

## Литература/References

1. Мохов Д. Е. Научное обоснование развития остеопатической помощи населению Российской Федерации [диссертация]. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная академия» Министерства здравоохранения и социального развития; 2011. Mokhov D. E. Scientific basis for the development of osteopathic care for the population of the Russian Federation [dissertation]. GBOU VPO «Sankt-Peterburgskaja gosudarstvennaja akademija» Ministerstva zdravooxranenija i social'nogo razvitija; 2011.
2. Мохов Д. Е., Егорова И. А., Трофимова Т. Н. Принципы остеопатии. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2004; 78 с. Mokhov D. E., Egorova I. A., Trofimova T. N. *Principy osteopatii* [Principles of osteopathy]. St. Petersburg: Izdatel'skij dom SPbMAPO; 2004; 78 p.
3. Кравченко Т. И., Кузнецова М. А. Краниальная остеопатия: Практическое руководство для врачей. СПб.; 2004; 112 с. Kravchenko T. I., Kuznecova M. A. *Kranial'naja osteopatija: Prakticheskoe rukovodstvo dlja vrachej* [Cranial Osteopathy: A Practical Guide for Physicians]. St. Petersburg; 2004; 112 p.
4. Новосельцев С. В. Введение в остеопатию. Мягкотканые и суставные техники. СПб.: Фолиант; 2005; 240 с. Novoselcev S. V. *Vvedenie v osteopatiju. Mjagkotkannye i sustavnye tehniki* [Introduction to osteopathy. Soft-tissue and articular techniques]. St. Petersburg: Foliant; 2005; 240 p.
5. Соловей И. Г. Остеопатия. Миофасциальные, краниосакральные, мышечно-энергетические и другие техники. Минск: Харвест; 2010; 464 с. Solovej I. G. *Osteopatija. Miofascial'nye, kraniosakral'nye, myshechno-jenergeticheskie i drugie tehniki* [Osteopathy. Myofascial, craniosacral, muscle-energy and other techniques]. Minsk: Harvest; 2010; 464 p.
6. Капоросси Р. Философские концепции остеопатии. СПб.; 2008; 35 с. Caporossi R. *Filosofskie koncepcii osteopatii* [Philosophical concepts of osteopathy]. St. Petersburg; 2008; 35 p.
7. Стоддарт А. Учебник остеопатических техник. Алматы: Аркаим; 2002; 304 с. Stoddart A. *Uчебник osteopaticheskikh tehnik* [Textbook of osteopathic techniques]. Almaty: Arkaim; 2002; 304 p.
8. Трико П. Остеопатия. Инновационный подход к здоровью. М.: Русский Хронограф; 2013; 159 с. Tricot P. *Osteopatija. Innovacionnyj podhod k zdorov'ju* [Osteopathy. Innovative approach to health]. Moscow: Russkij Hronograf; 2013; 159 p.
9. Красноярова Н. А. Перспективы остеопатической и мануальной медицины в современной неврологии. Вестник КазНМУ 2014; 2 (1): 133–138. Krasnoyarova N. A. Prospects of osteopathic and manual medicine in modern neurology. *Vestnik KazNMU* 2014; 2 (1): 133–138.
10. Крыжановский Г. Н. Общая патофизиология нервной системы: Руководство. М.: Медицина; 1997; 352 с. Kryzhanovskij G. N. *Obshhaja patofiziologija nervnoj sistemy: Rukovodstvo* [General pathophysiology of the nervous system: Manual]. Moscow: Medicine; 1997; 352 p.
11. Голубев В. Л. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2010; 336 с. Golubev V. L. *Bolevye sindromy v nevrologicheskoj praktike* [Pain syndromes in neurological practice]. Moscow: MEDpress-inform; 2010; 336 p.
12. Кукушкин М. Л., Табеева Г. Р., Подчуфарова Е. В. Болевой синдром: патогенез, клиника, лечение. М.: ИМА-ПРЕСС; 2011; 72 с. Kukushkin M. L., Tabeeva G. R., Podchufarova E. V. *Bolevoj sindrom: patogenez, klinika, lechenie* [Pain syndrome: pathogenesis, clinic, treatment]. Moscow: IMA-PRESS; 2011; 72 p.
13. Вейн А. М. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпресс, 2001; 372 с. Vejn A. M. *Bolevye sindromy v nevrologicheskoj praktike* [Pain syndromes in neurological practice]. Moscow: MEDpress; 2001; 372 p.
14. Красноярова Н. А. Значение функциональных биомеханических нарушений шейного отдела позвоночника в патогенезе дисциркуляторных энцефалопатий и их коррекция [диссертация]. Казахский государственный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова; 1997. Krasnoyarova N. A. The significance of functional biomechanical disorders of the cervical spine in the pathogenesis of discirculatory encephalopathies and their correction [dissertation]. *Kazahskij gosudarstvennyj medicinskij universitet im. S. D. Asfendijarova*; 1997.
15. Красноярова Н. А., Сабинин С. Л. Биомеханика шейного отдела позвоночника и коррекция ее нарушений. Алматы; 2007; 208 с. Krasnoyarova N. A., Sabinin S. L. *Biomehanika shejnogo otdela pozvonochnika i korrekcija ee narushenij* [Biomechanics of the cervical spine and correction of its disorders]. Almaty; 2007; 208 p.
16. Егорова И. А. Основы краниальной остеопатии. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2006; 104 с. Egorova I. A. *Osnovy kranial'noy osteopatii* [Basics of cranial osteopathy]. St. Petersburg: Izdatel'skij dom SPbMAPO; 2006; 104 p.
17. Мохов Д. Е., Белаш В. О., Кузьмина Ю. О., Лебедев Д. С., Мирошниченко Д. Б., Трегубова Е. С., Ширяева Е. Е., Юшманов И. Г. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации. СПб.: Невский ракурс; 2015; 90 с. Mokhov D. E., Belash V. O., Kuz'mina Ju. O., Lebedev D. S., Miroshnichenko D. B., Tregubova E. S., Shirjaeva E. E., Jushmanov I. G. *Osteopaticheskaja diagnostika somaticheskikh disfunkcij: Klinicheskie rekomendacii* [Osteopathic diagnosis of somatic dysfunctions: Clinical recommendations]. St. Petersburg: Nevskij rakurs; 2015; 90 p.
18. Яхно Н. Н., Парфенов В. А., Алексеев В. В. Головная боль. М.: Ремедиум, 2000; 150 с. Jahno N. N., Parfenov V. A., Alekseev V. V. *Golovnaja bol'* [Headache]. Moscow: Remedium; 2000; 150 p.
19. Шток В. Н. Головная боль. М: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2007; 472 с. Shtok V. N. *Golovnaja bol'* [Headache]. Moscow: LLC «Medical Information Agency»; 2007; 472 p.

20. Шмидт И. Р. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии. Новосибирск: Издатель; 2001; 299 с. Shmidt I.R. *Vertebrogennyj sindrom pozvonochnoj arterii* [Vertebrogenic syndrome of the vertebral artery]. Novosibirsk: The Publisher; 2001; 299 p.
21. Новосельцев С. В. Вертеробазилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии. СПб.: Фолиант; 2007; 208 с. Novoselcev S.V. *Vertebrobaziljarnaja nedostatochnost'. Vozmozhnosti manual'noj diagnostiki i terapii* [Vertebral-basilar insufficiency. Possibilities of manual diagnostics and therapy]. St. Petersburg: Foliant; 2007; 208 p.
22. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2005; 368 с. Ratner A.Ju. *Nevrologija novorozhdennyh: ostryj period i pozdnie oslozhnenija* [Neurology of newborns: Acute period and late complications]. Moscow: BINOM. Laboratorija znanij 2005; 368 p.
23. Барраль Ж. П., Мерсьер П. Висцеральные манипуляции. СПб.: Институт клинической прикладной кинезиологии; 2015; 227 с. Barral J.P., Mersie P. *Visceral'nye manipuljicii* [Visceral manipulation]. St. Petersburg: Institut klinicheskoj prikladnoj kineziologii; 2015; 227 p.

Дата поступления 19.05.2017

**Контактная информация:**

Надежда Александровна Красноярова  
e-mail: krasnon555@rambler.ru

Красноярова Н. А. Остеопатия как медицина будущего. Рос. остеопат. журнал 2017; 3–4 (38–39): 66–75.

## Какое место следует занимать остеопатии в системе предоставления медицинских услуг во Франции?

**С. Клузо**, руководитель комиссии по научной работе при Институте остеопатии (Лион, Франция)

Школа остеопатии «ISostéo». Франция, 69130, Лион, ул. Petit Bois Écully, д. 13

Для того, чтобы остеопатия могла быть включена в предложение лечебных услуг во Франции, необходимо провести оценку ее эффективности и роли в общественном здравоохранении и профилактике. Следует рассматривать создание методов исследования, адаптированных к практическому изучению остеопатии, с интеграцией человеческого и субъективного измерения этой новой отрасли медицины. Необходимо провести исследования, которые отделят техническую часть остеопатического сеанса от реляционной, используя при этом инструменты анализа доказательной медицины, для того, чтобы предложить рациональную практику, сосредоточенную на восприятии, а также следует подумать о терапевтическом статусе остеопатии. Цель — создание эпистемологии остеопатии, определение дисфункции, уточнение манипуляций, их предназначения и эффективности, оценка лечебного сеанса с точки зрения психологии, антропологии, социологии, а также философии, в дополнение к клиническим исследованиям.

**Ключевые слова:** остеопатия, оценка, анализ практической работы, эпистемология, профилактика, общественное здравоохранение

## What Place Should Osteopathy Take in the System of Medical Services in France?

**C. Clouzeau**, head of Commission for Scientific Work in the Institute of Osteopathy (Lyon, France)

ISostéo School of Osteopathy. 13, Petit Bois Écully str., Lyon, France, 69130

In order for osteopathy to be included in the system of medical services in France, it is necessary to assess the effectiveness and its role in public healthcare and preventive care. The article suggests studying the research methods adapted to the applied research of osteopathy, with the integration of human and subjective measurement of this new branch of medicine. It is necessary to do research on separating the technical part of the osteopathic session from the relational part using the tools of analysis of evidence-based medicine in order to offer a rational perception-focused practice. Moreover, the therapeutic status of osteopathy should be discussed.

It is important to create epistemology of osteopathy, to define dysfunction, to clarify techniques, their purposes and effectiveness, to evaluate a treatment session from the point of view of psychology, anthropology, sociology, and philosophy, in addition to clinical research.

**Key words:** osteopathy, evaluation, analysis of practical work, epistemology, prevention care, public health

Остеопатический метод лечения во Франции востребован у населения. Стоимость остеопатического лечения частично компенсируется (80%) страховыми компаниями. Основные этапы официализации остеопатии проходили в 2002, 2007 и 2014 гг. Таким образом, начиная с 2015 г. остеопатия заняла свое достойное место во Франции вместе с утверждением последних законов об обучении. В них предлагается программа, состоящая из 4800 ч, в которой большое место уделяется клинической работе [1]. Необходимо продолжать развивать остеопатию в перспективе общественного здравоохранения, где половина населения уже, по меньшей мере, один раз посетила одного из 27 000 остеопатов, зарегистрированных в Региональном агентстве здравоохранения.

В остеопатии, как в лечебной профессии, существуют некоторые задачи на ближайшее будущее, которые должны постепенно решаться — это анализ практической работы и оценка качества лечения, а также измерение его клинической эффективности. Эта цель очень масштабна, так как в процессе обучения студентам недостаточно преподают научные подходы, необходимые для выполнения остеопатического исследования — важнейшего этапа для прогресса профессионального статуса остеопатии с целью ее приближения к комплементарной медицине с обоснованной клинической практикой и рациональной научной методикой.

В действительности, популярность какой-либо терапии или ее предполагаемые достоинства не могут являться «окончательным аргументом для ее присоединения к официальной медицине» [2]. Следовательно, представляется актуальным подумать о полезном научном вкладе остеопатии для того, чтобы содействовать созданию «интегративной медицины». Эта концепция, созданная в США в 2000 г., в Европе предлагает более глобальные научные перспективы для новой системной лечебной практики. Б. Граз описывает ее как «медицину, которая стремится к использованию всех уместных терапевтических подходов для оптимального лечения. Речь идет, в действительности, о сочетании классической медицины с комплементарными видами лечения, если имеются научные доказательства их эффективности и безопасности» [3].

Некоторые остеопаты могли бы задаться вопросом, зачем следует стремиться к этому? Почему бы не продолжать спокойно заниматься своей частной практикой в кабинете, тем более что научное исследование практической работы может принизить индивидуальное врачебное искусство. Ведь главное, что пациенты довольны... И такой либеральный индивидуальный подход может казаться достаточным. Однако медицина эволюционирует, процесс лечения пациентов отцифровывается, трансформируется в «электронное лечение». В нём остеопатия может занимать потенциально привилегированное место как один из немногих видов лечения, в которых пациента выслушивают, обследуют и задают вопросы для создания уникального взаимодействия. Кроме персонализированной направленности и субъективности, остеопатический подход соответствует более гуманной концепции здравоохранения, и сами пациенты высоко оценивают такое отношение и внимание к себе (67%), а 88% больных считают остеопатию эффективной и удовлетворяющей их требованиям [1].

Эта экономическая и социальная конъюнктура может привести к тому, что общественное здравоохранение будет в большей степени направлено на первичную профилактику и предупреждение заболеваний вместо того, чтобы впоследствии лечить их проявления. Не в этом ли состоит задача остеопатии?

Франциско и Маель Донозо утверждают, что основная польза остеопатии заключается в системной, комплексной работе с пациентами, в выполнении «одновременно диагностики и лечения, и такие способности должны быть основаны на длительном сенсорном и двигательном обучении». Однако эти авторы уточняют, что «иногда бывает трудно выразить словами остеопатическую перцепцию, и с этим связан риск неправильного понимания при сокращениях, неточном употреблении терминов или при общем описании своих ощущений и функционирования физиологического механизма» [4].

Первая рекомендация состоит в том, чтобы отличить в остеопатической практике то, что исходит от отношений с пациентом (субъективное восприятие), от технической манипуляции, от эмпирической эффективности, основанной на опыте, и от физиологического постулата. Это исследование того, что происходит во время консультации, с нескольких точек зрения. С этой задачей могут справиться ученые при условии выбора правильной методологии — той, которая будет полезной и сможет получить необходимые знания.

Часто модели клинического исследования в доказательной медицине не учитывают специфики остеопатической практики, из-за этого ее оценка сложна. Такие замечания относятся к рандомизированным клиническим исследованиям с использованием двойного слепого метода, про-

ведение которых в остеопатии действительно кажется невозможным. Однако доказательная медицина имеет и другие методы и инструменты, которые могут объединить практикующих экспертов, избежать конкуренции практик и техник, чтобы оценить остеопатию. Речь идет не о том, чтобы отказаться от научных исследований под предлогом неподходящей парадигмы или отсутствующих инструментов. Напротив, речь идет о том, чтобы проводить эти исследования, используя инновационные комплексные междисциплинарные подходы, или же просто использовать методы, успешно примененные в других гуманитарных науках. Осмелиться использовать в своей работе требования и инструменты других гуманитарных наук не означает исказить нашу практику. Даже если потребуется отделить то, что связано с техникой, от того, что связано с человеческими отношениями, то остеопатия приобретет доверие, рациональную объективацию, которую ждет официальная медицина, чтобы безопасно направлять к остеопатам своих пациентов.

Для того, чтобы более конкретно ответить на этот вопрос и предложить остеопатам синергичную позицию в партнерской стратегии французского здравоохранения в будущем, можно рассматривать проведение различных исследований, рассматривающих критическим образом центральные вопросы, начиная с первых трудов по остеопатии, но главным образом — современные практики, исследуя то, что об этом говорят сами остеопаты. Множественные перекрестные исследования могут дать понимание того, что происходит при взаимодействии пациента и врача. Качество может измеряться так же, как и количество...

### **Почему необходимо оценивать результаты остеопатического воздействия?**

Оценка остеопатической помощи позволит выявить критические точки проведенного лечения, проанализировать необходимость тех или иных остеопатических действий и определить его эффективность. Благодаря опросу населения выявлены основные причины обращения к остеопатам, а также среднее число консультаций с одной и той же жалобой (3–4) [1]. Теперь следует приступить к исследованию экспериментальной и контрольной групп населения, а также проанализировать поведение остеопатов и пациентов. Речь идет о совместной работе представителей всех врачебных направлений для того, чтобы предложить усовершенствованный подход благодаря определению необходимых действий, рекомендаций, возможности отслеживать профессиональную практику для ее постоянного улучшения. Такое непрерывное профессиональное обучение должно стать нормой деонтологии, целью которой является хорошее знание последних достижений науки, приобретение необходимых инструментов и документирование методов с четкими предварительно определенными целями.

В современной врачебной практике такая оценка «трансформирует медицинское искусство в научно обоснованную работу» [3]. Не следует ли приступить к оценке качества остеопатической практики, чтобы выработать предпосылки более научных основ остеопатии? Речь идет об эпистемологических взаимодополняющих этапах, которые сводятся к предложению рационального исследования.

Одна из целей этого предложения состоит в том, чтобы обеспечить более эффективное сотрудничество между разными специалистами в области здравоохранения, которые каждый день принимают пациентов со сложными многофакторными функциональными нарушениями, требующими не только биологического, но биопсихосоциального и экологического понимания. Здоровье содержит очень сильную психологическую составляющую, с которой крайне сложно эффективно работать редуccionистской медицине [4]. Рост числа мышечно-скелетных нарушений, болей в позвоночнике, а также заболеваний, связанных с работой, заставляет задуматься о междисциплинарном подходе, подразумевающем организованную координацию врачей разных специальностей. Согласно Ф. и М. Донозо, было обнаружено, что «если головная боль четко локализована, то медицина предлагает очень эффективное лечение, так как пациент получает специфическую помощь, идеально адаптированную к его проблеме. Однако если головная боль более размытая,

имеет системный и многофакторный характер, то такой подход оказывается менее подходящим. Такие пациенты прибегают к новым практикам и способствуют развитию того, что принято называть альтернативными, или комплементарными, видами лечения» [4].

### **Что такое качественное лечение и как его оценить?**

Наиболее известное определение дано в Медицинском институте США (IOM): качество — это «способность услуг здравоохранения, предназначенных для индивидуумов и населения стран, повышать вероятность достижения желаемых результатов в области здоровья в соответствии с профессиональными знаниями на данный момент» [5].

Необходимость оценки эффективности здравоохранения возникла после Второй мировой войны на североамериканском континенте из-за повышения активности государства в области образования, социальной работы, занятости населения и здравоохранения для оптимизации выдачи пособий [6].

В 70-х гг. XX в. после запуска программ по страхованию на случай болезни в большинстве стран начали развиваться организации, оценивающие новые технологии для выработки правильных решений, в частности новых стратегий.

Многие специалисты занимались оценкой разных видов практической деятельности, предлагая собственные инструменты, например в 1982 г. Ассоциацией медсестер Квебека была разработана собственная модель (MAQSI) [7]. Целью проведенного ими исследования, в котором учитывалась личная ответственность каждого участника, являлась разработка инструментов для измерения результатов сестринского ухода и формулировка рекомендаций для использования в больнице.

Термин «эффективность» заимствован из английского языка (*efficiency*), он означает способность организации получать хорошие результаты, используя наименьшие ресурсы. А. Донабедиан пишет, что можно говорить о качестве, если лечение «делает самочувствие пациентов оптимальным, после того как было учтено соотношение пользы и риска на каждом этапе процесса лечения» [8]. Используется ли эта терминология в остеопатии? Какова эффективность этого мануального подхода, если мы будем ориентироваться на оптимальное использование доступных ресурсов для получения пользы или наилучших результатов? [9]

ВОЗ определяет понятие «качество» как способность «гарантировать каждому пациенту ассортимент терапевтических услуг, обеспечивающих ему лучшие результаты в лечении в соответствии с современным состоянием науки, при оптимальной стоимости, с минимальным ятрогенным риском, для наибольшего удовлетворения пациента полученными процедурами, их результатами и человеческими контактами...» [10].

Достигнуть качественных услуг здравоохранения нелегко, однако существуют хорошие методы их оценки и возможно достичь улучшения этих услуг. Важно постоянно оптимизировать измерение качества для того, чтобы выявить и оценить слабые и сильные стороны системы, так как то, что не измеряется, не может быть улучшено. Для того, чтобы выявить проблематичные области, необходимо определить, что мы хотим измерить, почему и каким образом. Необходимо объединение экспертов по остеопатии, чтобы создать исследовательские группы для контроля эффективности остеопатической коррекции.

Также можно оценивать остеопатию с точки зрения ее влияния на здоровье. Эта методология заключается в оценке положительных эффектов, которые следует усилить, и в уменьшении отрицательных эффектов какого-либо воздействия для того, чтобы разработать рекомендации, предназначенные для людей, которые принимают решения, назначают лечение, и для других участников этой системы. Оценка качества жизни и самочувствия — та, которую остеопаты ощущают и получают со слов пациентов, но которая не подсчитывается и не изучается систематически, точно так же, как положительный обезболивающий эффект остеопатической практики, который можно было бы изучать критическим образом посредством объединения клинических данных, собранных для

составления эпидемиологических регистров. Что следует думать об отрицательных эффектах? Не говоря о серьезном побочном действии, можем ли мы просто решиться на то, чтобы составить список нежелательных эффектов, появившихся за определенный период времени, и рассматривать их как утрату шансов из-за потери времени при использовании неэффективного метода лечения?

Основной нашей задачей должна являться безопасная практика, которая сохраняет весь потенциал пользы для пациента. Речь идет о том, чтобы максимально избегать нежелательных эффектов или вреда здоровью, что может быть вызвано самими сеансами, принимая во внимание терапевтический риск [8]. Безопасное лечение фундаментальным образом связано с принципом «не навреди». Это понятие тесно связано с эффективностью, хотя и отличается от нее, поскольку акцент ставится на предотвращении нежелательных событий и на сокращении некачественной помощи.

При чтении книг Стилла становится очевидно, что в остеопатии не может быть никаких неудач, там говорится о малом числе или даже об отсутствии побочных эффектов и о том, что ни одна патология не может устоять перед правильными манипуляциями остеопата. Справедливо ли утверждать в 2017 г., что все заболевания можно лечить остеопатически? Не будет ли скромнее и справедливее рассуждать не о категориях заболеваний, потенциально поддающихся остеопатической коррекции, а задаваться вопросом о природе остеопатического подхода?

### **Лечит ли остеопатия конкретное заболевание?**

В случае остеопатии речь идет о том, чтобы поразмышлять об объекте лечения, — является ли этот объект заболеванием? Если цель заключается в том, чтобы уменьшить симптомы, то не занимается ли он, в большей степени, пациентом, чем его жалобами? Иными словами, остеопат помогает пациенту лучше себя чувствовать, позволяя ему при помощи лечения уменьшить или устранить ощущаемые дисфункции, то есть избавиться от тех препятствий, которые не дают полноценно использовать физиологический потенциал. Этот внутренний потенциал человека, эта эндогенная способность к восстановлению является целью остеопатического воздействия, чтобы сам пациент мог вести здоровый образ жизни, улучшая и оптимизируя состояние здоровья. Остеопат задействован в процесс лечения не прямым образом, а через посредничество пациента. Поэтому неуместно и необоснованно рассуждать о списке заболеваний или функциональных нарушений, на которые может воздействовать остеопатия. Остеопат прямо не воздействует ни на одно из них. Таким образом, как следует рассматривать показания для направления на остеопатическую коррекцию? В законодательных документах органическое повреждение определяют как ограничение для остеопатической практики, которая должна заниматься ощущаемыми или функциональными нарушениями. Такое четкое нозографическое определение является, по мнению практикующих врачей, неточным. Может ли остеопат позволить каждому пациенту лучше себя чувствовать, чтобы подготовиться к напряжениям, жизненным стрессам, заболеваниям и расстройствам, оптимизируя свое здоровье?

Чем в действительности является объект остеопатической коррекции? Дисфункцией? Что конкретно означает эта терминология? Что выявляется при специфическом мануальном обследовании, выполняемом остеопатом на этапе диагностики? Когда при обследовании остеопат что-то чувствует, то называет свои ощущения плотностью, ограничением подвижности, тканевым напряжением, первичным или вторичным остеопатическим повреждением, указывая на определенную часть тела, основываясь на изученной им анатомии и на структуре, обнаруживаемой под его руками. Он выявляет часть тела, сустав, орган, кость, которые являются не такими, какими должны быть согласно представлениям остеопата, ориентирующегося на свою практику, опыт, культуру и полученные знания. Остеопат обнаруживает одно или несколько препятствий в теле, которые из-за своей ощущаемой «ненормальности» считаются ответственными за неспособность тела