

УДК 615.828:616-079.3
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-1-2-7-17>© Ю. П. Потехина, Ю. А. Милутка,
Е. С. Трегубова, О. И. Янушанец, 2020

Исследование частоты совпадений результатов остеопатической диагностики

Ю. П. Потехина^{1,2}, Ю. А. Милутка², Е. С. Трегубова^{3,4}, О. И. Янушанец³¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород² Институт остеопатии, Санкт-Петербург³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург⁴ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Введение. Качество диагностики в различных отраслях медицины, в том числе с использованием сложной и дорогостоящей аппаратуры, оставляет желать лучшего. В любом случае, оценивает результаты обследования пациента и ставит диагноз врач, который может ошибиться. В мануальной медицине основным инструментом являются руки врача, что придает диагностическому процессу еще больший субъективизм. Исследований, подтверждающих надёжность мануальных методик диагностики, мало, оценки воспроизводимости большинства из них не соответствуют требованиям доказательной медицины, а в некоторых случаях просто отсутствуют. Одним из показателей, характеризующих качество диагностики, является показатель частоты совпадений или расхождений диагнозов.

Цель исследования — установление частоты совпадений результатов остеопатической диагностики (остеопатических заключений), сформулированных врачами-остеопатами, работающими преподавателями одной остеопатической школы.

Материалы и методы. В поперечном слепом исследовании приняли участие шесть остеопатов, преподавателей Института остеопатии Санкт-Петербурга. Опыт работы в качестве врача-остеопата — 3–14 лет (медиана — 7,5 года). Остеопаты были разделены на две «тройки» случайным образом. Каждая тройка работала в один и тот же день на одном и том же контингенте обследуемых (слушатели Института остеопатии). Всего были обследованы 75 человек 22–58 лет (медиана — 35 лет), из них 36 женщин и 39 мужчин. Каждый был обследован тремя остеопатами с заполнением стандартного остеопатического заключения. Остеопаты осуществляли только остеопатическую диагностику без сбора анамнеза и анализа результатов дополнительных

Для корреспонденции:

Юлия Павловна Потехина, профессор,
докт. мед. наук, профессор кафедры нормальной
физиологии им. Н. Ю. Беленкова
Scopus Author ID: 55318321700
ORCID ID: 0000-0001-8674-5633
eLibrary SPIN: 8160-4052
Адрес: 603005 Нижний Новгород,
пл. Минина и Пожарского, д. 10/1,
Приволжский исследовательский
медицинский университет
E-mail: newtmed@gmail.com

For correspondence:

Yulia P. Potekhina, professor, Dr. Sci. (Med.),
professor at the N. Yu. Belenkov
Department of Normal Physiology
Scopus Author ID: 55318321700
ORCID ID: 0000-0001-8674-5633
eLibrary SPIN: 8160-4052
Address: Privolzhsky Research Medical University,
bld. 10/1 sq. Minin and Pozharsky,
Nizhny Novgorod, Russia 603005
E-mail: newtmed@gmail.com

Для цитирования: Потехина Ю. П., Милутка Ю. А., Трегубова Е. С., Янушанец О. И. Исследование частоты совпадений результатов остеопатической диагностики. Российский остеопатический журнал. 2020; 1–2 (48–49): 7–17. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-1-2-7-17>

For citation: Potekhina Yu. P., Milutka Yu. A., Tregubova E. S., Yanushanets O. I. The study of the osteopathic diagnostics results' coincidence frequency. Russian Osteopathic Journal. 2020; 1–2 (48–49): 7–17. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-1-2-7-17>

обследований. Все обследуемые заполняли анамнестическую анкету, в которой отмечали области, где были операции или травмы, либо была выявлена проблема объективными методами обследования (есть диагноз). Статистическая обработка результатов проводилась методами непараметрической статистики специалистом, не знающим, кто конкретно проводил остеопатическую диагностику.

Результаты. При сравнении остеопатических заключений, сделанных тремя врачами-osteопатами при обследовании одной группы пациентов, были выявлены следующие закономерности. Из 12 регионов тела (включая варианты соматической (сома) и висцеральной (висцера) составляющих) по 8 регионам наблюдали согласие по наличию или отсутствию биомеханических соматических дисфункций (СД) при сравнении групп по критерию Фридмана $p > 0,05$. В регионах головы и груди (сома) в обеих тройках было наибольшее совпадение диагнозов, в регионе поясницы (висцера) — наименьшее, возможно, последний регион наиболее сложен для остеопатического обследования. Региональные нейродинамические СД выявляли редко, от одной до трех на группу, то есть у врачей-osteопатов было практически полное «отрицательное согласие», возможно, эти СД очень редко встречаются. Глобальные СД остеопаты либо не выявляли, либо выявленные ими глобальные СД в большинстве случаев не совпадали; по-видимому, выявление глобальных СД является самой сложной частью остеопатического обследования. В большинстве случаев (84 % — в первой тройке и 60 % — во второй) два остеопата из трех выявляли одинаковые доминирующие СД, оригинальных диагнозов было 28,9–53,3 %. У 73 % обследуемых локализация доминирующей СД совпала с локализацией проблем, указанных в анкете (травма или операция в анамнезе; диагноз, подтвержденный объективными методами обследования). Эти результаты очень важны для подтверждения объективности остеопатической диагностики, так как на месте травмы или операции, то есть острого воспаления, с большой вероятностью формируется СД.

Заключение. Полученные результаты остеопатической диагностики можно расценивать как достаточно хорошие и приемлемые, особенно по сравнению с так называемыми объективными методами (УЗИ, МРТ и т. п.).

Ключевые слова: мануальная медицина, соматическая дисфункция, остеопатическая диагностика, частота совпадений диагнозов

UDC 615.828:616-079.3

<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-1-2-7-17>

© Yu. P. Potekhina, Yu. A. Milutka,
E. S. Tregubova, O. I. Yanushanets, 2020

The study of the osteopathic diagnostics results' coincidence frequency

Yu. P. Potekhina^{1,2}, Yu. A. Milutka², E. S. Tregubova^{3,4}, O. I. Yanushanets³

¹ Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

² Institute of Osteopathy, Saint-Petersburg, Russia

³ Mechnikov North-Western State University, Saint-Petersburg, Russia

⁴ Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Introduction. The quality of diagnostics in various branches of medicine including the use of complex and expensive equipment leaves much to be desired. In any case, the doctor evaluates the patient's examination results and makes a diagnosis, which may be wrong. In manual medicine the main tool is the hands of the doctor and it makes the diagnostic process even more subjective. There are few studies confirming the reliability of manual diagnostic methods; the reproducibility estimates in the most cases do not satisfy the evidence-based medicine requirements, and in some cases are simply absent. One of the indicators characterizing the diagnostics quality is the indicator of the diagnoses matches or discrepancies frequency.

The goal of research — to determine the coincidence frequency of the osteopathic diagnostics results (osteopathic conclusions) formulated by the osteopathic doctors working as teachers of one osteopathic school.

Materials and methods. The cross-blind study involved 6 osteopaths-teachers of the Institute Osteopathy of Saint-Petersburg. Their experience as an osteopathic doctor was from 3 to 14 years (median 7.5 years).

The osteopaths were randomly divided into two «triples». Each triple worked on the same day on the same contingent of subjects (students of the Osteopathy Institute). A total of 75 people aged 22 to 58 years (median 35 years) were examined, including 36 women and 39 men. Each person was examined by three osteopaths with completing a standard osteopathic conclusion. Osteopaths carried out only osteopathic diagnosis without taking a history and analysis of the additional examinations results. All subjects filled out an anamnestic questionnaire in which they noted the regions where there were operations or injuries, or the problem was identified by objective examination methods (there was a diagnosis). Statistical processing of the results was performed using nonparametric statistics by a specialist who did not know who specifically performed the osteopathic diagnosis.

Results. The following patterns were revealed after comparing the osteopathic conclusions made by three osteopathic doctors examining one group of patients. For 12 regions of the body (including variants of somatic (soma) and visceral (viscera) components), 8 regions showed agreement on the presence or absence of biomechanical somatic dysfunctions (SD) by the results of groups comparing according to the Friedman criterion $p > 0,05$. In the head and chest (soma) regions in both triplets there was the greatest coincidence of diagnoses, and in the lower back (viscera) region — the least, perhaps the latter region is the most difficult for osteopathic examination. Regional neurodynamic SD was detected rarely, from 1 to 3 per group, and so there was almost complete negative consent among osteopathic doctors, perhaps these SD are very rare. Global SD either were not detected by the osteopaths, or the detected global SD did not match in most cases, perhaps the global SD identification is the most difficult part of the osteopathic examination. For the most cases (84 % in the first triple and 60 % in the second triples), 2 osteopaths out of 3 revealed the same dominant SD, and the original diagnoses were from 28,9 % to 53,3 %. In 73 % of the subjects the localization of the dominant SD coincided with the localization of the problems indicated in the questionnaire (a history of trauma or surgery; a diagnosis confirmed by objective examination methods). These results are very important for confirming the osteopathic diagnosis objectivity, since SD is likely to form at the site of an injury or operation (i. e. acute inflammation).

Conclusion. The obtained results of osteopathic diagnostics can be regarded as quite good and acceptable, especially in comparison with the so-called objective methods (ultrasound, MRI, etc.).

Key words: *manual medicine, somatic dysfunction, osteopathic diagnosis, frequency of diagnoses coincidence*

Введение

В клинической практике показание для каждого терапевтического вмешательства должно основываться на надежных диагностических методиках, то есть на методиках, которые являются воспроизводимыми и позволяют получать инвариантные результаты при повторном применении в идентичных условиях [1]. Одним из показателей, говорящих о качестве диагностики, а в конечном итоге — и качестве лечения больных, является показатель частоты совпадения или расхождения диагнозов [2], которые зависят от многих факторов, в том числе от полноты и характера проведенных исследований и уровня профессиональной подготовки врачей [3, 4].

Оценивают частоту совпадений и расхождений диагнозов чаще всего при поступлении пациента в стационар и при выписке. При таком сравнении частота совпадений, например в гастроэнтерологии — 65 % [4], в кардиологии при диагностировании ишемической болезни сердца — всего 38 % [5], в токсикологии при острых отравлениях — лишь 36 % [6]. Около 70 % догоспитальных диагнозов острого аппендицита не подтвердилось при дообследовании в условиях стационара [7]. При сравнении диагнозов у студентов, выставленных ЛПУ (ф. № 086/у) и медкомиссией университета на I курсе, было выявлено 20,5 % случаев несовпадений [8]. Диагнозы хронической ежедневной головной боли, установленные неврологами Самары и Санкт-Петербурга, только в 6 % случаев согласуются с диагностическими критериями цефалгии МКГБ и МКБ-10 (критерий каппа Кохена=0,06; $p=0,002$) [9].

Интересно изучить, какую частоту совпадений диагнозов дают различные методы инструментальной диагностики. МРТ и УЗИ плода дают 30 % совпадений диагнозов врожденных пороков развития [10]. При обследовании больных с пароксизмальными состояниями с помощью транскраниальной доплерографии, компьютерной томографии и ЭЭГ, совпадение данных о локализации внутричерепных сосудистых мальформаций одного из видов обследования с результатами двух других было обнаружено в 49 % [11].

Показательно исследование, в котором сравниваются интерпретации данных, полученных у одной пациентки (63-летняя женщина с анамнезом болей в пояснице и правосторонними корешковыми симптомами L_5), обследованной в 10 различных МРТ-центрах в течение 3 нед, друг с другом и с контрольными МРТ-исследованиями. Два автора, оба узкоспециализированные рентгенологи позвоночника из разных учреждений, независимо рассмотрели референтные исследования и затем на основе консенсуса пришли к окончательному диагнозу, который считали контрольным. Во всех 10 исследованиях было зарегистрировано 49 разных результатов, ни одно заключение не совпало с контрольным. Из числа интерпретирующих выводов 32,7 % было представлено только один раз во всех 10 отчетах об исследованиях. Глобальная статистика Флейсса каппа, рассчитанная по всем представленным данным, составила $0,20 \pm 0,06$, что свидетельствует о плохом общем согласии в интерпретации результатов. Среднее число интерпретационных ошибок в диагнозах составило $12,5 \pm 3,2$ (как ложноположительных, так и ложноотрицательных), что соответствует среднему показателю истинно отрицательных ответов (чувствительность) $56,4 \% \pm 11,7$ и частоте пропусков $43,6 \% \pm 11,7$. В частности, исследование показало, что средняя частота ошибок в локализации грыжи диска составляет 47,5 %, что может сильно повлиять на выбор методов лечения и их результаты [12].

Таким образом, качество диагностики в различных отраслях медицины, в том числе с использованием сложной и дорогостоящей аппаратуры, оставляет желать лучшего. В любом случае, оценивает результаты обследования пациента и ставит диагноз врач, который может ошибиться.

Исследований, подтверждающих надёжность мануальных методик диагностики, мало, оценки воспроизводимости большинства из них не соответствуют требованиям доказательной медицины, а в некоторых случаях просто отсутствуют. Так, например, с 1966 по 2005 г. только 19 публикаций, посвящённых достоверности мануальных методик, были признаны отвечающими некоторым требованиям доказательной медицины, и лишь в двух исследованиях коэффициент согласованности был определен как приемлемый [13]. В частности, достоверность тестов, определяющих пассивное движение в позвоночных двигательных сегментах, выполняемых мануальными терапевтами на шейном и поясничном отделах позвоночника, оказалась низкой. Дальнейшее изучение вопроса крайне необходимо [14, 15]. В научных исследованиях по мануальному методу терапии бывает сложно провести стандартизацию методик обследования пациента, поскольку основным инструментом являются руки врача. Именно этот факт делает результаты исследования «субъективными» и является источником ошибок [1].

Г. А. Ноп и соавт. провели исследование variability диагностики соматических дисфункций (СД), проводимой врачами, обучавшимися в США по четырем разным программам резидентуры, включающей в большей или меньшей степени остеопатию. Оказалось, что между резидентами не было отмечено достоверной разницы в вероятности использования диагностических кодов МКБ-10 для торакалгии и люмбалгии (все $p \geq 0,05$). Для резидентов, диагностирующих СД в каждом из 10 возможных регионов тела, была обнаружена существенная разница между представителями разных программ резидентуры в девяти областях тела (все $p \leq 0,05$), за исключением частоты диагностики СД в поясничной области, для которой не было обнаружено различий ($p = 0,06$) [16]. Различия диагнозов у представителей одной резидентуры не исследовались.

Цель исследования — установление частоты совпадений (воспроизводимости) результатов остеопатической диагностики (osteопатических заключений), проведенной врачами-osteопатами, работающими преподавателями одной остеопатической школы.

Материалы и методы

Тип исследования: поперечное слепое.

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование проводили в Институте остеопатии Санкт-Петербурга в марте–ноябре 2018 г.

Характеристика участников. В исследовании приняли участие шесть остеопатов — преподавателей Института, из них 2 женщины и 4 мужчин. Опыт работы в качестве врача-osteопата — 3–14 лет (медиана 7,5 лет). Osteопаты были разделены на две «тройки» случайным образом. В каждой тройке было по 2 мужчин и по 1 женщине. Каждая тройка работала в один и тот же день с 9.30 до 12 ч на одном и том же контингенте обследуемых (слушатели Института остеопатии). Всего были обследованы 75 человек 22–58 лет (медиана — 35 лет), из них 36 женщин и 39 мужчин. Критерии невключения: острая патология, способная помешать проведению остеопатических тестов.

Методы исследования:

- остеопатическая диагностика с заполнением стандартного остеопатического заключения [17];
- заполнение анамнестической анкеты, в которой обследуемые отмечали области, где были операции или травмы, либо была выявлена проблема объективными методами исследования (есть диагноз); также отмечали регионы, в которых были жалобы на боль на момент исследования;
- статистическая обработка результатов методами непараметрической статистики.

Подготовка помещения: три рабочих места, состоящих из массажного стола и табурета для проведения осмотра, одно рабочее место в виде письменного стола для регистрации и сбора анамнеза.

Порядок проведения исследования. Обследуемый получал три бланка остеопатического заключения со своим номером, по очереди проходил к свободному врачу-osteопату. Врач ограничивался общими фразами, необходимыми для соблюдения этикета и выполнения диагностических тестов. Жалобы и анамнез выяснять было нельзя. Все обследуемые раздевались до белья, остеопат применял стандартный набор остеопатических тестов, заполнял бланк осмотра, то есть выявление дисфункций основывалось только на пальпаторных данных. На осмотр каждого пациента и заполнение остеопатического заключения затрачивалось не более 10 мин. В бланках указывали: время приема; номер врача-исследователя; найденные СД разных уровней; доминирующую СД.

Заполненные бланки (три от каждого обследуемого) возвращали на стол регистрации.

Статистическую обработку проводил специалист, не участвующий в обследовании и не знающий фамилий врачей-osteопатов. Для сравнения результатов остеопатической диагностики использовали ранговый дисперсионный анализ Фридмана для связанных групп. При $p > 0,05$ считали, что выборки между собой не различаются, то есть результаты диагностики совпадают.

Этическая экспертиза. Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.) и одобрено этическим комитетом Института остеопатии, Санкт-Петербург. От каждого участника исследования получено информированное согласие.

Результаты и обсуждение

Результаты первой тройки врачей-osteопатов (обследованы 45 человек). Исследование с участием первой тройки врачей проводили в два этапа — в марте и апреле 2018 г.

Региональные СД. Исследователь, который обрабатывал полученные результаты, не знал фамилии остеопатов, они были зашифрованы в марте как 1, 2 и 3. В апреле их зашифровали буквами

(по первой букве фамилии). На основании чаще всего выявляемых региональных СД точно были определены остеопаты 1, 2 и 3:

- остеопат 1 чаще всего выявлял СД региона таза (висцеральный компонент) и поясничного региона (висцеральный компонент);
- остеопат 2 выявил наименьшее число региональных биомеханических нарушений;
- остеопат 3 чаще всего выявлял СД региона шеи (соматический компонент) и грудного региона (висцеральный и соматический компоненты).

Таким образом, у каждого остеопата есть свои «любимые» регионы и типы СД, которые он выявляет лучше и чаще, чем другие.

В статистический анализ не включали регионы, в которых региональные биохимические нарушения обнаруживали менее 4 раз, — это регион шеи (висцеральный компонент), регионы верхних и нижних конечностей. По поводу этих регионов было практически полное «отрицательное согласие». По поводу региональных нейродинамических СД тоже было практически полное «отрицательное согласие».

Детально анализировали только региональные биомеханические СД. По пяти из девяти оставшихся регионов диагностики статистически значимо не различались. Из этих пяти регионов наибольшее совпадение было в регионе головы (табл. 1).

Таким образом, из 12 регионов (включая варианты соматический/висцеральный компонент) по восьми регионам наблюдали согласие по наличию или отсутствию СД между врачами-osteopатами первой тройки.

Таблица 1

**Региональные биомеханические соматические дисфункции (СД),
выявленные остеопатами 1, 2 и 3**

Table 1

Regional biomechanical somatic dysfunctions detected by osteopaths 1, 2 and 3

Регион	Число выявленных СД			Отличия по критерию Фридмана
	остеопаты			
	1	2	3	
Головы	15	16	17	<i>p=0,85</i>
Шеи С	21	8	28	<i>p=0,002</i>
Грудной С	33	11	39	<i>p=0,16</i>
Грудной В	12	10	20	<i>p=0,044</i>
Поясничный С	22	13	21	<i>p=0,14</i>
Поясничный В	33	6	28	<i>p=0,0037</i>
Таза С	11	6	14	<i>p=0,65</i>
Таза В	22	7	16	<i>p=0,002</i>
ТМО	26	17	19	<i>p=0,85</i>

Примечание. Здесь и в табл. 3: С — соматический, В — висцеральный компонент; ТМО — твердая мозговая оболочка

Глобальные СД. Из 45 обследуемых только у 5 (11%) были выявлены глобальные СД. Только в одном случае было совпадение выявленных глобальных СД у двух остеопатов из трех. В 4 случаях остеопатические заключения были оригинальными. В 40 (89%) случаях из 45 никто из остеопатов не выявил глобальных СД, что можно считать «отрицательным согласием».

Доминирующие СД. У 4 (9%) человек из 45 заключения по доминирующим СД вообще не совпали. У 3 (7%) человек из 45 заключения по доминирующим СД полностью совпали у всех трех остеопатов. У остальных 38 (84%) человек 2 остеопата из трех ставили одинаковые заключения по доминирующим СД либо полностью (19 пар совпадений), либо совпадение было по локализации СД (23 пары совпадений). У остеопатов было от 11 до 19 полных совпадений с другими, 12–19 неполных совпадений — только по локализации. Оригинальных остеопатических заключений — 29–40% (табл. 2).

У 33 (73%) человек из 45 локализация выявленной доминирующей СД совпала с локализацией проблем, указанных в анкете (травма или операция в анамнезе; диагноз, подтвержденный объективными методами обследования). У этих 33 человек совпало 45 локализаций проблем и доминирующих СД (проблем было больше одной на одного человека), из них только девять по жалобам, остальные 36 были подтверждены объективно (80%). Эти результаты очень важны для подтверждения объективности остеопатической диагностики, так как на месте травмы или операции, то есть острого воспаления, с большой вероятностью формируется СД [18].

Таблица 2

**Совпадение заключений по доминирующим соматическим дисфункциям (СД),
выявленным остеопатами 1, 2 и 3, абс. число (%)**

Table 2

**The conclusions coincidence for the dominant somatic dysfunction
detected by osteopaths 1, 2 and 3, abs. number (%)**

Совпадение	Остеопаты		
	1	2	3
Полное	15 (33,3)	11 (24,4)	19 (42,2)
Неполное (по локализации СД)	12 (26,7)	19 (42,2)	13 (28,9)
Оригинальные заключения	18 (40)	15 (33,4)	13 (28,9)

Результаты второй тройки врачей (обследованы 30 человек). Региональные СД. Исследование с участием второй тройки проводили в два этапа — в июне и ноябре 2018 г. В статистический анализ не включили регион шеи (висцеральная составляющая), в котором обнаруживали региональные биомеханические нарушения менее 4 раз. По поводу этого региона было практически полное «отрицательное согласие», аналогично первой тройке. По поводу региональных нейродинамических СД тоже было практически полное «отрицательное согласие», что совпадает с результатами первой тройки.

Детально анализировали только региональные биомеханические СД. По 6 из 11 оставшихся регионов диагноза статистически значимо не различались. Из этих 6 регионов наибольшее совпадение было в регионах головы и таза (табл. 3).

Таблица 3

Число выявленных региональных биомеханических соматических дисфункций, выявленных остеопатами 4, 5 и 6

Table 3

Comparison of regional biomechanical somatic dysfunctions detected by osteopaths 4, 5 and 6

Регион	Остеопаты			Отличия по критерию Фридмана
	4	5	6	
Головы	7	2	4	$p=0,14$
Шеи С	11	15	6	$p=0,1$
Грудной С	19	17	14	$p=0,07$
Грудной В	17	9	12	$p=0,65$
Поясничный С	15	15	3	$p=0,0001$
Поясничный В	15	15	4	$p=0,003$
Таза С	14	15	11	$p=0,048$
Таза В	12	4	9	$p=0,07$
Верхних конечностей	5	7	1	$p=0,05$
Нижних конечностей	6	12	1	$p=0,1$
ТМО	22	12	10	$p=0,0037$

Таким образом, из 12 регионов (включая варианты соматический/висцеральный компонент) по 8 регионам наблюдали согласие по наличию или отсутствию СД между врачами-osteopатами второй тройки.

Если сравнивать этот результат с результатом первой тройки, то тенденция повторяется: в регионах головы, грудном (висцеральный компонент) и таза (соматический компонент) в обеих тройках наибольшее совпадение заключений, в регионах грудном (соматический компонент) и поясничном (висцеральный компонент) — наименьшее.

Доминирующие СД. У 9 (30 %) человек из 30 выявленные доминирующие СД вообще не совпали. У 3 (10 %) человек из 30 выявленные доминирующие СД совпали у всех трех остеопатов. У остальных 18 (60 %) человек 2 остеопата из трех выявляли одинаковые доминирующие СД (табл. 4).

У остеопатов было 9–11 полных совпадений с другими из тройки, 4–6 неполных совпадений — только по локализации. Оригинальных заключений — 47–53,3 %. По этому показателю результат оказался хуже, чем у первой тройки.

Глобальные СД. Из 30 обследуемых у 26 (87 %) были выявлены глобальные СД. Только у 3 (11,5 %) из 26 человек было совпадение выявленных глобальных СД у 2 остеопатов из трех. В остальных случаях заключения были оригинальными. В 4 (13 %) случаях из 30 никто из остеопатов не выявил глобальных СД.

Таблица 4

**Количество совпадений по доминирующим соматическим дисфункциям (СД),
выявленным остеопатами 4, 5 и 6, абс. число (%)**

Table 4

**The conclusions coincidence for the dominant somatic dysfunction
detected by osteopaths 4, 5 and 6, abs. number (%)**

Совпадение	Остеопаты		
	4	5	6
Полное	10 (33,3)	11 (36,7)	9 (30)
Неполное (по локализации СД)	6 (20)	4 (13,3)	5 (16,7)
Оригинальные заключения	14 (47)	15 (50)	16 (53,3)

Заключение

При сравнении остеопатических заключений, сделанных тремя врачами-osteопатами при обследовании одной группы пациентов, были выявлены следующие закономерности:

- из 12 регионов тела (включая варианты соматический/висцеральный компонент) по 8 регионам наблюдали согласие по наличию или отсутствию биомеханических соматических дисфункций (при сравнении групп по критерию Фридмана $p > 0,05$);
- в регионах головы и грудном (соматический компонент) в обеих тройках было наибольшее совпадение диагнозов, в поясничном регионе (висцеральный компонент) — наименьшее; возможно, последний регион наиболее сложен для остеопатического обследования;
- региональные нейродинамические соматические дисфункции выявляли редко, 1–3 на группу, то есть у врачей-osteопатов было практически полное «отрицательное согласие»; данные дисфункции позволяют отразить остроту процесса, а среди обследуемых не было «острых» пациентов; также, возможно, есть сложности в диагностике, связанные с отсутствием стандартизованных тестов;
- глобальные соматические дисфункции остеопаты либо не выявляли, либо выявленные ими эти дисфункции в большинстве случаев не совпадали; выявление данных дисфункций является наиболее сложной частью остеопатической диагностики, так как во многом базируется на анализе данных анамнеза, а в исследовании врачам, проводившим пальпаторную диагностику, не давали изучить анамнез;
- в большинстве случаев (84 % — в первой тройке и 60 % — во второй) два остеопата из трех выявляли одинаковые доминирующие соматические дисфункции, оригинальных заключений было 28,9–53,3 %.

У 73 % обследуемых локализация доминирующей соматической дисфункции совпала с локализацией проблем, указанных в анкете (травма или операция в анамнезе; диагноз, подтвержденный объективными методами обследования). Эти результаты очень важны для подтверждения объективности остеопатической диагностики, так как на месте травмы или операции, то есть острого воспаления, с большой вероятностью формируется соматическая дисфункция.

Полученные результаты остеопатической диагностики можно расценивать как достаточно хорошие и приемлемые, особенно по сравнению с так называемыми объективными методами (УЗИ, МРТ и т. п.). В то же время, необходимо стандартизировать подходы к формулировке остеопатических заключений.

тического заключения по результатам остеопатической диагностики, а также рекомендовать при проведении научных исследований остеопатическую диагностику проводить «одними руками», то есть чтобы всю группу пациентов обследовал один остеопат как до, так и после лечения.

Дополнительная информация

Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература/References

1. Бахтадзе М. А., Святкина О. А., Беляков В. В. Оценка воспроизводимости методик (согласие методика/наблюдатель): критерий каппа Кохена. Мануальная терапия. 2008; 2 (30): 49–59 [Bakhtadze M. A., Svyatkina O. A., Belyakov V. V. The evaluation of the convergence of methods (method/observer agreement): Cohen's kappacriterion. Manual Ther. 2008; 30 (2): 49–59 (in russ.)].
2. Магомедова А. З., Сахно В. И. Частота совпадений диагнозов на этапах госпитализации экстренно госпитализированных больных терапевтического профиля. Медицина катастроф. 2006; 1(23): 41–43 [Magomedova A. Z., Sakhno V. I. Frequency of coincidences of diagnoses at the stages of hospitalization of urgently hospitalized patients of therapeutic profile. Disaster med. 2006; 1 (23): 41–43 (in russ.)].
3. Игнатенко И. В. Расхождение диагнозов врачей на этапах плановой госпитализации больных гинекологического профиля. Вестн. СПбМА им. И. И. Мечникова. 2006; 7 (3): 26–29 [Ignatenko I. V. Discrepancy of doctors' diagnoses at the stages of planned hospitalization of gynecological patients. Bull. I. I. Mechnikov St. Petersburg Med. Acad. 2006; 7 (3): 26–29 (in russ.)].
4. Абакарова Г. Г. Частота расхождений диагнозов на этапах госпитализации больных с патологией органов пищеварения. Мед. вестн. Башкортостана. 2008; 3 (2): 12–14 [Abakarova G. G. The discrepancy rate in diagnosis of the patients with digestive system pathology at admission. Bashkortostan Med. J. 2008; 3 (2): 12–14 (in russ.)].
5. Жураева Х. И., Алимова Ш. А. Применение опросного метода в ранней диагностике стенокардии в качестве скринирующего теста при профилактических обследованиях населения. Биол. и интегратив. мед. 2017; (6): 14–22 [Zhuraeva H. I., Alimova S. A. Application of the polling method in early diagnosis of stenocardia as the screening test at preventive inspections of the population. Biol. integrative med. 2017; (6): 14–22 (in russ.)].
6. Халитов Ф. Я., Анисимов А. Ю. Состояние диагностики острых отравлений врачами скорой медицинской помощи. Практич. мед. 2017; 10 (111): 89–92 [Khalitov F. Ya., Anisimov A. Yu. Diagnostic status of acute poisoning by ambulance doctors. Practical med. 2017; 111 (10): 89–92 (in russ.)].
7. Воробьев Н. В., Кибанов П. В. Клинический анализ частоты и структуры расхождения диагнозов «острый аппендицит» на догоспитальном и госпитальном этапах. Пробл. современной науки и образования. 2017; 100 (18): 82–84 [Vorobiev N. V., Kibanov P. V. Clinical analysis of frequency and structure of diagnosis distribution «acute appendicite» at the dosphital and hospitalstages. Probl. modern sci. education. 2017; 100 (18): 82–84 (in russ.)].
8. Разницын А. В. Качественная сторона медицинского обследования абитуриентов, поступивших в Гродненский государственный медицинский университет. Журнал Гродненского ГМУ. 2006; 15 (3): 98–99 [Raznitsyn A. V. Qualitative aspect of the medical checkup of applicants having entered Grodno State Medical University. J. Grodno State Med. University. 2006; 15 (3): 98–99 (in russ.)].
9. Тарасова С. В., Амелин А. В., Скоромец А. А. Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. Казан. мед. журн. 2008; 89 (4): 427–431 [Tarasova S. V., Amelin A. V., Skoromets A. A. Prevalence and revelation of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. Kazan med. J. 2008; 89 (4): 427–431 (in russ.)].
10. Коростышевская А. М., Савелов А. А. Роль магнитно-резонансной томографии плода в диагностике врожденных пороков развития. Бюл. сибир. мед. 2012; 11 (5): 128–131 [Korostyshevskaya A. M., Savelov A. A. Role of magnetic-resonance imaging of fetus in diagnostics of congenital defects. Bull. Siber. Med. 2012; 11 (5): 128–131 (in russ.)]. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2012-5-128-131>
11. Коробцов А. В., Гуляев С. А., Моисеенко В. И., Лантух А. В., Банашкевич В. Э., Гуляева С. Е. Диагностика патологии церебральной гемодинамики у больных с внутричерепными сосудистыми мальформациями. Тихоокеанский мед. журн. 2008; (4): 65–67 [Korobtsov A. V., Gulyaev S. A., Moiseenko V. I., Lantuh A. V., Banashkevich V. E., Gulyaeva S. E. Diagnostics of pathologic cerebral hemodynamics at patients within tracraniel vascular malformations. Pacific Med. J. 2008; (4): 65–67 (in russ.)].
12. Herzog R., Elgort D. R., Flanders A. E., Moley P. J. Variability in diagnostic error rates of 10 MRI centers performing lumbar spine MRI examinations on the same patient within a 3-week period. Spine J. 2017; 17 (4): 554–561. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2016.11.009>
13. Pool J. J., Hoving J. L., De Vet H. C., Van Mameren H., Bouter L. M. The inter-examiner reproducibility of physical examination of the cervical spine. JMPT. 2004; 27 (2): 84–90. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.12.002>

14. Smedmark V., Wallin M., Arvidson I. Inter-examiner reliability in assessing passive intervertebral motion of the cervical spine. *Manual Ther.* 2000; 5 (2): 97–101. <https://doi.org/10.1054/math.2000.0234>
15. Van Truffe E., Anderegg Q., Bossuyt P. M., Lucas C. Inter-examiner reliability of passive assessment of intervertebral motion in the cervical and lumbar spine: A systematic review. *Manual Ther.* 2005; 10 (4): 256–269. <https://doi.org/10.1016/j.math.2005.04.008>
16. Hon G. A., Snider K. T., Johnson J. C. Variations in the Diagnosis and Treatment of Somatic Dysfunction Between 4 Osteopathic Residency Programs. *J. Amer. Osteopath. Ass.* 2015; 115 (5): 294–303. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2015.060>
17. Мохов Д. Е., Белаш В. О. Методология клинического остеопатического обследования: Учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова; 2019; 80 с. [Mokhov D. E., Belash V. O. Methodology of clinical osteopathic examination: Studyguide. St. Petersburg: Izd-vo SZGMU im. I. I. Mechnikova; 2019; 80 p. (in russ.)]
18. Потехина Ю. П., Мохов Д. Е., Трегубова Е. С. Этиология и патогенез соматических дисфункций. *Клин. патофизиол.* 2017; 23 (4): 16–26 [Potekhina Yu. P., Mokhov D. E., Tregubova E. S. Etiology and pathogenesis of somatic dysfunctions. *Clin. pathophysiol.* 2017; 23 (4): 16–26 (in russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-91-104>

Статья поступила 14.02.2020 г.,
принята к печати 20.03.2020 г.

The article was received 14.02.2020,
accepted for publication 20.03.2020

Сведения о соавторах:

Ю. А. Милутка, Институт остеопатии, Санкт-Петербург, заведующий научной лабораторией

Е. С. Трегубова, докт. мед. наук, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, профессор кафедры остеопатии Санкт-Петербургский государственный университет, доцент Института остеопатии
ORCID ID: 0000-0003-2986-7698
eLibrary SPIN: 2508-8024
Researcher ID I-3884-2015
Scopus Author ID: 7801407959

О. И. Янушанец, докт. мед. наук, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, профессор кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены
eLibrary SPIN: 8570-2346
Scopus Author ID: 6508376706

Information about co-authors:

Yury A. Milutka, Institute of Osteopathy, Saint-Petersburg, head of the scientific laboratory

Elena S. Tregubova, Dr. Sci. (Med.), Mechnikov North-West State Medical University, Saint-Petersburg State University, Professor at Osteopathy Department Saint-Petersburg State University, Associate Professor of the Institute of Osteopathy
ORCID ID: 0000-0003-2986-7698
eLibrary SPIN: 2508-8024
Researcher ID I-3884-2015
Scopus Author ID: 7801407959

Olga I. Yanushanets, Mechnikov North-West State Medical University, Dr. Sci. (Med.), Professor of Department of Hygiene, Conditions of Education, Work and Radiation Hygiene
eLibrary SPIN: 8570-2346
Scopus Author ID: 6508376706