

УДК 615.828:[617.546+616.8-009.7+591.494]  
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-90-98>

© В. О. Белаш, Э. Н. Ненашкина, 2021

## Возможности применения остеопатических методов коррекции в терапии дорсопатии на шейно-грудном уровне

В. О. Белаш<sup>1,2,3,\*</sup>, Э. Н. Ненашкина<sup>2,3,4</sup>

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

<sup>2</sup> Институт остеопатии  
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

<sup>3</sup> Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова»  
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

<sup>4</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9



Дорсопатия и связанные с ней болевые синдромы являются одними из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. Несмотря на достаточно высокую изученность проблемы, терапия данной патологии до сих пор остается достаточно серьезной задачей для клиницистов. Оптимальным является сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. В некоторых исследованиях ранее была продемонстрирована клиническая эффективность остеопатических методов коррекции в комплексной терапии пациентов с дорсопатией. Вопросы изолированного применения и взаимной сочетаемости различных немедикаментозных методов до сих пор изучены недостаточно. Описан случай из практики изолированного применения (монотерапии) остеопатической коррекции у пациентки с дорсопатией, рассмотрены особенности выявления отдельных региональных соматических дисфункций и заполнения остеопатического заключения.

**Ключевые слова:** дорсопатия, остеопатическая коррекция, монотерапия, соматическая дисфункция

**Источник финансирования.** Исследование не финансировалось каким-либо источником.

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

Статья поступила: 16.10.2020

Статья принята в печать: 01.12.2020

Статья опубликована: 29.03.2021

---

**\* Для корреспонденции:**

**Владимир Олегович Белаш**

Адрес: 1930105 Санкт-Петербург,  
ул. Дегтярная, д. 1, лит. А, Институт остеопатии  
E-mail: belasch82@gmail.com

---

**\* For correspondence:**

**Vladimir O. Belash**

Address: Institute of Osteopathy, bld. 1A  
ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024  
E-mail: belasch82@gmail.com

**Для цитирования:** Белаш В. О., Ненашкина Э. Н. Возможности применения остеопатических методов коррекции в терапии дорсопатии на шейно-грудном уровне. Российский остеопатический журнал. 2021; (1): 90–98. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-90-98>

**For citation:** Belash V. O., Nenashkina E. N. Possibilities of osteopathic correction methods using in the treatment of dorsopathy at the cervicothoracic level. Russian Osteopathic Journal. 2021; (1): 90–98. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-90-98>

UDC 615.828:[617.546+616.8-009.7+591.494]  
https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-90-98© Vladimir O. Belash,  
Elvira N. Nenashkina, 2021

## Possibilities of osteopathic correction methods using in the treatment of dorsopathy at the cervicothoracic level

Vladimir O. Belash<sup>1,2,3,\*</sup>, Elvira N. Nenashkina<sup>2,3,4</sup><sup>1</sup> Mechnikov North-West Medical State University

bld. 41 ul. Kirochnaya, Saint-Petersburg, Russia 191015

<sup>2</sup> Institute of Osteopathy

bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

<sup>3</sup> Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»

bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

<sup>4</sup> Saint-Petersburg State University

bld. 7/9 Universitetskaya nab., Saint-Petersburg, Russia 199034

Dorsopathy and associated pain syndromes are among the most common diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. Despite the relatively high level of the problem knowledge, the dorsopathies treatment still remains a fairly serious task for clinicians. A combination of medication and non-medication treatment methods is optimal. Some studies have previously demonstrated the clinical efficacy of osteopathic correction methods using in the complex therapy of patients with dorsopathies. The issues of isolated application and mutual compatibility of various non-drug methods have not yet been studied enough. The article describes a case from practice devoted to the isolated use (monotherapy) of osteopathic correction in a patient with dorsopathy, and discusses the features of individual regional somatic dysfunctions identification and filling out an osteopathic conclusion.

**Key words:** dorsopathy, osteopathic correction, monotherapy, somatic dysfunction

**Funding.** The study was not funded by any source.

**Conflict of interest.** The authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 16.10.2020

The article was accepted for publication 01.12.2020

The article was published 29.03.2021

Термином «дорсопатия» обычно обозначают болевые синдромы и неврологические расстройства в области туловища и конечностей, обусловленные дистрофическими заболеваниями позвоночника и представленные поражениями межпозвонковых дисков и дорсалгией [1]. Дорсопатия и связанные с ней болевые синдромы являются одними из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани во всем мире [2]. В среднем длительность боли составляет около 10 дней, у 70% пациентов болевой синдром регрессирует в течение 1 мес, а в 10% случаев боль носит хронический характер и длится более 3 мес [3–5].

Несмотря на изученность проблемы, терапия данной группы пациентов до сих пор остается достаточно серьезной задачей для клиницистов. Оптимальным является грамотное и рациональное сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения [6, 7]. Иногда применение медикаментозной терапии ограничено или невозможно (аллергические реакции, побочные действия, наличие сопутствующей патологии, проблема полипрагмазии, осознанный отказ пациента и пр.). В этом случае немедикаментозные методы лечения, в том числе и остеопатическая коррекция, могут стать существенным подспорьем практикующему врачу. Отдельные исследования

продемонстрировали клиническую эффективность остеопатических методов коррекции в терапии пациентов с дорсопатией [8–12]. Однако в данных работах речь шла о совместном назначении лекарственной терапии и остеопатии. До сих пор недостаточно изучен вопрос как изолированного применения, так и сочетаемости различных немедикаментозных методов.

Специфическим объектом работы врача-osteопата являются соматические дисфункции (СД), которые могут проявляться на глобальном, региональном и локальном уровнях. В зависимости от уровня проявления СД, врач выбирает соответствующие техники и подходы для коррекции. Важно следовать логике оценки выявленных изменений движения и подвижности в отдельных тканях и регионах, проводить дифференциальную диагностику и правильно формулировать диагноз.

Целью данной работы является разбор особенностей выявления отдельных региональных СД и заполнения остеопатического заключения, а также представление результатов изолированного применения остеопатической коррекции (монотерапии) у пациентки с дорсопатией.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.). От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов обследования и лечения.

*Описание случая.* В профильную остеопатическую клинику в декабре 2019 г. для прохождения курса остеопатической коррекции обратилась женщина 38 лет. Жалобы на момент обращения на боли в области задней поверхности шеи (острые, без четкой иррадиации, усиливающиеся при активных движениях в шейном отделе позвоночника, длительных статических нагрузках с трансляцией головы и шеи вперед), скованность и ограничение объема активных движений в шейном отделе позвоночника, тяжесть в затылочной области.

*Анамнез заболевания.* Со слов пациентки, тянущие и ноющие боли в области шеи она отмечает уже более 10 лет. Данное обострение возникло накануне, когда после ночного сна не смогла выпрямить шею («отлежала шею»). Самостоятельно приняла нестероидный противовоспалительный препарат (НПВС) — ибупрофен (400 мг) и записалась на прием к врачу-osteопату.

Ранее обследовалась (МРТ шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов, клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи), проконсультирована неврологом. Получала лечение амбулаторно — медикаментозную терапию (НПВС, миорелаксанты, витамины группы В), ортез для шейного отдела позвоночника, лечебную физкультуру (групповые занятия). На фоне проводимого лечения отмечала незначительную временную положительную динамику. Последний раз подобный курс терапии проходила около года назад.

*Анамнез жизни.* Хронические заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей (С2), миопия слабой степени ОУ, в детстве — хронический аденоидит; на момент обращения лекарственных препаратов на постоянной основе не принимает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: аппендэктомия в 14 лет, плановое кесарево сечение в 32 года; акушерско-гинекологический анамнез: месячные регулярные с 14 лет, беременность одна, роды одни, плановое кесарево сечение; аллергологический анамнез: неотягощен; эпидемиологический анамнез: вирусный гепатит, туберкулез, ВИЧ — отрицает; образ жизни — малоподвижный (профессия — графический дизайнер), употребление алкоголя и наркотических веществ, курение отрицает; нерегулярно посещает бассейн (3–4 раза в месяц, занятия по 45 мин).

Результаты МРТ шейного отдела позвоночника от 09.2018 г.: МР-картина дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника; грыжа диска C<sub>IV-V</sub> 0,3 см с распространением в межпозвоноковые отверстия с обеих сторон без явной компрессии прилежащих отделов дурального мешка.

Результаты дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов от 09.2018 г.: диффузные начальные атеросклеротические изменения сонных артерий (общая сонная артерия, внутренняя сонная артерия, наружная сонная артерия) в виде неравномерного уплотнения и утолщения ком-

плекса интима-медиа, преимущественно в области бифуркаций общей сонной артерии (до 1,1 мм справа и до 1 мм слева) и в области устьев внутренней сонной артерии (до 0,9 мм справа и до 1 мм слева). Убедительных данных о формировании атеросклеротических бляшек и наличии гемодинамически значимых нарушений кровотока на момент выполнения исследования не получено. Скоростные показатели по общей сонной артерии и внутренней сонной артерии в пределах возрастной нормы, без значимой асимметрии. Яремные вены не дилатированы, кровоток сохранен. Непатологическая извитость правой и левой позвоночных артерий (ПА) в V1-сегменте S-образная. Лоцировать устья обеих ПА не удалось. Асимметрия позвоночных артерий анатомически (диаметр правой артерии — до 3,8 мм, левой — до 4 мм), функционально показатели ЛСК в пределах средневозрастной нормы с допустимым уровнем асимметрии. Стеноза обеих ПА не выявлено. В V2-сегменте и на уровне краниовертебрального стыка на обе ПА оказывается умеренно выраженное спондилогенное влияние — затрудненная перфузия. Непрямолинейность хода обеих ПА в V2-сегменте с участками C- и S-образного хода, с умеренно выраженными угловыми деформациями ПА между  $C_{IV}-C_V-C_{VI}$  и признаками вертеброгенных влияний на данном уровне на обе ПА, без снижения скоростных показателей в V3-сегментах по обеим ПА по сравнению с V1-сегментами. Дилатация позвоночных вен с двух сторон (лоцируется модулированный кровоток до 36 см/с) — косвенные признаки венозной дисциркуляции в ВББ. Кровоток по подключичным артериям магистрального типа с двух сторон.

Неврологический статус (пациентка проконсультирована врачом-неврологом) на момент обращения: в сознании, контактна. Речь не нарушена. В пространстве и времени ориентирована правильно. Глазные щели  $D=S$ , зрачки  $D=S$ , фотореакция (прямая и содружественная) на свет сохранена. Ослаблена конвергенция  $OD$ . Нистагм горизонтальный мелкоамплитудный в крайних отведениях, диплопии нет на момент осмотра. Симптом де Клейна положительный. Надбровный рефлекс  $D=S$ , живой. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненная. Обоняние сохранено. Лицо без грубой асимметрии. Язык слегка девирует вправо. *Uvula* по средней линии. Мышечная сила с верхних конечностей  $D=S$ , 5 баллов; с нижних конечностей  $D=S$ , 5 баллов. Мышечный тонус  $D=S$  с верхних конечностей,  $D=S$  с нижних конечностей, физиологический. Глубокие рефлексы: карпорадиальный  $D>S$ , сгибательно-локтевой  $D>S$ , разгибательно-локтевой  $D=S$ , средней живости; коленные рефлексы  $D>S$ , средней живости, рефлексы с ахиллова сухожилия  $D=S$ , низкие. Снижен подошвенный рефлекс справа. Патологические знаки: симптом Россолимо–Вендеровича справа. Брюшные рефлексы не вызываются. Чувствительные расстройства — убедительных нет. В позе Ромберга пошатывание без четкой латерализации. Пальценосовую пробу выполняет с незначительно выраженным мимопопаданием с двух сторон, пяточно-коленную пробу выполняет удовлетворительно с двух сторон. Менингеальные знаки (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Проба на диадохокinez отрицательная.

*St. localis*: поясничный лордоз сглажен; повышение тонуса паравертебральных групп мышц на уровне шейного и верхнегрудного отделов позвоночника; симптом Нери отрицательный, симптом Лассега  $80^\circ$  справа и  $80^\circ$  слева.

По результатам неврологического осмотра выставлен диагноз: умеренно выраженный болевой и мышечно-тонический синдромы вследствие дорсопатии с преимущественной локализацией на шейно-грудном уровне, осложненной формированием межпозвонковой грыжи на уровне  $C_{IV}-C_V$ ; синдром вертеброгенной компрессии позвоночной артерии. Результаты остеопатической диагностики представлены в табл. 1.

Тактика ведения пациентки была индивидуальна и основывалась на результатах остеопатической диагностики и заполненного остеопатического заключения [13, 14]. В ходе работы использовали следующие техники и подходы: мобилизационные техники коррекции и техники сбалансированного лигаментозного натяжения шейного региона, работа в системе стрейн-контрстрейн,

Таблица 1

**Остеопатическое заключение при первичном обращении пациентки**

Table 1

**Osteopathic conclusion at the first visit of the patient**

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	<b>Регион:</b> Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх. конечн. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	<b>сома</b> <b>висцера</b>	<b>BC CB</b> Cr 1 2 3 C <sub>I-III</sub> 1 2 3 1 2 3 C <sub>IV-VI</sub> 1 2 3 1 2 3 C <sub>VII</sub> -Th <sub>I</sub> 1 2 3 1 2 3 Th <sub>I</sub> -Th <sub>V</sub> 1 2 3 1 2 3 Th <sub>VI</sub> -Th <sub>IX</sub> 1 2 3 1 2 3 Th <sub>X</sub> -L <sub>I</sub> 1 2 3 1 2 3 L <sub>II</sub> -L <sub>V</sub> 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): Лонного сочленения, крестца, грудобрюшной диафрагмы, правого коленного сустава		
Доминирующая соматическая дисфункция: Региональное биомеханическое нарушение: регион шеи, структуральная составляющая.			

мобилизация гортано-глоточного комплекса, коррекция региональной СД региона твердой мозговой оболочки («лифтовая техника»), мобилизация и осциляция висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости, коррекция локальной СД – компрессии лонного сочленения, артикуляционная коррекция СД правого коленного сустава. Всего пациентке было проведено три сеанса остеопатической коррекции с интервалом 10–20 дней.

На время остеопатического лечения пациентка отказалась от ранее применяемой медикаментозной терапии и в период наблюдения (1,5 мес) получала только остеопатическую коррекцию, выполняла рекомендованные врачом-osteопатом упражнения для шейного отдела позвоночника.

Уже после первого сеанса остеопатической коррекции пациентка отметила улучшение общего самочувствия, купирование тяжести в затылочной области, уменьшение выраженности болевого синдрома, а к концу лечения жалоб активно не предъявляла.

С учетом того, что пациентка обратилась на прием с жалобами на выраженный болевой синдром, ей было предложено оценить степень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Диапазон оценок по данной шкале составляет от 0 до 100, более высокий балл указывает на большую интенсивность боли. На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: нет боли – 0–4 балла, слабая боль – 5–44 балла, умеренная боль – 45–74 балла, сильная боль – 75–100 баллов [15, 16].

До начала лечения пациентка оценила выраженность болевого синдрома на 70 баллов, что соответствовало критериям умеренной боли, после завершения терапии – в 2 балла, что соответствовало отсутствию боли.

Для объективизации результатов остеопатической коррекции пациентке была произведена оценка объема активных движений (флексии и латерофлексии) с применением медицинского угломера по общепринятой методике [17, 18]. До начала лечения объем флексии в шейном отделе

позвоночника составил 32° (нормальные значения флексии 0→50°), объем латерофлексии — вправо 28°, влево 35° (нормальные значения латерофлексии 45–0–45°). После завершения курса остеопатической коррекции данные показатели составили 49; 38 и 42° соответственно.

В неврологическом статусе пациентки исходно не было грубой очаговой и общемозговой симптоматики. После лечения стоит отметить появление устойчивости в позе Ромберга и улучшение результатов выполнения пальцеиспытания (по данным повторного осмотра врачом-неврологом).

Динамика СД у данной пациентки на фоне лечения отражена в табл. 2. Отмечено уменьшение числа и степени выраженности ранее выявленных СД.

Таблица 2

**Остеопатическое заключение после проведенного лечения пациентки**

Table 2

**Osteopathic conclusion after the patient's therapy**

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл																																																						
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3																																																						
Региональный	<table border="0"> <tr> <td><b>Регион:</b></td> <td><b>сома</b></td> <td><b>висцера</b></td> </tr> <tr> <td>Головы</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Шеи</td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>Верх. конечн.</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Грудной</td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>Поясничный</td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>Таза</td> <td>1 2 3</td> <td><b>1</b> 2 3</td> </tr> <tr> <td>Нижн. конечн.</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ТМО</td> <td></td> <td>1 2 3</td> </tr> </table>	<b>Регион:</b>	<b>сома</b>	<b>висцера</b>	Головы	1 2 3		Шеи	1 2 3	1 2 3	Верх. конечн.	1 2 3		Грудной	1 2 3	1 2 3	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Таза	1 2 3	<b>1</b> 2 3	Нижн. конечн.	1 2 3		ТМО		1 2 3		<table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>ВС</b></td> <td><b>СВ</b></td> </tr> <tr> <td>Cr</td> <td></td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>C<sub>I-III</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>C<sub>IV-VI</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>C<sub>VII</sub>-Th<sub>I</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>Th<sub>II</sub>-Th<sub>V</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>Th<sub>VI</sub>-Th<sub>IX</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>Th<sub>X</sub>-L<sub>I</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> <tr> <td>L<sub>II</sub>-L<sub>V</sub></td> <td>1 2 3</td> <td>1 2 3</td> </tr> </table>		<b>ВС</b>	<b>СВ</b>	Cr		1 2 3	C <sub>I-III</sub>	1 2 3	1 2 3	C <sub>IV-VI</sub>	1 2 3	1 2 3	C <sub>VII</sub> -Th <sub>I</sub>	1 2 3	1 2 3	Th <sub>II</sub> -Th <sub>V</sub>	1 2 3	1 2 3	Th <sub>VI</sub> -Th <sub>IX</sub>	1 2 3	1 2 3	Th <sub>X</sub> -L <sub>I</sub>	1 2 3	1 2 3	L <sub>II</sub> -L <sub>V</sub>	1 2 3	1 2 3
<b>Регион:</b>	<b>сома</b>	<b>висцера</b>																																																							
Головы	1 2 3																																																								
Шеи	1 2 3	1 2 3																																																							
Верх. конечн.	1 2 3																																																								
Грудной	1 2 3	1 2 3																																																							
Поясничный	1 2 3	1 2 3																																																							
Таза	1 2 3	<b>1</b> 2 3																																																							
Нижн. конечн.	1 2 3																																																								
ТМО		1 2 3																																																							
	<b>ВС</b>	<b>СВ</b>																																																							
Cr		1 2 3																																																							
C <sub>I-III</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
C <sub>IV-VI</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
C <sub>VII</sub> -Th <sub>I</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
Th <sub>II</sub> -Th <sub>V</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
Th <sub>VI</sub> -Th <sub>IX</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
Th <sub>X</sub> -L <sub>I</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
L <sub>II</sub> -L <sub>V</sub>	1 2 3	1 2 3																																																							
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): грудобрюшной диафрагмы, Th <sub>III</sub> -Th <sub>IV</sub> .																																																								
Доминирующая соматическая дисфункция: Региональное биомеханическое нарушение: регион таза, висцеральная составляющая.																																																									

**Обсуждение.** Выбор техник и принципов коррекции на каждом конкретном остеопатическом сеансе обусловлен выявленной доминирующей дисфункцией, что, в свою очередь, зависит от решения вопроса о трактовке выявленных нарушений — как набора отдельных локальных СД или как регионального биомеханического нарушения.

В ходе клинического остеопатического обследования у наблюдаемой пациентки были выявлены СД позвоночно-двигательных сегментов C<sub>IV</sub>-C<sub>V</sub>, C<sub>0</sub>-C<sub>I</sub>, трапецевидный мышцы, отдельных мышечно-связочных образований шеи. Некоторые врачи-osteопаты ошибочно полагают, что выявление трех и более локальных СД сразу позволяет выставить диагноз регионального биомеханического нарушения. Однако это не так, поскольку региональная СД не есть набор отдельных локальных дисфункций.

Для правильной верификации региональной СД необходимо, помимо наличия отдельных локальных СД в данном регионе, выявление значимого ограничения объема активных и пассивных движений всего оцениваемого региона. Также целесообразно провести несколько дополнительных

тестов: на оценку жидкостной составляющей региона (так называемый «осцилляторный тест» [19]) и анализ проведения эндогенных ритмов в данном регионе. В случае наличия регионального биомеханического нарушения происходит превращение межклеточной жидкости в гель и увеличение вязкости и, как следствие, происходит нарушение проведения эндогенных ритмов. При «наборе» отдельных локальных СД подобных изменений не отмечается, а значит, результаты проведенных дополнительных тестов будут отрицательными.

В описываемом клиническом примере у пациентки, кроме вышеуказанных локальных СД, выявлено значительное ограничение флексии и латерофлексии шейного отдела позвоночника, снижение вязкостных характеристик тканей региона шеи при проведении «осцилляторного теста» и ухудшение проведения эндогенных ритмов. Это позволило в данном случае в остеопатическом заключении пациентки обоснованно выделить региональное биомеханическое нарушение региона шеи (структуральная составляющая). По аналогичному алгоритму была выделена дисфункция региона шеи (висцеральная составляющая).

Дополнительное использование опросника (ВАШ) и инструментального метода контроля (оценка объема активных движений с применением медицинского угломера) позволило объективизировать результаты работы врача-osteопата.

Основным объектом воздействия остеопатии можно считать систему соединительной ткани, которая является главным держателем воды, составляет основу всех органов и образует своего рода фиброзный скелет организма. В соединительнотканых структурах располагается большое число механо- и хеморецепторов. Оказывая различные механические воздействия на поверхность кожи и глубже лежащие ткани, врач-osteопат оказывает непосредственное влияние на внеклеточный матрикс соединительнотканых образований, изменяя степень натяжения волокон, их форму и другие физические свойства, движение межклеточной жидкости. Непосредственным следствием остеопатических манипуляций является выброс биологически активных веществ клеточными элементами соединительной ткани, снижение выработки провоспалительных цитокинов, изменение кровотока в сосудах микроциркуляторного русла, что способствует купированию воспалительных реакций и регенерации тканей. Этими эффектами можно объяснить уменьшение степени выраженности болевого синдрома и восстановление нормальной подвижности анатомических структур в ходе остеопатической коррекции. Кроме того, раздражение механорецепторов запускает различные рефлексы — миотатические, вазомоторные, моторно-висцеральные и висцеромоторные. Эти реакции могут сохраняться и после прекращения воздействия, способствуя нормализации функционирования отдельных органов и всего организма в целом [20]. С учетом современных представлений об этиопатогенезе шейного болевого синдрома, можно говорить о том, что остеопатическая коррекция является патогенетически обоснованной в терапии пациентов с данной нозологической формой и потенциально может применяться в виде монотерапии.

**Заключение.** Диагностика регионального и локального уровня выявленных СД осуществляется после стандартного остеопатического обследования. Однако для дифференциальной диагностики и определения доминирующей СД необходимо проведение дополнительных остеопатических тестов. Правильная оценка остеопатического статуса важна для принятия решения о методах остеопатической коррекции и определяет индивидуальный подход к пациенту.

Вопрос изолированного применения немедикаментозных методов в терапии пациентов с дорсопатией, равно как и анализ возможности их сочетания, является актуальным и требует дальнейшего изучения.

#### **Вклад авторов:**

*В. О. Белаш* — научное руководство исследованием, анализ результатов, написание текста статьи и редактирование

*Э. Н. Ненашкина* — обзор публикаций по теме статьи, сбор материалов, написание текста статьи

### Authors' contributions:

Vladimir O. Belash – scientific guidance, results analysis, writing the manuscript, editing of manuscript  
Elvira N. Nenashkina – literature review, data collection, writing the manuscript

### Литература/References

1. Хитров Н.А., Цурко В.В. Дорсопатия: от многоликости проблемы к целенаправленной тактике лечения: лекция. Клин. геронтол. 2015; 21 (5–6): 40–45.  
[Khitrov N.A., Tsurko V.V. Dorsopathies from multi-faceted challenge to targeted treatment strategy (Lecture). Clin. Gerontol. 2015; 21 (5–6): 40–45 (in russ.).]
2. Brooks P.M. The burden of musculoskeletal disease – a global perspective. Clin. Rheum. 2006; 25 (6): 778–781. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0240-3>
3. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. В.Л. Голубева. М.: МЕДпресс-информ; 2010; 330 с.  
[Pain syndromes in neurological practice / Ed. V.L. Golubev. M.: MEDpress-inform; 2010; 330 p. (in russ.).]
4. Pain in the back, neck and extremities / Ropper A. H., Samuels M. A., Klein J. P., Prasad S. Adams and Victor's Principles of Neurology. New York: McGraw-Hill Education; 1997: 194–225.
5. Новиков Ю.О., Белаш В.О., Новиков А.Ю. Современные представления об этиологии и патогенезе шейного болевого синдрома: обзор литературы. Российский остеопатический журнал. 2019; 3–4 (46–47): 164–173.  
[Novikov Yu.O., Belash V.O., Novikov A.Yu. Modern views on etiology and pathogenesis of cervical pain syndromes: literature review. Russian Osteopathic Journal. 2019; 3–4 (46–47): 164–173 (in russ.). <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2019-3-4-164-173>
6. Колоколова А.М., Салина Е.А., Колоколов О.В., Шоломов И.И. Боль в шее: цервикалгия или цервикальная дорсопатия? Регулярные выпуски Рус. мед. журн. 20 (23): 1166–1171.  
[Kolokolova A.M., Salina E.A., Kolokolov O.V., Sholomov I.I. Neck pain: cervicgia or cervical dorsopathy? Regular issues of Russ. Med. J. 20 (23): 1166–1171 (in russ.).]
7. Исайкин А.И., Сулова Е.Ю. Диагностика и лечение боли в шейном отделе. Мед. совет. 2015; (5): 100–105.  
[Isaikin A.I., Suslova E.Y. Diagnosis and treatment of neck pain. Med. Council. 2015; (5): 100–105 (in russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-5-100-105>
8. Беляков Н.А., Новосельцев С.В., Мохов Д.Е., Егорова И.А. Остеопатия как метод лечения синдрома вертебрально-базиллярной недостаточности. Мануал. тер. 2002; 4 (6): 91.  
[Belyakov N.A., Novoseltsev S.V., Mokhov D.E., Egorova I.A. Osteopathy as a method of treatment of vertebral-basilar insufficiency syndrome. Manual Ther. J. 2002; 4 (6): 91 (in russ.).]
9. Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л., Смирнов В.В., Саввова М.В., Лебедева В.В. Клинико-диагностические сопоставления результативности остеопатического лечения грыж и протрузий межпозвонковых дисков в поясничном отделе позвоночника. Российский остеопатический журнал. 2011; 1–2 (12–13): 44–51.  
[Novoseltsev S.V., Malinovsky E.L., Smirnov V.V., Savvova M.V., Lebedeva V.V. Clinical and diagnostic comparisons of the effectiveness of osteopathic treatment of hernias and protrusions of intervertebral discs in the lumbar spine. Russian Osteopathic Journal. 2011; 1–2 (12–13): 44–51 (in russ.).]
10. Белаш В.О., Мохов Д.Е., Трегубова Е.С. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии и реабилитации пациентов с синдромом позвоночной артерии. Вopr. курорт., физиотер. и ЛФК. 2018; 95 (6): 34–43.  
[Belash V.O., Mokhov D.E., Tregubova E.S. The use of the osteopathic correction for the combined treatment and rehabilitation of the patients presenting with the vertebral artery syndrome. Probl. Balneol. Physiother. Exerc. Ther. 2018; 95 (6): 34–43 (in russ.). <https://doi.org/10.17116/kurort20189506134>
11. Franke H., Franke J.D., Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet. Disord. 2014; 15 (1): 286. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-286>
12. Licciardone J.C., Gatchel R.J., Aryal S. Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment: A randomized controlled trial. J. Amer. Osteopath. Ass. 2016; 116 (3): 144–155. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.031>
13. Мохов Д.Е., Белаш В.О. Методология клинического остеопатического обследования: Учеб. 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.).]
14. Мохов Д.Е., Аптекарь И.А., Белаш В.О., Литвинов И.А., Могельницкий А.С., Потехина Ю.П., Тарасов Н.А., Тарасова В.В., Трегубова Е.С., Устинов А.В. Основы остеопатии: Учеб. для ординаторов. М.: Геотар; 2020; 400 с.  
[Mokhov D.E., Aptekar I.A., Belash V.O., Litvinov I.A., Mogelnitsky A.S., Potekhina Yu.P., Tarasov N.A., Tarasova V.V., Tregubova E.S., Ustinov A.V. The basics of osteopathy: A textbook for residents. M.: Geotar; 2020; 400 p. (in russ.).]
15. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ),

- Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arth. Care Res.* 2011; 63 (S11): S240–S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
16. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain. *Pain.* 1976; 2 (2): 175–184. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(76\)90113-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(76)90113-5)
17. Алексеев А. В., Прокопенко О. Ю., Шадрин А. А., Ширяева Е. Е. Остеохондроз шейного отдела позвоночника в разных возрастных группах: клиническая характеристика и возможности остеопатической коррекции. *Российский остеопатический журнал.* 2017; 3–4 (38–39): 48–54.  
[Alekseev A. V., Prokopenko O. Yu., Shadrin A. A., Shiryayeva E. E. Osteochondrosis of cervical spine in different age groups: Clinical characteristics and possibilities of osteopathic correction. *Russian Osteopathic Journal.* 2017; 3–4 (38–39): 48–54 (in russ.).] <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2017-3-4-48-54>
18. Новиков Ю. О., Сафин Ш. М., Акопян А. П., Могельницкий А. С., Кантюкова Г. А., Кинзерский А. А., Мусина Г. М., Тихомиров А. Ю., Шаяхметов А. Р., Кутузов И. А., Литвинов И. А., Новиков А. Ю., Салахов И. Э., Тезиков Д. В. Шейные болевые синдромы. Уфа: Верас; 2020; 224 с.  
[Novikov Yu. O., Safin Sh. M., Akopyan A. P., Mogelnitskiy A. S., Kanyukova G. A., Kinzersky A. A., Musina G. M., Tikhomirov A. Yu., Shayakhmetov A. R., Kutuzov I. A., Litvinov I. A., Novikov A. Yu., Salakhov I. E., Tezиков D. V. Cervical pain syndromes. Ufa: Veras; 2020; 224 p. (in russ.).]
19. Мохов Д. Е. Способ диагностики и коррекции обратимых нарушений связочно-мышечного аппарата организма: Патент РФ № 2731315 / 01.09.2020.  
[Mokhov D. E. Method for diagnosing and correcting reversible disorders of the human ligamentous-muscular apparatus: Patent RF № 2731315 / 01.09.2020 (in russ.).] [https://www1.fips.ru/registers-doc-view/fips\\_servlet?DB=RUPAT&DocNumber=2731315&TypeFile=html](https://www1.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet?DB=RUPAT&DocNumber=2731315&TypeFile=html)
20. Мохов Д. Е., Трегубова Е. С., Потехина Ю. П. Остеопатия и ее восстановительный потенциал. СПб.: Невский ракурс; 2020; 200 с.  
[Mokhov D. E., Tregubova E. S., Potekhina Yu. P. Osteopathy and its regenerative potential. SPb.: Nevsky rakurs; 2020; 200 p. (in russ.).]

#### Сведения об авторах:

**Владимир Олегович Белаш**, канд. мед. наук, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, доцент кафедры остеопатии; Институт остеопатии (Санкт-Петербург), преподаватель; Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова» (Санкт-Петербург), главный врач  
eLibrary SPIN: 2759-1560  
ORCID ID: 0000-0002-9860-777X  
Scopus Author ID: 25959884100

**Эльвира Николаевна Ненашкина**, Институт остеопатии (Санкт-Петербург), преподаватель; Санкт-Петербургский государственный университет, ассистент Института остеопатии; Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова» (Санкт-Петербург), врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-остеопат  
eLibrary SPIN: 1083-6912

#### Information about authors:

**Vladimir O. Belash**, Cand. Sci. (Med.), Mechnikov North-West State Medical University, Associate Professor at Osteopathy Department; Institute of Osteopathy (St. Petersburg), lecturer; Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy» (St. Petersburg), head physician  
eLibrary SPIN: 2759-1560  
ORCID ID: 0000-0002-9860-777X  
Scopus Author ID: 25959884100

**Elvira N. Nenashkina**, Institute of Osteopathy (St. Petersburg), lecturer; St. Petersburg State University, Assistant at the Institute of Osteopathy; Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy» (St. Petersburg), obstetrician-gynecologist, doctor of ultrasonic diagnostics, osteopathic physician  
eLibrary SPIN: 1083-6912