

справиться с нарушением, которое и привело пациента на прием. Остеопат будет стремиться при помощи выполнения точных и нацеленных коррекций придать этой зоне тела нормальную текстуру, подвижность, положение и физиологию, что гарантирует внутреннюю способность организма самостоятельно исцелиться. Остеопат помогает только устранить препятствие, не исчезающее спонтанно, с которым столкнулся пациент, обратившийся непосредственно за этим «легким толчком». Оценка этого параметра способствует распознаванию критериев, определенных как реактивность или чувствительность остеопата на запрос пациента, а также связана с тем, как остеопат и система здравоохранения работают с пациентами, чтобы соответствовать их законным ожиданиям, не связанным со здоровьем [9]. Речь идет о том, чтобы поместить пациента в центр лечебной системы, интегрируя разные элементы, такие как прослушивание, эмпатия, конфиденциальность, а также информация о болезни и возможность выбора. Таким образом, ставится акцент на опыте пациента относительно специфических аспектов лечения, что выходит за пределы удовлетворения его индивидуальных потребностей.

Это практическое соображение не отменяет и не умаляет роли остеопата в отношении его клинического интереса к пациенту, оно пытается лишь переместить действие врача на этап до болезни, оптимизируя здоровье пациента до того, как у него проявится патология.

### **Стремление к политике первичной профилактики как цель общественного здравоохранения**

Используя гипотезу о том, что остеопатическая дисфункция рассматривается не как симптом, но в большей степени как фактор риска, возможно рассматривать позиционирование нашего мышления об эпидемиологии, чтобы предложить его остеопатии. Остеопат, уменьшая дисфункции, какой бы ни была их природа — тканевая, суставная, костная, жидкостная, сокращает факторы риска, способствуя улучшению здоровья пациента, который обретает и поддерживает свой потенциал самоисцеления. Какова польза этого для исследования? Следует фокусировать исследования не на клинических испытаниях, а на наблюдениях за результатами, полученными от персональной практической работы каждого остеопата, чтобы выявить элементы, позволяющие создать эпидемиологические регистры и отслеживать изменение состояния здоровья пациентов в течение определенного времени. Если рассматривать запросы и ожидания пациентов, поведение которых меняется, то исследование этих данных позволит лучше понять специфические нарушения, связанные со стрессом, сидячим образом жизни или с повышенными требованиями. Если практика должна быть подвержена специфическим экспериментом, то фундаментальное исследование позволило бы изучить особенности действий, отражающих специфическую связь, которую развивает остеопат, пальпируя, прослушивая и ощущая своего пациента.

### **Оценка здравоохранения для превращения в медицину завтрашнего дня**

То, чем мы должны заняться, используя методологию психологии, — это изучение связи и взаимодействия пациента и врача при помощи пальпации и специфической перцепции, выполняемых остеопатом. Также следует делать это с позиции философии, моделируя мысли тех, кто изучил методику познания, рассматривая остеопатию как идеалистическую или как материалистическую концепцию. Это можно делать с позиции концепции интуиции Бергсона или феноменологии восприятия вместе с Мерло-Понти, чтобы определить, предшествуют ли ощущения знаниям или же интеллектуальные знания предшествуют перцепционным возможностям, развитым руками опытного остеопата.

Конструктивная эпистемология, рациональный материализм и многие принципы потенциальных исследований в области остеопатической практики могут быть дополнены социологией, антропологией, исследующей представления о теле и боли, или междисциплинарным объединением этих различных методологий для того, чтобы создать новую, специфичную для остеопатической

практики, соответствующую научным критериям и субъективным потребностям человека, что подразумевает сама природа остеопатической работы. Осмелимся же объединить признанные и подтвержденные инструменты и адаптируем их к исследованию в области остеопатии — для доказательства, что научный подход возможен, и для того разъяснения манипуляций, происходящих во время сеанса. Необходимо раскрыть увлекательную сторону остеопатии, больше делиться с другими врачами-специалистами, представлять ее целостный характер в простых формулировках, используя современные гуманные средства. Тогда мы не предадим идею Стилла, который уже в 1874 г. рассматривал остеопатию как науку. Это гуманитарная дисциплина, границы которой следует определить четче, чем техники или практики, чтобы прийти к выводу о ее эффективности и месте в системе здравоохранения. Мы должны определиться, как это сделать. Это единое «мы» призывает не к единой мысли, а, напротив, к разностороннему осмыслению с одной целью — определить место остеопатии для коллег, работающих в здравоохранении.

### Литература/References

1. Dabi F., Merceron A. La notoriété et l'image des osteopathes. Available from: URL: <https://osteofrance.com/perch/resources/publications/sondageifop2016.pdf>
2. Graz B., Charpak N. Les médecines complémentaires. Presses polytechniques et universitaires romandes, 2012; 141 p.
3. Setbon M. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie du Travail* 2000; 42 (1): 51–68. [https://doi.org/10.1016/S0038-0296\(00\)00107-2](https://doi.org/10.1016/S0038-0296(00)00107-2).
4. Donoso Fr., Donoso M. Evolutions de la médecine, révolutions de l'ostéopathie. Favre, 2016; 192 p.
5. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20report%20brief.pdf>. Updated 2001. Accessed 2 Apr 2014.
6. Contandriopoulos A-P., Champagne F., Denis J.-L., Avargues M. C. Evaluation in the health sector: concepts and methods. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2001; 48: 517–539.
7. Chagnon M., Lange-Sondack P., Arlot-Tovel D. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers (M.A.Q.S.I.). Third International Conference on System Science in Health Care 1984: 1046–1049. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69939-9\\_241](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69939-9_241).
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44 (3): 166–206. <https://doi.org/10.2307/3348969>.
9. Kelley E., Hurst J. Health care quality indicators project: conceptual framework paper. OECD Health Working Papers No.23. OECD Publishing, Paris. <http://www.oecd.org/health/health-systems/36262363.pdf> (2006).
10. Roemer M. I., Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, World Health Organization 1988; 105: 82 p.

Дата поступления 10.09.2017

**Контактная информация:**

Сириль Клузо

e-mail: [cyril.clouzeau@isosteo.com](mailto:cyril.clouzeau@isosteo.com)

Клузо С. Какое место следует занимать остеопатии в системе предоставления медицинских услуг во Франции? *Рос. остеопат. журнал* 2017; 3–4 (38–39): 76–82.

УДК 615.828+616.8-085.84

© В. О. Белаш, Л. Г. Агасаров, 2017

## Возможности сочетанного применения остеопатических методов коррекции и рефлексотерапии (клинический случай)

**В. О. Белаш**<sup>1</sup>, канд. мед. наук, врач-остеопат, невролог, ассистент кафедры остеопатии  
**Л. Г. Агасаров**<sup>2</sup>, докт. мед. наук, профессор, президент Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов,  
заведующий отделом рефлексотерапии и клинической психологии

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова.  
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

<sup>2</sup> Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии.  
121099, Москва, Новый Арбат, д. 32

UDC 615.828+616.8-085.84

© V. Belash, L. Agasarov, 2017

## Possibilities of Combined Application of Osteopathic Correction Methods and Reflexotherapy (Clinical Case)

**V. O. Belash**<sup>1</sup>, Ph. D., M. D., osteopathic physician, neurologist, assistant in the Department of Osteopathy  
**L. G. Agasarov**<sup>2</sup>, Ph. D., M. D., D. Sc., professor, President of the Professional Association of Reflexologists,  
head of the Department of Reflexology and Clinical Psychology

<sup>1</sup> North-Western I. I. Mechnikov State Medical University. 91015, St. Petersburg, ul. Kirochnaya, d. 41

<sup>2</sup> FGBU «National Medical Research Center of Rehabilitation and Balneology», Ministry of Health of the Russian Federation.  
121099, Moscow, Novy Arbat, d. 32

В общей структуре заболеваемости взрослого населения болезням периферической нервной системы принадлежит третье место после респираторных заболеваний и бытового травматизма и первое — среди хронических заболеваний [1–3].

Если синтезировать наиболее универсальное и всеобъемлющее определение, то получится, что туннельная невропатия — это неинфекционное поражение периферического нерва, то есть моно-невропатия, развивающаяся в результате его сдавления в анатомических областях, называемых «туннелями», или влагалищами, периферических нервов, которые образованы естественными костно-связочно-сухожильно-мышечными структурами [4–6]. Механизмы, приводящие к развитию туннельного синдрома, прежде всего связаны с морфофункциональными особенностями строения периферического нерва. При осмотре нерв выглядит как белая шнуроподобная структура с довольно гладкой поверхностью, покрытая плотно прилегающей, но не спаянной с нервом жировой тканью. В крупных нервах через нее просвечивают пучки-фасцикулы. Наружная поверхность нерва окружена соединительнотканым футляром — периневрием, состоящим из concentрических слоев жировых клеток. Эндоневрий также представляет собой футляр, содержащий нервные волокна, шванновские клетки (леммоциты), кровеносные сосуды. Указанные футляры несут защитную функцию, однако эндоневральная соединительная ткань выполняет роль своеобразной полупроницаемой мембраны, через которую из кровеносных сосудов к леммоцитам и нервным волокнам диффундируют питательные вещества. Аналогично гематоэнцефалическому барьеру, гематоневральный барьер не пропускает чужеродные белковые соединения. Коллагеновый каркас допускает смещение нервного волокна при сгибательных движениях, одновременно препятствуя тракционной травматизации нерва [7].

Из курса анатомии известно, что нерв, как правило, сопровождается сосудистый пучок. В результате, компрессия сосудисто-нервного пучка, помимо нейродефицитарно-ирритативной сим-

птоматики, проявляется еще и острой или хронической артериовенозной недостаточностью, что, в свою очередь, увеличивает отек окружающих тканей, следовательно — выраженность компрессии и гипоксии нерва. Таким образом, развивается порочный круг формирования компрессионно-ишемической невропатии. По данным ряда авторов, на долю компрессионно-ишемической невропатии рук приходится 70,8% [8].

Проблема терапии невропатии является довольно непростой для клинициста. Возросшее число аллергических реакций, проблема полипрагмазии и низкий уровень комплаенса при назначении медикаментозной терапии ставят практикующего врача в сложное положение. Именно поэтому в последние годы обоснованно возрос интерес медицинского сообщества к немедикаментозным методам лечения [9, 10]. В то же время, давно поднимался вопрос о возможности сочетания различных немедикаментозных методов друг с другом. Предлагаем Вашему вниманию *случай из клинической практики*, показывающий потенциальные возможности применения остеопатической коррекции совместно с рефлексотерапией.

В клинику в январе 2017 г. для прохождения курса остеопатической коррекции обратился мужчина, 35 лет. Жалобы на момент обращения: боли, жжение и онемение в левой верхней конечности, пастозность дистальных отделов левой верхней конечности, слабость и неловкость левой кисти («свисающая кисть»).

**Анамнез заболевания.** Со слов: в начале сентября 2016 г. на фоне алкогольного и наркотического опьянения уснул в неудобном положении, в результате чего отмечает появление слабости и нарушения чувствительности левой верхней конечности. По экстренным показаниям был госпитализирован в стационар, где получал консервативное лечение (медикаментозная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура, гемосорбция). Через 3 нед выписан на дальнейшее амбулаторное лечение, которое получал в поликлинике по месту жительства. В связи с отсутствием положительной динамики на фоне проводимой терапии в начале декабря было проведено оперативное лечение — микрохирургический невролиз лучевого и срединного нерва слева. После оперативного лечения значимой динамики также получено не было. По рекомендации пациент обратился в клинику для прохождения остеопатической коррекции.

**Анамнез жизни:** хронические заболевания отрицает; на момент обращения принимает курсом витамины группы В (тиамина гидрохлорид 100 мг, пиридоксина гидрохлорид 200 мг, цианокобаламин 200 мкг), Ипидакрин (20 мг 2 раза в сутки); травмы отрицает; аллергологический анамнез не отягощен; эпидемиологический анамнез: хронический гепатит С (состоит на учете, специфической терапии не получает); туберкулез, ВИЧ — отрицает; образ жизни — курит по 1 пачке в день, ранее злоупотреблял алкоголем, героиновая наркомания (состоит на учете у нарколога).

В неврологическом статусе на момент обращения: в сознании, контактен, речь не нарушена, в пространстве и времени ориентирован правильно. Глазные щели  $D=S$ , зрачки  $D=S$ , фото-реакция на свет сохранена. Нистагма, диплопии нет на момент осмотра. Надбровный рефлекс  $D=S$ , живой. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненная. Лицо без грубой асимметрии. Язык по средней линии. *Uvula* по средней линии. Мышечная сила снижена до 2 баллов во флексорах I–II–III пальцев левой кисти, до 2 баллов — в экстензорах левой кисти. Мышечная сила в правой верхней конечности, в нижних конечностях — 5 баллов. Мышечный тонус  $S<D$  с верхних конечностей,  $D=S$  с нижних конечностей, физиологический. Глубокие рефлексы: карпорадиальный  $S<D$ , низкие; сгибательно-локтевой  $S<D$ , низкие; разгибательно-локтевой  $D=S$ , средней живости; коленные рефлексы  $D=S$ , низкие; рефлекс с пяточного сухожилия  $D=S$ , низкие. Снижен подошвенный рефлекс с двух сторон. Патологические знаки: симптом Россоломо–Вендероича справа. Брюшные рефлексы не вызываются. Чувствительные расстройства — гипестезия дистального отдела левой верхней конечности (до средней трети предплечья). В позе Ромберга устойчив. Пяточно-коленную пробу выполняет удовлетворительно с двух сторон. Менингеальные знаки отрицательные на момент проведения осмотра. Проба на диадохокinez отрицательная.

*St. localis*: сглажен поясничный лордоз; пальпация паравертебральных точек умеренно болезненна на уровне шейного отдела позвоночника; симптом Нери отрицательный, симптом Лассега 80° справа и 80° слева; левая кисть холоднее, отмечается легкая пастозность до нижней трети предплечья. Начальная контрактура левого лучезапястного сустава.

По результатам неврологического осмотра выставлен диагноз: компрессионно-ишемическая невралгия срединного и лучевого нервов левой верхней конечности. Состояние после микрохирургического невролиза лучевого и срединного нервов слева от 12.2016 г. Энцефалопатия смешанного генеза I степени. Сопутствующий: хронический вирусный гепатит С.

Результаты остеопатической диагностики представлены в табл. 1.

Тактика ведения данного пациента была построена таким образом, что на каждом сеансе было сочетание как методик и техник коррекции доминирующей соматической дисфункции, так и «местной» работы с левой верхней конечностью. Всего пациенту было проведено четыре сеанса остеопатической коррекции с интервалом 7–10 дней.

Учитывая характер жалоб, неврологический дефицит, данные остеопатического осмотра, а также и тот факт, что пациент ранее уже пробовал лечиться у врача-osteopата, но с минимальными положительными результатами, было принято решение о проведении комплексного лечения. Параллельно с остеопатической коррекцией пациенту проводили сеансы рефлексотерапии.

Всего за время наблюдения пациенту было проведено пять сеансов рефлексотерапии. Применяли классическую корпоральную рефлексотерапию (воздействие на точки тела тонкими иглами) и аурикулярную (воздействие на точки ушной раковины). Интервал между сеансами был 5–10 дней.

В динамике на фоне проводимого комплексного лечения отмечено нарастание мышечной силы до 3 баллов во флексорах I–II–III пальцев левой кисти и до 3 баллов в экстензорах левой кисти. Также отмечалось уменьшение выраженности чувствительных расстройств в дистальном отделе левой верхней конечности.

Учитывая, что пациент обратился на прием с жалобами на довольно выраженный болевой синдром, ему было предложено оценить степень боли по одной из общепринятых шкал. Визуальная

Таблица 1

### Остеопатическое заключение при первичном обращении пациента

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 16л / 26л / 36л	Ритмогенное 16л / 26л / 36л	Нейродинамическое 16л / 26л / 36л
Глобальный	1 2 3	Краниал. <u>1</u> 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	<b>Регион:</b> Головы Шеи Верх. конечн. Грудной Поясничный Таза Нижн. конечн. ТМО	<b>сома</b> 1 2 3 <u>1</u> 2 3 <u>1</u> 2 3 1 2 3 <u>1</u> 2 3 1 2 3 <u>1</u> 2 3 1 2 3 <b>висцера</b> 1 2 3 1 2 3 <u>1</u> 2 3 <u>1</u> 2 3 <u>1</u> 2 3 <u>1</u> 2 3 <u>1</u> 2 3	<b>BC</b> Cr 1 2 3 C1–C3 1 2 3 1 2 3 C4–C6 1 2 3 1 2 3 C7–Th1 1 2 3 1 2 3 Th2–Th5 1 2 3 1 2 3 Th6–Th9 1 2 3 1 2 3 Th10–L1 1 2 3 1 2 3 L2–L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): C0–C1, швов лобной кости		
Доминирующая соматическая дисфункция: глобальное ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса).			