

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений 7

Предисловие 8

Глава 1. Соматические дисфункции, их этиология и патогенез

1.1. Понятие соматической дисфункции 10

1.2. Система соединительной ткани 15

1.3. Патогенез соматических дисфункций 24

Глава 2. Классификация и диагностика соматических дисфункций

2.1. Классификация соматических дисфункций . . 39

2.2. Использование классификации соматических
дисфункций в работе врача-остеопата 44

2.3. Остеопатическое обследование пациента. . . 46

Глава 3. Механизмы действия остеопатической коррекции на организм

3.1. Парадигма остеопатии Э.Т.Стилла 53

3.2. Классификация остеопатических техник . . . 57

3.3. Объекты воздействия остеопатической
коррекции 60

3.4. Влияние остеопатической коррекции
на подвижность 65

3.5. Противоболевое действие остеопатической коррекции	71
3.6. Влияние остеопатической коррекции на кровообращение	74
3.7. Влияние остеопатической коррекции на лимфатическую систему и межклеточное вещество	78

Глава 4. Восстановительный эффект остеопатии при различных нарушениях здоровья у взрослых

4.1. Показания и противопоказания к остеопатической коррекции	90
4.2. Остеопатическая коррекция в восстановлении функций опорно-двигательного аппарата	97
4.3. Остеопатическая коррекция в восстановлении функций опорно-двигательного аппарата после травм	109
4.4. Остеопатическая коррекция в восстановлении функций при неврологической патологии	114
4.5. Остеопатическая коррекция при функциональных расстройствах	117
4.6. Остеопатическая коррекция в восстановлении функций после оперативных вмешательств	122
4.7. Влияние остеопатической коррекции на функциональное состояние при различной патологии	127
4.8. Влияние остеопатической коррекции на психическое состояние	132

Глава 5. Восстановительный эффект
osteопатической коррекции при различных
нарушениях здоровья у детей

- 5.1. Особенности формирования соматических
дисфункций у детей раннего возраста 143
- 5.2. Osteопатическая коррекция
в восстановлении функций
при неврологической патологии у детей 152
- 5.3. Osteопатическая коррекция
в восстановлении функций
опорно-двигательного аппарата у детей 161
- 5.4. Osteопатическая коррекция
в восстановлении функций при различной
патологии у детей. 166

Глава 6. Место остеопатии в системе здравоохранения

- 6.1. Государственное регулирование
osteопатии. 175
- 6.2. Osteопатическая помощь на этапах
медицинской реабилитации 180

Заключение. 189

ГЛАВА 3

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА ОРГАНИЗМ

3.1. Парадигма остеопатии Э.Т.Стилла

Основателем остеопатии является Эндрю Тэйлор Стилл (1828–1917). Он создал новые методы лечения, основанные на мануальных воздействиях, в противовес лекарственной медицине второй половины XIX века, которая была очень агрессивной и приблизительной. Стилл участвовал в гражданской войне между Севером и Югом в США. На поле боя он видел, как умирали сотни людей, а врач был бесполезен, хотя и обладал двумя мощными средствами — интеллектом и руками. Он задумался о создании медицины, основывающейся на естественных законах природы, о медицине без лекарств. Его медицина стала плодом глубоких размышлений и тщательного изучения анатомии. Доктор Стилл понимал анатомию значительно шире, чем к этому привыкли. Он наделял анатомические структуры важными функциями, т. е. соединял анатомию с физиологией. Цель остеопатического лечения — восстановить механику человеческого организма, убрать механические преграды, которые препятствуют работе нервной и кровеносной систем и тем самым нарушают все жизненно важные процессы. После исправления механических дефектов, в первую очередь на уровне скелетной системы, организм может сам восстановить свои жизненные функции, т. к. «все нужные лекарства» для этого есть в нем самом [1].

Цель остеопатического лечения — восстановить механику человеческого организма, убрать механические преграды, которые препятствуют работе нервной и кровеносной систем и тем самым нарушают все жизненно важные процессы.

Парадигма остеопатии, разработанная Э.Т.Стиллом [2, 3] и его последователями, включает в себя следующие положения:

1. *Организм есть единое целое.*

Все части тела взаимосвязаны, каждый элемент «работает» на пользу целого. На анатомическом уровне все системы организма объединены системой фасций. Каждая часть тела и орган, имея свои функции, работает как «член команды», поддерживая функционирование организма в целом. И все эти процессы регулируются нервной, эндокринной и иммунной системами.

2. *Организм обладает механизмами саморегуляции, врожденной способностью к защите, репарации и ремоделированию.*

Организм стремится к поддержанию гомеостаза и имеет регуляторные механизмы, контролирующие все функции. Эти механизмы организуют реакции организма на различные воздействия, обеспечивают адаптацию и компенсацию нарушенных функций. Также организм обладает несколькими уровнями защиты от потенциальных внешних и внутренних агрессивных воздействий (это кожа и слизистые, клетки иммунной системы и их взаимосвязь с нервной и эндокринной системами) и тем самым может поддерживать в себе здоровье. В случае травмы соединительная ткань обеспечивает репаративную регенерацию. Эта ткань также способна к ремоделированию в соответствии с механической нагрузкой [4].

Концепция болезни в понимании Э.Т.Стилла сфокусирована не на проникшем в тело патогене, а скорее на попытке организма противодействовать ему. Иначе говоря, болезнь развивается тогда, когда в нездоровых условиях системы перестают справляться с воздействиями, что и готовит почву для заболевания. Поэтому чтобы предупредить болезнь, нужно создавать здоровье, а для того, чтобы создать здоровье, структура должна быть настолько нормальной, насколько это возможно.

3. *Единство структуры и функции.*

Это основополагающий принцип остеопатии. Как структура определяет функцию (клетки печени вырабатывают желчь, нервные клетки генерируют и проводят электрический потенциал), так и функция влияет на структуру (при длительной нагрузке на мышцы происходит их гипертрофия). Повреждения структуры изменяют функционирование клеток, тканей и органов, в свою очередь нарушения функции ведут к изменению структуры.

4. *«Правило артерии первостепенно».*

В этом утверждении имеется в виду не только артериальный кровоток, а циркуляция всех жидкостей организма, включая артериальную и венозную кровь, лимфу, межклеточную и спинномозговую жидкость. Любое нарушение циркуляции этих жидкостей влияет на ткани и органы прямо или опосредованно через регуляторные системы.

Таким образом, оптимальное кровообращение является фундаментальным фактором, обеспечивающим здоровье.

5. *Нервная система играет ведущую роль в контроле жидкостей организма и обмене информацией.*

Нервная система является акцептором восприятия потока информации из внешней и внутренней среды организма. Эфферентные влияния нервной системы выражаются в нейрогуморальной регуляции постоянства внутренней среды и реакций адаптации к условиям внешней среды. Также нервная система участвует в регуляции всех органов и систем организма. Через свое воздействие нервная система оказывает влияние на формирование, обмен и утилизацию крови, ликвора, лимфы, интерстициальной жидкости.

6. *«Первое проявление жизни — это движение».*

Данное утверждение очень ярко показывает парадигму остеопатического поиска и коррекции нарушений. Остеопатия занимается поиском ограничений естественных движений в организме и устранением этих ограничений, давая свободу проявлениям «сил жизни» в теле, что и является исцеляющим моментом на пути к выздоровлению.

Для выполнения всех функций структуры должны иметь физиологическую подвижность (мобильность), некоторую свободу. Движение в суставе при сокращении мышцы возможно, только если сухожилия свободно двигаются в сухожильных влагалищах, фасции, покрывающие мышцу, а также суставные поверхности скользят друг относительно друга. При нарушении подвижности почек (например, при их опущении) или при давлении на почечную ткань снаружи или изнутри (например, при кистах в почке) функции почек нарушаются, в них создаются условия для развития инфекции.

7. *Принцип взаимосвязи и взаимозависимости.*

Все полостные и паренхиматозные органы, головной и спинной мозг, сосуды и нервы покрыты огромным по площади соединительнотканым покровом (фасциями) и потому механически связаны между собой. Трехмерная фасциальная сеть делает заключенное в них содержимое взаимосвязанным и взаимозависимым. С такой точки зрения строение человеческого тела отвечает принципу тенсегрети (от англ. tensegrity = tensional + integrity — напряженная целостность). Опорно-двигательный аппарат можно представить себе как устойчивую тенсегрированную структуру, состоящую из твердых костей и способных растягиваться фасций и других фиброзных элементов [5]. Эта структура продолжается внутри клеток в виде их цитоскелета, что дает возможность передавать механические сигналы вплоть до ядра и влиять на синтетическую и пролиферативную активность клеток [6, 7].

Тенсегрированные структуры являются самостабилизирующимися, что создает основы для нового понимания принципа о целительных силах. Благодаря эластичности связей между твердыми элементами, когда один элемент структуры сдвигается, сдвиг сообщается всей структуре, и все остальные элементы сдвигаются за ним или адаптируются к новой конфигурации. Применяя принцип тенсегрити, возможно восстановить структурные соотношения в организме и таким образом нормализовать функции.

8. *Остеопатическое повреждение.*

Являясь механиком по первому образованию, Э.Т.Стилл рассматривал организм как совершенный механизм. И нарушение механики тела, возникающее на разных уровнях тела, определял как остеопатическое повреждение. В последующем данный термин заменили понятием «соматическая дисфункция».

9. *Необходимость различения причины и проявления следствий.*

Любое изменение в организме имеет свою причину. Симптом является следствием причины, которая может быть «вдалеке» от места проявления. Например, напряжение мышц тазового дна или дисфункция грудобрюшной диафрагмы могут быть причиной венозного застоя в ниже расположенных венах. Отличием остеопатического подхода является поиск причины болезни и устранение ее, а не борьба с симптомами [8].

10. *Остеопатическую коррекцию проводят без аллопатических медикаментов.*

В остеопатии, созданной Э.Т.Стиллом, не использовались никакие другие инструменты, кроме рук «знающего» врача на всех этапах проведения диагностики и лечения. В своих книгах основатель остеопатии часто сравнивал врачей-osteопатов с механиками, инженерами — людьми, прекрасно осведомленными о работе механизма человеческого тела. Исторически остеопатия прошла свой путь становления и продолжает развиваться дальше. Она стала полноправной медицинской специальностью, поэтому врач-osteопат взаимодействует с врачами других специальностей и учитывает, что его пациенты принимают какие-то лекарства.

3.2. Классификация остеопатических техник

Остеопатическая коррекция основана на следующих основных принципах:

1. Суставы и поддерживающие их ткани подвержены функциональным и анатомическим нарушениям.
2. Функциональные нарушения имеют местные и отдаленные проявления.
3. Функциональные нарушения имеют прямую и косвенную связь с другими патологическими факторами.
4. Устраняя функциональные нарушения с помощью манипуляций, можно благоприятно влиять на их местные и отдаленные проявления.

В арсенале дипломированного врача-osteopата имеется достаточный набор инструментов для коррекции соматических дисфункций. В настоящий момент всеобъемлющей общепринятой классификации остеопатических манипуляций нет.

Одной из часто используемых является классификация, основанная на области воздействия и выделяющая три группы остеопатических техник:

- структуральные — воздействие на опорно-двигательный аппарат,
- висцеральные — воздействие на внутренние органы,
- краниальные (краниосакральные) — воздействие на краниосакральную систему, которая включает в себя череп и органы головы, крестец и соединяющую их твердую мозговую оболочку (ТМО), представляющую собой систему мембран взаимного натяжения.

Остеопатическая коррекция (ОК) используется для восстановления текстуры тканей, нарушений подвижности и симметрии. Основываясь на существовании трех компонентов соматической дисфункции, мы предлагаем **классификацию техник по основному эффекту той или иной техники:**

- биомеханические, направленные на коррекцию в первую очередь биомеханических нарушений;
- жидкостные, направленные на коррекцию в первую очередь ритмогенных нарушений (техники динамики ликвора, включая взаимодействие с фазами сжатия-расширения, приливами и отливами, волновые техники в жидкостных структурах (ликвор и мозговая ткань));
- рефлекторные, направленные на коррекцию в первую очередь нейродинамических нарушений (техники, использующие принцип формирования афферентного сигнала и получения эфферентного ответа тканей).

Данное деление в определенной степени условно, т. к. любая техника в конечном своем результате окажет воздействие на все три составляющие соматической дисфункции.

Все техники в остеопатии можно разделить на три группы:

- 1) прямые — пораженная ткань прижимается к ограничительному барьеру, описываемому как «функциональный предел, который ненормально уменьшает нормальный физиологический диапазон». Это поддерживается до тех пор, пока напряжение не изменится;
- 2) не прямые — ткани удаляются от ограничительного барьера, в то время как положение легкости (сбалансированное напряжение во всех плоскостях и направлениях) найдено и поддерживается вплоть до освобождения;
- 3) комбинированные — и точка легкости, и ограничительный барьер последовательно задействованы в интерактивном режиме [9].

Прямые техники идут на барьер и отодвигают его, используя как биомеханические, так и нейрофизиологические законы. Не прямые идут от барьера и увеличивают зону



Рис. 3.1. Классификация остеопатических техник [10].

ООЛ — общее остеопатическое лечение, МЭТ — мышечно-энергетические техники, БЛТ — техники сбалансированного лигаментозного натяжения

4.2. Остеопатическая коррекция в восстановлении функций опорно-двигательного аппарата

В большинстве научных публикаций рассматриваются результаты ОК при оказании помощи пациентам с нарушением функции опорно-двигательного аппарата (ОДА). Наиболее частой жалобой пациентов является боль в нижней и/или верхней части спины (46,5 %), плечах (11,4 %), коленях (9,6 %) и шее (5,3 %). Средний возраст людей с болью в спине составляет 41,8 года (19–73 года). Поддержание сидячей позы для них является самой проблематичной деятельностью в повседневной жизни. 35,4 % людей заявляли о том, что вынуждены были отсутствовать на работе из-за болей в ОДА [1].

Поясничная боль (ПБ) является главной причиной нетрудоспособности и значительных личных страданий людей во всем мире. Считается, что в течение 12 месяцев не менее одного эпизода ПБ переносят до 80 % взрослых, причем на протяжении последующего года у 2/3 из них наблюдается рецидив болевого синдрома. В большинстве случаев эпизоды острой ПБ носят обратимый характер, и у значительного числа пациентов на фоне лечения боль купируется в течение 4–8 нед., хотя и имеет склонность к рецидивированию. Вместе с тем нередко ПБ приобретает затяжной характер, а в 3–7 % случаев переходит в хроническую форму [2, 3]. В целом наличие ПБ сопряжено с немалыми материальными затратами на лечение (медицинскую помощь, приобретение лекарственных препаратов и других медицинских средств лечения) и регулярной временной утратой трудоспособности. Недавние исследования показывают, что ПБ может вызвать больше лет инвалидности, чем любое другое заболевание [4].

*ПОЯСНИЧНАЯ БОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ
ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕТРУДОСПО-
СОБНОСТИ И ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ЛИЧ-
НЫХ СТРАДАНИЙ ЛЮДЕЙ ВО ВСЕМ
МИРЕ.*

Следует отметить, что, несмотря на исключительное внимание к проблеме скелетно-мышечной боли и издание ряда национальных и региональных рекомендаций по оказанию помощи таким пациентам, число их не уменьшается, более того, имеет тенденцию к увеличению [5]. Хотя существует множество вариантов лечения, ни один из них не пользуется всеобщей поддержкой. Идея о том, что хроническая ПБ — это состояние, которое лучше всего понимается с точки зрения взаимодействия физических, психологических и социальных влияний, «биопсихосоциальная модель» получает все большее признание. Это привело к разработке мультидисциплинарных программ биопсихосоциальной реабилитации, которые нацелены на использование факторов из разных областей, находящихся в ведении медицинских работников [6].

В 2014 году систематический обзор и мета-анализ 15 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с умеренной достоверностью показал, что ОК

уменьшает боль и улучшает функциональный статус при острой и хронической неспецифической ПБ [7].

Согласно результатам стратифицированного анализа, при использовании остеопатического лечения происходит более выраженное снижение боли, по сравнению со стандартным лечением, плацебо или когда лечение отсутствует. Благодаря остеопатическому лечению, боль в пояснице значительно уменьшилась в краткосрочном (1 месяц, $p=0,01$), среднесрочном (3 месяца, $p<0,001$) (рис. 4.1) и долгосрочном (1 год, $p=0,03$) периоде. Исследования проводились в Великобритании и США [8].

Рандомизированное плацебо-контролируемое (имитация воздействия) исследование было проведено для определения эффективности 6 сеансов ОК в течение 8 недель. Восстановление 455 пациентов оценивалось на 12-й неделе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли и по шкале оценки функций спины RMDQ (опросник Роланда Морриса). Была отмечена высокая результативность ОК в виде уменьшения боли более чем на 50 % ($p=0,001$) и улучшения функций спины ($p=0,02$) [9]. Рандомизированное контролируемое исследование 2016 года подтверждает, что ОК дает хорошие результаты при хронической боли в спине (всего 778 пациентов). У пациентов, получавших ОК, отмечалось более быстрое восстановление функций спины ($p=0,003$). Авторы делают вывод о том, что прежде чем перейти к более дорогому и инвазивному лечению, пациентам с хронической болью в пояснице нужно провести курс ОК [10]. Было также показано, что пациенты в группе ОК реже использовали рецептурные лекарства от боли в пояснице, чем пациенты в группе имитации ОК ($p<0,05$) [11].

Расширение использования магнитно-резонансной томографии, назначения опиоидов, эпидуральных стероидных инъекций и спинальной хирургии не улучшило

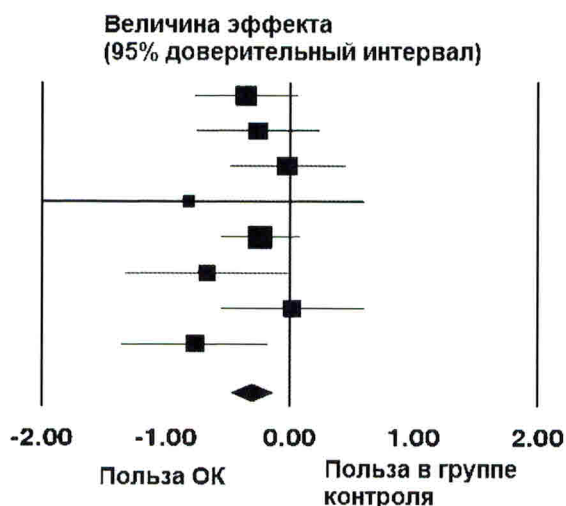


Рис. 4.1. Величина эффекта при хронической поясничной боли [8]

исходы или показатели инвалидности у пациентов с хронической болью в пояснице. Пациенты с большей интенсивностью боли могут представлять идеальную популяцию для ОК [12, 13].

Меры, которые могут повысить эффективность ОК, принесут дополнительную пользу пациентам. Была изучена одна из таких мер — гидратационный статус. Было проведено рандомизированное простое слепое перекрестное исследование. 8 женщин и 11 мужчин с ПБ продолжительностью от 1 до 12 месяцев получили 2 сеанса ОК, каждый в различном состоянии гидратации и с 1-недельным перерывом между ними. Уменьшение общего числа и числа тяжелых поясничных соматических дисфункций ($p=0,001$ и $p=0,013$ соответственно) оказалось более выраженным в состоянии эугидратации против состояния гипогидратации. ОК уменьшила боль немедленно после сеанса независимо от состояния гидратации организма. Показатели исхода улучшились для всех участников, причем большее улучшение наблюдалось после того, как участники лечились в эугидратированном состоянии, чем при гипогидратированном состоянии. Для врачей-osteопатов разумно рекомендовать пациентам увеличить их гидратацию для оптимизации лечения ПБ [14].

Хроническая боль в спине часто присутствует у пациентов с сахарным диабетом. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование 2×2 включало ОК и ее имитацию. Подгруппа из 34 пациентов (7%) с сахарным диабетом в составе 455 взрослых пациентов с неспецифической хронической ПБ была включена в Osteопатическое исследование здоровья при хронической боли в пояснице. Выраженные СД наблюдались у 27 пациентов (79%) с сахарным диабетом против 243 пациентов (58%) без сахарного диабета ($p=0,01$). Снижение тяжести ПБ в течение 12 недель по ВАШ было достоверно больше у 19 больных сахарным диабетом, получавших ОК, чем у 15 больных сахарным диабетом, получавших имитацию ОК ($p=0,04$). Соответствующее достоверно большее снижение концентрации ФНО- α в сыворотке крови отмечено у больных сахарным диабетом, получавших ОК, по сравнению с теми, кто получал имитацию ОК ($p=0,03$). У больных сахарным диабетом, получавших ОК, в течение 12-недельного периода наблюдалось достоверное снижение тяжести ПБ. Снижение уровня ФНО- α в крови может представлять собой возможный механизм воздействия ОК у пациентов с сахарным диабетом [15].

Примерно 50% женщин страдает от хронической боли в пояснице во время беременности или после нее, что связано анатомо-физиологическими изменениями в организме женщины (рис. 4.2). Влияние боли в пояснице на качество жизни может быть существенным. Лечение боли в спине и других проблем во время беременности осложняется наличием потенциальных или неизвестных рисков для плода, связанных с медикаментозной терапией и другими вмешательствами.

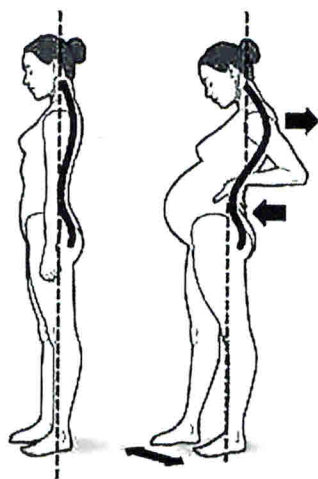


Рис. 4.2. Влияние беременности на позвоночник [16]

В рандомизированном контролируемом исследовании (Германия) оценивали интенсивность боли в пояснице по ВАШ у 80 женщин, страдающих от боли в пояснице, связанной с беременностью. Боль длилась по крайней мере 3 месяца после родов. Основная группа (40 человек) получала ОК, контрольная группа (40 человек) не получала лечения. После курса остеопатического лечения интенсивность боли по ВАШ снизилась в среднем с 6 до 2 баллов ($p < 0,001$) (рис. 4.3) [17].

Другое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование параллельно включало 3 группы лечения: обычная акушерская помощь и ОК, обычная акушерская помощь и имитация ОК, обычная акушерская помощь. Всего 144 пациентки

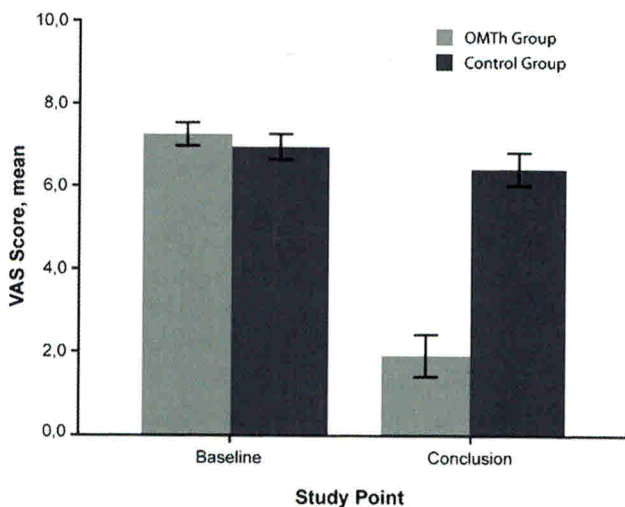


Рис. 4.3. Влияние остеопатической манипулятивной терапии (ОМТ) на интенсивность поясничной боли по шкале ВАШ (VAS), связанной с беременностью [17]

были разделены на группы методом случайного выбора. ОК оказывает влияние (от среднего до большого) на лечение и профилактику специфических дисфункций в спине во время третьего триместра беременности ($p < 0,0001$ обычная акушерская помощь + ОК, по сравнению с обычной акушерской помощью). Эти результаты важны в отношении прямых трат на здравоохранение и непрямои стоимости нетрудоспособности во время беременности [18]. Таким образом, ОК индивидуализирована, безопасна и может успешно применяться для помощи беременным и женщинам в период лактации.

На сегодняшний день нет точных эпидемиологических данных о распространенности **хронической тазовой боли у женщин**. В обзоре литературы Latthe et al. указана распространенность хронической нециклической тазовой боли в 2–24 %; оценки для США и Германии составляют от 7 до 15 % [19]. Женщины с хронической тазовой болью очень часто имеют болезненное напряжение (повышенный тонус) мышц тазового дна. Существует значительная коморбидность хронической тазовой боли у женщин с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [20].

Исследование 2016 года изучило 28 гинекологических пациенток (возраст 20–65 лет, медиана 36,5 лет), единственным клиническим проявлением у которых было болезненное напряжение мышц тазового дна. После стандартного гинекологического обследования все пациенты получали ОК. Боль присутствовала в течение в среднем 3 лет (от 1 месяца до 20 лет). У 14 пациенток ранее был подтвержден эндометриоз. 22 из 28 участников завершили лечение по плану. В целом 17 сообщили об улучшении состояния, в том числе 10 из 14 пациентов с эндометриозом. Таким образом, ОК хорошо воспринимается женщинами с болезненной мышечной напряженностью тазового дна и представляется эффективным вариантом лечения. Пациентки с эндометриозом в этом исследовании были обременены длительными историями страданий и многочисленными операциями. Эти женщины с большей вероятностью выиграли от остеопатии и имели лучшие результаты лечения, чем женщины без известного эндометриоза [21].

Исследование Haller et al., оцененное как имеющее низкий риск смещения, было направлено на исследование ОК по сравнению с имитацией ОК у пациентов с **хронической неспецифической болью в шее**. Результаты оценивали после курса лечения (еженедельные сеансы в течение 8 недель) и снова через 3 месяца (20-я неделя). Первичным исходом была интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале на 8-й неделе; вторичные исходы включали боль при движении, чувствительность к давлению, функциональную инвалидность, качество жизни, связанное со здоровьем, благополучие, тревогу, депрессию, восприятие стресса, принятие боли, осознание тела, глобальное впечатление пациентов об улучшении и безопасности. Исследование продемонстрировало в группе ОК значительное и клинически

значимое уменьшение интенсивности боли на 8-й неделе ($p=0,001$) и на 20-й неделе ($p=0,003$). Клинически значимое уменьшение интенсивности боли на 20-й неделе было зарегистрировано у 78 % пациентов в группе ОК и у 48 % пациентов в группе сравнения. Статистически значимые межгрупповые различия на 20-й неделе были также обнаружены в отношении боли при движении, функциональной инвалидности, физического качества жизни, тревожности и глобального улучшения состояния пациентов ($p<0,05$). Никаких серьезных побочных явлений зарегистрировано не было. Кроме того, в течение 8 недель лечения в группе ОК средний прием анальгетиков составил $0,1 \pm 0,1$ суточной дозы и $0,5 \pm 0,3$ суточной дозы в группе имитации ОК (рис. 4.4). Таким образом, ОК эффективна и безопасна в снижении интенсивности боли в шее, может уменьшить функциональную инвалидизацию и улучшить качество жизни до 3 месяцев после курса лечения [22].

Остеопатическое лечение эффективно не только при хронических, но и при острых болях в позвоночнике. 70 % людей могут вспомнить хотя бы один эпизод **острой боли в шее** [23]. McReynolds T.M., Sheridan B.J. провели РКИ для сравнения эффективности однократной дозы кеторолака внутримышечно и ОК при острой боли в шее. Оценивался субъективный показатель интенсивности боли по ВАШ непосредственно перед лечением и через час после лечения. 29 пациентов получили кеторолак внутримышечно и 29 пациентов получили ОК. В обеих группах наблюдалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома. Пациенты, получавшие ОК, сообщили о значительно более заметном снижении интенсивности боли ($p=0,02$). Таким образом, ОК значительно лучше, чем кеторолак внутримышечно, уменьшает интенсивность боли в шее. При этом ОК является безопасной для пациентов и не имеет таких побочных эффектов, как нестероидные противовоспалительные препараты [24].

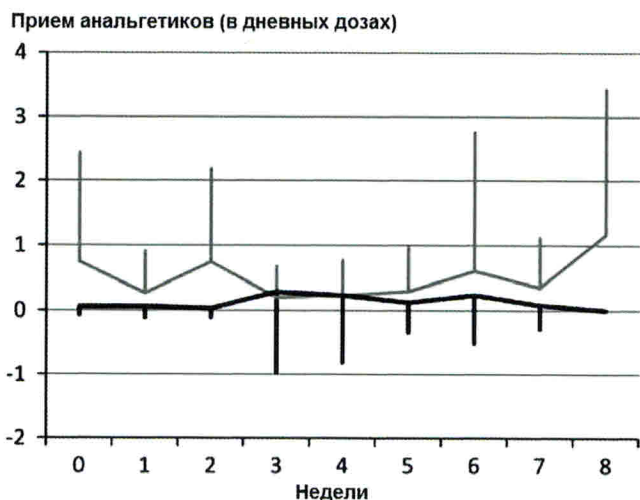


Рис. 4.4. Прием анальгетиков в группе ОК (черная линия) и в группе имитации ОК (серая линия) [22]

Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

(ДВНЧС) — это хронические, болезненные состояния, обычно непонятной этиологии, с нарушенной функцией челюстей. ДВНЧС является распространенным состоянием опорно-двигательного аппарата, приводящим к сильной боли, физической и психологической инвалидности [25, 26]. Встречается у 5–12 %

ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА — ЭТО ХРОНИЧЕСКИЕ, БОЛЕЗНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ, ОБЫЧНО НЕПОНЯТНОЙ ЭТИОЛОГИИ, С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ.

популяции, у женщин в 3–5 раз чаще, чем у мужчин, пик заболеваемости приходится на возраст 20–40 лет. В основе патогенеза ДВНЧС лежат два основных взаимосвязанных процесса: патология собственно сустава (особенно смещение диска) и патология жевательных мышц, окружающих сустав. Значительную роль в развитии и поддержании заболевания играют психогенные факторы. Часто обнаруживаются тревога, депрессия, ипохондрические расстройства, катастрофизация боли, которые ухудшают течение и увеличивают риск хронизации болевого синдрома [27].

В исследовании Cuccia A.M. et al. 50 взрослых пациентов с ДВНЧС были разделены на 2 равные группы методом случайного выбора: группу, получавшую ОК на фоне медикаментозной терапии, и группу стандартной консервативной терапии. Состояние пациентов в обеих группах улучшилось в течение 6 месяцев. Пациентам, которым проводилось ОК, требовалось значительно меньше лекарств (нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты) ($p < 0,001$) [28].

Целью следующего рандомизированного клинического исследования была оценка эффективности разных видов ОК при ДВНЧС. Обследованы 40 женщин с длительными ДВНЧС (> 3 мес.). При поступлении пациенты были рандомизированы в две группы: группа, получавшая ОК (20 пациенток), и группа краниальной остеопатии (20 пациенток). Обследование проводилось исходно и в конце последнего сеанса. Определяли интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале, индекс Helkimo и качество жизни по опроснику SF-36. Испытуемым проводили пять процедур раз в неделю. 36 человек завершили исследование (возраст $33,7 \pm 10,3$ года). Пациенты в обеих группах отмечали значительное снижение боли по ВАШ (в группе ОК $p = 0,001$; краниальная остеопатия $p < 0,001$), индекса Helkimo (в группе ОК $p = 0,02$; краниальная остеопатия $p = 0,003$) и существенное улучшение по шкале SF-36 — субшкала «телесная боль» (в группе ОК $p = 0,04$; краниальная остеопатия $p = 0,007$) после пяти процедур. Различия между двумя группами не были статистически значимыми ни для одного из трех целевых параметров. Это исследование демонстрирует уменьшение боли, улучшение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и положительное влияние на качество жизни разных видов ОК. Специалисты по реабилитации должны рассматривать ОК и краниальную остеопатию как эффективный вариант лечения при ДВНЧС [29].

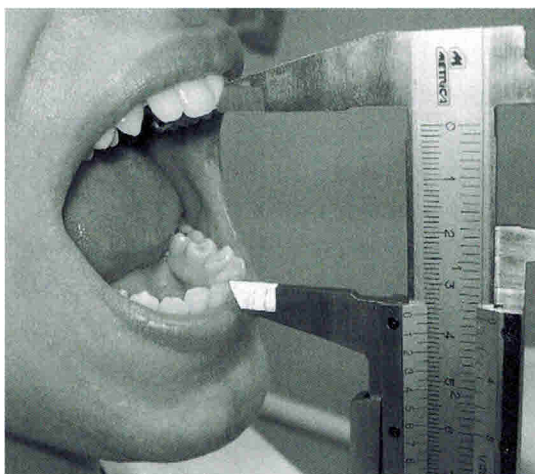


Рис. 4.5. Клиническое измерение максимального активного открывания рта с помощью калиброванного штангенциркуля [28]

Мета-анализ показал значительное различие ($p < 0,0001$) и большее влияние ОК на активное открытие рта (рис. 4.5) и на боль при активном открытии рта по сравнению с другими консервативными методами лечения ДВНЧС. Для лечения ДВНЧС эффективны подходы ОК. В краткосрочной перспективе существует больший эффект ОК по сравнению с другими консервативными методами лечения ДВНЧС [30]. Основной целью остеопатического лечения ДВНЧС является устранение любых излечимых причин этого заболевания. При лечении пациентов с ДВНЧС сотрудничество стоматологов с врачами-osteопатами может дать наибольший эффект [31].

Остеопатическое обследование 40 пациенток с диагнозом дисфункции ВНЧС показало, что локальная соматическая дисфункция ВНЧС является характерной для данного страдания и встречалась у всех больных. Второй по частоте встречаемости была региональная соматическая дисфункция головы — 85–90 %, и третьей — региональная соматическая дисфункция шеи 65 %. Пациентки были разделены на две группы — основную ($n=20$) и контрольную ($n=20$), средний возраст ($\pm SD$) $27,5 \pm 5,3$ лет и $29,2 \pm 5,7$ лет соответственно ($p > 0,05$). Все пациентки получали ортодонтическое лечение по показаниям (шины, капы, брекет-системы, упражнения для нижней челюсти). В основную группу включали при согласии пациентки на остеопатическую коррекцию, а в контрольную — при отказе от нее. Курс остеопатической коррекции состоял из трех сеансов с периодичностью 1 раз в 3–4 недели. До лечения основная и контрольная группа по количеству жалоб и СД статистически значимо не различались ($p > 0,05$). После лечения статистически значимые изменения были отмечены в основной группе при оценке частоты соматической дисфункции региона головы (выявлена только у 3 (15 %) пациенток при исходной встречаемости у 17 (85 %),