие события: 1. Невероятно активная популяризации остеопатии в последние 10–15 лет. Высокая компьютеризация врачебного сословия с возможностями безграничного доступа к

*Обзор доказательных научных исследований по различным аспектам обсуждаемой темы представлен в наших публикациях и диссертационных исследованиях.

различным информационным ресурсам в сочетании с активной популяризацией метода в разнообразных семинарах, школах, образовательных программах, часто проводимых зарубежными специалистами, у определённой части врачей сформировали ожидаемое «охлаждение» к мануальной терапии. Сложившаяся в СССР и России во второй половине прошлого века востребованная методика обучения и применения её в какой-то мере «приелась» в силу как объективных, так и субъективных причин. Переключение на «безвредную и всесильную» остеопатию в какой-то мере напоминает увлечение акупунктурой и постепенное адекватное «охлаждение» к ней в меру естественной востребованности в медицинской практике – исчезли шаманы и «манипуляторы», обещавшие небывалые лечебные эффекты. Всё встало на свои места – акупунктура заняла достойное место в ряду различных традиционных и западных лечебных технологий без какого-либо взаимного ущерба.

В наши дни смена философских, в том числе познавательных ориентиров, способствовала «забвению» и даже пренебрежительному отношению к мануальной терапии. Трудности освоения мануальной терапии, частые неудачи в виде различных осложнений, необходимость поддержания хорошей физической формы врача сыграли не последнюю роль в этом закономерном процессе. Активно комментируемые принципы жесткости технических приёмов мануальной терапии и не менее активно внедряемые призывы заменить «мягкими» техниками остеопатии способствовали возникшей курьёзной ситуации: вдруг специалисты по мануальной терапии с солидным теоретическим и практическим стажем превратились в остеопатов – свидетельства этому являются многочисленные рекламные объявления как в интернете, так и в обычной среде. Словосочетание «мануальный терапевт-остеопат» стало признаком хорошего тона и своевременной переориентации «носа по ветру».

Похожие ситуации возникали в различных философских направлениях, когда разделявшаяся многими поколениями концепция внезапно менялась на противоположную. К примеру, в своей самой значительной философской работе «Сущность христианства» (1841 г.) Людвиг Фейербах выступает против религиозного мировоззрения, доказывая, что бог – это лишь продукт

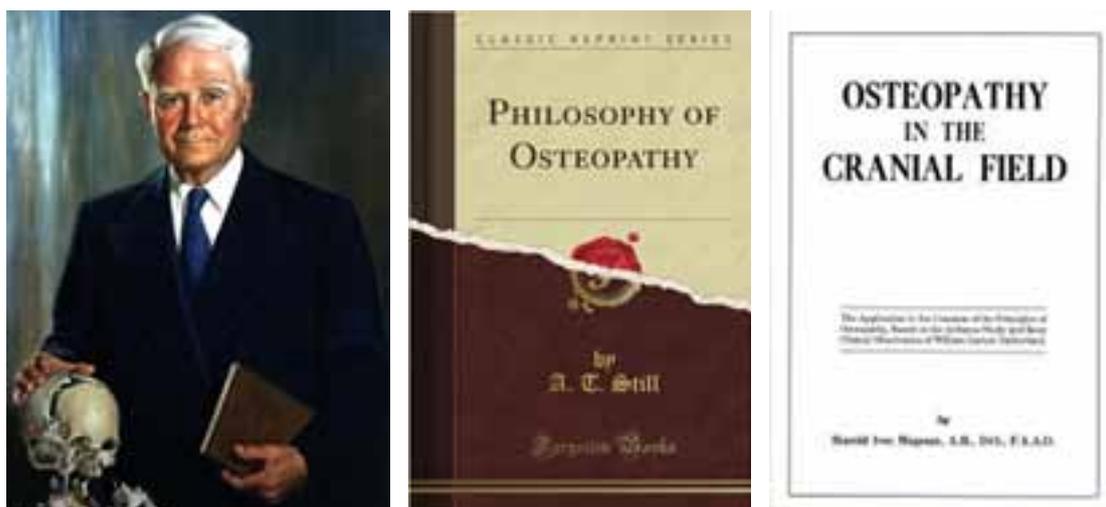
человеческой фантазии. «Надо было пережить освободительное действие этой книги, чтобы составить себе представление об этом, – писал впоследствии Энгельс. Воодушевление было всеобщим: все мы сразу стали фейербахианцами» (Ф. Энгельс «Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии» / К. Маркс и Ф. Энгельс. Избранные произведения. Т. II, С. 348). Однако, как показывает общественная практика, внезапное прозрение не является свидетельством всеобщего убеждения в единственности истины, оставляя поле для различного толкования, порой противоречивых и запутанных, по сути, событий. В какой-то мере написанное справедливо в отношении обсуждаемой темы.

В этой статье будет проведён сравнительный анализ некоторых основных теоретических и технических постулатов мануальной терапии и остеопатии с целью оценки их с позиций современной медицины.

Начнём с исторических данных. Речь идёт не об истории методик лечения и развития теоретических посылов, ибо об этом написано достаточно подробно в специальной литературе. Для нас важнее сравнительные отношения основополагающих принципов на различных этапах развития каждого вида деятельности.

Исторический экскурс в глубину веков позволяет утвердительно констатировать, что манипулятивная терапия человеком применялись давно в рамках народной медицины. Естественно, что эти наработки, порой весьма оригинальные и эпатажные, были в употреблении у значительной части народов. Считать их достоянием какой-либо народности нет оснований. Наиболее логичны и систематизированы эти сведения в йоге, традиционной китайской медицине. В России эти представления и наработки более известны под названием «костоправное дело». Также естественно, что практический опыт нуждался в теоретической трактовке. Создавались теория каналов в акупунктуре, чакры в йоге, «смещения сегментов» в теории сегментарного массажа, подвижности костей черепа в краниосакральной остеопатии Сезерленда, «триады здоровья» и «резонансного отклика» в прикладной кинезиологии Гудхарта и т. д.

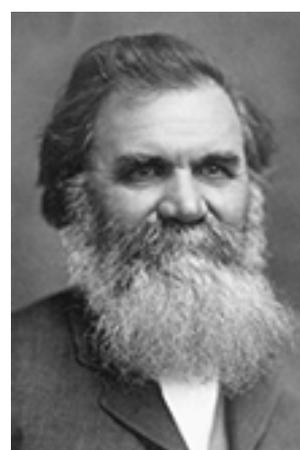
Любопытна история становления и смены технических разновидностей, порой весьма курьёзных. Так, основатель остеопатии Эндрю Стилл, являясь хирургом, весьма успешно



Уильям Гарнер Сазерленд – основатель краниосакральной остеопатии.
Работал журналистом (репортёр), автор книги «Черепная коробка» (1939).



Стилл, Эндрю Тейлор (1828-1917) – американский врач-хирург, считается основоположником остеопатии, основатель первой остеопатической школы в Кирксвилле (США, штат Миссури).



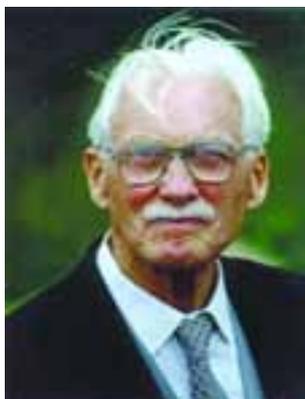
Даниэль Дэвид Палмер (1845–1913) – американский лекарь и деятель «альтернативной медицины», основатель хиропрактики, имел среднее образование.

применял хирургические методы коррекции – вправления суставов. В своей ранней визитке он рекламировал себя как специалист по «молниеносному вправлению костей», т.е. вывихов. В последующем он изменил свои взгляды на свою и деятельность учеников. В итоге, в середине XIX столетия им была разработана концепция нового медицинского направления, вобравшая в себя технику мануальных методик древних египтян и греков в сочетании с новыми научными открытиями того времени. Основа теории – нормализация тока жидкостей (крови, лимфы). Свое детище он назвал «остеопатия».

Успешное развитие остеопатии не осталось незамеченным конкурентами. Основатель хиропрактики Даниэль Палмер в начале своей сложной биографии, (поработал пасечником, чернорабочим и строителем), посещал сеансы

спиритизма и разводил золотых рыбок. Не имея медицинского образования, Палмер начал лечить людей кулаками и заявил, что первым после Гиппократы воскресил хиропрактику. После многочисленных осложнений он начал тайно посещать занятия остеопатов и стал применять их мягкие техники лечения, что дало повод Стилли упрекнуть Палмера в хищении его метода. В свою очередь, Палмер, возражая, утверждал, что его метод действует не на жидкости, а на нервы. Со временем он начал больше задумываться о смысле жизни и часто размышлял на философские темы. Он считал, что человек может излечиться от страшнейших недугов с помощью собственной силы воли и «небольшой магии». Под магией Палмер понимал магнитные волны и другие природные явления [12]. В 1890-х годах Даниэль Палмер открыл клинику, в которой можно было

на себе самом испытать целебную силу его магнитов. Во время практики в Давенпорте он излечил «безнадёжно» глухого человека (1892 г.). Помимо глухоты пациент страдал от горба на спине. Палмер решил, что эти нарушения связаны между собой. После курса процедур глухой пациент услышал человеческую речь, хотя горб остался, тем не менее, восторг от результата лечения произвел сильное впечатление как на самого автора, так и на свидетелей «чуда». Этот случай положил начало новому направлению лечения как хиропрактика («хейрос» – по-гречески «рука»). В 1897 г. Палмер основал систематическое подготовку хиропрактиков, в 1902 г. заведение выпустило первых таких специалистов.



**Видный английский
остеопат
Алан Стоддарт**



**Дмитрий Евгеньевич
Мохов (Россия,
г. Санкт-Петербург).**

Из переписки основателей остеопатии и хиропрактики, в которой ими подчёркивается уважительное отношение к двум методикам как равноправным медицинским направлениям: «Although Palmer initially denied being trained by osteopathic medicine founder A.T. Still, in 1899 in papers held at the Palmer College of Chiropractic he wrote: “Some years ago I took and expensive course in Electropathy, Cranial Diagnosis, Hydrotherapy, Facial Diagnosis. Later I took Osteopathy [which] gave me such a measure of confidence as to almost feel it unnecessary to seek other sciences for the mastery of curable disease. Having been assured that the underlying philosophy of chiropractic is the same as that of osteopathy. Chiropractic is osteopathy gone to seed» [10].

В России это направление разрабатывается проф. Д.Е. Моховым.

Таким образом, конец XIX века ознаменовался двумя знаковыми событиями в манипуля-

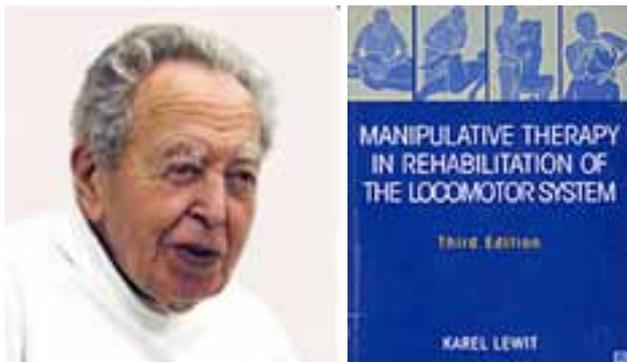
тивной медицине, положившими начало многолетнему явному соперничеству и вежливой дружбе. Теоретическое обобщение этого сотрудничества обозначилось как «остеопатическая дисфункция» и как альтернатива «сублюксации» (подвывихи) суставов прежде всего позвоночника в хиропрактике. В практическом отношении данные позиции отличались тем, что остеопаты применяли мягкие техники, и это привлекало вдохновлённых приверженцев метода, зачастую не имевших медицинского образования, возможностью применения к пациентам любого возраста, независимо от состояния их здоровья, в том числе к беременным женщинам и грудным детям. Заумная терминология и оригинальная философская трактовка в этом отношении сыграли не последнюю роль. Самая сильная сторона технического практического применения оказалась в филигранном совершенстве логики (алгоритма) проведения лечебных технических приёмов («шаг 1», « шаг 2» и т.д.). Причём шаг следующий допускался (разрешался) после достижения лечебного эффекта, предусмотренного предыдущим шагом. Этот алгоритм, не позволяющий вольнодумство и свободу выбора метода, оказался весьма продуктивным в защите метода от волюнтаризма.

Традиционность в исполнении и прописывание каждому шагу свой смысл, позволяли сохранять техническую чистоту исполнения в течение значительного срока, включая наши дни. Мягкие технические приёмы почти не сопровождалась осложнениями, в то же время техника хиропрактиков сопровождалась осложнениями с большой частотой. Всё это создавало ореол могущества остеопатии в лечении не только болезней опорно-двигательного аппарата, но и заболеваний внутренних органов, даже таких экзотических состояний, как « аутизм и неврозы». «Те, кто уже испытал на себе возможности уникальных ручных методик, утверждают, что медицина будущего – это, безусловно, остеопатия» [10].

Хиропрактики в этом отношении были менее оригинальны. Техническое исполнение лечебных приёмов оставляло неизгладимое впечатление, что больные убегали из кабинета врача, «забыв костыли» (Марти Ларни «Четвёртый позвонок», 1964). Большое количество осложнений, болезненность проведения грубых лечебных приёмов, заимствованных вообще-то из ранней остеопатии, способствовали формированию насто-

рожденного, порой отрицательного отношения к хиропрактикам. «Хиропрактики работали как машины [9].

XX век ознаменовался относительно миролюбивым сосуществованием двух миров, по крайней мере, в первой половине. Настороженное отношение двух родственных течений манипулятивной медицины не мешало популярности и бизнесу, что вполне устраивало каждую сторону.

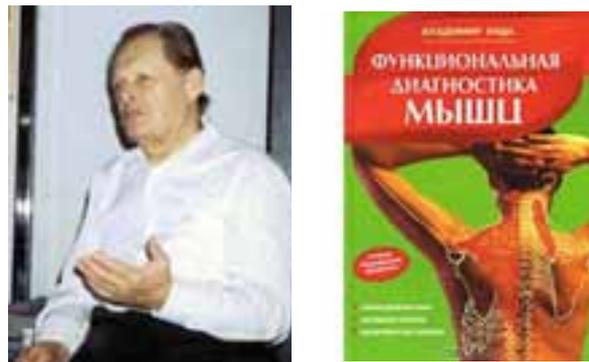


Карел Левит (1916–2013).

Середина XX столетия в связи большей востребованностью реабилитации, появлением философии здорового образа жизни (что правильно) характеризовались разработками в области лечебной физической культуры – это методики тангенциальной гимнастики Кабата (Канада), проприоцептивного нервно-мышечного расслабления (PNF), методики ЛФК Бобата, Войта и др. В 50-е годы XX века в Европе была организована международная Ассоциация мануальной медицины. Любопытно появление методики мануальной терапии в Чехии и Германии. Сотрудница доктора Кабата Любовь Виноградова (родом из Москвы) посетила Прагу (по пути в Москву) и имела встречу с Карелом Левитом, будущим крупнейшим специалистом по мануальной терапии и автором лучшего учебника в мире [9]. Карел Эгонович Левит (ученик известного чешского невролога профессора Геннера), Владимир Янда, Карел Вольф и их единомышленники успешно усвоили основные лечебные приёмы зарождающейся отрасли медицины и стояли у истоков европейской научной основы мануальной терапии.

Карел Левит, Владимир Янда, Вольф Кос, Ганс-Диттер Вольф, Йоахим Заксе, Майнхард Бергер были инициаторами создания международной ассоциации мануальной медицины в 1958 г. (International Federation for Manual/Muscu-

loskeletal Medicine – FIMM). Представители официальной медицины из шести европейских стран (Бельгия, Великобритания, Франция, ФРГ, Швейцария, представители стран Скандинавии), применявшие приемы остеопатии и хиропрактики в своей лечебной деятельности, основали новую школу, членами которой могли быть только врачи. Возник своеобразный международный центр, взявший на себя серьезные координационные обязательства по развитию этико-фило-



Владимир Янда (1928–2002).

софской и научно-диагностической базы, систематизации практического опыта, организации обмена опытом, подготовки специалистов в новой области медицины. Первый конгресс FIMM прошёл в Лондоне в сентябре 1965 г. Мануальная терапия вобрала в себя всё наукообразное и технически приемлемое, извлечённое из остеопатии и хиропрактики. К обучению и использованию мануальной терапии, согласно уставу FIMM, допускались только врачи.

К сожалению, в последние годы противопоставление остеопатии и мануальной терапии происходит не на концептуальном уровне, а на основании общественного мнения и впечатлений восторженных пациентов, но не на доказательной базе. Популярный аргумент и смысл возражений приведены в следующем длинном цитировании, как пример цитат из бесчисленных сайтов, поддерживаемых врачами - «перебежчиками»: «В чём отличаются мануальная терапия и остеопатия, ведь и в том и в другом случае для лечения применяются ручные манипуляции? Возможности мануальной терапии значительно «уже» – ведь остеопатические техники позволяют успешно лечить заболевания не только костно-мышечного аппарата, но и внутренних органов» [6]. Но основное отличие даже не в этом – действие мануальных терапевтов в основном направлены на коррекцию и устранение симптомов уже су-

Основные характеристики теоретических постулатов и технических приёмов современной остеопатии и мануальной терапии

Постановка характеризуемых положений	Остеопатия	Мануальная терапия
1	2	3
Общее название	<p>1* «Остеопатия – это холистическая мануальная медицинская система профилактики, диагностики, лечения и реабилитации последствий соматических дисфункций»</p> <p>В России приказом № 1183 Минздрава РФ «Остеопатия» утверждена в номенклатуре должностей медицинских и фармацевтических работников.</p> <p>Приказом Министерства образования и науки № 1061 (2013) утвержден перечень специальностей и направлений подготовки высшего образования.</p> <p>Присвоен код специальности «Остеопатия»</p>	<p>Мануальная терапия – раздел медицины, определяющий дисфункцию различных звеньев локомоторной системы, применение технических приёмов в устранении выявленных расстройств в рамках медицинской реабилитации. Классическая мануальная терапия отрицает возможность прямого лечебного воздействия на внутренние органы и швы череп.</p> <p>Приказом МЗ РФ №365 от 10.12.97 г. была введена в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей здравоохранения РФ специальность «мануальная терапия».</p> <p>Приказ Минздрава № 39 от 10 февраля 1998 г. «О мерах по улучшению организации помощи по мануальной терапии в РФ».</p>
Объект исследования	<p>2*. Соматическая дисфункция в деятельности аппарата движения, внутренних органов, мозга, вегетативной сферы</p>	<p>Локомоторная система (активные и пассивные элементы).</p> <p>Барьерные функции суставов, мышц, связок.</p> <p>В основе теории лежит понятие об обратимых функциональных расстройствах без изменения структуры локомоторной системы. Изменение структуры рассматривается как осложнение – переломы, вывихи, разрывы мягких тканей</p>
Объект и цель лечения	<p>*3. Восстановление и коррекция первичный респираторный механизм» для нормализации пульсации ликвора</p>	<p>Элементы локомоторной системы.</p> <p>Восстановление «игры суставов», «барьерных характеристик» тканей</p>
Основной технический приём диагностики	Остеопатическая диагностика	Нейроортопедическая диагностика
Основной технический приём лечения	<p>*4. Применение мягких остеопатических техние для устранения расстройства функции фиксированного органа</p>	<p>Релаксационные техники (постизометрическая релаксация, постреципрокая релаксация, постизотоническая релаксация, миопрессура, хиропрактическая манипуляция</p>
Контроль достоверности исследования	Клинический (пальпаторный, растяжение, сдвиг тканей)	Клинический (нейроортопедический, инструментальный (ЭМГ, КТ, МРТ)
Возможность сочетания с другими лечебными технологиями	Возможны РТ, физиотерапия, гирудотерапия, медикаментозные средства не нашли применения	Эффективно сочетание с акупунктурой, массажем, физиотерапией, медикаментами.

Окончание таблицы см. далее.

Окончание таблицы

1	2	3
Терминологическая констатация диагностических данных методом доказательной медицины	5*. Произвольная. МКБ-10 не используется.	Функциональная блокада (обратимая) сустава. Миофасциальная боль. Патологический динамический двигательный стереотип. Укорочение и вялость мышцы. МКБ-10 не используется.
Объективизация эффектов лечения	Пальпаторная	Пальпаторная, ЭМГ МРТ визуализация
Возможность пальпаторной иллюзии	Высокая	Умеренная
Возможность проведения самостоятельных лечебных приёмов (аутотерапия)	Методики не разработаны. Используются технические приёмы ЛФК	Разработана. Рекомендуется как обязательный компонент реабилитации
Риск осложнений	Минимальный	Высокий По свидетельству К. Левита «Противопоказания и риски в применении мануальной терапии в значительной степени определяются квалификацией врача»
Преобладание технических приёмов	6*. Мягкие техники (растяжение, проникающая пальпация, сдвиг тканей, артикуляция (манипуляции на суставах) – реже.	Манипуляционная техника, ритмическая мобилизация. Постизометрическая и постреципрокная релаксация. Фасцио-миопунктура
Сравнительная эффективность	Сопоставима с эффектами мануальной терапии – суммарно равная	Сопоставима с эффектами остеопатии – суммарно равная
Техническая сложность лечебного приёма	Минимальная	Высокая
Основной эталонный учебник	Отсутствует	«Мануальная терапия» в различной редакции [2, 9]
Утверждённые рецензированные унифицированные программы учёбы	Не составлены	Составлены и апробированы
Частота возможных рецидивов	В пределах среднестатистических параметров	В пределах среднестатистических параметров
Неологизмы в интерпретации диагностики и лечения	Большой перечень	Общепринятые термины в учебниках
Средняя продолжительность сеанса лечения	Несколько десятков минут	Обычно 2-3 сеанса. основной; контроль; визит отсроченный
Средняя продолжительность курса лечения	Несколько дней и недель	Несколько дней
Наиболее разработаны	Структурные слагаемые	Функциональные и биомеханические слагаемые
Доказательная база	Минимальная	Удовлетворительная
Внешняя эффектность и эпатажность	Минимальная	Высокая
Возможность применения в онкологической практике	Возможно	Исключается

Примечания (приведены в суммированном виде из различных источников):

1*. Сложно понимаемый «первичный дыхательный механизм» в ритме пульсирования «ликвора», который может быть определен только при «особо развитой чувствительности врача».

2*. Остеопатия устраняет нарушение здоровья, направлена на восстановление природных способностей организма к самокоррекции. Основная цель остеопатии – установление и поддержание нормальной структурной целостности организма

в рамках «Триединства по Стиллу ума, тела и духа», которые входят в состав соматической системы (включает в себя костный, миофасциальный и связочный компоненты), а также связанных с этой системой лимфатических, сосудистых и невралгических составляющих.

3*. Соматическая дисфункция – функциональное нарушение, проявляющееся биомеханическим, ритмогенным и невралгическими компонентами. В основе тезиса заложен принцип «структура управляет и направляет функцию». В кранио-скральной терапии Сазерленда это реализовано допущением, что «расстройство первичного респираторного механизма» – т.е. нарушение пульсации ликвора с определенной частотой в независимости от других ритмов тела. Остеопатическое поражение – это натяжения и «стрейны» тканей и мембран тела. Соматическая дисфункция – изменение или нарушение работы одного или нескольких компонентов, которые входят в состав соматической (костной, миофасциальной и связочной систем в комплексе с лимфатическими, сосудистыми невралгическими составляющими. Научное определение соматической дисфункции не разработано, принимается как исходно доверительное понятие. Если повреждение не скорректировано, остеопат почувствует под пальцами руки клокающую, тяжело разбивающуюся о пляж волну, которая бьется о структуру, как «волна о скалу». «В остеопатии практик держит кость, несколько костей, или весь механизм в точке равновесия мембранозных натяжений. Тем самым, он направляет силу спинномозговой жидкости таким образом, чтобы через тракцию мембран, она помогла коррегировать поражение» [7, 8].

4*. Цель остеопатического лечения – улучшение ликвородинамики, восстановление подвижности затылочной кости и крестца, уравнивание мембран взаимного натяжения, фасциальное уравнивание.

5*. «Устранение соматической дисфункции. Нормализация соотношения костей черепа». Профессионалы с помощью «наложения» рук и движений, практически не видимых глазу, могут привести в норму многие биохимические показатели, например сахар в крови, уровень печеночных ферментов и холестерина. Расслабляя мышцы вокруг костей черепа и вправляя по микромиллиметрам кости в исходное положение, краниосакральные остеопаты помогают черепу снова правильно «дышать» и возвращают многие процессы в организме в здоровое русло. В Сазерленд: «Ваши пальцы должны быть думающими!» [11].

6* «Долг остеопата – достижение эффективного уровня концентрации и необходимой пальпаторной проницательности, постоянный их поиск». «Общее прослушивание всех фасций и тканей тела. Именно от них приходит вся информация. Остеопат должен быть бдительным, не оставляя без внимания эти послания». «Волна ликвора, посылаемая активной рукой, «поднимается» до своего максимума, а потом, после некоторого волнения, стабилизируется, найдя точку опоры».

существующих заболеваний, тогда как остеопаты главной своей задачей считают выявление и устранение первопричины болезни. При этом остеопат стремится создать все условия, чтобы организм смог самостоятельно справиться со всеми нарушениями – без медикаментов и хирургического вмешательства. Утверждается, что в методиках мануальной терапии используется много приемов, сходных с ранними остеопатическими методами (osteopatia начала XX века), однако отсутствует достаточное концептуальное понимание смысла этих приемов.

«Классическая мануальная терапия игнорирует важность работы с внутренними органами и черепом, максимальное внимание уделяя позвоночнику и суставам. Приемы мануальной терапии часто жесткие, болезненные. Общая программа лечения направлена на борьбу с симптомами (боли, смещения, невралгии), а не на поиск причины заболевания, вследствие чего лечебные эффекты от мануальной терапии временные, а болезненные проявления постоянно рецидивируют» [6].

В пользу остеопатии утверждается, что она – «холистическая мануальная медицинская система профилактики, диагностики, лечения и реабилитации последствий соматических дисфункций, влекущих за собой нарушение здоровья и направленная на восстановление природных способностей организма к самокоррекции. При этом под

соматической дисфункцией понимаются функциональные нарушения, проявляющиеся «биомеханическим, ритмогенным и невралгическими компонентами» [6, 7].

Биомеханическая составляющая соматической дисфункции – дисфункция, проявляющаяся нарушением податливости и равновесия тканей тела человека; ритмогенная составляющая соматической дисфункции – дисфункция, проявляющаяся нарушением выработки и передачи эндогенных ритмов; невралгическая составляющая соматической дисфункции – дисфункция нервной регуляции. Под этим понятием подразумевается изменение или расстройство работы одного или нескольких компонентов, которые входят в состав соматической системы (включает в себя костный, миофасциальный и связочный компоненты), а также связанных с этой системой лимфатических, сосудистых и невралгических элементов.

«Внешне остеопатическое лечение напоминает мануальную терапию, так как диагностика заболеваний и воздействие на человека в остеопатии так же осуществляется руками врача. Его цель – указать путь к здоровью, устранить причину болезни и активизировать защитные силы организма» [1]. Как говорил основатель остеопатии Эндрю Тейлор Стилл: «Наша задача найти в теле Здоровье. Болезнь – может найти каждый...» [7, 8].

Определённо подготовленные врачи считают, что «Мануальная терапия представляет собой систему ручных приёмов, направленных на коррекцию патологических явлений в позвоночнике. Основная цель мануальной терапии – лечение позвоночника, восстановление нормального положения позвонков и межпозвоночных дисков и, как следствие, восстановление нарушенного кровообращения» [4, 5].

В таблице представлены основные характеристики остеопатии и мануальной терапии с точки зрения оценки теоретических постулатов и технической их реализации.

Обсуждение

1. Исторически остеопатия как оформленная медицинская дисциплина является наиболее «старой» – она возникла в начале XIX века (1874 г.). Хиропрактика оформилась позже, в конце XIX века (1892 г.). В середине XX века официально возникла мануальная терапия, вобравшая в себя все ценное из остеопатии и хиропрактики. «Побочные» приложения в виде прикладной кинезиологии, краниосакральной техники, висцеральной мануальной терапии образовались в результате подвижнической деятельности и неугасимого энтузиазма отдельных представителей остеопатии и мануальной терапии при явном пренебрежении фундаментальными представлениями о многих физиологических самоорганизующихся процессах в целостном организме.

2. Теоретическая база остеопатии и мануальной терапии сильно различаются. В остеопатии завершённое теоретическое обоснование отсутствует. В мануальной терапии теория приводится в виде концепции барьерных функций тканей, включая суставы и мягкие ткани, и представление об обратимой дисфункции (блокады суставов, локальных мышечных гипертонусов в миофасциальной боли) является более конкретным, чем «остеопатическая дисфункция» «Краниосакральная терапия» – комплекс теорий и техник, первоначально разработанных В. Сазерлендом, основывается на утверждении, согласно которому кости черепа якобы совершают микроскопические движения, происходящие в определенном ритме. Утверждается, что краниальная остеопатия основывается на «первичном дыхательном механизме» – ритме пульсирования «ликвора», который может быть определен только при особо развитой чувствительности врача. Некоторые остеопаты считают,

что исправление дисфункции импульсов краниального ритма воздействием рук на кости черепа увеличивает «ток ликвора» к периферическим нервам, улучшая тем самым процессы метаболизма.

Краниосакральная терапия заключается в воздействии на пять источников краниальной афферентации – на тройничный, лицевой, промежуточный (кожные ветви в межклеточной вырезке), языкоглоточный, верхние сегменты шейных спинальных сегментов. Суммарно этот поток очень высок, череп является широким рецептивным полем, включая органы специфических чувств. В нейрофизиологии известно, что суммарная активность из афферентной системы тройничного нерва оказывает контролирующее влияние на состояние афферентации из соматических органов активность. По свидетельству крупного нейрофизиолога Р.А. Дуриняна, вентрально-медиальный ядерный комплекс (vrm) ядер таламуса оказывает контролирующее (тормозящее) влияние на латерально-вентральный комплекс (vpl). Воздействие может оказываться мягкими или энергичными приёмами на коже затылка, черепа, верхней и нижней челюсти, жевательных мышцах и др. Потребителем краниального разнородного суммарного афферентного потока является афферентная система самой различной локализации и системы. Патологическая функциональная система, формирующаяся по законам развития типовых патологических процессов, т.е. болезненных механизмов [3] представляет собой функциональный субстрат с выраженным дефицитом и дисбалансом афферентации. Нормализация афферентации является ключевой позицией нормализации рефлекторной активности органов и систем, вегетативного тонуса и вегетативного обеспечения функции органа и целых систем, включая ментальные. Это положение позволяет понять, каким образом мягкие пальпаторные касания весом в мелкую «пятицентовую» монету или же энергичные давления при применении релаксационных методик мануальной терапии оказывают приблизительно одинаковый лечебный эффект. Следует иметь в виду, что целостный организм как саморегулирующаяся система постоянно нуждается в афферентной стимуляции для ликвидации сенсорной депривации. Данная техника широко используется в китайской медицине (акупунктуре) в виде точечного массажа и/или японского массажа шиацу.

К сожалению, универсальный принцип организации и реализации сенсорного потока в достижении желаемого лечебного эффекта открывает путь для дилетантов и шарлатанов от медицины, активно использующих ошеломляющий словесный комментарий или псевдомедицинские манипуляции.

3. Технические приёмы диагностики и лечения в мануальной терапии и остеопатии принципиальных различий не имеют – это растяжение, давление, сдвиг, смещение, скручивание, толчки и «хрусты».

Многим врачам незнаком феномен пальпаторной иллюзии. Перемещения (смещения) кожи пальпирующих пальцев врачом воспринимаются как деформация (движения) пальпируемых тканей пациента. Речь идёт о недоступной объективной регистрации фантазии исследователя и ошибки регистрации пальпаторных данных.

4. Лечебные эффекты, достигаемые обсуждаемыми методиками лечения, в значительной степени зависят от деликатной настойчивости исполнителя. Чрезвычайная деликатность исполнения бесполезна, настойчивость в равной мере опасна. Следует иметь в виду, что плацебо-эффект обеспечивает улучшение в 30–40% наблюдений. «Наложение рук» как психотерапевтический феномен имеет глубокие исторические (теологические) корни.

5. Устранения дефицита и дисбаланса проприоцепции, т.е. нормализация проприоцепции из различных звеньев аппарата движения – из мышц, суставов, фасций – обеспечивают прогнозируемый положительный лечебный эффект. Уменьшение и исчезновение боли в упомянутых образованиях признаются как основой итог как остеопатии, так и мануальной терапии. Как известно, проприоцепция подавляет ноцицептивное, т.е. болевое реагирование из пораженного участка, прежде всего в полимодальных клетках задних рогах спинного мозга (т.е. районе воротного контроля сегмента спинного мозга). Дальнейший прирост проприоцепции на более высоких уровнях её обработки разворачивает большой спектр физиологических реакций, включая центральное серое вещество среднего мозга, гипоталамические вегетативные ядра, лимбическую систему. Очень важно участие в этих реакциях экстрапирамидной системы, т.е. уровня синергий «В», («двигательных штампов» по Бернштейну) и пространственного поля «С».

Наблюдаемый и ожидаемый положительный эффект в нормализации функций внутренних органов (на этой части лечебного действия настаивают остеопаты) обусловлен реализацией известного не только в физиологии, но и в спортивной медицине моторно-висцерального взаимодействия, впервые описанного отечественным пермским физиологом Могендовичем. Согласно этому принципу, физиологические процессы во внутренних органах в сильной степени зависят от состояния активности скелетной мускулатуры, т.е. чем выше проприоцепция, тем активнее трофические и другие процессы внутренних органов. Эти соотношения справедливы в обратной последовательности.

6. Предусмотренная естественным образом неизбежность положительного лечебного эффекта при приросте проприоцепции обусловлена вероятностным принципом афферентного взаимодействия на различных уровнях релейных станций нервной системы – это спасительный механизм как для специалиста, так и дилетанта. В конечном итоге, при самом различном теоретическом толковании исходных посылов саногенетические циклы организма, используя эффекты сенсорного взаимодействия, обеспечивают восстановление функциональной состоятельности систем построения движений и болевого реагирования. В данном контексте, первоначальные, т.е. запальные манипуляции с тканями являются исходной позицией (стадией) запуска программ по стабилизации параметров гомеостаза. Эволюционно сложившаяся программа восстановления постоянства внутренней среды вполне самостоятельно исполняет свою миссию независимо от того, как мы это представляем и что об этом думаем.

7. Включение методик рациональной и других видов психотерапии в состав лечебного процесса способствует нормализации функциональных отправлений теменно-премоторной зоны (уровня организации движений «Д» – уровня слияния «физиологического и психологического» по Бернштейну). В меньшей мере все лечебные приёмы влияют на деятельность смыслового уровня «Е».

8. Сравнение и тем более, противопоставление остеопатии и мануальной терапии с точки зрения как полезности (эффективности, популярности), так и исторической справедливости (авторитетности) лишено логического и познавательного смысла (гносеологического) смысла. Абсурдно сравнивать полезность правой и левой руки, у каждой свое предназначение.

9. Безусловно популярен и материально состоятелен тот специалист, кто грамотно владеет сложными и достаточно энергичными техническими приёмами мануальной терапии, дополняя и заменяя их деликатными техниками остеопатии. «Настойчивая деликатность» – основное правило манипулятивной медицины, достойными представителями которой в одинаковой степени являются как остеопатия, так и мануальная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бертон А., Жермини-Тарен К.-А. Краниальная остеопатия: техника и протоколы лечения [пер. с фр. ; под общ. ред. проф., докт. мед. наук М.Б. Цыкунова]. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 184 с.
2. Иваничев Г.А. Мануальная терапия (Мануальная медицина). Руководство, атлас. Казань, 1997. 448 с.
3. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство, М. 1997. 350 с.
4. Лиев А.А., Тат'янченко В.К. Клинико-анатомический атлас мануальной медицины. Петропавловск-на-Камчатке, 1996. 200 с.
5. Лиев А.А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов. Кишинев, 2011. 92 с.
6. Мохов Д.Е. Научное обоснование развития остеопатической помощи населению Российской Федерации. Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб, 2011. 34 с.
7. Стилл Э.Т. «Остеопатия: Теория и практика». 1907. Интернет-ресурс. <http://www.osteodoc.ru/opract/stillo2.htm>
8. Autobiography of Andrew T. Still, 1897, rev. 1908. Vol. 2 .
9. Lewit K. Manipulative therapy in rehabilitation of the motor system. Butterworth_Hause Liinacre Hausem, Jordan Hill, Oxford, OX2 8dp. First publshed 1985, second edition 1991, therd edition 1999 .

10. Stoddard A. Manual of osteopathic technique. New York. London, Hutcinson. 1959. (Stoddard A. Руководство остеопатической практики. Перевод и научная редакция О.Н. Лукаш. М.: Наука, 2000. 275 с.)

11. Sutherland W.C., Cottam N. The story of craniopathy : a science of health, its theory and practice. Los Angeles, USA, Calif.: Cottam, 1936. 81 p.

12. Palmer D.D. The Science, Art and Philosophy of Chiropractic. Portland, Oregon: Portland Printing House Company, 1910.

REFERENCES

1. Berton A., Zhermini-Taren K.A. *Kranial'naya osteopatiya: tekhnika i protokoly lecheniya* [per. s fr.; pod obshch. red. prof., dokt. med. nauk M.B. Tsykunova]. Moscow: MEDpress-inform, 2010. 184 p. (in Russian)
2. Ivanichev G.A. *Manual'naya terapiya (Manual'naya meditsina). Rukovodstvo, atlas*. Kazan, 1997. 448 p. (in Russian)
3. Kryzhanovskii G.N. *Obshchaya patofiziologiya nervnoi sistemy. Rukovodstvo*. Moscow, 1997. 350 p. (in Russian)
4. Liev A.A., Tat'yanchenko V.K. *Kliniko-anatomicheskii atlas manual'noi meditsiny*. Petropavlovsk in Kamchatka, 1996. 200 p. (in Russian)
5. Liev A.A. *Manual'naya terapiya miofatsial'nykh bolevykh sindromov*. Kishinev, 2011. 92 p. (in Russian)
6. Mokhov D.E. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. St.Petersburg, 2011. 34 p. (in Russian)
7. Stille T. *Osteopatiya: Teoriya i praktika*. 1907. Internet-resurs. <http://www.osteodoc.ru/opract/stillo2.htm> (in Russian)

Поступила 25.08.15.