Джо Буекенс

КОСТЬ

величайшая тайна

Как воззрения и философия Эндрю Тейлора Стилла подтверждаются новейшими исследованиями

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МУЛЬТИМЕТОД

Киев
2022

УДК 611.71(02.064)
Б90

Данное издание охраняется законом об авторском праве. Любое воспроизведение (перепечатка, ксерокопирование, тиражирование, размещение в сети Интернет и т. д.) всей книги или отдельных ее частей запрещается без письменного разрешения издательства «Мультиметод» и преследуется в судебном порядке.

Буекенс Д.
Б90 Кость — величайшая тайна. Как воззрения и философия Эндрю Тейлора Стилла подтверждаются новейшими исследованиями: Пер. с англ. — К.: Мультиметод, 2022. — 328 с.

Примечание для читателей: стандарты клинической практики и протоколы меняются со временем, и ни один метод или рекомендация не могут быть безопасными или эффективными в любых обстоятельствах. Это издание предназначено в качестве общего информационного ресурса для специалистов в области остеопатии; оно не может заменить профильное образование или клинический опыт. Ни издатель, ни автор не могут гарантировать универсальной и исключительной эффективности или уместности какой-либо конкретной рекомендации.

Книга «Кость — величайшая тайна» позволяет читателю погрузиться в междисциплинарное научное исследование удивительного мира анатомии, микроанатомии, физиологии, биомеханики и функциональности костей. Пристальное рассмотрение кости для диагностики и лечения является для большинства из нас совершенно новым, необычным и удивительным подходом, который позволяет значительным образом расширить нынешнее, весьма узкое, медицинское применение.
Взгляд на кость как регулятор напряжения позволяет специалистам в области остеопатии работать в совершенно новом формате. Это определенно опровергает расхожее мнение, что работа остеопата сосредоточена исключительно на суставах, мышцах и фасциях. Помимо этого автор знакомит читателя с научными открытиями в области иммунологии, эндокринологии, биохимии и другими характеристиками и функциями костей, для которых определено практическое применение. Нестандартное мышление, подкрепленное примерами, позволяет по-новому взглянуть на целостный подход остеопатического лечения.

ISBN 978-617-7896-19-6

УДК 611.71(02.064)
Б90

© Jo Buekens, 2020
First published by School of Bones – Publisher and Promotion, 2020
© Издательство «Мультиметод». Перевод на русский язык, оформление, подготовка к изданию, 2022

ISBN 978-617-7896-19-6

Моя работа представляет собой углубленное исследование костей. Эта тема была выбрана мной не потому, что Э. Т. Стилл считал, что кость является самой важной или единственной тканью, на которой остеопат должен сосредоточить свое внимание, и не потому, что любое лечение должно начинаться с костей. Скорее, мое решение обусловлено тем, что вопросу кости как таковой обычно уделяется мало внимания в остеопатии, тогда как она должна быть источником бесконечных исследований.

(С разрешения и при содействии Музея остеопатической медицины, Кирксвилл, штат Миссури)

“Чтобы раскрыть все секреты, которые таит в себе бедренная кость человека, потребуется целая вечность[1]”

1 Э. Т. Стилл. Dr. Still’s Address. Journal of Osteopathy. 1896; September: 3 (3):3

Содержание

Предисловие Энтони Г. Чила 8
Предисловие Ренцо Молинари 8
Предисловие Ромена Пуса 10
Слова благодарности… 12
Вступительное слово автора 14

Часть 1
Стиллософия. Исторические основы

1 Доктор Стилл, зачем вам мешок человеческих костей? 16
1.1 Почему мы называем это остеопатией? 17
1.2 Интерес доктора Стилла к кости 18
1.3 Исторический обзор интереса к кости 19
1.4 Форма и функция в законе костной адаптации Вольфа 21
1.5 Форма и функция по-прежнему актуальны 21
2 Как попасть в «Божью аптеку» 26
3 Майкл Лейн на пути от философии к науке 32
4 Что такое патологические состояния? 38

Часть 2
Тайный мир кости

5 Основы физиологии костей 44
5.1 Основные ингредиенты 46
5.1.1 Общая информация о кости 47
5.1.2 Макроскопическая морфология костей 48
5.1.3 Две мембранные структуры, завершающие макроструктуру кости 51
5.1.4 Состав костной ткани 54
5.1.5 В центре внимания костные клетки 55
5.1.5.1 Остеобласты 55
5.1.5.2 Остеокласты 56
5.1.5.3 Остеоциты 57
5.1.5.4 Клетки, выстилающие кость 58
5.1.6 Микроструктура кости. Каналы и еще раз каналы 59
5.1.7 Эмбриология кости и ее сосудистой системы 61
5.1.7.1 Происхождение различных частей скелета 61
5.1.7.2 Процессы костеобразования с точки зрения ангиогенеза 63
5.1.7.3 Организация сосудистой сети в кости 65
5.1.8 Кровь и интерстициальная жидкость 66
5.1.8.1 Артериальное кровоснабжение 66
5.1.8.2 Венозное кровоснабжение 67
5.1.8.3 Лимфатическая система и кость 69
5.1.9 Иннервация кости 70
5.1.10 Роль воды в кости 75
5.1.11 Подробнее об эпифизарной и метафизарной трабекулярной кости 75
5.1.12 Можно ли рассматривать кость как фасцию? 75

Часть 3
«Копай глубже». Прикладная физиология костей

6 Аксиома первая. Закон общего иммунитета организма к так называемым болезням 86
6.1 Кровь как средство достижения независимости 86
6.2 Костномозговой жир и кроветворение 87
6.3 Кость как источник В-лимфоцитов 89
6.4 Общее происхождение остеокластов и иммунных клеток 90
6.5 Эндокринология и кость 90
6.5.1 Остеокальцин 91
6.5.2 Склеростин 93
6.5.3 Липокалин-2 93
6.5.4 FGF23 и Klotho 95
6.6 Депонирование минералов и кость 98
6.6.1 Кальций 98
6.6.2 Фосфор 99
6.6.3 Магний 101
6.6.4 Цинк 103
6.6.5 Натрий 105
6.6.6 Железо 105
6.7 Кость, факторы роста и цитокины 107
6.8 Вязкоупругость кости 109
6.9 Работа с костью при системных заболеваниях 120

Часть 4
По пути остеопатии

7 Аксиома вторая. Кость и очаг поражения 130
7.1 Прикладная физиология кортикальной кости 131
7.1.1 Костные клетки выступают в качестве мезодермальной ткани 131
7.1.2 Электрические потенциалы и кость 135
7.1.2.1 Пьезоэлектричество. Определение и краткий исторический обзор . 135
7.1.2.2 Пьезоэлектричество и костные клетки 135
7.1.2.3 Потенциал, генерируемый деформацией кости 136
7.1.3 Механические характеристики кости 136
7.1.3.1 Кость и механическая деформация 137
7.1.3.2 Механические факторы при нагрузке на кость 137
7.1.3.3 Подробнее о потоке жидкости в кости 139
7.1.3.4 Давление жидкости в длинных костях 141
7.2 Прикладная физиология трабекулярной кости 142
7.3 Влияние эмбриональных динамических процессов 144
7.3.1 Вторая неделя. Биполярная неделя 144
7.3.2 Третья неделя. Гаструляция 145
7.3.3 Четвертая неделя. Динамическое развитие изнутри-наружу 145
7.3.3.1 Продольное складывание 145
7.3.3.2 Поперечное складывание 147
7.3.4 Специфическое эмбриональное развитие и динамика 149
7.3.4.1 Позвоночник 149
7.3.4.2 Ребра 153
7.3.4.2.1 Митчелл против Аоямы 153
7.3.4.2.2 Эмбриологическая динамика развития ребра 154
7.3.4.3 Грудина 157
7.3.4.4 Мозговой и лицевой отделы черепа 159
7.3.4.4.1 Лицевой отдел черепа 159
7.3.4.4.2 Мозговой отдел черепа 160
7.3.4.5 Развитие и подвижность конечностей 160
7.3.4.5.1 Молекулярный четырехступенчатый протокол 160
7.3.4.5.2 Появление зачатков конечностей 161
7.3.4.5.3 Сосудистая система 163
7.3.4.5.4 Хрящи, кости, суставы и мышцы 164
7.3.5 Разрешение на движение 164
7.3.6 Хронология развития конечностей 164
7.3.7 Динамика конечностей 164
7.3.7.1 Общие соображения о моторике и подвижности конечностей 164
7.3.7.2 Паттерн костной моторики 166
7.3.7.3 Модель подвижности конечностей 167
7.4 Передача сил 170
7.4.1 Передача сил в кости 170
7.4.2 Пути передачи силы 172
7.4.3 Кость как амортизатор 173
7.4.4 Факторы, изменяющие передачу силы (патологические состояния) 174
7.4.5 Практический обзор 176
7.5 Односторонние пути передачи силы 177

7.5.1 Без столкновения ... 178
7.5.2 Односторонняя передача силы в позвоночнике ... 180
7.5.3 Восходящие и нисходящие односторонние пути передачи силы в позвонке ... 186
7.5.4 Восходящие и нисходящие односторонние пути передачи силы в позвоночнике ... 188
7.5.5 Мозговой отдел черепа как часть позвоночного столба ... 191
7.5.6 Односторонняя передача силы в нижней конечности ... 198
7.5.6.1 Нисходящий односторонний путь передачи силы ... 199
7.5.6.1.1 Работа с бедренной костью ... 199
7.5.6.1.2 Нисходящий путь в бедренной кости ... 200
7.5.6.1.3 Передача нисходящей силы от дистального эпифиза бедренной кости к проксимальному эпифизу большеберцовой кости ... 201
7.5.6.1.4 Передача нисходящей силы в диафизе большеберцовой кости ... 204
7.5.6.1.5 Передача нисходящей силы от дистального эпифиза большеберцовой кости к проксимальному эпифизу таранной кости ... 206
7.5.6.1.6 Передача нисходящей силы от дистального эпифиза большеберцовой кости к таранной, ладьевидной, клиновидной костям, плюсневой кости и фалангам ... 208
7.5.6.2 Восходящий односторонний путь передачи силы ... 208
7.5.6.2.1 Бугор пяточной кости как точка входа восходящей силы ... 209
7.5.6.2.2 Латеральная часть таранной кости отвечает за восходящие силы ... 212
7.5.6.2.3 Длинная большеберцовая магистраль для восходящих сил ... 213
7.5.6.2.4 Восходящий путь передачи силы в бедренной кости ... 218
7.5.6.2.5 Восходящий путь передачи силы в тазу ... 219
7.5.7 Связь между односторонними путями передачи сил и выраженностью внутрикостной моторики ... 221
7.5.8 Передача сил вокруг кости ... 221
7.6 Регуляция напряжения ... 223
7.6.1 Непрерывность и взаимодействие с соединительной тканью ... 224
7.6.2 Регуляция поверхностного напряжения. Когда «нечувствительные кости» становятся важными костными натяжителями ... 228
7.6.2.1 Сесамовидные кости или свободные костные натяжители ... 228
7.6.2.2 Общие функциональные аспекты сесамовидных костей ... 229
7.6.2.3 Сращенные костные натяжители ... 233
7.6.2.4 Поверхностное напряжение регулируется с помощью двух видов костных натяжителей ... 237
7.6.3 Зачем организму нужна система регуляции глубокого напряжения ... 239
7.6.4 Управляющая динамика системы регуляции глубокого напряжения ... 240
8 Аксиома третья. Власть артерии ... 250
8.1 Безымянные артерии выполняют важнейшие функции ... 251
8.1.1 Сосредоточьтесь на скрытых участках позвоночника ... 251
8.1.1.1 Атлант и аксис ... 251
8.1.1.2 Грудные позвонки ... 255
8.1.1.3 Крестец ... 260
8.1.1.4 Тазовая кость ... 264
8.1.1.5 Подведение итогов ... 270
8.1.1.6 Рассмотрим некоторые дополнительные интересные области ... 271
8.2 Когда кость встречается с артерией ... 272
8.2.1 Сосредоточимся на коронарных артериях ... 273
8.2.1.1 Коронарные артерии окружены перикардом ... 273
8.2.1.2 Сосуды сосудов и симпатическая иннервация коронарных артерий ... 273
8.2.2 Перикард. Трехслойная оболочка сердца ... 273
8.2.2.1 Анатомия перикарда ... 273
8.2.2.2 Функция перикарда ... 275
8.2.2.3 Артериальное снабжение перикарда ... 275
8.2.2.4 Иннервация перикарда ... 275
8.2.3 Перикардиальные связки ... 275
8.2.3.1 Грудиноперикардиальные связки ... 276
8.2.3.2. Околосердечно-диафрагмальные связки ... 276
8.2.3.3 Перикардиовертебральные связки ... 279
8.2.4 Грудной отдел аорты как неожиданный участник ... 281
8.2.4.1 Анатомия грудного отдела аорты ... 281
8.2.4.2 Vasa vasorum аорты ... 282
8.2.4.3 Резервуарная функция ... 283
8.2.5 Влияние симпатической нервной системы на артерии ... 283
8.2.6 Влияние нейромедиаторов вегетативной нервной системы на кровеносные сосуды ... 283

8.2.7 Эндотелин вызывает вазоконстрикцию кровеносных сосудов ... 284
8.2.8 Складывание пазла ... 284
8.2.8.1 Побочные эффекты симпатикотонической функции коронарных сосудов ... 284
8.2.8.2 Атеросклероз, воспаление и кости ... 285
8.2.8.3 Как насчет парасимпатической нервной системы? ... 286
8.2.8.4 На каких структурах следует сосредоточиться? ... 287
9 Терапевтический подход к работе с костью ... 294
9.1 Сбор анамнеза ... 295
9.1.1 Одно конкретное место ... 295
9.1.2 Весь диафиз ... 295
9.1.3 Целая кость ... 295
9.1.4 Кости как физиологическая система ... 295
9.2 Клиническое обследование костей ... 296
9.2.1 Обследование диафиза ... 296
9.2.1.1 Оценка напряжения ... 296
9.2.1.1.1 Обследование вогнутости диафиза бедра ... 296
9.2.1.1.2 Обследование вогнутости внутренней подвздошной ямки ... 297
9.2.1.1.3 Проверка подвижности диафиза бедренной кости ... 297
9.2.1.2 Односторонний нисходящий путь передачи силы ... 298
9.2.1.2.1 Оценка бедренной кости на одностороннем нисходящем пути передачи силы в части, расположенной над питательным отверстием ... 298
9.2.1.2.2 Оценка одностороннего нисходящего пути передачи силы, идущего от медиального мыщелка бедренной кости левого колена к латеральному мыщелку большеберцовой кости ... 299
9.2.1.2.3 Оценка одностороннего нисходящего пути передачи силы от диафиза большеберцовой кости к стопе ... 299
9.2.1.3 Односторонний восходящий путь передачи силы ... 301
9.2.1.3.1 Оценка одностороннего восходящего пути передачи силы от пяточной к таранной кости ... 301
9.2.1.3.2 Оценка одностороннего восходящего пути передачи силы между правой таранной и большеберцовой костью ... 301
9.2.1.3.3 Оценка одностороннего восходящего пути передачи силы от медиального мыщелка большеберцовой кости к латеральному мыщелку бедренной кости правого колена ... 301
9.2.1.3.4 Оценка бедренной кости на одностороннем восходящем пути передачи силы в части, расположенной под питательным отверстием ... 302
9.2.2 Обследование эпифиза и метафиза ... 302
9.2.2.1 Оценка суставных капсул. Эластичность капсулы коленного сустава ... 302
9.2.2.2 Застойные явления в эпифизе и метафизе. Обследование мыщелков бедренной кости ... 303
9.2.3 Обследование костных натяжителей ... 304
9.2.3.1 Свободные костные натяжители ... 304
9.2.3.1.1 Оценка латеральной сесамовидной кости большого пальца стопы ... 304
9.2.3.1.2 Обследование левого надколенника ... 305
9.2.3.2 Сращенные костные натяжители ... 306
9.2.3.2.1 Обследование большого вертела ... 306
9.2.3.2.2 Обследование сращенного костного натяжителя пяточной кости ... 306
9.3 Общие правила взаимодействия с костью ... 307
9.3.1 Прежде чем начать ... 307
9.3.2 Рекомендации по лечению ... 307
9.3.3 Общие правила работы с вогнутостью ... 308
9.3.4 Общие правила воздействия на подвижность костей и регуляцию глубокого напряжения ... 308
9.3.5 Общие правила работы с нисходящей передачей силы ... 309
9.3.6 Общие правила работы с восходящей передачей силы ... 310
9.3.7 Общие правила лечения застойных явлений в костях ... 310
9.3.8 Общие правила работы с костными натяжителями ... 311
9.3.9 Общие правила работы с эпифизом и метафизом ... 311
9.3.10 Общие правила работы с телом позвонка ... 312
9.3.11 Факторы, на которые следует обратить внимание, если кость не реагирует (часто задаваемые вопросы) ... 313
10 Общие выводы ... 316
11 Мысли на будущее ... 318
Личный вклад и логистическое обеспечение ... 319
Мой остео-путь ... 320

Предисловие Энтони Г. Чила

Эндрю Тейлор Стилл (1828—1917) — дипломированный врач, посвятил огромное количество работ философии, науке и искусству, которые он назвал «Остеопатией». Лучше всего стиль его письма и словоупотребления можно описать как викторианский аллегоризм. На протяжении жизни и в течение столетия после смерти глубокое понимание смысла его философии ускользало от многих его последователей. Любопытно заметить, что с течением времени и совершенствованием различных областей знаний и исследований удалось добиться большего понимания силы и оригинальности мысли Стилла. Артур Грант Хилдрет, доктор остеопатии, был одним из первых студентов, проходивших обучение в Американской школе остеопатии в Кирксвилле, штат Миссури. Его книга «Удлиняющаяся тень доктора Эндрю Тейлора Стилла» (1938) подтверждает эти выводы.

Попытки раскрыть более широкий смысл (смыслы) аллегорического стиля письма Стилла продолжаются и по сей день. Настоящая работа написана уважаемым практикующим врачом, студентом и преподавателем в Европейском сообществе. Автор, Джо Буекенс, назвал свой труд «Кость — величайшая тайна». В книге представлены два раздела: «Исторические основы» и «Копай глубже». Читатели могут заметить, что широко известные идеи Стилла регулярно упоминаются в этих частях.

Важным отступлением является цитирование и признание заслуг Майкла Э. Лейна как интерпретатора мысли Стилла. Как выдающийся биолог-исследователь, обладавший международной репутацией, Лейн работал профессором патологической анатомии в Американской школе остеопатии в Кирксвилле (штат Миссури) и директором аспирантской лаборатории клинической диагностики. В 1918 году, через год после смерти Стилла, вышла работа Лейна под названием «Э. Т. Стилл — основатель остеопатии», включавшая в себя десять глав (Изд. Osteopathic Publishing Co., Чикаго).

Лейн приписывает Стиллу открытие теории иммунитета, а также идеи, что ключ к исцелению организма, находится в крови. Также Лейн уделяет первостепенное внимание процессу патологических изменений, который рассматривается в теории, методах и практике остеопатии.

В своей работе Буекенс проводит обширное и скрупулезное исследование этих основ. Теоретические построения на клеточном уровне говорят о стремлении учитывать и осознавать фундаментальные научные знания. Эмбриологические аспекты подчеркивают динамизм организации, структуры и функции. Рассматривая передачу силы, Буекенс переходит от теории к практике и рекомендациям. Именно эти главы содержат его собственные наработки, исследования, практика и рекомендации раскрываются в самом выгодном свете.

В этом заключается полезность текста как структурированного учебного документа.

Многообразие и объем отсылок и иллюстраций по всему тексту свидетельствуют о хорошей продуманности работы. Как было отмечено в самом начале текста, классическая фотография Эндрю Тейлора Стилла, держащего в одной руке бедренную кость, а в другой — таз, сопровождается классической цитатой: «Чтобы раскрыть все секреты, которые таит в себе бедренная кость человека, потребуется целая вечность».

В заключение Буекенс подводит итоги своей работы и предлагает идеи грядущих исследований. Здесь будущим авторам рекомендуются к тщательному прочтению идеи, высказанные Эндрю Тейлором Стиллом в его последней опубликованной работе «Исследования и практика остеопатии» (опубликовано автором; Кирксвилл, штат Миссури, 1910 год). Настоятельно рекомендуется обратить внимание на Предисловие и страницы с 40 до 55 включительно. Здесь, за семь лет до своей кончины, с полной ясностью ума Эндрю Тейлор Стилл продолжал прокладывать путь к удлинению собственной тени.

Энтони Г. Чила,
заслуженный член Американской академии остеопатии, член Академии краниальной остеопатии, заслуженный профессор и член Национальной академии практики (аллопатической и остеопатической медицины), заслуженный профессор семейной медицины отделения первичной медико-санитарной помощи Колледжа наследия остеопатической медицины университета Огайо, Афины, США

Предисловие Ренцо Молинари

Для меня большая честь представлять фундаментальный труд Джо Буекенса.

Мне вспоминается начало 2012 года, пятничное утро в Венской школе остеопатии. У меня была назначена лекция «Введение в курс женского здоровья». Войдя в аудиторию, я обратил внимание на улыбчивого мужчину лет сорока, сидевшего в первом ряду. Его лицо показалось мне знакомым, но я никак не мог вспомнить, где же мы встречались. Вскоре, когда я начал свою лекцию, я вспомнил: мы оба выступали на Международном конгрессе «Verband Osteopathen Deutschlands» лет восемь—десять назад.

В тот же вечер мы отправились в центр Вены и отужинали в японском ресторане. Мы беседовали, обсуждали общие темы, и, конечно же, затронули тему остеопатии.

Очень быстро я понял, что Джо мыслит гораздо шире, чем «среднестатистический остеопат». Он открыто ставил под сомнение и критиковал то, что во многих странах остеопатия превратилась в мануальную скелетно-мышечную терапию, сосредоточенную на облегчении локальных симптомов и игнорировавшую разработанные Э. Т. Стиллом принципы, подразумевающие комплексный подход к организму человека и направленные на восстановление здоровья.

Бегло рассказывая о работе, Джо описал свои попытки направить студентов и коллег, которые посещали его семинары, к истокам остеопатии в работах Э. Т. Стилла. К видению и философии Стилла, сосредоточенных на инфекционных заболеваниях и патологиях. Для этого Джо пробовал разные подходы: он занимался образованием, был соучредителем «Ассоциации люксембургских остеопатов» и продвигал взгляды Стилла в своем офисе. Но из-за прямолинейности и отсутствия дипломатических навыков в общении большинство усилий Джо так и не увенчались успехом. Разочарование заставило его переосмыслить свое понимание и способ подачи.

Эта книга является результатом его долгих и глубоких исследований, направленных на осознание остеопатии в таком виде, в каком ее видел основатель Э. Т. Стилл, чтобы заново открыть истинный смысл той философии и медицинской системы, которая исходит из нее.

Книга «Кость — величайшая тайна» — это исключительная возможность и приглашение вернуться к истокам и принять основные идеи, взгляды и философию Э. Т. Стилла (которые именуются здесь стиллософией) необходимые для четкого и ясного определения нашего искусства.

Глубокое изучение оригинальных работ Э. Т. Стилла и его ранних учеников возвращает читателя к исконным концепциям и основам остеопатии.

Благодаря такому осознанию остеопатия становится реальной медицинской системой — достаточно сильной, чтобы противостоять любой форме сопротивления. Это открывает новые перспективы для нашей профессии и обеспечивает уверенность в собственных силах. Остеопатию можно рассматривать как медицинскую систему, поскольку она обладает собственной философией, собственной системой диагностики и собственным терапевтическим подходом. Эти три компонента определяют медицинскую систему (конечно, с определенными ограничениями и пределами).

Чтобы постигнуть эту истину, остеопату необходимо расширять свои знания. Этому аспекту посвящен второй раздел книги. Погружаясь в обширные исследования костной ткани, читатель попадает в постоянно расширяющуюся вселенную физиологии костей, проделывая путь от любопытства к изумлению.

Информация мастерски подкрепляется иллюстрациями, обеспечивая четкие образы для создания или завершения мысленных визуализаций, которые так важны во время практического применения.

В третьей главе фундаментальная физиология костей переходит в прикладную. Теоретические модели трансформируются в живые системы. В этой главе остеопат сталкивается с выражением жизни в материальном теле. Именно здесь мы отходим от сухого образа костей, которые служат опорой для остального организма.

Наши кости рассматриваются как живые органы, которые, как предполагается теперь, играют роль в регулировании целого ряда жизненно важных процессов организма, начиная от памяти до аппетита, здоровья мышц, фертильности, обмена веществ и многих других (Д. Кокс (Cox D.) Газета «The Guardian». 9 июля 2020). Кроме того, доказано, что кость играет основную роль в нашем иммунном ответе и, следовательно, полностью соответствует одному из самых удивительных предположений и наблюдений, сделанных Э. Т. Стиллом.

Читатель регулярно возвращается к ключевому понятию остеопатии: способности организма к саморегуляции. Это ставит пациента (а не врача) в центр процесса исцеления.

Опять же, это означает, что наши мануальные манипуляции должны быть направлены на те ткани, которые способны уловить данный импульс, интегрировать его и автономно отреагировать на него. Исходя из этого, большое количество тканей организма не отвечают этим критериям. В отличие от костей. Благодаря разветвленной сети взаимодействующих остеоцитов кости являются не только мощными органами, регулирующими метаболизм, но и в значительной степени участвуют в процессах регуляции напряжения тела и в передаче силы.

Эти механические аспекты функции костей открывают широкие возможности для применения техник.

В книге нет точного описания положения рук и выполнения этих техник. Джо представляет множество иллюстраций этих аспектов на примерах, однако отказывается навязывать конкретный способ выполнения остеопатического вмешательства. Таким образом, он настаивает на том, что остеопатия не должна определяться протоколами и конкретными методами — подход должен быть связан с пациентом и ориентирован на пациента. Это оставляет читателю возможность легко адаптировать и внедрить предложенные идеи в собственную область знаний и способ практики.

Книга Джо Буекенса представляет собой реакцию на общепринятые идеи и очень глубокое изучение значения остеопатии и величайшей тайны остеопатии — кости.

Начав свое предисловие с упоминания о японском ресторане, я тогда и представить себе не мог, что мы снова встретимся на церемонии открытия Японского традиционного остеопатического колледжа в г. Кобе (Япония).

Профессор Ренцо Молинари, доктор остеопатии, член Европейской школы остеопатии, член Реестра остеопатов Франции, Генерального остеопатического совета, Лондон, Великобритания

Предисловие Ромена Пуса

В 2013 году Всемирная организация здравоохранения обнародовала Стратегию традиционной медицины на 2014—2023 годы, в которой рассматривался вопрос интеграции биомедицины с комплементарной медициной. ВОЗ определяет «комплементарную медицину» как широкий набор методов медицинской помощи, которые не являются частью собственной традиции или традиционной медицины этой страны и не внедрены в доминирующую систему здравоохранения. В некоторых странах этот термин используется взаимозаменяемо с традиционной медициной. Данное определение подходит для остеопатии, которая предлагает индивидуализированный подход, позволяющий «заботиться» о пациенте в дополнение к «лечению болезни».

В 2018 году Министерство здравоохранения Люксембурга приняло это конкретное описание Великокняжеским постановлением и признало остеопатию профессией в области здравоохранения. Как президент Высшего совета по определенным медицинским профессиями («Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé») я координировал предварительные переговоры по этому постановлению и должен был выяснить, какие характеристики отличают остеопатию от существующих медицинских специальностей и профессий в области здравоохранения. Это была сложная задача, учитывая, что современная европейская остеопатия имеет множество различных и даже противоречивых определений.

С этой точки зрения было бы полезно, если бы наша комиссия имела доступ к информации, изложенной Джо Буекенсом в этой книге. Понимание роли кости в соответствии с последним определением доктора Эндрю Тейлора Стилла и тремя основными остеопатическими аксиомами, определенными доктором Майклом Э. Лейном, помещает профессию и специалистов в совершенно иной контекст.

Книга «Кость — величайшая тайна» позволяет читателю погрузиться в междисциплинарное научное исследование в удивительном мире анатомии, микроанатомии, физиологии, динамики и функциональности костей. Пристальное рассмотрение кости для диагностики и лечения является для большинства из нас совершенно новым, необычным и удивительным подходом, который позволяет значительным образом расширить нынешнюю мизерную часть очень узких медицинских применений.

Взгляд на кость как передатчик силы и регулятор напряжения позволяет специалистам в области остеопатии определить инновационную и четкую область применения. Это определенно опровергает расхожее мнение, что работа остеопата сосредоточена исключительно на суставах, мышцах и фасциях.

Помимо этого, автор знакомит читателя с научными открытиями в области иммунитета, эндокринологии, депонирования минералов и многих других характеристик и функций костей, для которых определены практические применения. Нестандартное мышление, подкрепленное примерами, позволяет по-новому взглянуть на комплементарность остеопатического лечения системных патологий.

Если рассматривать ее с этой точки зрения, профессия остеопата готова закрепиться в качестве самобытного комплементарного медицинского подхода, заслуживающего отдельное место в существующем медицинском мире.

Ромен Пус Президент «Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé», Люксембург, Великое герцогство Люксембург

“Лишь единицы могут позволить себе мыслить нестандартно”

Роберт Харрис[2]

(2) Lewis J. 2012. A. T. Still, from the dry bone to the living man. Dry Bone Press. p. 107.

Слова благодарности…

Моим преподавателям в Сазерлендском колледже (Антверпен, Бельгия) и Венской школе остеопатии (Вена, Австрия), которые поделились своим бесценным опытом и знаниями, заложив во мне прочный фундамент знаний.

Всем школам и учебным заведениям, которые давали мне свободу действий для выражения собственной точки зрения, позволяя мне непрерывно развиваться. Особая благодарность и признательность Андреасу Касаку (Andreas Kasack) из Академии Стилла (Германия), который организовал первый аспирантский семинар, где я имел возможность представить свое ви́дение проблемы костей. Это был важный шаг в моем путешествии.

Сотням студентов-остеопатов и участникам семинаров, которые мотивировали меня в поисках и открытиях в области остеопатии.

Всем моим близким коллегам из Сазерлендского колледжа (Германия) за все те часы, когда мы обменивались профессиональными мнениями и веселились во время и после занятий. Доктору остеопатии, магистру наук Марио Крамлю (Mario Kraml), чьи знания и советы, а также коллегиальность очень глубоко и положительно повлияли на меня.

Моему хорошему другу Хенрику Стамеру (Henrik Stamer), который не только оказывает фантастическую помощь в моих семинарах, но и конструктивно критикует меня, что заставляет меня теоретически и практически расширять мои основные идеи и концепции.

Джейн Элизе Старк (Jane Eliza Stark), магистру наук, практикующему мануальному остеопату; Кристиану Фоссуму (Christian Fossum), доктору остеопатии; Аки Шимомуре (Aki Shimomoura); Джейсону Хэкстону (Jason Haxton), магистру, почетному доктору остеопатии; профессору Марине Фурманн (Marina Fuhrmann), доктору остеопатии; Кристиану Лунги (Christian Lunghi), доктору остеопатии, натуропату; профессору Ромену Сейлу (Romain Seil), дипломированному врачу; и многим другим за все их добрые советы и поддержку. Благодаря вам я понял, что, даже имея разные (а иногда и противоположные) взгляды, возможно найти общий остеопатический путь и видение.

Профессору Ренцо Молинари (Renzo Molinari), доктору остеопатии, члену Регистра остеопатов Франции, чей опыт, сила, знания, доверие и дружба открывали новые возможности и поддерживали меня на моем профессиональном пути. Более того, он побуждал меня следовать по пути, который я избрал для себя.

Профессору Энтони Г. Чила (Anthony G. Chila), доктору остеопатии, заслуженному члену Американской академии остеопатии, члену Академии краниальной остеопатии, который не раз позволял мне заглядывать ему через плечо во время работы в его офисе, с тех пор как мы встретились на конференции VOD в Шлангенбаде в 2003 году. Он стал моим наставником и дал мне понять, что вопросы, а не ответы являются наиболее важными элементами деятельности. С годами я стал думать о нем как о своем отце в мире остеопатии. Именно он пробудил во мне желание узнать больше о передаче силы, что стало одной из главных причин написания этой книги.

Моей жене Кристиане и моим дочерям Лизе, Ларе и Линн. Ваше понимание, поддержка, терпение и любовь очень помогли мне написать эту книгу.

Вступительное слово автора

Прежде чем вы приступите к чтению, я хотел бы обратить ваше внимание на некоторые аспекты текста, чтобы вы могли извлечь максимальную пользу из прочитанного.

В теоретических главах (Глава 5, 6, 7) я не хотел смешивать научно обоснованную информацию с моим личным ви́дением. Поэтому я вставлял в текст блоки, которые назвал «Пища для размышлений». Это мои личные раздумья и обобщение эмпирического опыта, который я получил во время работы с пациентами, делая практические выводы и объединяя знания. В каждом случае эти блоки связаны с теоретической темой, обсуждаемой в основном тексте.

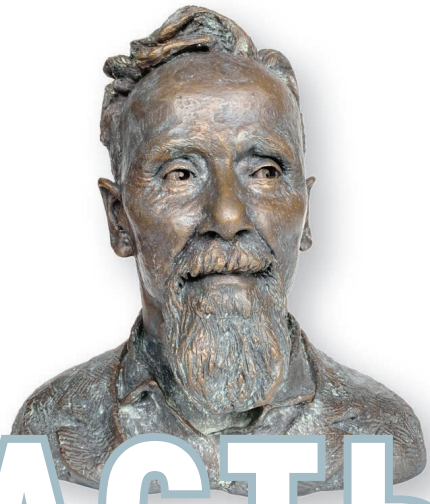
Говоря о пациентах, я постоянно использую местоимения «он» или «его». Это не означает, что я не учитываю пациентов женского пола или пациентов с другой гендерной идентичностью в своих работах. Скорее, я выбрал мужские местоимения ради простоты и удобочитаемости.

Учебная литература часто пишется от третьего лица (мы). Я следую этой традиции, когда использую информацию, знания, опыт и научные открытия, полученные от других. Однако в главах и фрагментах текста, где излагаются мои собственные идеи, опыт и наблюдения, я пишу от первого лица (я).

Я не собирался писать книгу, ориентированную на техники, то есть практическое руководство для остеопатов. Каждый остеопат должен взять на себя ответственность за благополучие пациентов, которых он лечит. Практикующий врач всегда должен адаптировать свой терапевтический подход под конкретные потребности каждого пациента, а не полагаться на инструкции. Поэтому я не предлагаю конкретные техники для каждой кости в каждой возможной ситуации. Вместо этого я привел примеры возможных терапевтических подходов и общие правила работы с костью. Каждый читатель, работающий в области остеопатии, должен уметь согласовывать предлагаемые подходы с собственными специфическими потребностями, опытом и методами работы.

Наконец, я прошу читателя проявить понимание, поскольку я не являюсь носителем английского языка. Тем не менее, я приложил все усилия, чтобы эта книга подарила читателю наиболее положительный и познавательный опыт.

Наслаждайтесь!



ЧАСТЬ 1

СТИЛЛОСОФИЯ*. ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

* Термин «стиллософия» подчеркивает тот факт, что остеопатия — это прежде всего философия, на основе которой была создана терапевтическая модель, согласующаяся с фундаментальными законами природы. *(Примеч. авт.)*

Доктор Стилл, зачем вам мешок человеческих костей?

Давайте рассмотрим один поразительный факт. Остеопатия — это наиболее гибкий и индивидуально адаптируемый медицинский подход современности. Он в состоянии балансировать между различными политическими и личными интересами, он способен быть приспособлен к конкретным областям знаний, и он может быть вписан в существующие области применения. Однако мотивация, которая объединяет нас, остеопатов, — это стремление достичь великолепных результатов, описанных Эндрю Тейлором Стиллом в его книгах. Результатов, которые он демонстрировал как учитель и достигал как врач на протяжении всей своей вдохновляющей карьеры.

При изучении работ и идей Стилла возникает ряд вопросов. Как он продвигался в своей работе? На что он обращал внимание? Какие знания он считал основополагающими? Ответы на эти вопросы могут быть расплывчатыми и приводить к путанице. Каждый человек может прийти к своим собственным ответам. В результате остеопатия адаптировалась различными способами и практиковалась в различных формах, включая суставное, мышечное, висцеральное, краниосакральное, фасциальное и биоэнергетическое применения.

Услышав от профессора Эяля Ледермана (Eyal Lederman), что существует столько же различных типов остеопатов, сколько существует остеопатов, я с улыбкой согласился с ним. Однако осознание скрытого подтекста этого наблюдения повергло меня в шок. Это утверждение подразумевает, что мы никогда не развивали ту область остеопатии, которую представлял себе Стилл! Мы по-прежнему далеки от создания сильной и единой профессии. Таким образом, нам следует определить себя скорее как группу людей, которые находятся в поиске профессиональной идентичности.

Остеопаты во всем мире ищут точки соприкосновения. Многие из нас углубляются в остеопатическую философию и приходят к выводам, которые согласуются с нашими собственными мировоззрениями и убеждениями. Современный эквивалент концепции остеопатии Стилла редко достигался из-за отсутствия понимания и сосредоточенности. Мы продолжаем искать «правильное» определение остеопатии и мы продолжаем пытаться улучшить наши методы терапевтического воздействия. Однако действительно ли это остеопатия? Похоже, перед нами дилемма.

Она может быть разрешена относительно легко: мы должны изучить труды Э. Т. Стилла, его жизнь и сферу его деятельности. Здесь необходимо запомнить некоторые основополагающие идеи великого доктора. Например, человека как творение — совершенен: «Совершенство в строении — один из атрибутов Жизни. Она подбирает все вещества в соответствии друг с другом и регулирует все атомы плоти и костей. Ее Глаз мудрости видит размер, форму и применение, и это также истинно, от начала до конца. И вся ее работа в действии абсолютно совершенна»[3].

1.1 Почему мы называем это остеопатией?

22 июня 1874 года Стилл официально объявил, что собирается бросить практику традиционной аллопатической медицины, чтобы посвятить все свое внимание и знания остеопатии. Отметим, что знаменитая Американская школа остеопатии (АШО) в Кирксвилле (штат Миссури) была учреждена только восемнадцать лет спустя. Стилл основал школу остеопатии еще задолго до появления АШО.

Первое ежегодное обращение к пяти ученикам этой школы он произнес 1 января 1891 года. В своем обращении он описал свою школу остеопатии как «школу костей». Поскольку в начале 1890-х годов остеопатия находилась в зачаточном состоянии, использование такого непрофессионального описания, вероятно, помогало донести более ясное представление об остеопатии до пациентов и потенциальных студентов. Это описание было использовано в письме ученика первой школы, У. Х. Уайлдерсона (W. H. Wilderson) из Невады, адресованном доктору Стиллу[4].

В автобиографии Э. Т. Стилла, опубликованной в 1897 году, — работе, которая включала «Историю открытия и развития науки остеопатии», — доктор Стилл рассуждает, что «естественное кровообращение определяет здоровье; болезнь — это результат локального или общего нарушения кровообращения; что возбуждение нервов заставляет мышцы сокращаться и уменьшать венозный поток к сердцу; а кости можно использовать как рычаги для ослабления давления на нервы, вены и артерии»[5].

В Журнале остеопатии в марте 1901 года доктор Стилл изложил цепочку рассуждений, которой он следовал при разработке названия своего направления медицины. Доктор ссылается на влияние американских индейцев:

«…Я был в Канзасе, когда было придумано название города Осаватоми (англ. Osawatomie): объединили первую часть слова “Osage” и последнюю часть слова “Pottawattamie”. Таким образом, новое название города объединяло в себе названия двух индейских племен. Я решил начать со слова “os” (кость) и объединить его со словом “pathology” (патология) в одно слово — Остеопатия. …Я делюсь со студентами этой небольшой историей, чтобы они могли узнать от меня, почему и когда я придумал это слово. Патология — это система лечения болезни, а кость — мой проводник в лечении. Таким образом кость, или остеопатология превращаются в остеопатию»*[6].

В первом издании автобиографии доктор Стилл определил свое 23-летнее «детище» следующим образом:

«Вы задаетесь вопросом, что такое остеопатия; вы обращаетесь к медицинскому словарю и находите определение “болезнь костей”. Это серьезная ошибка. Оно состоит из двух слов: osteon — “кость” и pathos, pathine — “испытывать”, “переживать”. Лексикографы греческого языка утверждают, что это правильное название науки, основанной на знании костей. Таким образом, это слово в действительности означает “использование”, а не “болезнь» костей”[7].

В Американской школе остеопатии все шло своим чередом, профессора и преподаватели приходили и уходили. Где-то в 1897 году к доктору Стиллу наведался любознательный шотландец

* *Осейджи* и *потаватоми* — названия индейских племен. *(Здесь и далее примеч. ред.)*

Вы
и есть
точка опоры

Э. Г. Чила, доктор остеопатии, заслуженный член Американской академии остеопатии, член Академии краниальной остеопатии, Гарних, Люксембург;
17 мая 2012 г.

6

Аксиома первая.
Закон общего иммунитета организма к так называемым болезням

Иммунитет — не первая характеристика костей, которая приходит на ум большинству из нас. Кость обычно рассматривается как сухая ткань с различными анатомическими названиями для каждого бугорка и отверстия. Однако, если подумать, вы можете вспомнить несколько основных элементов иммунитета, связанных с костью. Например, вы можете вспомнить что-то о В-лимфоцитах. Важно иметь в виду, что иммунные функции кости выходят далеко за рамки изначальной роли в общем иммунитете организма.

С самого начала и до конца жизни кость содержит, доставляет и контролирует все элементы, необходимые организму для сохранения, восстановления и укрепления здоровья. Как только мы поймем, что кость является основной эритропоэтической структурой в организме и что каждая клетка крови вырабатывается костью, мы сможем понять, насколько важна кость для оптимального состояния здоровья. Кроме того, кость функционирует как орган хранения минералов и, следовательно, содержит не только важные метаболические компоненты, но и защитные компоненты, существование которых часто упускается из виду.

Союз между эмбриологией, эритропоэзом и иммунитетом является прекрасной основой для понимания первой остеопатической аксиомы.

6.1 Кровь как средство достижения независимости

Концепция костной эмбриологии ведет, конечно, к источнику жизни. Как мы уже упоминали, эмбриология костей включает в себя выработку крови и ангиогенез. Эмбрион должен вырабатывать собственную кровь, чтобы обрести независимость от матери. Чтобы иметь возможность производить кровь, кость должна быть снабжена водой, гормонами, минералами и питательными

веществами, что объясняет, почему все эти элементы содержатся в развивающихся костных структурах.

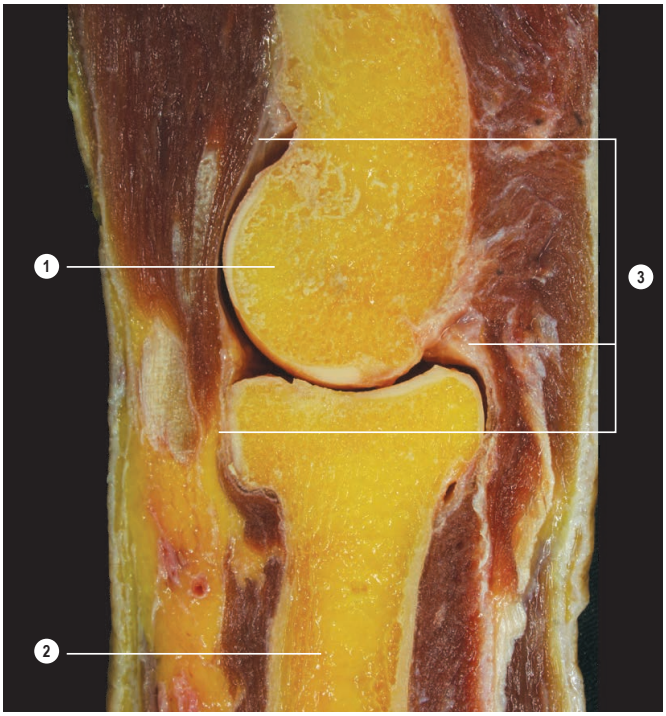
Материнская кровь доставляет эмбриону элементы иммунитета и выживания. Это включает в себя защиту от паразитов и бактериальных и вирусных инвазий. Поскольку ситуация носит кратковременный характер, эмбрион должен подготовить собственную систему защиты. На ранних стадиях развития кости участвуют в создании органов и клеток, необходимых для поддержания и восстановления здоровья. Примечательно, что во время внутриутробной жизни кость практически не имеет ничего общего с опорно-двигательным аппаратом. При внимательном наблюдении обнаруживается отсутствие развитых метафизов и эпифизов в большинстве костей. Даже при рождении эти двигательные части, по-видимому, не требуются для выживания. В это время кость не нужна для движения; это клеточный орган, способствующий быстрому росту и развитию новорожденного.

6.2 Костномозговой жир и кроветворение

При рождении полости костного мозга в значительной степени заполнены активным кроветворным красным костным мозгом и значительным количеством костномозгового жира. У взрослого человека костномозговой жир составляет 70 % объема костного мозга (рис. 6.1). Он составляет третье по величине жировое отложение в организме, содержащее 10 % общего жира в организме здоровых взрослых людей старше 25 лет[171].

В течение многих лет на костномозговой жир смотрели как на разновидность «инертного наполнителя пространства». Следовательно, его важная роль в нормальном развитии организма не рассматривалась. В настоящее время известно, что жировая ткань в костном мозге играет ключевую роль в накоплении энергии, функции эндокринной системы и метаболизме костной ткани. Аномалии жировой ткани в костном мозге связывают с остеопорозом, сахарным диабетом 1 типа, болезнью Кушинга, дефицитом эстрогенов, нервной анорексией и костными метастазами при раке предстательной железы и молочной железы.

Когда человек стареет, объем красного костного мозга постепенно уменьшается, поскольку кроветворные клетки заменяются желтым костномозговым жиром. Этот жир, который отличается от подкожного и висцерального жира, существует в двух различных формах — конститутивной и регулируемой жировой ткани костного мозга. Считается, что конститутивная жировая ткань костного мозга формируется до 25 лет и продолжает функционировать в условиях выраженной нагрузки. Конститутивный костномозговой жир состоит из более крупных адипоцитов, расположенных в дистальных участках скелета. Регулируемая жировая ткань костного мозга формируется на протяжении всей жизни. Этот жир состоит из вкрапленных единичных адипоцитов и наиболее активен во время кроветворения и моделирования скелета[172]. Было замечено, что накопление костномозгового жира коррелирует со снижением кроветворной функции. Однако специфическая связь между костномозговым жиром и кроветворением пока не установлена.



① Губчатая кость
② Костномозговой жир
③ Суставная капсула

Рисунок 6.1. На сагиттальном срезе через локоть костномозговой жир показан в диафизе лучевой кости. Желтый жир также проникает в губчатую кость. На изображении хорошо видна суставная капсула локтя. (Публикуется с разрешения проф. Иван Саэнса Наварро.)

Информация к размышлению

① Нижняя полая вена
② Аорта
③ Правая общая подвздошная артерия
④ Пояснично-крестцовый сегмент брыжейки сигмовидной кишки
⑤ Правая общая подвздошная вена
⑥ Подвздошно-поясничный сегмент брыжейки сигмовидной кишки
⑦ Брыжейка сигмовидной кишки
⑧ Сигмовидная кишка

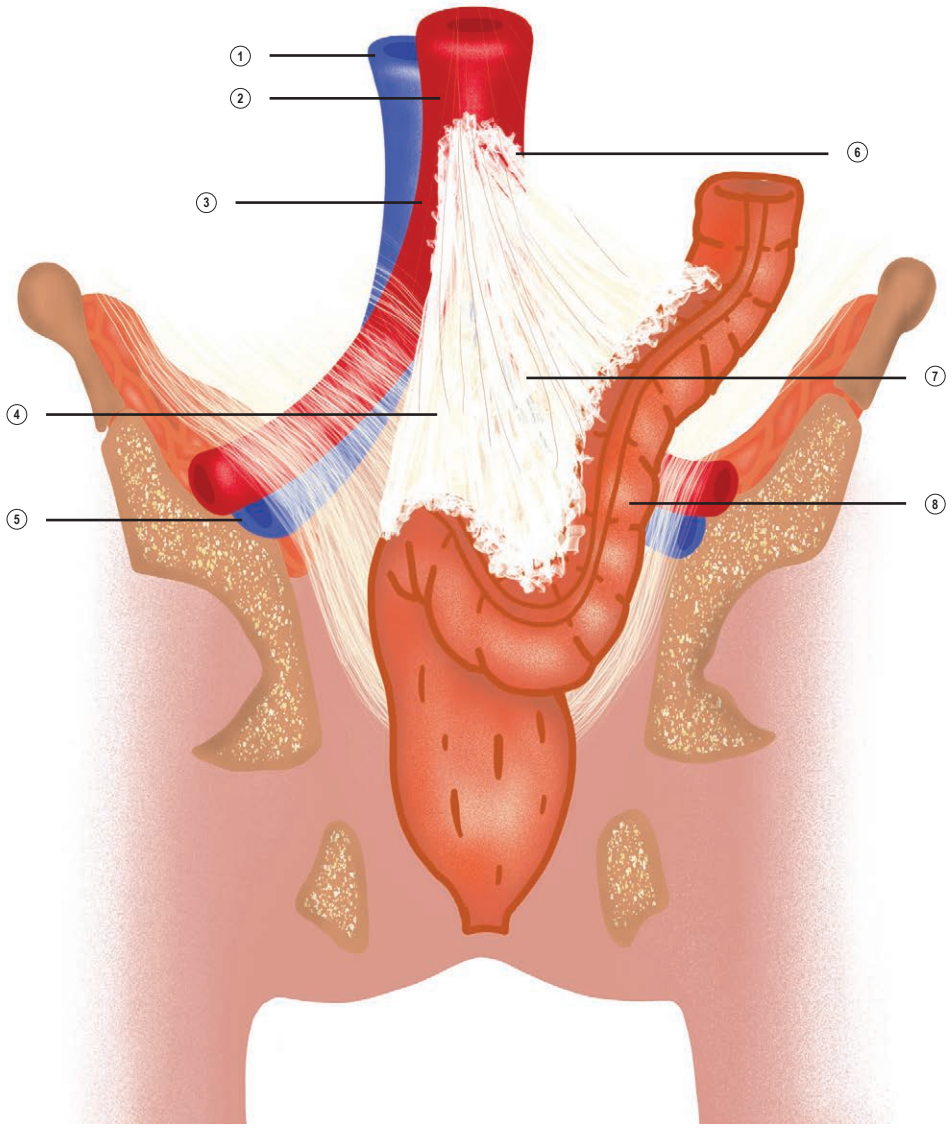


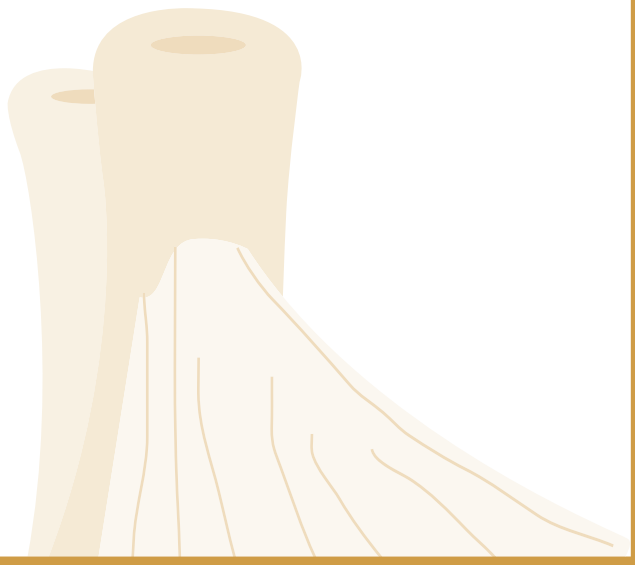
Рисунок 6.11. Брыжейка сигмовидной кишки простирается от окончания нисходящей ободочной кишки в подвздошной впадине, по латеральному краю большой поясничной мышцы, до начала прямой кишки и непосредственно связана с бифуркацией аорты. (Рисунок Джо Буекенса.)

Парные артерии проходят в заднебоковом направлении вдоль тел позвонков. Правосторонние артерии расположены кзади от нижней полой вены (НПВ). Они проходят под сухожильными дугами большой поясничной мышцы и симпатического ствола.

Недавно вертебральное кровоснабжение было подробно описано в 323 последовательных абдоминальных, контрастированных, мультипланарных компьютерных томографиях Тезука и др. (Tezuka et al., 2016). Они отметили, что каждая сегментарная артерия на КТ была видна на уровне L1—L4 в основных частях исследуемых тел (91 % с правой стороны, 90,7 % с левой). Внекостное артериальное снабжение L5 обеспечивалось двумя сосудами с каждой стороны. В большинстве случаев один сосуд отходил от сегментарной артерии L4, другой — от подвздошно-поясничной. Исследователи упомянули, что были обнаружены четыре основных комбинированных паттерна этих артерий.

Однако они обратили внимание, что комбинации, которые считались постоянными в учебниках, наблюдались только у половины пациентов[317]. Согласно Стэндингу (Standing), в 40-м издании «Анатомии Грея» пятая, меньшая комбинация иногда происходит из медиальной крестцовой артерии. Однако в большинстве случаев эти сосуды наблюдаются в виде поясничных ветвей подвздошно-поясничной артерии[318].

Брыжейка сигмовидной кишки образует важную, но косвенную связь с поясничным артериальным кровоснабжением. Первая часть ее подвздошно-поясничного сегмента, париетальная граница или корешок, тянется от подвздошной кишки на внутренней границе поясничной мышцы к передней стороне позвоночного столба (нижнее тело L4). Эта точка соответствует бифуркации аорты (рис. 6.11). Вторая часть сегмента, ориентированная более вертикально и медиально, соединяется с бифуркацией аорты до S3; она называется пояснично-крестцовым сегментом. Между корешком и артерией сигмовидной кишки находится ответвление от нижней брыжеечной артерии. Оно соединяется с верхней артерией прямой кишки.

Брыжейка сигмовидной кишки связана с подвздошной артерией и веной; тубоовариальной артерией, веной и нервами; срединной крестцовой артерией и нервом; и левой уретрой. Такие состояния, как органоптоз, венозный застой, патологии кишечника, гинекологические поражения и старение могут оказывать нагрузку на брыжейку ободочной кишки, подвергая бифуркацию аорты каудально ориентированному натяжению, которое в основном воздействует на брюшную аорту. Брюшная аорта будет подпираться брыжейкой сигмовидной кишки между аортальным отверстием (T12) и бифуркацией (нижним телом L4).

Чтобы улучшить артериальное снабжение поясничных позвонков, тем самым усиливая гидратацию позвонков и снижая риск остеопоротических процессов, необходимо дозированно воздействовать на все вовлеченные кости (от T12 до S3). Также в рамках терапии следует рассмотреть двенадцатые ребра и подвздошную кость. Способность этих костей регулировать напряжение должна учитываться при терапии пораженных висцеральных структур. В случаях длительного венозного застоя кости будут перегружены и ощущаться твердыми и неподатливыми, демонстрируя отсутствие эластичности. Предлагаемая схема действий в таких случаях будет представлена в разделах 8.1.1.3, с. 260 и 8.1.1.4, с. 264.