

УДК 615.828:[617.546.2+616.8-009.7]

© В. О. Белаш, 2023

<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-7-21>

Остеопатический статус пациентов с дорсопатией на шейном уровне

В. О. Белаш^{1,2,3,*}¹ 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. А

Введение. Дорсопатия и связанные с ней болевые и неврологические синдромы являются одними из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани во всем мире. Характерными отличиями данных состояний являются высокая распространенность (на уровне пандемии), зачастую — резистентность к лечению, а также стойкая утрата трудоспособности, нередко приводящая к инвалидизации пациента. Частота болевых синдромов в спине — дорсопатии — в популяции очень высока (58–84 %), а социально-экономические потери огромны. Таким образом, работы по поиску новых методов и схем терапии, а также профилактики дорсопатии до сих пор остаются актуальными и востребованными. Остеопатия в Российской Федерации — молодая и динамично развивающаяся медицинская специальность. Основным объектом остеопатического воздействия являются соматические дисфункции. Большой интерес представляет анализ их распространенности как у практически здоровых людей, так и у страдающих различными заболеваниями. Анализ остеопатического статуса пациентов с дорсопатией потенциально поможет расширить представления об этиопатогенезе заболевания, разработать актуальные схемы профилактики и лечения.

Цель исследования — на основании данных оценки остеопатического статуса пациентов с дорсопатией на шейном уровне составить карту наиболее распространенных соматических дисфункций.

Материалы и методы. Поперечное исследование проводили на базе медицинской клиники ООО «Институт остеопатии Мохова» (Санкт-Петербург) в период с сентября 2018 г. по сентябрь 2022 г. Под наблюдением находились 462 пациента 18–44 лет с диагнозом дорсопатии. У всех пациентов оценивали остеопатический статус в соответствии с клиническими рекомендациями.

Результаты. У обследованных пациентов с дорсопатией были выявлены соматические дисфункции всех трех уровней проявления. Наиболее характерными оказались дисфункции регионального (грудного региона, структуральная и висцеральная составляющие; региона таза, структуральная и висцеральная составляющие; региона шеи, структуральная составляющая) и локального (висцеральные дисфункции, дисфункции отдельных ПДС на разных уровнях, швов черепа) уровня. Анализ структуры доминирующих дисфункций показал, что у 16 % пациентов доминирующими являлись глобальные, у 72 % — региональные и у 12 % — локальные соматические дисфункции.

* Для корреспонденции:

Владимир Олегович БелашАдрес: 191024 Санкт-Петербург,
ул. Дегтярная, д. 1, лит. А, Институт остеопатии
E-mail: belasch82@gmail.com

* For correspondence:

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

Для цитирования: Белаш В. О. Остеопатический статус пациентов с дорсопатией на шейном уровне. Российский остеопатический журнал. 2023; 3: 7–21. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-7-21>

For citation: Belash V. O. Osteopathic status in patients with dorsopathy at the cervical level. Russian Osteopathic Journal. 2023; 3: 7–21. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-7-21>

Заключение. В работе удалось проанализировать структуру соматических дисфункций у пациентов молодого возраста с дорсопатией на шейном уровне. Целесообразно продолжить исследование для выявления возможных взаимосвязей диагностированных соматических дисфункций и других объективных и субъективных проявлений дорсопатии.

Ключевые слова: дорсопатия, реабилитация, остеопатический осмотр, остеопатический статус

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Статья поступила: 24.03.2023

Статья принята в печать: 30.06.2023

Статья опубликована: 30.09.2023

UDC 615.828:[617.546.2+616.8-009.7]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-7-21>

© Vladimir O. Belash, 2023

Osteopathic status in patients with dorsopathy at the cervical level

Vladimir O. Belash^{1,2,3,*}

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

Introduction. Dorsopathy and associated pain and neurological syndromes are among the most common diseases of the musculoskeletal system and connective tissue throughout the world. The characteristic features of these states are high prevalence (at the level of a pandemic), often resistance to treatment, as well as persistent disability, often leading to disability of the patient. The frequency of back pain syndromes (dorsopathies) in the population is very high (58–84%), and the socio-economic losses are enormous. Thus, the search for new methods and schemes of therapy, as well as the prevention of dorsopathies, is still relevant and actual. Osteopathy in the Russian Federation is a young and dynamically developing medical specialty. Somatic dysfunctions are the main object of osteopathic influence. So the analysis of the somatic dysfunctions prevalence both in practically healthy people and suffering from various diseases is of great interest. The analysis of the osteopathic status in patients with dorsopathy will potentially help to expand the understanding of the etiopathogenesis of the disease, to develop relevant prevention and treatment regimens. All this predetermined the purpose of the present study.

The aim of the study was to make the most common somatic dysfunctions map based on the data of the assessment of the osteopathic status of patients with dorsopathy at the cervical level.

Materials and methods. A cross-sectional study was conducted at the Mokhov Institute of Osteopathy LLC medical clinic (St. Petersburg) from September 2018 to September 2022. The 462 patients with a dorsopathy diagnosis aged from 18 to 44 years were under observation. All patients underwent an assessment of osteopathic status in accordance with the clinical guidelines.

Results. There were detected somatic dysfunctions of all three levels of manifestation in the examined patients with dorsopathy. The dysfunctions of the regional (thoracic region, structural and visceral components; pelvic region, structural and visceral components, neck region, structural component) and local (visceral dysfunctions,

dysfunctions of individual PDS at different levels, skull sutures) levels were the most characteristic. The analysis of the dominant dysfunctions structure showed that in 16 % of patients the dominant ones were global, in 72 % – regional, and in 12 % – local somatic dysfunctions.

Conclusion. In the work, it was possible to analyze the structure of somatic dysfunctions in young patients with dorsopathy at the cervical level. It is advisable to continue the study in order to identify possible relationships between the diagnosed somatic dysfunctions and other objective and subjective manifestations of dorsopathy.

Key words: *dorsopathy, rehabilitation, osteopathic examination, osteopathic status*

Funding. The study was not funded by any source.

Conflict of interest. The author declares no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 24.03.2023

The article was accepted for publication 30.06.2023

The article was published 30.09.2023

Введение

Группа болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани является одной из самых распространенных и включает более 150 различных заболеваний и синдромов. При этом именно данные заболевания чаще всего связаны с болью и нарушением функции костно-мышечного аппарата [1, 2]. Термином «дорсопатия» принято обозначать болевые синдромы и неврологические расстройства в области туловища и конечностей, обусловленные дистрофическими заболеваниями позвоночника [3]. Ряд авторов дополнительно подчеркивают именно невисцеральную этиологию данных клинических проявлений [4, 5]. Источниками болевой импульсации в данном случае могут являться мышцы, связки и фасции, фасеточные суставы, нервы и спинномозговые узлы, межпозвонковые диски, позвонки и твердая мозговая оболочка [6].

В МКБ-10 дегенеративные заболевания позвоночника включены в класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00–M99). В данном разделе отдельно выделена дорсопатия (M40–M54), однако с позиции клинической медицины равноправными следует признать синонимы «вертеброгенные синдромы» и «клинические проявления остеохондроза позвоночника», также отраженные в классификации [7]. Дорсопатия в МКБ-10 разделяется на деформирующую спондилопатию, другие виды дорсопатии (дегенерация межпозвонковых дисков, симпаталгические синдромы) и дорсалгию. Во всех случаях основанием для диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография позвоночника) [3].

Термин «дорсопатия» пришел на смену привычному для многих поколений неврологов термину «остеохондроз», который долгое время активно использовался в отечественной медицине. Это вполне обосновано, так как понятие «остеохондроз» уже не отвечает всем этиопатогенетическим конфликтам, вызывающим боль в спине. Данную тему ранее более подробно уже поднимали в одной из работ [8]. В современной русскоязычной медицинской литературе популярным является термин «боль в спине». Кроме него, часто в качестве синонимов употребляют такие понятия, как «остеохондроз», «дорсопатия» и «дорсалгия» [9]. По отношению к шейному отделу позвоночника распространенным является термин «вертеброгенная цервикалгия» [10].

Дорсопатия и связанные с ней болевые и неврологические синдромы являются одной из ведущих причин потери здоровья [11]. Помимо высокой распространенности, данные состояния зачастую характеризуются резистентностью к проводимому лечению, а в ряде случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности [12–15].

Таким образом, работы по поиску новых методов и схем терапии, а также профилактики дорсопатии до сих пор остаются актуальными и востребованными.

Остеопатия в Российской Федерации — молодая и динамично развивающаяся медицинская специальность. Основным объектом остеопатического воздействия являются соматические дисфункции. Большой интерес представляет анализ распространенности соматических дисфункций как у практически здоровых людей, так и у страдающих различными заболеваниями. В то же время, в силу объективных причин (утверждение специальности только в 2012 г., отсутствие до недавнего времени единой терминологии и унифицированных алгоритмов диагностики, малое число научных работ с отражением развернутого остеопатического статуса) таких исследований мало, а имеющиеся работы нередко проведены на маленьких выборках пациентов. Анализ остеопатического статуса пациентов с дорсопатией потенциально поможет расширить представления об этиопатогенезе заболевания, разработать актуальные схемы профилактики и лечения. Все это и предопределило цель настоящего исследования.

Цель исследования — на основании данных оценки остеопатического статуса пациентов с дорсопатией на шейном уровне составить карту наиболее распространенных соматических дисфункций (СД).

Материалы и методы

Тип исследования: поперечное.

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование проводили в период с сентября 2018 г. по сентябрь 2022 г. на клинической базе кафедры остеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова — в медицинской клинике ООО «Институт остеопатии Мохова» (Санкт-Петербург).

Характеристика участников. Под наблюдением находились 462 пациента с диагнозом дорсопатии на шейном уровне, 192 (42 %) мужчины и 270 (58 %) женщин, средний возраст — $36 \pm 4,1$ года. Средняя продолжительность заболевания — $3,8 \pm 1,4$ года.

Критерии включения: возраст на момент включения в исследование 18–44 года (молодой возраст в соответствии с классификацией ВОЗ); установленный и верифицированный при помощи методов лучевой диагностики диагноз дорсопатии (для исключения грыж, протрузии, требующих оперативного вмешательства); наличие болевого синдрома (период обострения заболевания); преимущественная локализация изменений на уровне шейного отдела позвоночника; хроническое течение заболевания (свыше 12 нед); отсутствие на момент включения в исследование обострения сопутствующей патологии, острых травм и инфекционных заболеваний; потенциальное согласие пациента на участие в исследовании.

Дорсопатия — достаточно широкая группа заболеваний, и, как уже было указано выше, до сих пор имеются некоторые сложности в терминологии, формулировке диагнозов и их «взаимозаменяемости». Во избежание недоразумений и неправильного толкования результатов исследования целесообразно указывать коды диагнозов по МКБ-10, с которыми пациенты обращались для диагностики и лечения: M42, M47, M50, M54 (при необходимости — с соответствующими кодами, уточняющими локализацию: 1 — область затылка, I и II шейных позвонков; 2 — область шеи; 3 — шейно-грудной отдел). Объединяющим признаком являлся вертеброгенный характер имеющихся клинических проявлений, а значит с определенными оговорками можно говорить о вертеброгенной цервикалгии и /или вертеброгенной дорсопатии.

Критерии невключения: возраст на момент включения в исследование менее 18 и более 45 лет; отсутствие верификации диагноза дорсопатии при помощи методов лучевой диагностики; преимущественная локализация изменений на уровне грудного и поясничного отделов позвоночника; острое и подострое течение заболевания; наличие заболеваний и состояний, являющихся противопоказанием к проведению остеопатической коррекции; посещение в течение

3 мес до начала исследования мануального терапевта, остеопата, массажиста; отказ пациента от участия в исследовании.

На момент обращения основными жалобами пациентов были боли и скованность в области шеи, ограничение объема активных движений, головные боли, онемение дистальных отделов верхних конечностей, приступообразное головокружение, общая усталость. Подробный анализ жалоб пациентов и их взаимосвязи с другими объективными и субъективными проявлениями основного заболевания не входил в задачи данной статьи и будет представлен в одной из следующих публикаций.

Всем пациентам оценивали остеопатический статус. Остеопатическое обследование проводили по унифицированному протоколу с отражением уровня проявлений (глобальный, региональный, локальный), характера (биомеханическое, ритмогенное, нейродинамическое) и степени выраженности нарушений (СД) [16–18]. Полученные данные заносили в унифицированную карту и в дальнейшем подвергали обработке и анализу.

Статистическая обработка. Использовали описательную статистику для массивов данных, которая состояла в вычислении средней арифметической со стандартной ошибкой средней и частоты выявления СД. Обработку данных осуществляли с использованием лицензионной программы Microsoft Excel 2019 г.

Этическая экспертиза. Данное 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 на участие в исследовании.

Результаты и обсуждение

В результате анализа полученных данных была определена частота выявления СД различного уровня у обследованных пациентов. СД глобального уровня были выявлены у 70 (15 %) пациентов, при этом у 34 отмечено сочетание сразу двух глобальных нарушений. Среди дисфункций данного уровня преобладали нарушения выработки краниального ритмического импульса (42, 9 %) и психовисцеросоматические нарушения (54, 12 %), табл. 1. Глобальные СД имели только легкую (1 балл) и среднюю (2 балла) степень выраженности (рис. 1).

Таблица 1

Частота выявления глобальных соматических дисфункций у обследованных пациентов, абс. число, на 100 обследованных (%)

Table 1

The detection frequency of global somatic dysfunctions in the examined patients, abs. number, per 100 examined (%)

Нарушение	Обследованные пациенты, n=462	
	абс. число	%
Биомеханическое	3	0,7
Ритмогенное краниальное	42	9
Ритмогенное торакальное	0	0
Ритмогенное кардиальное	0	0
Нейродинамическое психовисцеросоматическое	54	12
Нейродинамическое постуральное	5	1

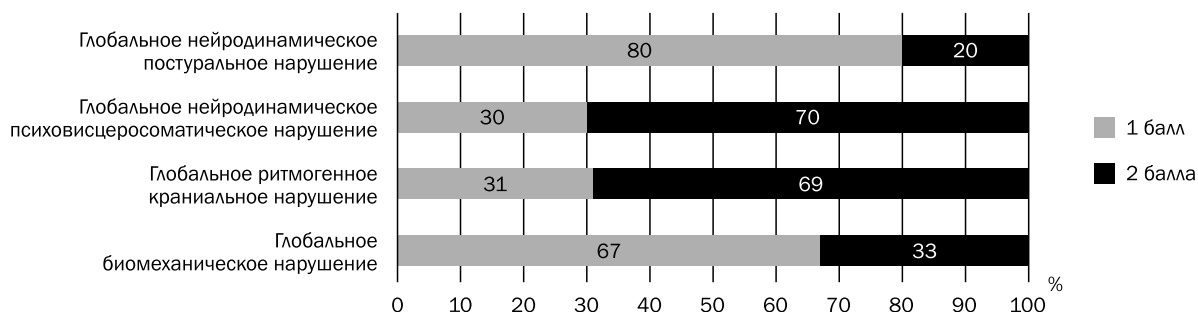


Рис. 1. Распределение степени выраженности соматических дисфункций глобального уровня у обследованных пациентов, % к общему количеству дисфункций каждого вида

Fig. 1. Distribution of the severity of somatic dysfunctions at the global level in the examined patients, % of the total number of dysfunctions of each type

Анализ структуры глобальных СД у обследованных пациентов (рис. 2) показал, что ожидаемо преобладающими оказались нейродинамические нарушения, а именно психовисцеросоматические (52%).

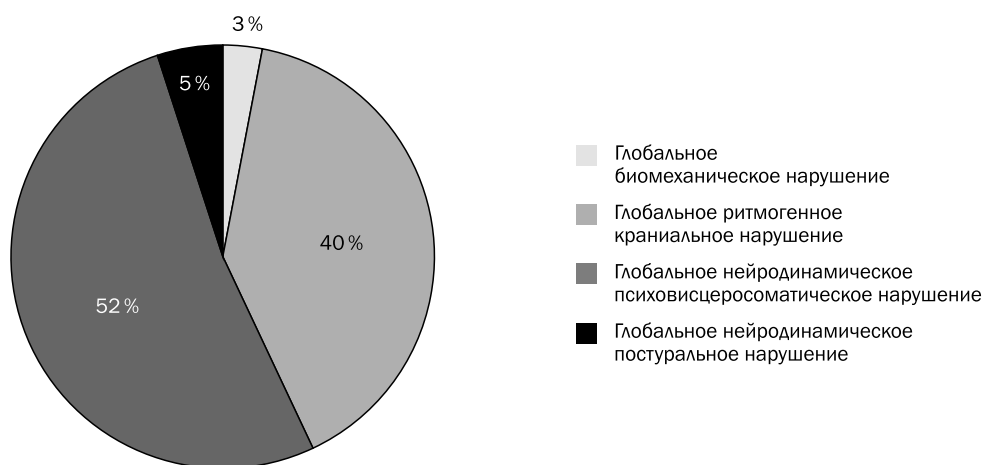


Рис. 2. Структура глобальных соматических дисфункций у обследованных пациентов

Fig. 2. Structure of global somatic dysfunctions in examined patients

У большинства обследованных пациентов (408; 88%) были выявлены СД регионального уровня, при этом у значительной части имело место сочетание двух и более региональных дисфункций (366; 79%). Чаще всего были диагностированы биомеханические нарушения (408; 88%), а нейродинамические выявляли лишь в единичных случаях (23; 5%).

Для пациентов оказались характерны дисфункции следующих регионов: грудного, структуральная (325; 70 %) и висцеральная (192; 42 %) составляющие; таза, структуральная (289; 62 %) и висцеральная (204; 44 %) составляющие; твердой мозговой оболочки (215; 47 %); шеи, структуральная составляющая (216; 47 %). Более подробно частота региональных СД у обследованных пациентов отражена в табл. 2.

Таблица 2

**Частота выявления региональных соматических дисфункций
у обследованных пациентов, абс. число, на 100 обследованных (%)**

Table 2

**The detection frequency of regional somatic dysfunctions
in the examined patients, abs. number, per 100 examined (%)**

Регион, составляющая	Обследованные пациенты, n=462	
	абс. число	%
Головы	98	21
Шеи		
структуральная	216	47
висцеральная	83	18
Верхних конечностей	1	0,2
Грудной		
структуральная	325	70
висцеральная	192	42
Поясничный		
структуральная	121	26
висцеральная	89	19
Таза		
структуральная	289	62
висцеральная	204	44
Нижних конечностей	5	1
Твердой мозговой оболочки	215	47

Важным являются особенности распределения структуральной (соматической) и висцеральной составляющих в регионах, где это разделение выделяется и имеет значение для коррекции. Так, при наличии биомеханических нарушений региона шеи преобладала структуральная составляющая (72 %) по отношению к общему количеству биомеханических нарушений данного региона; в грудном, поясничном и в регионе таза также преобладала структуральная составляющая (рис. 3).

Анализ структуры региональных биомеханических нарушений представлен на рис. 4. У пациентов с дорсопатией на шейном уровне преобладали дисфункции грудного региона (28,2 %) и таза (26,8 %), а вот дисфункции региона шеи в структуре оказались всего лишь третьими (16,3 %).

Большой интерес представляет изучение аналитического среза распределения степени выраженности СД на региональном уровне у пациентов с дорсопатией (рис. 5). При этом регионы верхних и нижних конечностей в силу их крайне малой частоты выявления (0,1 и 1 % соответственно) в обработку не включены.

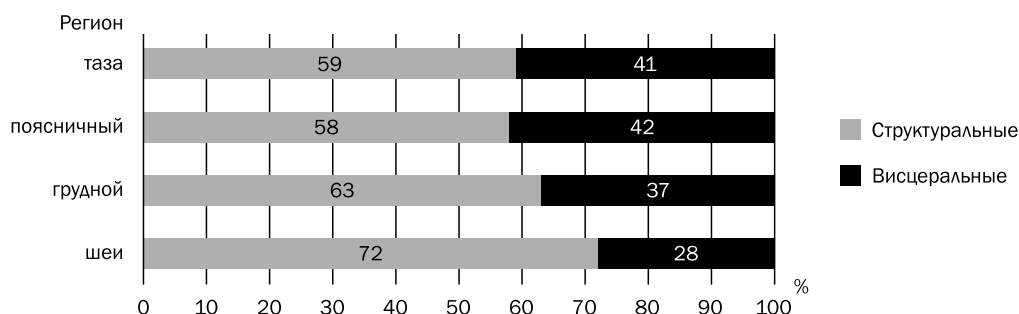


Рис. 3. Распределение висцеральных и структуральных нарушений, % к общему числу выявленных биомеханических нарушений данного региона у обследованных пациентов

Fig. 3. Distribution of visceral and structural disorders, % of the total number of detected biomechanical disorders in this region in the examined patients

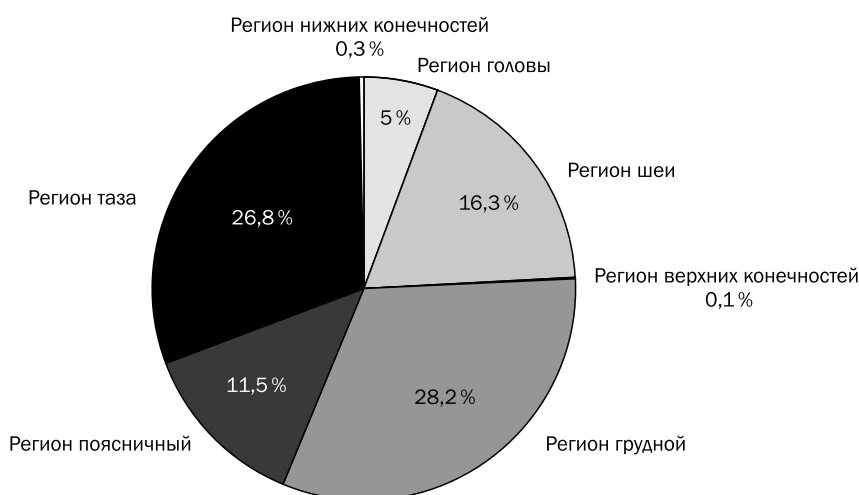


Рис. 4. Структура региональных соматических дисфункций у пациентов с дорсопатией на шейном уровне

Fig. 4. Structure of regional somatic dysfunctions in patients with dorsopathy at the cervical level

Региональные биомеханические нарушения чаще всего имели легкую (1 балл) и среднюю (2 балла) степень выраженности. Значительная (3 балла) степень выраженности оказалась более характерна для регионов грудного, шеи и таза. Эти же регионы были преобладающими в структуре региональных биомеханических нарушений. Среди всех региональных биомеханических нарушений чаще всего имели легкую степень выраженности дисфункции региона головы.

Что касается региональных нейродинамических нарушений, то их выявляли в единичных случаях (23; 5 %) и все они представлены висцеросоматическими влияниями на разных уровнях. При этом все дисфункции данного уровня имели среднюю (2 балла) степень выраженности.

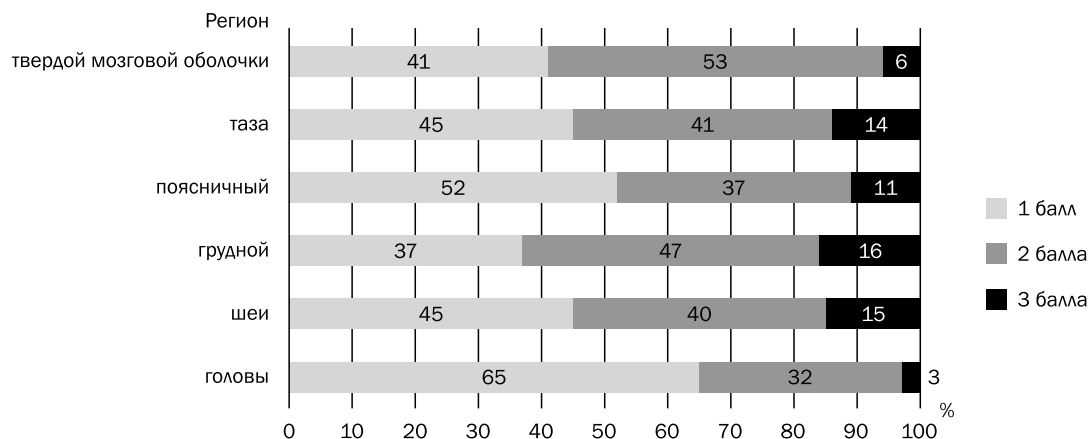


Рис. 5. Распределение степени выраженности соматических дисфункций регионального уровня у обследованных пациентов, % к общему количеству биомеханических нарушений каждого региона

Fig. 5. Distribution of the severity of somatic dysfunctions at the regional level in the examined patients, % of the total number of biomechanical disorders in each region

Функциональные нарушения локального уровня были диагностированы у всех обследованных пациентов (462; 100%). Среди локальных СД чаще всего выявляли дисфункции отдельных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) шейного (122; 26% на 100 обследованных), грудного (68; 15%), поясничного (175; 38%) отделов позвоночника, висцеральные (246; 53%), I ребра (67; 15%), отдельных швов черепа (221; 48%), лонного сочленения (85; 18%), крестца (94; 20%), коленного сустава (73; 16%), голеностопного сустава (88; 19%). Остальные локальные СД выявляли у обследованных пациентов в единичных случаях.

На локальном уровне не принята градация дисфункций по степени выраженности. Анализ структуры локальных дисфункций в данном случае нецелесообразен из-за большого числа нарушений с крайне низкой частотой выявления (менее 1%).

В рамках остеопатического обследования у каждого пациента была определена доминирующая СД. Структура доминирующих функциональных нарушений у пациентов с дорсопатией на шейном уровне отражена на рис. 6.

В структуре доминирующих СД у данной группы пациентов преобладают дисфункции региона таза (19%), шеи (18%), твердой мозговой оболочки (15%), грудного (14%). Анализ структуры распределения доминирующих дисфункций по уровню их проявления показал, что у 16% пациентов доминирующими являлись глобальные, у 72% — региональные и у 12% — локальные нарушения.

Обсуждение. Проведенное исследование позволило оценить остеопатический статус пациентов молодого возраста с дорсопатией на шейном уровне и представить развернутую карту СД. Наименее характерными оказались дисфункции глобального уровня (15%), в то время как региональные дисфункции выявляли у подавляющего большинства пациентов (88%), а локальные — у всех наблюдаемых респондентов (100%). Такая особенность представленности СД по уровням отмечена и ранее в других исследованиях, где так или иначе оценивали остеопатический статус пациентов с дорсопатией различной локализации [19–23]. К сожалению, таких работ крайне мало и выполнены они на небольшой выборке пациентов. Это обусловлено вполне объективными причинами, так как возможность проведения исследований такого рода появилась только после ста-

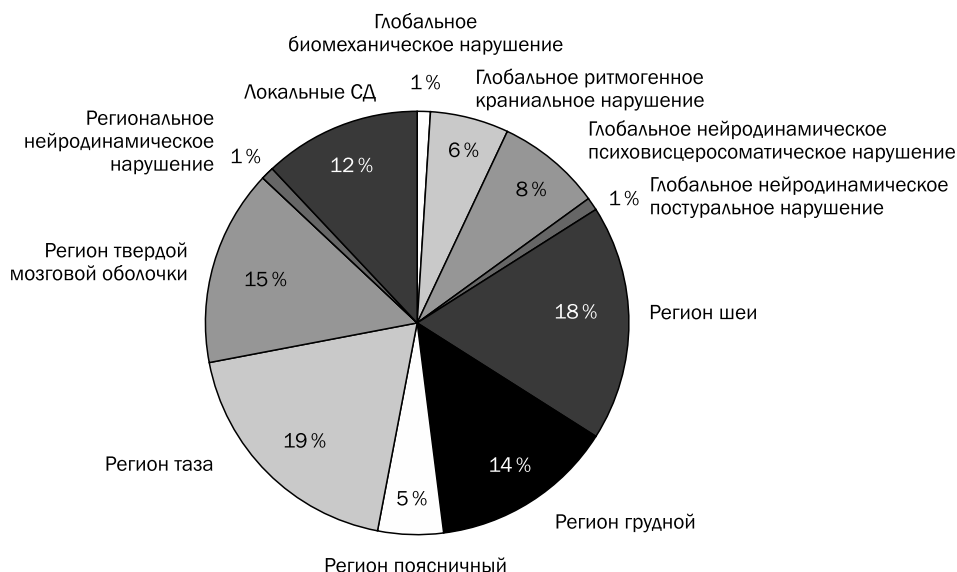


Рис. 6. Структура доминирующих соматических дисфункций у обследованных пациентов

Fig. 6. Structure of dominant somatic dysfunctions in examined patients

новления остеопатии как медицинской специальности и разработки первых клинических рекомендаций [16], утвердивших единую терминологию и унифицированный подход к диагностике СД.

В доступных источниках много работ по применению мануальных методов лечения в терапии пациентов с дорсопатией [24–29]. Однако в подавляющем большинстве случаев в данных работах оценивали применение отдельных техник (набора техник) на конкретных элементах опорно-двигательного аппарата. Сферой работы мануальных терапевтов являются функциональные блоки (нарушения) преимущественно костно-мышечной системы. Это нашло отражение и в действующей нормативно-правовой базе. Так, приказом Минздрава России от 28.04.2022 № 292н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю „Мануальная терапия“» деятельность специалистов данного профиля ограничена проведением диагностики и лечения при наличии у пациентов «дисфункций опорно-двигательного аппарата» [30]. При этом чаще всего место приложения манипуляций совпадает с локализацией жалоб пациента. О персонифицированном подходе, основанном на унифицированной диагностике, в таких работах речи не идет. Это значит, что такие исследования не получится использовать для анализа структуры и частоты выявления дисфункций у пациентов с дорсопатией. При этом, как показало проведенное исследование, функциональные нарушения у таких пациентов не ограничиваются только опорно-двигательным аппаратом, а, наоборот, существенно шире, что позволяет уже иначе взглянуть на проблему дорсопатии.

Интересным представляется анализ структуры доминирующих СД с практической точки зрения. У 16% доминировали дисфункции глобального уровня. Это значит, что у данной группы пациентов потенциально, чтобы добиться более значимых результатов при проведении курса остеопатической коррекции, целесообразно привлекать смежных специалистов: при биомеханических нарушениях — врачей лечебной физкультуры, массажистов, при нейродинамических психовисцеросоматических — психологов, психотерапевтов, при нейродинамических постуральных — стоматологов, ортопедов, офтальмологов.

У 72 % пациентов доминирующими были СД регионального уровня, при этом преобладали дисфункции региона таза, шеи, грудного и твердой мозговой оболочки. Соответственно, у достаточно большой части пациентов вектор лечения заключался в коррекции дисфункций в регионах, которые не совпадали с исходной локализацией патологических изменений и жалоб самих пациентов. Можно предположить, что это именно та часть пациентов, которые или не отвечают на проведение других мануальных подходов (мануальная терапия, массаж, лечебная физкультура), или дают лишь временную положительную динамику, так как «ключевая» с позиции методологии и философии остеопатии дисфункция остается нескорректированной. С клинической точки зрения это дополнительно может указывать на то, что подход «лечить, где болит» не только устарел, но и зачастую просто нерезультативен.

В 12 % доминирующими были СД локального уровня. Эти пациенты дают хорошую клиническую динамику на фоне как остеопатического лечения, так и применения других мануальных подходов.

Полученные данные также потенциально позволяют иначе рассматривать вопросы патогенеза дорсопатии и связанных с ней болевых и неврологических синдромов. Установлено, что СД, так или иначе совпадающие по локализации с первичной локализацией жалоб и патологических изменений (регион шеи, локальные СД позвоночно-двигательных сегментов на шейном уровне), диагностированы у 354 (77 %) пациентов. Оставшиеся пациенты (108; 23 %) предъявляют жалобы в первую очередь на боли в шеи, при этом не имея в данной области каких-либо функциональных нарушений. Наиболее вероятно в данной ситуации предположить, что это подтверждает постулат о том, что СД могут иметь клинические проявления, не совпадающие со своей локализацией.

С другой стороны, доминирующими были дисфункции региона шеи всего у 18 %, а отдельные локальные СД данной области — у 3 %. Это значит, что почти у 80 % пациентов есть другие «преобладающие» функциональные нарушения, расположенные как в соседних анатомических областях (регион головы, грудной), так и в условно отдаленных (поясничный регион, таз, дисфункции нижних конечностей). Открытым для дискуссии и изучения остается вопрос: данные дисфункции способствовали развитию дорсопатии на шейном уровне или явились ее следствием?

Кроме того, стоит обратить внимание и на тот факт, что у 24 % пациентов были диагностированы висцеральные дисфункции (как региональные, так и локальные) данной области. Каков вклад данных дисфункций в развитие тех или иных клинических проявлений заболевания? Как ранее уже указывали, целый ряд авторов отдельно подчеркивают невисцеральную этиологию клинических проявлений дорсопатии. Однако, с учетом полученных результатов, в данной ситуации стоит тогда говорить именно об отдельных заболеваниях и нозологических формах со стороны висцерального компонента, но никак не о функциональных нарушениях. Также отметим, что висцеральные нарушения другой локализации (регион грудной, поясничный, таза) были выявлены практически у всех обследованных респондентов, что тоже дополнительно подчеркивает важность данных нарушений и может отражать возможный вклад в этиопатогенез дорсопатии.

Интересным видится выявление взаимосвязи описанных СД и других субъективных и объективных проявлений у пациентов с дорсопатией на шейном уровне. Это позволит точнее интерпретировать полученные данные по частоте выявления и структуре СД у данной группы пациентов, а значит, исследование необходимо продолжать.

Неблагоприятные исходы. Негативных реакций, связанных с проведением данного исследования, зарегистрировано не было.

Заключение

У пациентов с дорсопатией на шейном уровне из глобальных соматических дисфункций наиболее характерны нарушения выработки краниального ритмического импульса и глобальные нейродинамические психовисцеросоматические нарушения. Наиболее типичными оказались

региональные соматические дисфункции региона грудного (структуральная и висцеральная составляющие), региона таза (структуральная и висцеральная составляющие), региона шеи (структуральная составляющая). На локальном уровне чаще всего выявляли висцеральные нарушения, дисфункции отдельных позвоночно-двигательных сегментов на разных уровнях, швов черепа. Исследование целесообразно продолжить и проанализировать взаимосвязи выявленных соматических дисфункций и других объективных и субъективных проявлений данного заболевания.

Вклад автора:

В. О. Белаш — планирование и проведение исследования, сбор материалов, анализ и обработка результатов, написание и редактирование статьи

Автор одобрил финальную версию статьи для публикации, согласен нести ответственность за все аспекты работы и обеспечить гарантию, что все вопросы относительно точности и достоверности любого фрагмента работы надлежащим образом исследованы и решены.

Author contribution:

Vladimir O. Belash — planning and realization of the research, collecting materials, analyzing and processing results, writing and editing the article

The author has approved the final version of the article for publication, and agrees to be responsible for all aspects of the work and to ensure that all questions regarding the accuracy and reliability of any fragment of the work are properly investigated and resolved.

Литература/References

1. Денисов И.Н., Заугольников Т.В., Попова Т.С., Морозова Т.Е. Дорсопатии: актуальность профилактических осмотров для ранней диагностики, выявления факторов риска и коморбидных заболеваний. Вестн. РГМУ. 2018; 5: 14–20.
[Denisov I.N., Zaugolnikova T.V., Popova T.S., Morozova T.E. Dorsopathies: routine checkups as a procedure necessary for early diagnostics, risk factors and comorbidities identification. Bull. RSMU. 2018; 5: 14–20 (in russ.)]. <https://doi.org/10.24075/vrgmu.2018.065>
2. Brooks P.M. The burden of musculoskeletal disease — a global perspective. Clin. Rheumatol. 2006; 25 (6): 778–781. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0240-3>
3. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика). Нерв. болезни. 2002; 2: 2–8.
[Fedin A.I. Dorsopathy (classification and diagnosis). Nerv. Dis. 2002; 2: 2–8 (in russ.)].
4. Хитров Н.А., Цурко В.В. Дорсопатия: от многоликости проблемы к целенаправленной тактике лечения. Клин. геронтол. 2015; 21 (5–6): 40–45.
[Khitrov N.A., Tsurko V.V. Dorsopathies from multi-faceted challenge to targeted treatment strategy. Clin. Gerontol. 2015; 21 (5–6): 40–45 (in russ.)].
5. Хакимов Р.Х., Усманов Ш.У. Диагностика неврологических проявлений дорсопатий. Экономика и социум. 2021; 10 (89): 1172–1176.
[Khakimov R.H., Usmanov S.U. Diagnosis of neurological manifestations of dorsopathies. Econom. Soc. 2021; 10 (89): 1172–1176 (in russ.)].
6. Пилипович А.А. Боль в спине: подбор терапии с точки зрения безопасности и эффективности. Consilium medicum. 2017; 19 (2–3): 56–62
[Pilipovich A.A. Back pain: selection of therapy in terms of safety and efficacy. Consilium medicum. 2017; 19 (2–3): 56–62 (in russ.)].
7. Агасаров Л.Г., Кузьмина И.В., Чигарев А.А., Марьяновский А.А. Клиника, патогенез и коррекция проявлений дорсопатий. Вестн. новых мед. технол. (электронное издание). 2015; 1: 6–1. Ссылка активна на 23.03.2023.
[Agasarov L.G., Kuzmina I.V., Tchigarev A.A., Maryanovsky A.A. Clinical manifestations, pathogenesis and correction of dorsopathies. J. New Med. Technol. (Electronic edition). 2015; 1: 6–1. Accessed March 23, 2023 (in russ.)]. <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5071.pdf>
8. Белаш В.О., Агасаров Л.Г. Рефлексотерапия в лечении пациентов с дорсопатией. Российский остеопатический журнал. 2020; 4: 117–130.
[Belash V.O., Agasarov L.G. Reflexology in the treatment of patients with dorsopathy. Russian Osteopathic Journal. 2020; 4: 117–130 (in russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-117-130>

9. Колоколова А.М., Салина Е.А., Колоколов О.В., Шоломов И.И. Боль в шее: цервикалгия или цервикальная дорсопатия? Рус. мед журн. 2012; 20 (23): 1166–1171.
[Kolokolova A.M., Salina E.A., Kolokolov O.V., Sholomov I.I. Neck pain: cervicalgia or cervical dorsopathy? Russ. med. J. 2012; 20 (23): 1166–171 (in russ.)].
10. Широкова Л., Мокроусова М., Буланов Р. Неспецифическая цервикалгия: эпидемиология, факторы возникновения, современные концепции консервативного лечения. Врач. 2015; 5: 55–59.
[Shirokova L., Mokrousova M., Bulanov R. Nonspecific cervicalgia: epidemiology, occurrence factors, current medical treatment concepts. Doctor. 2015; 5: 55–59 (in russ.)].
11. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M., Lozano R., Michaud C., Ezzati M., Shibuya K., Salomon J.A., Abdalla S., Aboyans V., Abraham J., Ackerman I., Aggarwal R., Ahn S.Y., Ali M.K., Alvarado M., Anderson H.R., Anderson L.M., Andrews K.G., Atkinson C., Baddour L.M., Bahalim A.N., Barker-Collo S., Barrero L.H., Bartels D.H., Basáñez M.G., Baxter A., Bell M.L., Benjamin E.J., Bennett D., Bernabé E., Bhalla K., Bhandari B., Bikbov B., Bin Abdulhak A., Birbeck G., Black J.A., Blencowe H., Blore J.D., Blyth F., Bolliger I., Bonaventure A., Boufous S., Bourne R., Boussinesq M., Braithwaite T., Brayne C., Bridgett L., Brooker S., Brooks P., Brugha T.S., Bryan-Hancock C., Bucello C., Buchbinder R., Buckle G., Budke C.M., Burch M., Burney P., Burstein R., Calabria B., Campbell B., Canter C.E., Carabin H., Carapetis J., Carmona L., Cella C., Charlson F., Chen H., Cheng A.T., Chou D., Chugh S.S., Coffeng L.E., Colan S.D., Colquhoun S., Colson K.E., Condon J., Connor M.D., Cooper L.T., Corriere M., Cortinovis M., de Vaccaro K.C., Couser W., Cowie B.C., Criqui M.H., Cross M., Dabhadkar K.C., Dahiya M., Dahodwala N., Damere-Derry J., Danaei G., Davis A., De Leo D., Degenhardt L., Dellavalle R., Delossantos A., Denenberg J., Derrett S., Des Jarlais D.C., Dharmaratne S.D., Dherani M., Diaz-Torne C., Dolk H., Dorsey E.R., Driscoll T., Duber H., Ebel B., Edmond K., Elbaz A., Ali S.E., Erskine H., Erwin P.J., Espindola P., Ewoibokhan S.E., Farzadfar F., Feigin V., Felson D.T., Ferrari A., Ferri C.P., Fèvre E.M., Finucane M.M., Flaxman S., Flood L., Foreman K., Forouzanfar M.H., Fowkes F.G., Franklin R., Fransen M., Freeman M.K., Gabbe B.J., Gabriel S.E., Gakidou E., Ganatra H.A., Garcia B., Gaspari F., Gillum R.F., Gmel G., Gosselin R., Grainger R., Groeger J., Guillemin F., Gunnell D., Gupta R., Haagsma J., Hagan H., Halasa Y.A., Hall W., Haring D., Haro J.M., Harrison J.E., Havmoeller R., Hay R.J., Higashi H., Hill C., Hoen B., Hoffman H., Hotez P.J., Hoy D., Huang J.J., Ibeanusi S.E., Jacobsen K.H., James S.L., Jarvis D., Jasrasaria R., Jayaraman S., Johns N., Jonas J.B., Karthikeyan G., Kassebaum N., Kawakami N., Keren A., Khoo J.P., King C.H., Knowlton L.M., Kobusingye O., Koranteng A., Krishnamurthi R., Laloo R., Laslett L.L., Lathlean T., Leasher J.L., Lee Y.Y., Leigh J., Lim S.S., Limb E., Lin J.K., Lipnick M., Lipshultz S.E., Liu W., Loane M., Ohno S.L., Lyons R., Ma J., Mabweijano J., MacIntyre M.F., Malekzadeh R., Mallinger L., Manivannan S., Marcenes W., March L., Margolis D.J., Marks G.B., Marks R., Matsumori A., Matzopoulos R., Mayosi B.M., McAnulty J.H., McDermott M.M., McGill N., McGrath J., Medina-Mora M.E., Meltzer M., Mensah G.A., Merriman T.R., Meyer A.C., Miglioli V., Miller M., Miller T.R., Mitchell P.B., Mocumbi A.O., Moffitt T.E., Mokdad A.A., Monasta L., Montico M., Moradi-Lakeh M., Moran A., Morawska L., Mori R., Murdoch M.E., Mwaniki M.K., Naidoo K., Nair M.N., Naldi L., Narayan K.M., Nelson P.K., Nelson R.G., Nevitt M.C., Newton C.R., Nolte S., Norman P., Norman R., O'Donnell M., O'Hanlon S., Olives C., Omer S.B., Ortblad K., Osborne R., Ozgediz D., Page A., Pahari B., Pandian J.D., Rivero A.P., Patten S.B., Pearce N., Padilla R.P., Perez-Ruiz F., Perico N., Pesudovs K., Phillips D., Phillips M.R., Pierce K., Pion S., Polanczyk G.V., Polinder S., Pope C.A., Popova S., Porrini E., Pourmalek F., Prince M., Pullan R.L., Ramaiah K.D., Ranganathan D., Razavi H., Regan M., Rehm J.T., Rein D.B., Remuzzi G., Richardson R., Rivara F.P., Roberts T., Robinson C., De León F.R., Ronfani L., Room R., Rosenfeld L.C., Rushton L., Sacco R.L., Saha S., Sampson U., Sanchez-Riera L., Sanman E., Schwebel D.C., Scott J.G., Segui-Gomez M., Shahraz S., Shepard D.S., Shin H., Shrivakoti R., Singh D., Singh G.M., Singh J.A., Singleton J., Sleet D.A., Sliwa K., Smith E., Smith J.L., Stapelberg N.J., Steer A., Steiner T., Stolk W.A., Stovner L.J., Sudfeld C., Syed S., Tamburlini G., Tavakkoli M., Taylor H.R., Taylor J.A., Taylor W.J., Thomas B., Thomson W.M., Thurston G.D., Tleyjeh I.M., Tonelli M., Towbin J.A., Truelsen T., Tsilimbaris M.K., Ubeda C., Undurraga E.A., van der Werf M.J., van Os J., Vavilala M.S., Venketasubramanian N., Wang M., Wang W., Watt K., Weatherall D.J., Weinstock M.A., Weintraub R., Weisskopf M.G., Weissman M.M., White R.A., Whiteford H., Wiersma S.T., Wilkinson J.D., Williams H.C., Williams S.R., Witt E., Wolfe F., Woolf A.D., Wulf S., Yeh P.H., Zaidi A.K., Zheng Z.J., Zonies D., Lopez A.D., Murray C.J., AlMazroa M.A., Memish Z.A. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012; 380 (9859): 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61729-2)
12. Агасаров Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях: Учеб. пособие. М.: Вузовский учебник; 2010; 96 с.
[Agasarov L.G. Technologies of restorative treatment for dorsopathies: Textbook. M.: University textbook; 2010; 96 p. (in russ.)].
13. Алтунбаев Р.А., Сабирова М.З. Диагностика и лечение поясничных болей. Неврол., нейропсихиат., психосом. 2009; 1 (3–4): 11–18.
[Altunbaev R.A., Sabirova M.Z. Diagnostics and treatment of low back pain. Neurol. Neuropsychiat. Psychosom. 2009; 1 (3–4): 11–18 (in russ.)]. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2009-49>
14. Вербицкая С.В., Парфенов В.А., Борисов К.Н. Острая боль в спине в амбулаторной практике и ее лечение мидокалмом и мирлоксом. Неврол., нейропсихиат., психосом. 2009; 1 (2): 68–72.

- [Verbitskaya S. V., Parfenov V. A., Borisov K. N. Acute back pain in the outpatient setting and its treatment with mydocalm and mirlox. *Neurol. Neuropsychiat. Psychosom.* 2009; 1 (2): 68–72 (in russ.)). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2009-42>
15. Подчуфарова Е. В. Актуальные вопросы острой и хронической боли в пояснично-крестцовой области. *Неврол., нейропсихиат., психосом.* 2012; 4 (1): 27–35.
[Podchufarova E. V. Acute and chronic lumbosacral pain: Topical problems. *Neurol. Neuropsychiat. Psychosom.* 2012; 4 (1): 27–35 (in russ.)). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-358>
16. 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 Yu. 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.)).
17. 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.)).
18. Мохов Д. Е., Аптекаръ 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.: ГЭОТАР-Медиа; 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-Media; 2020; 400 p. (in russ.)).
19. Белаш В. О., Мохов Д. Е., Трегубова Е. С. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии и реабилитации пациентов с синдромом позвоночной артерии. *Вопр. курортол., 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. Exercise Ther.* 2018; 95 (6): 34–43 (in russ.)). <https://doi.org/10.17116/kurort20189506134>
20. Белаш В. О., Новиков Ю. О. Остеопатическая коррекция при лечении боли в нижней части спины. *Российский остеопатический журнал.* 2020; 1–2: 140–146.
[Belash V. O., Novikov Yu. O. Osteopathic correction in the treatment of pain in the lower back. *Russian Osteopathic Journal.* 2020; 1–2: 140–146 (in russ.)). <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-1-2-140-146>
21. Белаш В. О., Воробьева А. Е., Васюкович Д. А. Возможности коррекции нарушения статодинамического стереотипа у пациентов с дорсопатией на шейно-грудном уровне. *Российский остеопатический журнал.* 2021; 1: 20–33.
[Belash V. O., Vorobyova A. E., Vasyukovich D. A. Possibilities of correction of the statodynamic stereotype violations in patients with dorsopathy at the cervical-thoracic level. *Russian Osteopathic Journal.* 2021; 1: 20–33 (in russ.)). <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-1-20-33>
22. Ульяхина Н. В., Ширяева Е. Е. Применение остеопатической коррекции совместно с радоновыми ваннами на санаторно-курортном этапе реабилитации пациентов с дорсопатией. *Российский остеопатический журнал.* 2020; 1–2: 88–98.
[Ul'ikhina N. V., Shiryayeva E. E. The use of osteopathic correction in conjunction with radon baths at the sanatorium-resort stage of rehabilitation of patients with dorsopathy. *Russian Osteopathic Journal.* 2020; 1–2: 88–98 (in russ.)). <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-1-2-88-98>
23. 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: 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: 48–54 (in russ.)). <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2017-3-4-48-54>
24. Ходов А. М. Мануальная терапия при болях в спине. *Тихоокеанский мед. журн.* 2003; 3: 43–44.
[Khodov A. M. Manual therapy under back pains. *Pacific Med. J.* 2003; 3: 43–44 (in russ.)).
25. Бучакчийская Н. М., Марамуха В. И., Марамуха И. В. Алгоритм лечения больных с выраженным болевым синдромом с использованием мягких методик мануальной терапии при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника. *Международ. неврол. журн.* 2011; 1 (39): 104–106.
[Buchakchiyskaya N. M., Maramukha V. I., Maramukha I. V. Algorithm of treatment of patients with severe pain syndrome using soft manual therapeutic techniques at neurologic manifestations of spinal osteochondrosis. *Int. Neurolog. J.* 2011; 1 (39): 104–106 (in russ.)).
26. Губенко В. П. Мануальная терапия в вертеброневрологии. К.: Медицина; 2006; 496 с.
[Gubenko V. P. Manual therapy in vertebroneurology. K.: Medicine; 2006; 496 p. (in russ.)).
27. Ситель А. Б. Мануальная терапия спондилогенных заболеваний. М.: Медицина; 2008; 408 с.
[Sitel A. B. Manual therapy of spondylogenic diseases. M.: Medicine; 2008; 408 p. (in russ.)).

28. Creighton D.S., Viti G., Krauss J. Use of Translatory Mobilization in a Patient with Cervical Spondilotic Degeneration: A Case Report. J. Manual Manipulat. Ther. 2005; 13 (1): 10–26. <http://doi.org/10.1179/106698105790835813>
29. Cleland J.A., Flynn T.W., Childs J.D., Eberhart S. The audible pop from thoracic spine thrust manipulation and its relation to short-term outcomes in patients with neck pain. J. Manual Manipulat. Ther. 2007; 15 (3): 143–154. <https://doi.org/10.1179/106698107790819828>
30. Приказ Минздрава России от 28.04.2022 № 292н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю „Мануальная терапия“».
[Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 292n dated 04/28/2022 «On approval of the Procedure for providing medical care to the population in the „Manual therapy“ profile» (in russ.)].

Сведения об авторе:

Владимир Олегович Белаш, канд. мед. наук, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, доцент кафедры остеопатии с курсом функциональной и интегративной медицины; 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

Information about author:

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