Функциональный подход в остеопатии в работах Г. В. Хувера

А. В. Вяльцев¹, И. Б. Качур^{2,3}, Г. В. Качур³

¹ ООО «Медицинский центр „Остео“», 445000, Тольятти, Московский пр., д. 15,
тел.: 8 8482 51-55-75, e-mail: vialtcev@mail.ru

² ООО «Клиника доктора Коваленко», 443125, Самара, ул. Губанова, д. 20А,
тел.: 8 846 300-43-27, e-mail: kdk-2013@yandex.ru

³ ООО «Частная клиника КОСМА», 443029, Самара, 5-я просека, д. 99Б,
тел.: 8 846 300-20-08, e-mail: kosma.5proseka@gmail.com

Реферат

В статье дан краткий обзор работ Г. В. Хувера, опубликованных в ежегоднике Американской академии прикладной остеопатии за 1945–1969 гг. Сформулированы теоретические положения, на которых строится функциональный подход в остеопатии, дано описание принципов выполнения функциональных техник. Также уделено внимание преимуществам функциональных техник и их отличию от структуральных. Функциональный подход является отражением фундаментальных принципов остеопатии, поэтому функциональные техники должны составлять неотъемлемую часть рабочего арсенала врача-остеопата.

Ключевые слова: функциональные техники, остеопатическое повреждение, движение, динамический реципрокный баланс

Functional Approach in Osteopathy Described in Papers by H. V. Hoover

A. Vyaltsev¹, I. Kachur^{2,3}, G. Kachur³

¹ LLC «Medical Centre „Osteo“», 15, Moskovsky prospect, Togliatti, 445000,
phone: +7 8482 51-55-75, e-mail: vialtcev@mail.ru

² LLC «Doctor Kovalenko's Clinic», 20A, Goubanova street, Samara, 443125,
phone: +7 8 846 300-43-27, e-mail: kdk-2013@yandex.ru

³ LLC «Private clinic KOSMA», 99B, 5 Proseka, Samara, 443029,
phone: +7 846 300-20-08, e-mail: kosma.5proseka@gmail.com

Abstract

The article presents a brief overview of the papers by H. V. Hoover, published in the American Academy of Applied Osteopathy in the period from 1945 to 1968. The article considers theoretical statements, which serve as a basis for the functional approach in osteopathy and describes the principles of the performance of the functional techniques. The attention is also paid to the advantages of functional techniques and their difference from the structural ones. Functional approach is a manifestation of fundamental principles of osteopathy, that's why functional techniques must make an integral part of the osteopath's arsenal.

Keywords: functional techniques, osteopathic disorder, movement, dynamical reciprocal balance

Введение

Функциональное направление в остеопатии получило развитие в 50-е гг. XX в. В основе его лежат принципы, которые применял в своей практике сам основоположник остеопатии Э. Т. Стилл. Гарольд Валентайн Хувер, будучи учеником Стилла, стал одним из пионеров функционального направления. Основываясь на многолетнем изучении физиологии опорно-двигательной системы, он создал свой подход к коррекционным техникам. Более 30 лет Хувер успешно практиковал функциональные

методы лечения. Кроме того, он разработал систему обучения этим методам и в течение многих лет читал лекции, проводил демонстрационные показы техник, публиковал статьи. В течение 25 лет он был активным членом Американской академии прикладной остеопатии, в 1948–50-х гг. занимал должность ее президента.

Принципы, лежащие в основе функционального подхода

1. Человек есть единство структуры и функции, и любая часть тела представляет собой функциональное единство. Структура и функция неотделимы друг от друга: как структура определяет функцию, так и функция управляет структурой, они постоянно влияют друг на друга. Организм человека — это структура в действии в данный момент времени.
2. Повреждение характеризуется нарушением структуры, но повреждение также есть и нарушение функции; оба эти определения равноправны и отражают разные стороны одного и того же явления.
3. Свобода проявления функции отражает степень свободы структуры. Самый удобный критерий для оценки функции — движение: если оно свободно и сохранно во всех физиологических направлениях, значит, функция не нарушена. Если же движения неадекватны и ограничены, значит, присутствует повреждение.
4. Воздействуя на функцию, можно достичь изменений в структуре. В организме уже заложены механизмы самовосстановления, и они устраняют дисфункцию, если для этого создать благоприятные условия. Э. Т. Стилл однажды сказал: «Я всегда с удивлением обнаруживал, что стоит лишь воззвать к Природе, как у нее всегда находится необходимое лекарство». Врачу надо лишь должным образом направить процесс, и тогда собственные восстановительные силы организма сделают свое дело.

Таким образом, становится понятной основная задача врача-остеопата при использовании функционального подхода: привести структуры и ткани пациента в такое положение (состояние), при котором в зоне дисфункции начнутся процессы самокоррекции, и дождаться момента их окончания.

Чтобы понять, как работает функциональный подход, необходимо познакомиться с понятием *фасилитации*. Это состояние возникает, когда нейрон постоянно получает поток слабых импульсов, недостаточных для возникновения потенциала действия, то есть клетка находится в состоянии подпорогового раздражения. В такой ситуации достаточно даже слабого воздействия, чтобы в клетке возникла ответная реакция в виде потенциала действия. Когда возникает повреждение, нервы проводят афферентные импульсы в соответствующий сегмент спинного мозга. Если поток афферентной импульсации не прекращается (например, из-за компрессии нерва), сегмент становится фасилитированным. Так как порог возбуждения для данного сегмента снижен, он становится источником постоянной эфферентной импульсации для мышц, суставов и органов в зоне своей иннервации. Афферентные сигналы от этих зон приходят назад в фасилитированный сегмент. Порочный круг замыкается. Так формируются соматосоматические, соматовисцеральные, соматосимпатические рефлексы. Фасилитация может распространяться вниз или вверх по спинному мозгу до самого ствола, захватывая целые области центральной нервной системы. В таких случаях почти любой раздражитель вызывает боль и усиление симптоматики. Уменьшение потока афферентных импульсов в течение определенного времени уменьшает проявления фасилитации, так как за это время нейроны спинного мозга возвращаются к нормальному состоянию. Поэтому, приведя ткани в зоне повреждения в такое положение, при котором поток афферентной импульсации минимален, мы добиваемся восстановления нормальной функции сегментов спинного мозга и, следовательно, нормализации состояния соответствующих зон тела.

Лечение функциональными техниками основано на ответной реакции одной части тела пациента на активность соседней части тела. В ответную реакцию включается все тело, так как человек

представляет собой единую функциональную единицу. Одна рука врача (сенсорная) отслеживает изменения в исследуемой зоне. Другая рука (моторная) совершает движения соседней частью тела в пределах физиологического диапазона. В исследуемой зоне при этом происходят ответные изменения, воспринимаемые сенсорной рукой. Если в исследуемой зоне нет напряжений и/или ограничения движений, это свидетельствует об отсутствии повреждения. Такое состояние называется динамически нейтральным. Если при тестировании обнаруживают пограничное состояние в виде легкого напряжения и/или ограничения движений в небольшом сегменте, это чаще всего проявления адаптации. Если же подвижность ограничена в самом начале любого движения, это есть проявление дисфункции.

Чтобы понять соотношения между частями тела, следует вспомнить, что организм постоянно сохраняет состояние динамического реципрокного равновесия между всеми его частями. С помощью такого механизма костно-мышечная система поддерживает свободное положение тела в пространстве и оптимальные взаимоотношения всех его частей. Если динамический реципрокный баланс поддерживается на должном уровне и все части тела при любых проявлениях нормальной активности сохраняют свободу движений друг относительно друга, тело двигается нормально. Однако если имеется какое-либо ограничение взаимной подвижности смежных частей тела, то состояние реципрокного баланса нарушается и, соответственно, возможности адаптации и способность тела нормально двигаться также снижаются. Здоровье и самочувствие пациента можно улучшить, исправив с помощью функциональных техник нарушенное реципрокное равновесие и, тем самым, улучшив функцию.

В функциональных техниках диагностические манипуляции непосредственно переходят в коррекционные. Врач отслеживает изменения в зоне дисфункции и, основываясь на них, регулирует движения в моторной части тела. Таким образом, ходом процесса лечения управляют ощущения в сенсорной руке врача, отражающие изменения в зоне дисфункции. После того как врач находит такое положение, в котором обе части тела — и поврежденная, и моторная — находятся в состоянии максимально возможного при данном повреждении свободного баланса, в поврежденной части тела появляется определенная подвижность, следуя за которой можно достичь уменьшения ограничений подвижности и восстановления функции. Процесс лечения может уложиться в одно движение, или же это могут быть серии последовательных движений, которые шаг за шагом приводят к достижению максимально возможного освобождения. Критерием окончания техники является прекращение «изменений к лучшему» в поврежденной части тела. Когда ограничение исчезает и появляется максимальная свобода движений, то цель лечения достигнута — создан динамический реципрокный баланс, обеспечивающий телу оптимальную подвижность в условиях нормальной активности.

Диагностические и лечебные манипуляции может совершать как врач, так и сам пациент под руководством врача — эффективность сопоставима. Можно в качестве коррекционных сил привлечь внутренние механизмы поддержания гомеостаза, причем такие техники признаны более эффективными. Функция дыхания — одна из глобальных функций организма, в дыхательные движения вовлечены все структуры тела, ее внешние проявления легко отслеживать, она поддается произвольному регулированию. Поэтому функцию дыхания можно использовать как внутренний механизм самокоррекции при проведении функциональных техник. Концепция такова: все структуры тела совершают определенные движения при дыхании. Во время вдоха они движутся в каком-либо конкретном направлении и возвращаются обратно на выдохе. Свободное движение по этой траектории является одним из факторов, необходимых для их нормального функционирования. Когда возникает остеопатическое повреждение, нарушается функция, и это отражается на дыхательной экскурсии данной зоны.

Остеопатическое повреждение возникло, когда структуры находились в определенной позиции на определенной фазе дыхательного цикла. Для коррекции мы должны привести структуры в по-

ложение максимального расслабления, при этом пациент глубоко дышит. Освобождение наступает тогда, когда структуры придут в то положение, при котором было получено повреждение, и в той же фазе дыхательного цикла, в которой это повреждение возникло. В этом положении дыхательное движение как бы «подхватывает» поврежденную структуру и вовлекает в синхронное движение с окружающими тканями. Это движение как раз и является тем самым терапевтическим моментом, который излечивает остеопатическое повреждение, — оно разрешается, если соблюдены все условия. Положение структур становится физиологически правильным, и они могут свободно двигаться в обусловленных пределах.

Пациент должен глубоко дышать, так как повреждение часто возникает в фазе либо глубокого вдоха, либо глубокого выдоха. Если поврежденные структуры приведены в положение максимального расслабления или максимального освобождения, то правильное дыхание пациента часто приводит к коррекции повреждения. Видимо, это тот путь, который задумала сама Природа. Однако при серьезных повреждениях для коррекции может потребоваться дополнительная помощь врача.

Таким образом, понятно, что функциональные техники не являются модификациями общепринятых структуральных техник и основываются на иных принципах. По эффективности функциональные техники вполне сравнимы со структуральными, но при этом имеют ряд преимуществ. Прежде всего, точность функционального диагноза сравнительно мало зависит от уровня мастерства врача, так как врач лишь пассивно прослушивает физиологический ответ соответствующей части тела на активное воздействие и определяет степень свободы движений в ней. Функциональный подход достаточно точно определяет регион, в котором необходимо работать. Поскольку процессом лечения «управляют» сами ткани в зоне дисфункции, в большой мере исключается применение противопоказанных манипуляций. Немаловажное преимущество функциональных техник в том, что лечение обычно безболезненно и комфортно для пациента. Функциональные техники можно успешно применять как в самых острых ситуациях, так и в самых тяжелых и запущенных хронических случаях, когда нельзя применить структуральный подход, негативные эффекты редки.

Преимущества функционального подхода особенно заметны, когда мы имеем дело со сложными повреждениями. От момента зачатия до смерти мы находимся в постоянном динамическом взаимодействии с наследственными, эволюционными и внешними силами. Как с функциональной, так и со структуральной точки зрения, при возникновении повреждения в одной зоне возникают ответные изменения во всей структурно-функциональной целостности организма. В результате, может появиться одно или несколько стойких структурно-функциональных нарушений, каждое из которых отражается на всем организме в целом. Например, в изначально здоровом позвоночнике, регулярно испытывающем нефизиологические нагрузки, возникает ряд повреждений, которые по очереди накладываются друг на друга и все больше усугубляют картину. Весь позвоночник целиком подстраивается под любую стойкую локальную дисфункцию, создавая новую модель повреждения. При осмотре позвоночника у такого пациента мы видим сложную картину повреждения — результат взаимодействия различных нефизиологических нагрузок и стремления организма сохранять удобное положение и эффективную адаптацию к силе тяжести.

В ортопедическом лечении повреждения первым шагом будет восстановление базовой модели и поддержание ее, пока структура и функция не придут к тому уровню, который для данного пациента является нормой. Однако базовая модель обычно не идеальна. Может наблюдаться сколиоз, изменение лордозных и кифозных дуг, а также множественные локальные межпозвоночные дисфункции. Но для пациента это наиболее оптимальная модель, и, возвращаясь к ней, он чувствует себя так же, как до повреждения. Основная сложность состоит в том, чтобы понять, какое положение позвонка является нормальным по отношению к соседним позвонкам, остальным органам и всему телу. Практически невозможно определить, каким была его первоначальная позиция, — то есть нет такой отправной точки, на которую можно ориентироваться и положение ко-

торой можно точно определить. Поэтому при структуральном подходе можно лишь приблизиться до определенной степени к цели лечения, да и то лишь на основе личного опыта и знаний. Единственное, что можно определить при структуральном подходе, — положение одной структуры относительно другой в настоящий момент. Точность структурального лечения, строящегося на такой диагностике, в лучшем случае приближительна.

Функциональный же подход является более тонким и физиологичным, и техники, основанные на нем, более специфичны, поскольку отправную точку можно определить. Если врач знает, как привести корригируемый позвонок к точке баланса, в которой тяги сведены к минимуму и движения максимально свободны, он может заставить позвонок двигаться в направлении наибольшей свободы движений, пока напряжение тканей, вызванное простым повреждением, не разрешится. Поскольку сложное повреждение есть итог последовательно наслаиваемых друг на друга простых повреждений, то поочередная коррекция этих простых повреждений в обратном порядке, начиная с последнего, приведет, в конечном итоге, к полной физиологической коррекции. Остеопатическое повреждение позвоночника будет исправлено с минимальными затратами времени и усилий врача и с максимальной пользой для пациента, комфортом и отсутствием у него побочных реакций.

Таким образом, функциональный подход является отражением фундаментальных принципов остеопатии, когда врач строит лечебную тактику не на основе собственных умозаключений, а слушает «язык тела» и старается следовать указаниям Природы.

Рекомендуемая литература

1. Hoover H. V. Use of respiratory movement as an aid in the correction of osteopathic spinal lesions//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1969. P. 24.
2. Hoover H. V. Diagnosis and treatment of lesion patterns and complicated lesions//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1969. P. 29.
3. Hoover H. V. Respiratory mobilization and molding of the sacrum//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1969. P. 69.
4. Hoover H. V. The use of «the pattern» in treatment of an acute traumatic lesion//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1969. P. 42.
5. Hoover H. V. Functional technic//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1958. P. 47.
6. Hoover H. V. A method for teaching functional technic//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1958. P. 53.
7. Hoover M. A. Assumptions necessary to understand functional technic//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1956. P. 95.
8. Gillies M. E. The theory of functional technic//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1956. P. 99.
9. Hoover H. V. How and why I apply the osteopathic principles in practice//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1959. P. 67.
10. Hoover H. V. A technic for the correction of sacroiliac lesions//Yb. Academy of Applied Osteopathy, 1959. P. 73.

Дата поступления 22.12.2015

Вяльцев А. В., Качур И. Б., Качур Г. В. Функциональный подход в остеопатии в работах Г. В. Хувера// Рос. остеопат. журн. 2016. № 1–2 (32–33). С. 107–111.