

УДК 615.828:[616.831.8-009.12-031.49:616-052]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-9-19>

© В. О. Белаш, Е. Ю. Гужина, 2020

Остеопатическая коррекция в комплексной терапии пациентов с гемиспазмом

В. О. Белаш^{1,2,3}, Е. Ю. Гужина⁴¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41² Институт остеопатии
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А³ Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова»
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А⁴ ООО «СМТ-клиника»
620144, Екатеринбург, ул. Серова, д. 45

Введение. Гемиспазм является тяжелым неврологическим заболеванием из группы экстрапирамидных нарушений. Эта патология, помимо физических неудобств, формирует у человека выраженные социальные проблемы вследствие косметических дефектов, значительно снижая качество жизни, повышая уровень тревоги и депрессии. Существующие методы терапии, как консервативной, так и оперативной, далеко не всегда приводят к достижению поставленной цели. Это диктует необходимость поиска и дальнейшего внедрения в клиническую практику новых методов лечения, в том числе и немедикаментозных, разработку новых протоколов комплексного лечения данной группы пациентов.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность остеопатических методов коррекции в комплексной терапии пациентов с гемиспазмом.

Материалы и методы. С января по декабрь 2019 г. на базе дневного стационара ЦГБ № 23 Екатеринбурга проведено проспективное контролируемое рандомизированное исследование. Под наблюдением находились 48 пациентов с лицевым гемиспазмом. В соответствии с критериями исключения из исследования были 8 человек. Оставшиеся пациенты были разделены с помощью метода простой рандомизации с использованием генератора случайных чисел на две равные группы по 20 человек — основную и контрольную. Основная группа получала стандартную медикаментозную терапию и дополнительно остеопатическую коррекцию. Всего каждому пациенту было проведено четыре сеанса остеопатической коррекции продолжительностью по 45 мин каждый с интервалом 7–10 дней. Пациенты контрольной группы получали только стандартную медикаментозную терапию. Все пациенты до начала и после завершения лечения были осмотрены врачом-остео-

Для корреспонденции:

Владимир Олегович Белаш, канд. мед. наук,
доцент кафедры остеопатии
eLibrary SPIN: 2759-1560
ORCID ID: 0000-0002-9860-777X
Scopus Author ID: 25959884100
Адрес: 191015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41,
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова
E-mail: belasch82@gmail.com

For correspondence:

Vladimir O. Belash, Cand. Sci. (Med.),
associate professor at Osteopathy Department
eLibrary SPIN: 2759-1560
ORCID ID: 0000-0002-9860-777X
Scopus Author ID: 25959884100
Address: Mechnikov North-West State
Medical University, bld. 41 ul. Kirochnaya,
Saint-Petersburg, Russia 191015
E-mail: belasch82@gmail.com

Для цитирования: Белаш В. О., Гужина Е. Ю. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии пациентов с гемиспазмом. Российский остеопатический журнал. 2020; 4: 9–19. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-9-19>

For citation: Belash V.O., Guzhina E.Yu. Osteopathic correction in the complex therapy of patients with hemispasm. Russian Osteopathic Journal. 2020; 4: 9–19. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-9-19>

патом с оценкой остеопатического статуса. Также всем респондентам произведена оценка степени раскрытия глазной щели на стороне поражения, уровня тревоги и депрессии, степени выраженности болевого синдрома.

Результаты. Анализ динамики среднего числа соматических дисфункций (СД), а также частоты выявления СД глобального, регионального и локального уровня у пациентов с гемиспазмом на фоне проводимого лечения показал, что в результате включения остеопатической коррекции в комплексную терапию пациентов с данной патологией, число и частота выявления СД у пациентов основной группы по сравнению с контрольной статистически значимо снизились ($p < 0,05$). У пациентов с гемиспазмом, получавших остеопатическую коррекцию, отмечено достоверно более значимое снижение степени выраженности болевого синдрома, уменьшение уровня тревоги и депрессии ($p < 0,05$). По степени сужения глазной щели статистически значимых различий между группами после лечения получено не было.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать включение остеопатической коррекции в комплексную терапию пациентов с лицевым гемиспазмом для повышения результативности лечения.

Ключевые слова: лицевой гемиспазм, остеопатическая коррекция, соматические дисфункции, ширина глазной щели

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

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

UDC 615.828:[616.831.8-009.12-031.49:616-052]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-9-19>

© Vladimir O. Belash,
Elizaveta Yu. Guzhina, 2020

Osteopathic correction in the complex therapy of patients with hemispasm

Vladimir O. Belash^{1,2,3}, Elizaveta Yu. Guzhina⁴

¹ Mechnikov North-West State Medical University
bld. 41 ul. Kirochnaya, Saint-Petersburg, Russia 191015

² Institute of Osteopathy
bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

³ Medical Clinic LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»
bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

⁴ LLC «CMT-clinic»
bld. 45 ul. Serova, Yekaterinburg, Russia 620144

Introduction. Hemispasm is a severe neurological disease from the group of extrapyramidal disorders. This pathology, in addition to physical inconvenience, forms a person's pronounced social problems due to cosmetic defects, significantly reduces the life quality, and increases the anxiety and depression level. The existing methods of therapy, both conservative and operative, do not always lead to the achievement of the set goal. This dictates the need searching for new treatment (including non-drug) methods with further introduction of it into clinical practice, and the development of new protocols for complex treatment of this patients group.

The goal of research — to research the clinical effectiveness of the osteopathic correction methods in the complex therapy of patients with hemispasm.

Materials and methods. From January to December 2019, a prospective controlled randomized study was conducted at the day hospital of the Central City Clinical Hospital №23 in Yekaterinburg. The study included 48 patients with facial hemispasm. 8 people left the study in accordance with the exclusion criteria. The remaining patients were divided by a simple randomization method using a random number generator into two equal groups of 20 people: the main and the control. The main group received standard drug therapy and additional osteopathic correction. In total, each patient underwent 4 sessions of osteopathic correction of 45 minutes each with an interval of 7 to 10 days. Patients in the control group received only standard drug therapy. All patients

were examined by an osteopathic physician before and after the completion of treatment with an assessment of their osteopathic state. Also, all respondents were assessed for the degree of the palpebral fissure opening on the affected side, the anxiety and depression level, and the severity of the pain syndrome.

Results. Analysis of the dynamics of somatic dysfunctions (SD) average number, as well as the SD detection frequency at the global, regional and local levels in patients with hemispasm during treatment showed that the SD number and detection frequency statistically significantly decreased ($p < 0,05$) in the main group patients in comparison with the control group as a result of the osteopathic correction inclusion in the complex therapy of patients with this nosology. In patients with hemispasm receiving osteopathic correction, there was a significantly more significant decrease of the pain syndrome severity and the anxiety and depression level ($p < 0,05$). In terms of the palpebral fissure narrowing degree, there were no statistically significant differences between the groups after the treatment.

Conclusion. The obtained results allow us to recommend the inclusion of personalized osteopathic correction in the complex therapy of patients with facial hemispasm in order to increase the treatment effectiveness.

Key words: *facial hemispasm, osteopathic correction, somatic dysfunctions, palpebral fissure width*

Введение

Гемиспазм (лицевой гемиспазм, гемифациальный спазм) является тяжелым неврологическим заболеванием из группы экстрапирамидных нарушений. Эта патология, помимо физических неудобств, формирует у человека выраженные социальные проблемы вследствие косметических дефектов, значительно снижая качество жизни, повышая уровень тревоги и депрессии [1, 2].

Заболеваемость на 100 тыс. населения составляет 0,84 для женщин и 0,74 для мужчин. Распространенность на 100 тыс. населения соответствующего пола — 14,5 у женщин и 7,4 — у мужчин. Пик заболеваемости приходится на возраст 50–60 лет [2, 3].

Современные методы лечения включают медикаментозную терапию, в том числе инъекции ботулинического токсина, хирургическое вмешательство (микроваскулярная декомпрессия) [4–6]. На хирургическое лечение согласны далеко не все пациенты из-за определенных операционных рисков, травматичности процесса, а также отсутствия гарантии результата [7]. Кроме того, признаки васкулярной компрессии по результатам магнитно-резонансной томографии являются далеко не у всех пациентов, а значит и оперативное вмешательство в этом случае им не показано [8].

Медикаментозная терапия применяется довольно широко [9], но она тоже обладает рядом недостатков: наличие побочных эффектов, аллергические реакции, необходимость длительного приема лекарственных средств, не всегда высокие результаты на фоне лечения [10].

В лечении хорошо зарекомендовал себя ботулотоксин типа А [7]. Ботулинотерапия в разной степени эффективна у всех пациентов, но тоже вызывает негативные последствия: головные боли, местные эффекты типа птоза, гематомы, кератита, диплопии, эпифоры, слюнотечения, страбизма. Частота осложнений, по данным различных авторов, может достигать 15 % и более. Кроме того, инъекции приходится проводить не реже чем один раз в 4 мес, эффект же проходит уже через 1,5–2 мес. Также необходимо отметить возможные системные токсические эффекты ботулотоксина и достаточно высокую стоимость препарата [11].

Все вышеперечисленное обуславливает необходимость поиска и дальнейшего внедрения в клиническую практику новых методов лечения, в том числе немедикаментозных, разработку новых протоколов комплексного лечения данной группы пациентов.

В доступной нам литературе работ, посвященных возможности применения остеопатической коррекции у пациентов с гемиспазмом, обнаружено не было. Это и предопределило цель данной работы.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность остеопатических методов коррекции в комплексной терапии пациентов с гемиспазмом.

Материалы и методы

Тип исследования: проспективное контролируемое рандомизированное.

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование проводилось на базе дневного стационара ЦГКБ № 23 Екатеринбурга в период с января 2019 по декабрь 2019 г.

Характеристика участников. Под наблюдением находились 48 пациентов с лицевым гемиспазмом. Критерии включения в исследование: установленный неврологом диагноз лицевого гемиспазма, возраст 44–60 лет, выраженный болевой синдром (не менее 7 баллов по визуально-аналоговой шкале боли), длительность заболевания более 5 лет, отсутствие заболеваний и состояний, являющихся абсолютным противопоказанием к остеопатической коррекции, потенциальное согласие на остеопатическое лечение.

Критерии невключения: отсутствие подтвержденного неврологом диагноза лицевого гемиспазма, возраст менее 44 и более 60 лет, слабо или умеренно выраженный болевой синдром (менее 7 баллов по ВАШ), длительность заболевания менее 5 лет, наличие заболеваний и состояний, являющихся абсолютным противопоказанием к остеопатической коррекции, отказ пациента от последней.

Критерии исключения: отказ пациента от выполнения рекомендаций и дальнейшего продолжения осмотра; неявка на контрольные осмотры. 8 человек выбыли из исследования в соответствии с критериями исключения.

В результате проведенного отбора была сформирована группа из 40 человек. Все пациенты с лицевым гемиспазмом в зависимости от применяемой методики лечения были разделены с помощью метода простой рандомизации с использованием генератора случайных чисел на две группы — основную (20 человек) и контрольную (20 человек).

Описание медицинского вмешательства. Основная группа получала стандартную медикаментозную терапию по следующей схеме: таблетки Клоназепам — по 1 мг дважды в день 3 мес; таблетки Тизанидин — по 2 мг на ночь 3 мес; инъекции ботулинического токсина А — 1 раз в 3 мес. Дополнительно пациентам основной группы проводили остеопатическую коррекцию. Всего каждому пациенту было проведено четыре сеанса продолжительностью по 45 мин каждый с интервалом 7–10 дней. Тактика остеопатического лечения была индивидуальна при работе с каждым конкретным пациентом и опиралась на данные диагностического обследования, проводимого в начале каждого сеанса.

Пациенты контрольной группы получали только традиционную медикаментозную терапию по ранее описанной схеме.

Исходы исследования и методы их регистрации. Под исходами в данном исследовании понималось изменение степени раскрытия глазной щели, выраженности болевого синдрома, общего уровня тревожности и депрессии, а также уменьшение числа соматических дисфункций (СД).

Остеопатический осмотр пациентов проводили в соответствии с утвержденными методическими рекомендациями и клиническими рекомендациями «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций» [12, 13]. Остеопатический осмотр с формированием остеопатического заключения проводился у всех обследуемых пациентов.

Оценку степени раскрытия глазной щели (в мм) производили при помощи медицинского угломера с линейкой. Измеряли на стороне поражения в спокойном состоянии пациента, в положении сидя. В дальнейшем анализировали изменение размера (в мм) на фоне лечения по сравнению с исходными данными.

Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с использованием визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ). На основании распределения баллов использовали следующую классификацию: 0–4 мм — нет боли; 5–44 мм — слабая боль; 45–74 мм — умеренная боль; 75–100 мм — сильная боль [14].

Оценку общего уровня тревожности и депрессии проводили при помощи госпитальной шкалы HADS [15]. Результаты теста могут быть интерпретированы следующим образом: 0–7 баллов — от-

сутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии; 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Статистическая обработка. Сравнение данных в связанных и несвязанных выборках проводили с помощью параметрических (критерии Стьюдента) и непараметрических (χ^2 для несвязанных выборок) критериев. Минимальным уровнем значимости указанных критериев считали $p=0,05$. Обработку данных осуществляли на персональном компьютере с использованием лицензионной программы Microsoft Excel 2016 г.

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

Объекты (участники) исследования. Под наблюдением находились 40 пациентов — 13 мужчин и 27 женщин (соотношение 1:2). Средний возраст составил 52 ± 2 года, средняя продолжительность заболевания — 11 ± 2 года. При сравнительном анализе характеристик двух групп (основной и контрольной) использовали критерий χ^2 (соотношение мужчин и женщин в группах) и критерий Стьюдента (возраст и продолжительность заболевания респондентов в группах). Достоверных отличий по полу и возрасту, длительности заболевания между пациентами обеих групп выявлено не было, $p>0,05$.

Основные результаты исследования и их обсуждение. Было проведено остеопатическое обследование пациентов в обеих группах до и после лечения с заполнением протокола обследования [12]. Контроль и лечение в динамике с коррекцией СД у пациентов основной группы проводили в течение 1,5 мес с кратностью приёма 1 раз в 7–10 дней. Каждому пациенту контрольной группы проводили только остеопатическое обследование согласно утверждённым клиническим рекомендациям.

В ходе исследования проведена оценка частоты выявления СД различного уровня у пациентов с лицевым гемиспазмом.

До лечения СД глобального уровня были выявлены у 31 (77,5%) обследованного, из них у 20 были глобальные ритмогенные нарушения (нарушение выработки краниального ритмического импульса), у 11 — глобальные биомеханические нарушения. Необходимо отметить, что у пациентов имела место только какая-то одна дисфункция глобального уровня, то есть сочетания нескольких дисфункций глобального уровня ни у одного человека отмечено не было. Глобальные ритмогенные нарушения — нарушения выработки кардиального и торакального ритмического импульса, глобальные нейродинамические нарушения (постуральные и психовисцеросоматические) не были выявлены у обследованных пациентов. Частота выявления СД глобального уровня отражена в табл. 1.

У всех обследованных пациентов были выявлены те или иные региональные СД: региона головы — 40 (100%) человек; региона таза, структуральная составляющая — 27 (67,5%) человек; региона шеи, висцеральная и структуральная составляющие — 21 (52,5%) и 18 (45%) человек; региона грудного, висцеральная составляющая — 19 (47,5%) человек; региона поясничного, структуральная составляющая — 19 (47,5%) человек. Частота выявления СД регионального уровня отражена в табл. 2.

Среди локальных СД у обследованных пациентов чаще всего выявляли дисфункции швов черепа — 40 (100%) человек, а также позвоночно-двигательного сегмента C_0-C_1 и шейно-грудного перехода — 27 (67,5%) и 31 (77,5%) человек. Частота выявления соматических дисфункций локального уровня отражена в табл. 3.

Статистически значимых различий в частоте глобальных, региональных и локальных СД между группами до начала лечения получено не было (критерий χ^2 , $p>0,05$).

Таблица 1

Частота глобальных соматических дисфункций у пациентов с гемиспазмом до лечения

Table 1

Frequency of global somatic dysfunctions in patients with hemispasm before treatment

Соматические дисфункции		Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=20		Общее количество пациентов, n=40	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Глобальные	биомеханические	5	25	6	30	11	27,5
	краниальные ритмические нарушения	10	50	10	50	20	50
	всего	15	75	16	80	31	77,5
	среднее число, $M \pm m$	0,75±0,1	—	0,8±0,09	—	0,78±0,07	—

Таблица 2

Частота региональных соматических дисфункций у пациентов с гемиспазмом до лечения

Table 2

Frequency of regional somatic dysfunctions in patients with hemispasm before treatment

Регион, составляющая		Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=20		Общее количество пациентов, n=40	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Головы		20	100	20	100	40	100
Шеи	висцеральная	10	50	11	55	21	52,5
	структуральная	9	45	9	45	18	45
Грудной	висцеральная	9	45	10	50	19	47,5
	структуральная	5	25	6	30	11	27,5
Поясничный	висцеральная	9	45	9	45	18	45
	структуральная	8	40	11	55	19	47,5
Таза	висцеральная	9	45	8	40	17	42,5
	структуральная	14	70	13	65	27	67,5
Твердой мозговой оболочки		6	30	7	35	13	32,5
Всего		99	—	104	—	203	—
Среднее число, $M \pm m$		9±1,33	—	9,5±1,26	—	5,55±0,18	—

В ходе работы была выявлена динамика среднего числа СД глобального, регионального и локального уровня у пациентов с гемиспазмом на фоне лечения (табл. 4). В результате включения остеопатической коррекции в комплексную терапию данной неврологической патологии, число СД всех уровней у пациентов основной группы по сравнению с контрольной снизилось ($p < 0,05$ по критерию Стьюдента).

Таблица 3

Частота локальных соматических дисфункций у пациентов с гемиспазмом до лечения

Table 3

Frequency of local somatic dysfunctions in patients with hemispasm before treatment

Локальные соматические дисфункции	Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=20		Общее количество пациентов, n=40	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Швов черепа	20	100	20	100	40	100
$C_0 - C_1$	12	60	15	75	27	67,5
$C_{VII} - Th_I$	15	75	16	80	31	77,5
Грудобрюшной диафрагмы	12	60	14	70	26	65
Дисфункции лона	10	50	12	60	22	55
Твердой мозговой оболочки	6	30	7	35	13	32,5
Всего	75	—	84	—	159	—
Среднее число, $M \pm m$	3,75±0,16	—	4,25±0,21	—	4±0,13	—

Таблица 4

Среднее число соматических дисфункций различного уровня у пациентов с гемиспазмом до и после лечения, $M \pm m$

Table 4

The average number of somatic dysfunctions of various levels in patients with hemispasm before and after treatment, $M \pm m$

Соматические дисфункции, уровень	Основная группа, n=20		Контрольная группа, n=20	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Глобальный	0,8±0,09	0,4±0,12*	0,75±0,1	0,75±0,1
Региональный	9,5±1,26	2,3±0,17*	9±1,33	5,2±0,21
Локальный	4,25±0,21	1,4±0,12*	3,75±0,16	3,75±0,16

* Среднее число СД глобального, регионального и локального уровня на фоне лечения в основной и контрольной группах статистически значимо различалось, $p < 0,05$ (по критерию Стьюдента)

Также было проанализировано изменение частоты выявления СД различного уровня у пациентов основной и контрольной групп на фоне лечения (табл. 5). В основной группе отмечено статистически значимое снижение частоты выявления СД всех уровней проявления по сравнению с контрольной.

Для оценки выраженности исходных патологических изменений у пациентов с гемиспазмом была проведена оценка степени раскрытия глазной щели (в мм). Исходные данные показали значительное сужение глазной щели на стороне поражения: $3,6 \pm 0,23$ мм — у пациентов контрольной группы и $3,65 \pm 0,2$ мм — у пациентов основной группы (различия между группами статистически не значимы, $p > 0,05$). После завершения курса терапии значимая положительная динамика получена у пациентов обеих групп (табл. 6), а достоверных различий между группами не получено.

Для наблюдаемых пациентов оказался характерным выраженный (сильный) болевой синдром ($7,55 \pm 0,16$ балла по ВАШ — в контрольной группе и $7,5 \pm 0,16$ балла — в основной группе), что

Таблица 5

Частота выявления соматических дисфункций у пациентов с гемиспазмом после лечения

Table 5

Changes in the somatic dysfunctions frequency in patients with hemispasm after the treatment

Соматические дисфункции		Контрольная группа, n=20				Основная группа, n=20			
		до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Глобальные	биомеханические	5	25	5	25	6	30	3	15
	краниальные ритмические нарушения	10	50	10	50	10	50	5*	25
Региональные	головы	20	100	20	100	20	100	9*	45
	шеи								
	висцеральная	10	50	8	40	11	55	3*	15
	структуральная	9	45	7	35	9	45	3	15
	грудной								
	висцеральная	9	45	9	45	10	50	4*	20
	структуральная	5	25	5	25	6	30	3	15
	поясничный								
	висцеральная	9	45	9	45	9	45	4*	20
	структуральная	8	40	8	40	11	55	6	30
	таза								
	висцеральная	9	45	9	45	8	40	1*	5
	структуральная	14	70	14	70	13	65	10	50
	твёрдой мозговой оболочки	6	30	6	30	7	35	3*	15
Локальные	швов черепа	20	100	20	100	20	100	6*	30
	$C_0 - C_1$	12	60	12	60	15	75	4*	20
	$C_{VII} - Th_1$	15	75	15	75	16	80	3*	15
	диафрагмы	12	60	12	60	14	70	6*	30
	дисфункции лона	10	50	10	50	12	60	4*	20
	твёрдой мозговой оболочки	6	30	6	30	7	35	2*	10
Всего		189	—	185	—	204	—	79	—

* Частота выявления СД глобального, регионального и локального уровня на фоне лечения в основной и контрольной группах статистически значимо различалась ($p < 0,05$ по критерию χ^2)

обусловлено соответствующими критериями включения респондентов в исследование. Различия между группами по степени выраженности болевого синдрома до лечения статистически не значимы. На фоне лечения у пациентов обеих групп получена значимая положительная динамика в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома (табл. 7), однако в основной группе эти изменения были статистически более значимыми.

Все наблюдаемые пациенты прошли тестирование по госпитальной шкале HADS, что позволило оценить исходный уровень тревожности и депрессии. Субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 12 (30%) и 22 (55%) обследованных; клинически выраженная тревога и депрессия — у 7 (17,5%) и 15 (37,5%), что совпадает с данными ранее проведенных иссле-

Таблица 6

Степень раскрытия глазной щели у пациентов с лицевым гемиспазмом до и после лечения, $M \pm m$ (мм)

Table 6

Change in the palpebral fissure opening degree in patients with facial hemispasm before and after treatment, $M \pm m$ (mm)

Основная группа, $n=20$		Контрольная группа, $n=20$	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
3,65±0,2	8,9±0,21*	3,6±0,23	9,1±0,18**

* Статистическая значимость различий в основной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

** Статистическая значимость различий в контрольной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

Таблица 7

Степень выраженности болевого синдрома у пациентов с лицевым гемиспазмом до и после лечения по ВАШ, $M \pm m$ (баллы)

Table 7

Change in the pain severity according to VAS in patients with facial hemispasm before and after treatment, $M \pm m$ (points)

Основная группа, $n=20$		Контрольная группа, $n=20$	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
7,5±0,16	1,8±0,13 ^{1)*, 3)*}	7,55±0,16	2,55±0,2 ^{2)*}

^{1)*} Статистическая значимость различий в основной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

^{2)*} Статистическая значимость различий в контрольной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

^{3)*} Статистическая значимость различий в основной и контрольной группах после лечения, $p=0,005$ (по критерию Стьюдента)

дований [16]. На фоне лечения у пациентов обеих групп получена значимая положительная динамика в виде уменьшения уровня тревоги и депрессии (табл. 8), однако в основной группе эти изменения были статистически более значимыми.

В ходе исследования каких-либо нежелательных явлений у наблюдаемых пациентов зарегистрировано не было.

Резюме основного результата исследования. Гемиспазм является сложным по своей природе и тяжелым для пациента неврологическим заболеванием, подавляя человека физически, психологически и социально. Несмотря на возможности современной фармакотерапии и хирургии, результаты лечения часто не удовлетворяют пациентов. Это диктует необходимость поиска новых методов терапии, в том числе и немедикаментозных.

У пациентов с гемиспазмом традиционно отмечается достаточно высокий уровень эмоциональных реакций и переживаний, выраженный болевой синдром. Проведенное исследование показало, что включение остеопатической коррекции в комплексную терапию пациентов с гемиспазмом приводит к статистически более значимому снижению степени выраженности болевого синдрома, уменьшению уровня тревоги и депрессии.

Одним из основных проявлений гемиспазма является сужение глазной щели. Кроме ухудшения обзора, проблема имеет еще и косметическое значение для пациентов. Именно поэтому регресс

Таблица 8

**Уровень тревоги и депрессии у пациентов с лицевым гемиспазмом
до и после лечения по госпитальной шкале HADS, $M \pm m$ (баллы)**

Table 8

**Change in the anxiety and depression level according to the hospital scale HADS
in patients with facial hemispasm before and after treatment, $M \pm m$ (points)**

Уровень	Основная группа, n=20		Контрольная группа, n=20	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Тревоги	9,3±0,67	2,45±0,38 ^{1)*, 5)*}	7,65±0,68	4,8±0,59 ^{3)*}
Депрессии	9,1±0,78	2,8±0,47 ^{2)*, 6)*}	6,3±0,92	4,9±0,48 ^{4)*}

^{1)*} Статистическая значимость различий уровня тревоги в основной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

^{2)*} Статистическая значимость различий уровня депрессии в основной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

^{3)*} Статистическая значимость различий уровня тревоги в контрольной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

^{4)*} Статистическая значимость различий уровня депрессии в контрольной группе до и после лечения, $p=0,005$ (парный t -критерий Стьюдента)

^{5)*} Статистическая значимость различий уровня тревоги между основной и контрольной группой после лечения, $p=0,005$ (по критерию χ^2)

^{6)*} Статистическая значимость различий уровня депрессии между основной и контрольной группой после лечения, $p=0,005$ (по критерию χ^2)

данного симптома является довольно важным критерием в клинической практике. В обеих группах получена достоверная положительная динамика по данному показателю, однако статистически значимых различий между группами после завершения лечения получено не было.

В исследовании принимали участие пациенты с длительно существующим заболеванием, что значительно увеличивает вероятность развития дегенеративных изменений отдельных структур как со стороны нервной, так и мышечной систем. Кроме того, всем пациентам проводили медикаментозную терапию, которая включала применение ботулинического токсина А. Данный лекарственный препарат блокирует нервно-мышечную передачу. Можно предположить, что эти особенности повлияли на результативность остеопатической коррекции, в результате чего не отмечено более значимого изменения степени сужения глазной щели. Также нельзя исключить, что у наблюдаемых пациентов может быть замедленная реакция на проведенную остеопатическую коррекцию, поэтому будет интересно оценить данный показатель в отдаленном периоде.

Заключение

Полученные результаты позволяют рекомендовать включение остеопатической коррекции в комплексную терапию пациентов с лицевым гемиспазмом для повышения результативности лечения.

Литература/References

- Карлов В.А. Неврология лица. М.: Медицина; 1991; 284 с.
[Karlov V.A. Facial neurology. M.: Medicine; 1991; 284 p. (in russ.).]
- Неврология / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018; 688 с.
[Neurology / Eds. E.I. Guseva, A.N. Konovalova, A.B. Hecht. M.: GEOTAR-Media; 2018; 688 p. (in russ.).]
- Nilssen B., Le K.-D., Dietrichs E. Prevalence of primary focal and segmental dystonia in Oslo. Neurology. 2004; 63 (8): 1532–1533. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000142080.85228.e8>
- Григорян Ю.А., Ситников А.Р., Григорян Г.Ю. Тригеминальная невралгия и гемифациальный спазм при извитой вертебробазилярной артерии. Вopr. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. 2016; 80 (1): 44–56.

- [Grigoryan Yu. A., Sitnikov A. R., Grigoryan G. Yu. Trigeminal neuralgia and hemifacial spasm associated with vertebrobasilar artery tortuosity. *Burdenko's J. Neurosurg.* 2016; 80 (1): 44–56 (in russ.)). <https://doi.org/10.17116/neiro201680144-56>
5. Коновалов А. Н., Махмудов У. Б., Шиманский В. Н., Тяншин С. В., Ошарашвили И. А., Пронин И. Н., Лебедева М. А., Орлова О. Р., Мингазова Л. Р. Васкулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва. *Вопр. нейрохир. им. Н. Н. Бурденко.* 2008; (3): 1–9.
[Konovalov A. N., Makhmudov U. B., Shimansky V. N., Tanyashin S. V., Osharashvili I. A., Pronin I. N., Lebedeva M. A., Orlova O. R., Mingazova L. R. Vascular decompression in management of trigeminal neuralgia. *Burdenko's J. Neurosurg.* 2008; (3): 1–9 (in russ.)).]
 6. Шиманский В. Н., Тяншин С. В., Пошатаев В. К. Хирургическая коррекция синдромов сосудистой компрессии черепных нервов. *Вопр. нейрохир. им. Н. Н. Бурденко.* 2017; 81 (2): 96–102.
[Shimanskiy V. N., Tanyashin S. V., Poshataev V. K. Surgical correction of cranial nerve vascular compression syndromes. *Burdenko's J. Neurosurg.* 2017; 81 (2): 96–102 (in russ.)). <https://doi.org/10.17116/neiro201781296-102>
 7. Грибова Н. П., Юдельсон Я. Б. Лицевой гемиспазм — трудности в диагностике, современные подходы в лечении. *Смоленский мед. альманах.* 2019; (3): 43–48.
[Gribova N. P., Yudel'son Ya. B. Facial hemispasm — difficulties in diagnosis, modern approaches to treatment. *Smolensk Med. Almanac.* 2019; (3): 43–48 (in russ.)).]
 8. Григорян Ю. А., Ситников А. Р. Нейроваскулярные взаимоотношения при гемифациальном спазме. *Вопр. нейрохир. им. Н. Н. Бурденко.* 2009; (4): 13–17.
[Grigoryan Yu. A., Sitnikov A. R. Neurovascular interactions in hemifacial spasm. *Burdenko's J. Neurosurg.* 2009; (4): 13–17 (in russ.)).]
 9. Чернуха Т. Н., Лихачев С. А., Навоша С. А. Орофациальные двигательные расстройства: подходы к диагностике и лечению. *Мед. новости.* 2016; (1): 9–12.
[Chernukha T. N., Likhachev S. A., Navosha S. A. Orofacial movement disorders: approaches to diagnosis and treatment. *Med. novosti.* 2016; (1): 9–12 (in russ.)).]
 10. Частота и характер побочных реакций медикаментозной терапии. Ссылка активна на 05.10.2020.
[The frequency and nature of adverse reactions to drug therapy. Accessed October 05, 2020 (in russ.)). <http://www.rusmedserv.com/complications/gl6.html>
 11. Трашин А. В., Шулев Ю. А., Гордиенко К. С. Гемифациальный спазм. *Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова.* 2010; 110 (5): 110–116.
[Trashin A. V., Shulev Yu. A., Gordienko K. S. Hemifacial spasm. *S. S. Korsakov J. Neurol. Psychiat.* 2010; 110 (5): 110–116 (in russ.)).]
 12. Мохов Д. Е., Белаш В. О., Кузьмина Ю. О., Лебедев Д. С., Мирошниченко Д. Б., Трегубова Е. С., Ширяева Е. Е., Юшманов И. Г. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации. СПб.: Невский ракурс; 2015; 90 с.
[Mokhov D. E., Belash V. O., Kuzmina Ju. O., Lebedev D. S., Miroshnichenko D. B., Tregubova E. S., Shirjaeva E. E., Yushmanov I. G. Osteopathic Diagnosis of Somatic Dysfunctions: Clinical Recommendations. St. Petersburg: Nevskiy rakurs; 2015; 90 p. (in russ.)).]
 13. 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.: Издательская группа 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 Publishing Group; 2020; 400 p. (in russ.)).]
 14. 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)
 15. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Рук. для врачей. М.: МИА; 2007; 252 с.
[Smulevich A. B. Depression in General Medicine: A Guide for Physicians. M.: MIA; 2007; 252 p. (in russ.)).]
 16. Грибова Н. П. Клинико-психологические аспекты лицевых дискинезий. *Вестн. Смоленской ГМА.* 2002; (3): 34–36.
[Gribova N. P. Clinical and psychological aspects of facial dyskinesias. *Vestn. Smolensk SMA.* 2002; (3): 34–36 (in russ.)).]

Статья поступила 01.10.2020

Статья принята в печать 10.10.2020

Статья опубликована 30.12.2020

The article was received 01.10.2020

The article was accepted for publication 10.10.2020

The article was published 30.12.2020

Сведения о соавторах:

Е. Ю. Гужина, ООО «СМТ-клиника» (Екатеринбург),
врач-невролог, врач-osteопат

Information about co-authors:

Elizaveta Yu. Guzhina, LLC «CMT-Clinic» (Yekaterinburg),
neurologist, osteopathic physician