
Дискуссионная статья / Discussion article ДИСКУССИИ / DISCUSSION
УДК 615.828 <https://doi.org/10.54504/1684-6753-2022-4-55-61>

НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ОСТЕОПАТИИ

Петер Левин

Свободный остеопатический университет, Гамбург, Германия, peter.levin@levin-hamburg.de, <https://orcid.org/0000-0003-1891-5367>

РЕЗЮМЕ

В статье анализируются ошибочные предположения системы манипулирования органами по Барра-лю, основанной на экстраполяции принципов соматической дисфункции в опорно-двигательном аппарате. Мы выступаем за переход от акцента на функции/дисфункции к коррекции состояния активности. Основные физиологические аргументы в пользу смещения акцента представлены с точки зрения нового подхода к коррекции активности органов в остеопатии.

Ключевые слова: физиологическая подвижность, активность, эластичность, слизистая оболочка, внутренняя регуляция, нестабильность, дифференциальный рост, осязаемые качества, воплощение

A NEW CONCEPT OF VISCERAL OSTEOPATHY

Peter Levin

Free Osteopathic University, Hamburg, Germany, peter.levin@levin-hamburg.de, <https://orcid.org/0000-0003-1891-5367>

ABSTRACT

The article describes phases of the manual therapy method appearance and evolvement in medical practice worldwide, in the Soviet Union and the Russian Federation. Important problems, which must be solved by manual therapy doctors for providing for further development of the scientific and practical bases of manual therapy, are identified.

Keywords: manual therapy, development history, national medicine

Система висцеральной остеопатии Ж.-П. Барраля распространена во всем мире и популярна у остеопатов. Барраль утверждает, что органы похожи на суставы и должны постоянно двигаться. Однако, если бы почки следовали этой системе, они бы спасались бегством, потому что им больше всего нравятся лежать в своей теплой, стабильной жировой капсуле. Почки, как и другие органы, кажется, знают то, чего не знает остеопатия: система Барраля может навредить. Успех системы Барраля можно понять только в социологическом или психологическом смысле; клинически это не действует на органы и концептуально сбивает с толку. Научный прогресс затормозится, если мы будем придерживаться системы, не допускающей концептуального размышления и творческого развития.

ОШИБОЧНЫЕ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ

В изначальной идее «Висцеральных манипуляций» Барраля и Мерсье (Барраль и Мерсье 1982/1988) есть пять ошибочных предположений. У всех пяти есть серьезные последствия, если они поддерживаются в течение длительного периода и на них опираются. Вы можете строить ошибочные предположения, но прогресс и развитие затормозятся.

Эти пять предположений являются краеугольными камнями системы. Они сомнительны, поэтому сама идея, как дом, вот-вот рухнет. Все пять необходимо удалить, чтобы построить новое и более многообещающее здание для лечения органов в остеопатии.

В этом тексте я рассмотрю следующие пять предположений:

1. Идентификация движения с функцией.
2. Экстраполяция важности движений опорно-двигательного аппарата на органы.
3. Пространственные движения, называемые внутренними (мобильность).
4. Органы перемещаются по осям.
5. Оси проецируются обратно в эмбриологическое развитие.

ПРОБЛЕМА ИДЕНТИФИКАЦИИ ДВИЖЕНИЙ И ФУНКЦИИ

Система Барраля отождествляет движение с функцией. Эта идентификация сама по себе является проблемой. Другой проблемой является отсутствие различий в функциональной пользе различных движений органов. Последние 30 лет я работал над функциональным значением движений различных органов, имея в виду, что движение не является самым важным качеством (Хельсмуртель, Хирт и Левин, 2010)¹. В то же время мы с несколькими коллегами начали разработку нового подхода, который не строится на цепи функции/дисфункции как движения. Нам пришлось перед этим посмотреть, что в учебниках говорится о физиологии органов. Мы обнаружили кое-что очень интересное: в них говорится о деятельности, а не о перемещениях. Органы живут в состоянии активности, это и есть физиология и патофизиология. Физиология органов знает состояния активности и ритмические изменения между нормальной активностью в состоянии покоя и нормальной гиперактивностью из-за жизненных проблем (физиологический стресс). Понимание активности также может привести к клинически полезной интерпретации пальпаторных свойств в патофизиологии и заболеваниях, например, при фиксированной гиперактивности и, что еще более важно, при потере активности (гипоактивность и истощение).

Редуцирование функции движения неверно даже для суставов. Они также должны обеспечивать динамические и стабильные свойства. За 30 лет исследований я не встретил ни одного физиологического подтверждения, почему почки должны двигаться вверх и вниз (в пространстве). Органы, конечно, движутся, но нет никаких доказательств того, что пространственное движение (например, подвижность) имеет какое-либо значение для того, что происходит в почках, для их бесчисленных физиологических функций. Верно и обратное, что понимание характера почек говорит нам: им не нужно ничего, кроме тепла и стабильности для их внутренней деятельности (Левин, 2020). Гипермобильные почки – настоящая проблема, а гипомобильные – нет.

¹ Результаты были опубликованы в Учебнике висцерального остеопата, 2002 г. на немецком языке и 2010 г. на английском языке. Эта книга скоро выйдет на русском языке: Висцеральная остеопатия. Органы брюшной полости. Петер Левин, Томас Хирт, Джером Хельсмуртель. Смотри: <https://multimethod.com.ua/knigi/vistseralnaya-osteopatiya-organy-bryushnoj-polosti/>

Во-первых, органы подвижны и устойчивы по форме и положению, оба качества важны. Во-вторых, акцент на движение должен уменьшиться. Если мы рассмотрим различные ткани – например, в кишечнике: мышцы, слизистую оболочку, нервы, которые иннервируют кишку, кровеносные сосуды и соединительную ткань, – мы найдем множество разных свойств тканей, с которыми сможем встретиться при пальпации. Например, изменение объема из-за изменений в составе, мышечном напряжении, отеке слизистой оболочки, подвижности из-за пейсмейкерных клеток и нервов тонкого кишечника, и, что наиболее важно, стабильности всех тканей вместе как формы и деформируемости, то есть эластичности. Эти качества свести к движению совершенно невозможно.

ЭКСТРАПОЛЯЦИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ОРГАНЫ

Система Барраля предполагает, что органы подобны суставам, и поэтому движение важно. Это совсем не так. Органы не ориентированы на движение, как опорно-двигательный аппарат. Стабильность формы и положения намного важнее для многих органов.

Названия ранних книг были предупреждающим знаком: «Висцеральные манипуляции», а не «Висцеральная остеопатия». Это свидетельствует о том, что некоторые из авторов были физиотерапевтами или мануальными терапевтами, привыкшими работать с суставами и мышцами. Органам не нужна «внутренняя манипуляция», им нужен подход, соответствующий их способу выражения состояния активности. Перенос концепций из другой системы тела в органы им не помог. Одним из наиболее заметных упущений в системе Барраля было отсутствие активности различных тканей в органах. Некоторые из первых публикаций почти не упоминали слой слизистой оболочки, определяющий ткань кишечника. Примерно 80% тонкой кишки состоит из слизистой оболочки, однако механические свойства этой ткани не учитываются. Лечение тонкой кишки без учета качеств слизистой бессмысленно или ятрогенно.

Отсутствие интереса к тканям органов и их механическим свойствам было связано с экстраполяцией данных опорно-двигательного аппарата. Акцент был сделан на соматических структурах, которые связывают орган с окружающей его средой (Вайшенк, 1982; Финет и Уильямс, 1992; Кучера и

Кучера, 1994; Патрикуин, 2003). Они соматические по своей природе, а не висцеральные. Система Барраля не рассматривает внутреннюю архитектуру и внутреннюю деятельность органа.

Это совершенно очевидно, если посмотреть на публикации и концепции и понаблюдать за работой учителей и практиков. Все они остаются снаружи органа при пальпации и в своих клинических представлениях. Следовательно, все дело в движении в пространстве и связях фасций. Эти связи – важный аспект, но не сам орган. Ткани, обрабатываемые по системе Барраля, представляют собой листок брюшины, которая соединяет орган и органы со стенкой тела.

Поэтому некоторые внимательные коллеги использовали термин «висцеро-фасциальное лечение». Следует отметить, что это все еще предполагает, что мы воздействуем на орган, воздействуя на окружающую его среду. Это верно лишь отчасти, так как большая часть активности внутренних органов регулируется автоматически и не зависит от этих импульсов. Литература по саморегуляции и автономии резко контрастирует с акцентом на окружающую среду. Я изучал саморегуляцию в биологии, прежде чем изучать остеопатию, и, естественно, мне было трудно следить за исключительным вниманием к внешней регуляции.

Поскольку система Барраля делает упор на движение, были сделаны ложные выводы. Отсутствие движения или наличие сопротивления или напряжения является показанием для лечения. С клинической точки зрения – это катастрофа. Не всякое сопротивление – это плохо; сопротивление – хороший вызов для наращивания силы и стимул для развития стабильности. Само по себе напряжение – это хорошо, и задача клинического остеопата – выяснить, есть ли нормальное напряжение в состоянии покоя или нормальное увеличение напряжения из-за потребности. Только потеря или увеличение напряжения, которое нельзя регулировать, является проблемой.

Другие используемые людьми выводы в равной степени неверны и создают клинические проблемы: большее движение – больше функции, меньшее движение – уменьшение функции. Такие утверждения полностью игнорируют тот факт, что некоторые движе-



Рис. 1. Слизистая оболочка тонкой кишки

ния органов не имеют ничего общего с функцией; некоторые из них являются признаком компенсации (Хельсмууртель, Хирт и Левин 2010). Увеличение компенсации, не зная, что это может вызвать, создает для пациентов риск, а не исцеляет.

Особенно, если речь идет о лечении младенцев, ситуация действительно может выйти из-под контроля. Младенцы рождаются без устойчивости шеи. Им нужно 6 месяцев упорной работы, чтобы сформировать устойчивую шею. Если остеопатическое лечение младенцев сосредоточено только на подвижности и ослаблении ограничений, оно может быть бесполезным или вредным (ятрогенным). Бесполезно, потому что у ребенка с гипермобильной шеей скоро разовьется новое ограничение, чтобы обеспечить стабильность; ятрогенное, если мы не можем интегрировать основную проблему (= нестабильность) в наш подход к лечению.

ПУТАНИЦА ВНУТРЕННЕГО И ПРОСТРАНСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ

Система Барраля с самого начала смешивала внутреннее и пространственное движение. Рисунки и учителя показывают пространственное движение и называют его мотильностью (=внутренним движением). Ротация желудка и тонкой кишки вокруг оси представлена как мотильность. Это неправильно, поскольку мотильность четко определяется в физиологии как движение в органе в целом (без пространственного смещения), а движущая сила и ритм (водитель ритма) находятся в органе. Мотильность желудка – это ритмическое сокращение–

расслабление самого желудка, а не вращение вокруг оси. Мотильность тонкого кишечника – это его ритмичное сокращение для перемешивания и транспортировки пищи, ранее называемое перистальтикой. Точно так же мотильность сердца – это внутреннее сокращение сердца при систолической активности. Мотильность в почечной лоханке и мочеточнике называется уродинамикой, а подвижность кровеносных сосудов – вазомоторикой.

ДВИГАЮТСЯ ЛИ ОРГАНЫ ВОКРУГ ОСЕЙ?

Это одно из самых поразительных предположений, поскольку его очень легко опровергнуть. В реальной биологии движения вокруг осей крайне редки: и на тренажерах, и в лабораторных экспериментах. Но обычно те, кто проводит эти эксперименты, знают, что вне контролируемых лабораторных условий все работает иначе. Просто изменив способ пальпации органа – используя две руки вместо одной, – мы смогли ощутить трехмерные изменения формы и объема. Использование двух рук как веера на тонкой кишке приведет не к вращению, а к расширению во время глубокого вдоха. Две руки вокруг легкого вызывают не вращение (ребра вращаются, а легкие – нет), а неравномерное расширение (= эластическая деформация и изменение объема) легкого в зависимости от уровня вдоха. В трехмерном пространстве, заполненном органами, например, в брюшной или грудной полости, движение органов вокруг осей является полной аномалией. Представьте себе трехмерный орган, похожий на легкое, вращающийся вокруг вертикальной оси. Это практически невозможно, поскольку ничто в трехмерной архитектуре легких и потоке воздуха не допускает такого движения; каждый вдох тянул бы сосуды и фасции к сердцу. Мы бы ожидали, что в этих сосудах разовьются продольные мышечные волокна, подобные тем, что в нижних отделах легких, которые реагируют на большой отрезок глубокого вдоха.

Предположение, что здоровые органы перемещаются по осям, привело к путанице понятий здоровья и болезни. Если органы перемещаются вокруг осей, это связано с изменениями качества тканей внутри или вокруг органа. В здоровой физиологии движения происходят в основном в области деформации, в пределах упругих свойств тканей. Вот почему я довольно долго сосредотачивался на изучении эластичности органов, их способности допускать объемную деформацию при формировании

реакции, то есть внутренней силы, восстанавливающей форму. Эластичность не приводит к однонаправленному движению вокруг оси. Эластичность, как и гравитация со времен Эйнштейна, – это сила без стрелы. Это поле трехмерной направленности сил в органе.

В движении органы следуют своей внутренней структуре, которая трехмерна и не организована вокруг осей. Если происходит выравнивание движения вокруг оси, это результат изменения активности тканей в органе (воспаление, склероз, рак). Эти изменения активности ткани приводят к нарушению эластичности и деформируемости органа, например, к фиброзу легких или язве желудка.

Если, с другой стороны, пространственное движение органа внезапно организуется вокруг оси, это происходит из-за изменений эластичности ткани по соседству с органом, например, вращение желудка из-за изменений эластичности малого сальника.

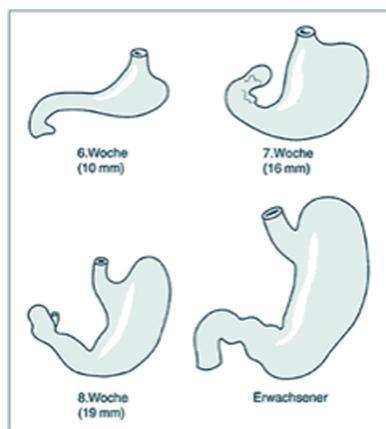


Рис. 2. Морфогенетический рост желудка по Либерману–Мефферту (1969)

ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ДВИЖЕНИЯ И ПАМЯТЬ ТКАНЕЙ

Эти неправильные предположения привели к ошибочным выводам об эмбриологическом развитии. Существующая литература не пересматривалась, разница между разви-

тием формы и развитием позиции систематически не применялась. Произошло серьезное недоразумение, когда система Баррала заговорила

об осях в эмбриологическом развитии. Такие оси никогда не наблюдались и противоречат принципам роста. Рост всегда бывает трехмерным и дифференциальным или анизотропным (несимметричным, различным во всех направлениях). Ни в коем случае дифференциальный рост нельзя описать как движение вокруг оси. Система Барра путает рост с изменением положения и морфогенетическим ростом, потому что смешивает пространственные и внутренние аспекты движения. Легкие трехмерно растут во всех направлениях, как дерево. В этом росте можно увидеть движение, но, однозначно, это не движение вокруг оси. Движение легких во время дыхания также представляет собой трехмерную деформацию легкого в соответствии с его внутренней структурой – движение около 3 миллионов постоянно меняющихся осей, поэтому концепция движения вокруг оси бесполезна. Нет необходимости в мистическом объяснении, как будто мы имеем дело с некоторой формой неизвестной тканевой памяти еще с эмбриологии. Морфогенетический рост приводит к форме, это материал памяти (Либерман–Мефферт, 1969). А форма используется или активируется внутренней работой органа (мотильностью). Это то, что морфологи знали уже 100 лет назад, это то, что мы видим в физиологической мотильности или мотильности легких. И это то, что мы иногда можем даже почувствовать при бимануальной пальпации.

ОСТЕОПАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД, ОСНОВАННЫЙ НА ФИЗИОЛОГИИ: ЛЕЧЕНИЕ СОСТОЯНИЙ АКТИВНОСТИ

Возможен остеопатический подход к лечению органов, основанный на физиологии, и он должен, как минимум, содержать (Левин, 2018 и 2019):

- пальпируемые механические свойства: эластичность, объем, движение, форма и положение;
- состояния активности в состоянии здоровья и болезни;
- целостные концепции: развитие, воплощение, лечение.

1. Органы проявляют разные состояния активности. Они выражаются разными способами, в том числе и в механических свойствах, которые легко прощупываются и могут использоваться в клинических условиях. Эти качества: эластичность, изменение объема, движение, форма и

положение. Движение – лишь один из аспектов этой деятельности, но не самый важный. Стабильность формы и положения (= эластичность), а также изменения объема обычно более важны.

2. Движение органа, о котором стоит поговорить, – это мотильность, внутренняя мобилизация формы и объема. Мотильность – это движение, которое происходит в органе, в то время как движущая сила и активность водителя ритма также находятся в органе. Внутренние движения влияют на форму и объем органа. Это трехмерное сжатие и расширение, не знающее осей.

3. Физиологические движения органов не происходят вокруг оси. Это относится как к внутренним движениям, так и к движениям с изменением положения. Движения вокруг осей возникают из-за изменений нормальной эластичности тканей в самом органе или в окружающей его среде. Они являются признаком измененной или патологической деформируемости (эластичности) тканей и показанием для лечения пораженных тканей.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

4. Рост трехмерен и, следовательно, никоим образом не вращается вокруг оси. Следует различать изменения формы и положения. Положение и форма – не одно и то же. В процессе роста возникает форма органа, и получившаяся форма активизируется в физиологии. Рост приводит к форме, которая затем становится динамичной за счет физиологической активности (например, мотильности или мобильности). Форма – это не память, а наличие различных паттернов роста в структуре органов.

5. Самый важный следующий шаг – это остеопатическое исследование различных состояний активности органа и ритмических изменений между активностью в состоянии покоя и нормальной гиперактивностью. Нам также необходимо развивать остеопатическое понимание и лечение фиксированной гиперактивности и гипоактивности. Это может привести нас к остеопатическому вкладу в механические аспекты патофизиологии и болезни.

6. Мы должны начать серьезное обсуждение целостных концепций, которые способны объединить различные аспекты. Я работаю над тремя возможными реализациями целостной остеопатической концепции. Три

возможных области: развитие устойчивости в раннем детстве, процессы воплощения, формирование лечебных взаимосвязей. Это может стать шансом для восстановления в остеопатии чувства целостной медицины.

Barral JP, Mercier P. *Visceral Manipulation*, Seattle: Eastland Press; 1988 (franz Original: 1982).

Finet G, Williams Ch. *Biométrie de la dynamique viscérale et nouvelles normalisations ostéopathiques*. Limoges: Edition Jollois; 1992.

Helsmoortel J, Hirth T, Levin P. *Visceral Osteopathy. The Peritoneal Organs*. Seattle: Eastland Press; 2010.

Levin P. *You are your organs*. BoD, Norderstedt; 2020.

Levin P. *Der Schatz der Osteopathie. Berührung, Beziehung, Biomechanik*. BoD, Norderstedt; 2019.

Levin P. *Die Zukunft der Osteopathie liegt in der Aktivität. Osteopathische Medizin 4*. Elsevier, München; 2018.

Liebermann-Meffert D. *Form und Lageentwicklung des menschlichen Magens und seiner Mesenterien. Acta Anatomica*. 1969;72:376-410. 60

Kuchera ML, Kuchera WA. *Osteopathic Considerations in Systemic Dysfunction*. 2nd ed. Columbus, OH: Greyden Press; 1994.

Patriquin DA. *Chapman reflexes*. In Ward RC, ed. *Foundations for Osteopathic Medicine*, 2nd ed. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003:1051–5.

Weischenk J. *Traité d'osteopathie viscérale*. Paris: Maloine;1982.