



Warszawa, 16.07.2026

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest publicznie dostępny materiał edukacyjny dotyczący osteopatii. Analizę przeprowadzono w oparciu o aktualne przeglądy systematyczne, metaanalizy oraz wytyczne kliniczne, ze szczególnym uwzględnieniem jakości metodologicznej dostępnych badań naukowych.

1. Ocena ogólna

Zasadnicza teza materiału, zgodnie z którą pacjenci nie powinni być diagnozowani ani leczeni na podstawie niezweryfikowanych lub słabo udokumentowanych koncepcji medycznych, znajduje uzasadnienie w aktualnym stanie wiedzy naukowej.

Jednocześnie przekaz materiału jest nadmiernie uproszczony i kategoryczny. Osteopatia nie stanowi jednorodnego zbioru metod. Obejmuje zarówno techniki zbliżone do powszechnie stosowanych form terapii manualnej (np. mobilizacje czy manipulacje kręgosłupa), jak i procedury o bardzo słabym lub niepotwierdzonym uzasadnieniu naukowym, takie jak osteopatia czaszkowa czy trzewna. W konsekwencji całkowite odrzucenie wszystkich technik manualnych stosowanych przez osteopatów nie znajduje pełnego potwierdzenia w aktualnych dowodach naukowych.

2. Jakość metodologiczna badań nad osteopatią – zasadniczy problem

Podstawowym problemem w ocenie skuteczności osteopatii nie jest wyłącznie pytanie, czy działa, lecz przede wszystkim to, czy dostępne badania pozwalają na udzielenie wiarygodnej odpowiedzi.

Ogólna jakość badań z randomizacją (RCT)

Przegląd 61 badań RCT opublikowanych w latach 2021–2024 wykazał istotne ograniczenia metodologiczne:

- 74% badań oceniono jako obarczone wysokim ryzykiem błędu systematycznego według narzędzia Cochrane RoB 2,

- jedynie 7% publikacji ujawniło potencjalne konflikty interesów związane z wykonywaniem zawodu osteopaty przez autorów,
- tylko 12% streszczeń było wolnych od tzw. spinu, czyli tendencyjnej interpretacji wyników.

Ponadto stwierdzono:

- selektywne analizy statystyczne w 38% badań,
- nieuwzględnione problemy wynikające z wielokrotnego testowania hipotez w 36% badań,
- zmianę pierwotnie zdefiniowanych punktów końcowych w 12% badań.

Mediana liczebności próby wynosiła jedynie 45 uczestników, a niemal jedna trzecia badań była prowadzona na zdrowych ochotnikach, co dodatkowo ogranicza możliwość przenoszenia wyników do praktyki klinicznej.

Jakość raportowania

Metaanaliza obejmująca 131 badań RCT wykazała zaledwie 57-procentową zgodność publikacji z wytycznymi CONSORT. Co istotne, badania o niższym ryzyku błędu systematycznego cechowały się wyraźnie lepszym raportowaniem, co sugeruje współwystępowanie słabej metodologii i niskiej jakości sprawozdawczości.

Jakość przeglądów systematycznych

Przegląd obejmujący 9 przeglądów systematycznych i 55 badań pierwotnych wykazał, że wszystkie analizowane przeglądy otrzymały ocenę „niskiej” lub „krytycznie niskiej” jakości metodologicznej według skali AMSTAR-2.

Problem zaślepienia

Badania nad terapią manualną napotykają fundamentalną trudność metodologiczną polegającą na ograniczonych możliwościach skutecznego zaślepienia uczestników i terapeutów.

Nawet jedno z najlepiej zaprojektowanych badań nad osteopatycznym leczeniem manualnym (Nguyen i wsp., *JAMA Internal Medicine*, 2021; n = 394) wskazywało, że uczestnicy grupy otrzymującej rzeczywistą terapię oceniali jej wiarygodność i oczekiwaną skuteczność wyżej niż uczestnicy grupy „sham”, co może świadczyć o niepełnym zaślepieniu.

Badanie to wykazało jedynie niewielką poprawę ograniczeń aktywności (–3,4 punktu w skali QBPDl; 95% CI: –6,0 do –0,7), bez istotnego wpływu na:

- natężenie bólu,
- jakość życia,
- absencję zawodową

w obserwacji 3- i 12-miesięcznej.

Wiarygodność diagnostyki palpacyjnej

Przegląd systematyczny 49 badań dotyczących diagnostyki manualnej wykazał, że:

- testy prowokacji bólu osiągają akceptowalną powtarzalność,
- palpacja tkanek miękkich charakteryzuje się bardzo niską lub zerową powtarzalnością,
- ocena segmentalnej ruchomości kręgosłupa uzyskuje wartości kappa od $-0,20$ do $0,17$, czyli poniżej poziomu uznawanego za satysfakcjonujący.

Powtarzalność ocen wykonywanych przez tego samego badającego jest zwykle wyższa niż pomiędzy różnymi badaczami, co sugeruje znaczący wpływ indywidualnego sposobu badania na uzyskiwane wyniki.

Diagnostyka czaszkowa

Szczególnie słabo udokumentowana jest diagnostyka stosowana w osteopatii czaszkowej.

Powtarzalność między badaczami dla oceny tzw. rytmu czaszkowego (cranial rhythmic impulse – CRI) była niska lub praktycznie nieistniejąca (ICC od $-0,09$ do $0,31$). Wykazano również brak zgodności pomiędzy oceną rytmu na poziomie czaszki i kości krzyżowej, co podważa podstawowe założenie terapii kraniosakralnej określane jako „core-link”.

Choć pojedyncze nowsze badania wykazywały poprawę zgodności ocen po intensywnym szkoleniu, dotyczyło to wyłącznie bardzo uproszczonej oceny typu „obecność lub brak ograniczenia”, a nie właściwej oceny rytmu czaszkowego.

3. Wnioski płynące z badań klinicznych

Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe

Najbardziej przekonujące dane dotyczą przewlekłego nieswoistego bólu krzyża.

Metaanalizy wskazują na:

- niewielką redukcję bólu (SMD $-0,57$; 95% CI: $-0,90$ do $-0,25$),
- niewielką poprawę funkcji (SMD $-0,34$; 95% CI: $-0,65$ do $-0,03$),

przy niskiej pewności dowodów według systemu GRADE.

Jednocześnie efekty te są porównywalne z wynikami uzyskiwanymi za pomocą innych zalecanych metod leczenia, takich jak ćwiczenia ruchowe czy farmakoterapia przeciwbólowa, i nie wskazują na przewagę osteopatii nad tymi interwencjami.

Osteopatia czaszkowa i trzewna

Dostępne dane nie pozwalają na wyciągnięcie wiążących wniosków dotyczących skuteczności osteopatii czaszkowej ani trzewnej.

Przeglądy systematyczne wskazują, że:

- procedury diagnostyczne osteopatii czaszkowej nie wykazują zadowalającej wiarygodności,
- większość badań klinicznych cechuje wysokie ryzyko błędu systematycznego,
- dowody dotyczące terapii trzewnej opierają się głównie na pojedynczych badaniach niskiej jakości.

Pediatrica

Dowody dotyczące zastosowania osteopatii u niemowląt i dzieci są szczególnie słabe.

Przegląd Cochrane dotyczący terapii manualnych w kolce niemowlęcej wykazał, że po wykluczeniu badań o wysokim ryzyku błędu wykonawczego efekty leczenia przestawały być statystycznie istotne.

Podobnie nowsza metaanaliza obejmująca 422 niemowlęta nie wykazała istotnej redukcji czasu płaczu (MD -1,08 godz.; 95% CI: -2,17 do 0,01), a pewność dowodów oceniono jako bardzo niską.

Bezpieczeństwo

Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi po manipulacjach kręgosłupa są:

- przejściowy ból,
- tkliwość,
- dyskomfort.

Objawy te występują u około 50–67% pacjentów i zwykle mają łagodny charakter.

Poważne działania niepożądane wydają się rzadkie, jednak ich rzeczywista częstość pozostaje nieznana, ponieważ znaczna część badań nie prowadziła systematycznej rejestracji zdarzeń niepożądanych.

4. Wytyczne kliniczne – co rzeczywiście rekomendują?

Część współczesnych wytycznych klinicznych (m.in. ACP, NICE, WHO oraz VA/DoD) dopuszcza stosowanie mobilizacji i manipulacji kręgosłupa jako jednej z możliwych metod postępowania u pacjentów z nieswoistym bólem krzyża.

Należy jednak podkreślić, że:

- rekomendacje dotyczą konkretnych technik manualnych, a nie osteopatii jako całościowego systemu diagnostyczno-terapeutycznego;
- wytyczne nie potwierdzają skuteczności osteopatii czaszkowej ani trzewnej;
- nie rekomendują osteopatii jako metody leczenia chorób narządowych;

- NICE zaleca terapię manualną wyłącznie jako element kompleksowego programu obejmującego także aktywność fizyczną i ćwiczenia.
-

5. Wniosek

Analizowany materiał edukacyjny porusza istotny problem i słusznie zwraca uwagę na konieczność opierania diagnostyki oraz leczenia na wiarygodnych dowodach naukowych. Przekaz ten wymaga jednak większej precyzji i uwzględnienia zróżnicowania metod zaliczanych do osteopatii.

Obecny stan wiedzy pozwala sformułować następujące wnioski:

1. Badania nad osteopatią obciążone są poważnymi ograniczeniami metodologicznymi. Dominują małe próby, wysokie ryzyko błędu systematycznego, problemy z zaślepieniem oraz niska jakość raportowania.
2. Niektóre techniki manualne stosowane przez osteopatów mogą przynosić niewielkie, krótkotrwałe korzyści w nieswoistym bólu krzyża, jednak skuteczność ta jest porównywalna z innymi zalecanymi metodami leczenia i nie stanowi potwierdzenia specyficznych założeń osteopatii.
3. Diagnostyka palpacyjna stosowana w osteopatii wykazuje ograniczoną wiarygodność, szczególnie w zakresie oceny ruchomości segmentalnej oraz diagnostyki czaszkowej.
4. Brakuje przekonujących dowodów naukowych potwierdzających skuteczność osteopatii czaszkowej, trzewnej oraz większości zastosowań pediatrycznych.

W konsekwencji obecne dane naukowe nie uzasadniają traktowania osteopatii jako odrębnego, naukowo potwierdzonego systemu diagnostyczno-terapeutycznego, choć niektóre wykorzystywane przez osteopatów techniki manualne mogą znajdować ograniczone zastosowanie w leczeniu wybranych dolegliwości mięśniowo-szkieletowych

Dr hab. med. Piotr Dziechciarz

Kierownik Zakładu metodologii Badań Naukowych