

УДК 615.828:616.34-052

<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-54-65>

© Ю. В. Ярышева, А. А. Дмитриев,
Э. Н. Ненашкина, 2024

Остеопатическая коррекция в составе комплексного лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника



Ю. В. Ярышева¹, А. А. Дмитриев², Э. Н. Ненашкина^{3,4,5,6,*}

¹ Медико-санитарная часть № 32 ФМБА России

624250, Свердловская обл., Заречный, ул. Островского, д. 1

² Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины им. С. И. Спасокукоцкого ДЗ города Москвы

105120, Москва, 3-й Сыромятнический пер., д. 1

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

⁴ Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова»

191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

⁵ Санкт-Петербургский государственный университет

199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9

⁶ Институт остеопатии

191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

Введение. По данным ВОЗ, 15–20 % пациентов, обращающихся за гастроэнтерологической помощью, страдают синдромом раздраженного кишечника. Пик заболеваемости приходится на возраст 30–40 лет. Данная патология является частой причиной нетрудоспособности из-за развития болевого синдрома с локализацией в области живота и изменением частоты стула на фоне отсутствия органической патологии. Невысокая результативность лечения данного заболевания связана не только с многофакторностью формирования нарушения функционирования органов желудочно-кишечного тракта и отсутствием единого стандарта в терапии, но и с низкой приверженностью пациентов к лечению в связи с полипрагмазией и необходимостью длительного использования медикаментов, а также фоновым воздействием стрессогенных факторов, урбанизацией, низкой двигательной активностью и изменением режима и качества питания. Все это ставит перед клиницистами задачи поиска и включения новых немедикаментозных способов лечения пациентов с данной нозологической формой, что и предопределило цель данной работы.

Цель исследования — изучение влияния остеопатической коррекции в составе комплексного лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника на течение данного заболевания.

Материалы и методы. В проспективное рандомизированное контролируемое исследование, проводившееся в период с января 2022 г. по март 2023 г. на базе поликлиники МСЧ №32 ФМБА России (Заречный,

* Для корреспонденции:

Эльвира Николаевна Ненашкина

Адрес: 191015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41,

Северо-Западный государственный медицинский

университет им. И. И. Мечникова

E-mail: e.nenashkina@mail.ru

* For correspondence:

Elvira N. Nenashkina

Address: I. I. Mechnikov North-Western State Medical

University, bld. 41 ul. Kirochnaya, Saint-Petersburg,

Russia 191015

E-mail: e.nenashkina@mail.ru

Для цитирования: Ярышева Ю. В., Дмитриев А. А., Ненашкина Э. Н. Остеопатическая коррекция в составе комплексного лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Российский остеопатический журнал. 2024; 4: 54–65. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-54-65>

For citation: Yarysheva Yu. V., Dmitriev A. A., Nenashkina E. N. Osteopathic correction as part of complex treatment of patients with irritable bowel syndrome. Russian Osteopathic Journal. 2024; 4: 54–65. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-54-65>

Свердловская обл.), были включены 64 пациента обоего пола с установленным диагнозом синдрома раздраженного кишечника. Все участники исследования были разделены с помощью рандомизационных конвертов на две сопоставимые группы — основную и контрольную по 32 человека в каждой. Пациентам основной группы, наряду со стандартной медикаментозной терапией, выполняли остеопатическую коррекцию, пациенты контрольной группы получали только медикаментозную терапию согласно клиническим рекомендациям по гастроэнтерологии. По окончании курса лечения у пациентов обеих групп оценивали остеопатический статус и степень выраженности болевого синдрома.

Результаты. У пациентов с синдромом раздраженного кишечника чаще всего диагностировали соматические дисфункции глобального и регионального уровня. В качестве доминирующих были определены соматические дисфункции глобального (психовисцеросоматическое нарушение — у 23,4 %, ритмогенное краниальное — у 17,2 %, глобальное биомеханическое — у 6,3 %) и регионального (поясничного региона, висцеральная составляющая — у 35 %, структуральная составляющая — у 29,7 %; грудного региона, структуральная составляющая — у 37,4 %) уровня. В результате включения остеопатической коррекции в состав комплексного лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника произошло статистически значимое ($p < 0,05$) снижение степени выраженности болевого синдрома с локализацией в животе.

Заключение. Остеопатическая коррекция в сочетании со стандартной медикаментозной терапией у пациентов с синдромом раздраженного кишечника способствует более значимому снижению степени выраженности болевого синдрома по сравнению с применением только фармакологического лечения.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, соматическая дисфункция, остеопатическая диагностика, остеопатическая коррекция, комплексное лечение

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

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

Статья поступила: 14.04.2024

Статья принята в печать: 08.08.2024

Статья опубликована: 31.12.2024

UDC 615.828:616.34-052
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-54-65>

© Yuliya V. Yarysheva, Aleksandr A. Dmitriev,
Elvira N. Nenashkina, 2024

Osteopathic correction as part of complex treatment of patients with irritable bowel syndrome

Yuliya V. Yarysheva¹, Aleksandr A. Dmitriev², Elvira N. Nenashkina^{3,4,5,6,*}

¹ Medical and Sanitary Unit №32 FMBA of Russia

bld. 1 ul. Ostrovskogo, Zarechny, Sverdlovsk region, Russia 624250

² Moscow Scientific and Practical Centre for Medical Rehabilitation, Restorative

and Sports Medicine named after S. I. Spasokukukotsky, Moscow City Health Department

bld. 1 3rd Syromyatnichesky per., Moscow, Russia 105120

³ I. I. Mechnikov North-Western State Medical University

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

⁴ Medical Clinic «Mokhov Osteopathy Institute»

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

⁵ Saint-Petersburg State University

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

⁶ Institute of Osteopathy

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

Introduction. According to WHO data from 15 to 20 % of patients seeking gastroenterological care suffer from irritable bowel syndrome. The peak incidence is at the age of 30–40 years and is a frequent cause of disability due to the development of pain syndrome with localisation in the abdomen and changes in stool frequency in the absence of organic pathology. Low effectiveness of treatment of this disease is associated not only with multifactorial formation of gastrointestinal tract dysfunction and the lack of a single standard of therapy, but also with low adherence of patients to treatment due to polypragmasy and the need for long-term use of medications against the background of stressors, urbanisation, low motor activity and changes in diet and diet quality. All this puts before clinicians the task of searching for and including new non-medication methods of treatment of patients with this nosology, which predetermined the purpose of this study.

The aim of the study was to investigate the effect of including osteopathic correction in the complex treatment of patients with irritable bowel syndrome on the course of this disease.

Materials and methods. A prospective randomised controlled study, conducted between January 2022 and March 2023 at the outpatient clinic of FBUZ MSCh № 32 FMBA of Russia in Zarechny, Sverdlovsk region, included 64 patients of both sexes with an established diagnosis of irritable bowel syndrome. All participants of the study were divided into two comparable groups - main and control groups of 32 people each. Patients of the main group along with standard drug therapy received osteopathic correction, patients of the control group received only drug therapy according to clinical recommendations in gastroenterology. At the end of the treatment course the osteopathic status and the degree of pain syndrome severity were evaluated in patients of both groups.

Results. In patients with irritable bowel syndrome the most frequently diagnosed were somatic dysfunctions of global and regional level. Somatic dysfunctions of the global (psychovisceral dysfunction — 23,4 %, rhythmogenic cranial dysfunction — 17,2 %, global biomechanical dysfunction — 6,3 %) and regional levels (lumbar region: visceral component — 35 %, somatic component — 29,7 % and thoracic region: somatic component — 37,4 %) were determined as dominant. The inclusion of osteopathic correction in the complex treatment of patients with irritable bowel syndrome resulted in a statistically significant ($p < 0,05$) decrease in the severity of pain syndrome with localisation in the abdomen.

Conclusion. As part of the complex treatment of patients with irritable bowel syndrome, osteopathic correction in combination with the use of standard drug therapy contributes to a significantly more significant reduction in the severity of pain syndrome compared to the use of pharmacological treatment alone in this category of patients.

Key words: irritable bowel syndrome, somatic dysfunction, osteopathic diagnosis, osteopathic correction, complex treatment

Funding. The study was not funded by any source.

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

The article was received 14.04.2024

The article was accepted for publication 08.08.2024

The article was published 31.12.2024

Введение

В настоящее время большую долю гастроэнтерологических патологий составляют функциональные нарушения органов желудочно-кишечного тракта без органических причин. По данным мировой статистики, 15–20 % всего населения страдают синдромом раздраженной кишки (СРК) [1].

В классификации функциональных заболеваний кишечника диагноз СРК занимает 1-е место [2]. Его выявляют у людей разного возраста, пола, расы, образа жизни и места проживания. Женщины болеют чаще в 2–4 раза, чем мужчины, максимальная степень выраженности клинических проявлений приходится на возраст 30–40 лет. Синдром раздраженного кишечника (K58.0–K58.9 по

МКБ-10) характеризуется наличием болей или абдоминального дискомфорта, сопровождается изменением частоты и консистенции стула в сочетании с двумя и/или более стойкими симптомами нарушения функций кишечника — нарушением акта дефекации, выделением слизи с калом, метеоризмом. Длительность проявлений функциональных нарушений, согласно критериям диагностики, составляет не менее 12 нед (необязательно последовательных) на протяжении последних 12 мес [3].

СРК — биопсихосоциальное заболевание. Пусковой момент, повлекший за собой нарушение функции толстой кишки, определить удаётся не всегда. Для пациентов характерен умеренно выраженный болевой синдром, истерические, агрессивные реакции, депрессия, навязчивость, канцерофобия, ипохондрические проявления [4]. Классифицируют синдром в зависимости от характера изменений стула и выделяют: СРК с запором, СРК с диареей, смешанный вариант СРК, неклассифицируемый вариант СРК [5].

Диагноз устанавливают с учетом жалоб пациента, данных клинической картины (при объективном обследовании выявляют болезненность при пальпации всех отделов ободочной кишки, спазмированную плотную сигмовидную кишку, вздутую слепую кишку) [6] и результатов инструментально-лабораторной диагностики: УЗИ органов брюшной полости, колоноскопии с прицельной биопсией, клинического и биохимического анализов крови, общего анализа кала, анализа кала на скрытую кровь, исследования фекального кальпротектина [7, 8].

Общепринятая схема лечения СРК включает нормализацию режима питания, оптимизацию водного режима, использование симптоматической медикаментозной терапии. У пациентов с гиперкинетическим типом СРК используют М-холиноблокаторы (пипенземин, метацин), миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин, папаверин), антихолинергические средства (гастроцепин, бускопан). При снижении моторной активности назначают прокинетики — домперидон, метоклопрамид, цизаприд, тримебутин; при запорах — лактулозу 30–60 мл/сут; при диарее — лоперамид 4 мг/д; по показаниям используют бактериальные пробиотики; при секреторной недостаточности поджелудочной железы — ферментные препараты [9].

Прогноз в отношении излечения неопределенный. Полное исчезновение клинических проявлений наблюдают менее чем у ¼ больных, хотя улучшение состояния бывает во многих случаях. При длительном рецидивирующем течении СРК возможно развитие хронического колита, дивертикулеза толстой кишки и других осложнений. Тяжелый или рефрактерный СРК требует комплексного мультидисциплинарного подхода [10].

Невысокая эффективность лечения данного заболевания связана не только с многофакторностью формирования нарушений функционирования органов желудочно-кишечного тракта и отсутствием единого стандарта в терапии, но и с низкой приверженностью пациентов к лечению (в связи с полипрагмазией и необходимостью длительного использования медикаментов), а также фоновым воздействием стрессогенных факторов, урбанизацией, низкой двигательной активностью и изменением режима и качества питания. Все это ставит перед клиницистами задачи поиска и включения новых немедикаментозных способов лечения пациентов с данной нозологической формой, что и предопределило цель данной работы.

Цель исследования — изучение влияния остеопатической коррекции в составе комплексного лечения пациентов с СРК на течение данного заболевания.

Материалы и методы

Тип исследования: одноцентровое проспективное контролируемое рандомизированное (с помощью рандомизационных конвертов).

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование было проведено в период с января 2022 г. по март 2023 г. на базе поликлиники МСЧ № 32 ФМБА России (Заречный, Свердловская обл.).

Характеристика участников. В исследование были включены 64 человека 20–50 лет с верифицированным диагнозом СРК.

Критерии включения: наличие у пациентов 20–50 лет диагноза СРК, установленного гастроэнтерологом; длительность заболевания — 1–3 года; наличие двух и более клинических симптомов, связанных с СРК: наличие болей в животе и/или абдоминального дискомфорта, сопровождающихся изменением частоты и консистенции стула в сочетании со стойкими симптомами нарушения функций кишечника (выделение слизи с калом, метеоризм), отсутствие органической патологии, добровольное информированное согласие пациента.

Критерии не включения: возраст пациентов моложе 20 лет и старше 50 лет; наличие у женщин беременности или лактации, наличие сопутствующей органической патологии (печеночная, почечная, сердечная недостаточность, камни желчного пузыря и желчевыводящих протоков, верифицированная органическая патология других органов желудочно-кишечного тракта — панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли различного генеза); наличие абсолютных и относительных противопоказаний к остеопатическому лечению.

Все пациенты с помощью рандомизационных конвертов были распределены на две группы — основную и контрольную по 32 человека в каждой. Характеристика пациентов представлена в табл. 1. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу, статистически значимых различий по приведенным показателям обнаружено не было ($p>0,05$).

Во время первого визита и после завершения курса лечения всем пациентам выполняли остеопатическое обследование [11] и оценивали степень выраженности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) боли [12], рис. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту, $M\pm m$

Table 1

Distribution of patients by sex and age, $M\pm m$

Параметр	Основная группа, $n=32$		Контрольная группа, $n=32$	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Число пациентов	6	26	6	26
Средний возраст, лет	34,9 $\pm$ 11,2	35,5 $\pm$ 6,3	38 $\pm$ 7,8	37,5 $\pm$ 10,5
	35,5 $\pm$ 13,5		37,5 $\pm$ 12,5	

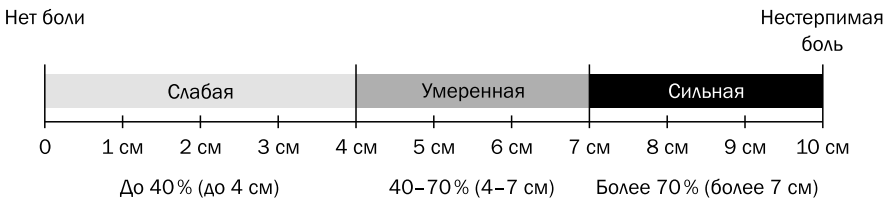


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала боли

Fig. 1. Visual analog pain scale

Пациентам основной группы, наряду с общепринятой медикаментозной терапией, выполняли остеопатическую коррекцию выявленных соматических дисфункций (СД) в количестве трех сеансов с интервалом в 2 нед. Количество приемов и интервал между ними были выбраны на основании клинических рекомендаций [11].

Пациенты контрольной группы получали изолированную стандартную медикаментозную терапию согласно клиническим рекомендациям по ведению данной патологии [9]. По окончании курса лечения пациентам обеих групп проводили остеопатическую диагностику с оформлением остеопатического заключения согласно клиническим рекомендациям [11].

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием стандартного пакета Statistica. Для сравнения групп использовали критерии Манна–Уитни, Вилкоксона и χ^2 Пирсона. Группы считали принадлежащими разным генеральным совокупностям при уровне значимости $p < 0,05$.

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

В результате оценки остеопатического статуса в обеих группах были диагностированы СД преимущественно глобального и регионального уровня. СД локального уровня (хронические) были выявлены у незначительного числа пациентов и не были специфичными.

Глобальных ритмогенных кардиальных и торакальных СД у пациентов обследуемой выборки обнаружено не было. Частота выявления СД глобального уровня у пациентов обеих групп до лечения представлена в табл. 2.

Таблица 2

Частота выявления соматических дисфункций глобального уровня у пациентов с синдромом раздраженного кишечника основной и контрольной групп до лечения, абс. число (%)

Table 2

Frequency of detection of global level somatic dysfunctions in patients with irritable bowel syndrome of the main and control groups before treatment, abs. number (%)

Глобальное нарушение	Основная группа, n=32	Контрольная группа, n=32
Биомеханическое	2 (6,3)	1 (3,1)
Нейродинамическое психовисцеросоматическое	8 (25)	7 (21,9)
Ритмогенное краниальное	6 (18,8)	5 (15,6)

У пациентов обеих групп чаще всего выявляли СД следующих регионов: поясничного (структуральная и висцеральная составляющие), грудного (структуральная и висцеральная составляющие), таза (структуральная и висцеральная составляющие). Подробнее данные отражены на рис. 2. По частоте выявления региональных СД основная и контрольная группы статистически значимо не отличались между собой ($p=0,56$).



Рис. 2. Частота выявления соматических дисфункций регионального уровня у пациентов с синдромом раздраженного кишечника основной и контрольной групп до лечения

Fig. 2. Frequency of detection of somatic dysfunctions at the regional level in patients with irritable bowel syndrome of the main and control groups before treatment

Повторную оценку остеопатического статуса пациентов с СРК проводили через 2 нед по окончании курса лечения. У пациентов основной группы было отмечено статистически значимое уменьшение частоты выявления СД глобального уровня: глобального нейродинамического психовисцеросоматического нарушения — с 25 до 6,3 % ($p < 0,05$), ритмогенного краниального — с 18,8 до 0 % ($p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически значимых изменений частоты выявления дисфункций глобального уровня получено не было.

Также у пациентов основной группы в результате лечения было выявлено статистически значимое уменьшение частоты выявления СД регионального уровня — региона таза, поясничного и грудного, $p < 0,05$ (табл. 3). У пациентов контрольной группы по данному показателю статистически значимых изменений получено не было.

Структура доминирующих СД до лечения была сходной у пациентов основной и контрольной групп. Для пациентов с СРК оказалось характерно наличие СД глобального (психовисцеросоматические нарушения — у 23,4 %, ритмогенное краниальное — у 17,2 %, глобальное биомеханическое — у 6,3 %) и регионального (поясничного региона, висцеральная составляющая — у 35 %, структуральная составляющая — у 29,7 %; грудного региона, структуральная составляющая — у 37,4 %) уровня.

В результате лечения отмечено изменение структуры доминирующих СД у пациентов основной группы, тогда как в контрольной группе существенных изменений не наблюдали (рис. 3).

Степень выраженности болевого синдрома у пациентов с СРК оценивали в начале исследования и по окончании курса лечения с использованием ВАШ. У пациентов основной группы наблюдали статистически значимое снижение выраженности болевого синдрома в результате проведенного лечения ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами контрольной группы, у которых болевой синдром остался на достаточно высоком уровне (рис. 4).

Нежелательные эффекты. Безопасность метода оценивали путем опроса, в котором отражалась субъективная оценка своего состояния пациентами. В ходе исследования негативных и нежелательных эффектов зарегистрировано не было.

Таблица 3

Частота выявления соматических дисфункций регионального уровня у пациентов с синдромом раздраженного кишечника основной и контрольной групп до и после лечения, %

Table 3

Frequency of detection of regional somatic dysfunctions in patients with irritable bowel syndrome of the main and control groups before and after treatment, %

Регион, составляющая	Основная группа, n=32		Контрольная группа, n=32	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Головы	6,3	0	0	0
Шеи	9,4	0	9,4	9,4
	3,2	0	9,4	9,4
Грудной	37,5	18,8	37,5	37,5
	37,5	6,3 ^{*,**}	37,5	37,5
Поясничный	62,5	21,9 ^{*,**}	50	40,6
	62,5	21,9 ^{*,**}	50	40,6
Таза	21,9	6,3	15,6	15,6
	18,8	0 [*]	15,6	9,4
Твердой мозговой оболочки	3,2	0	18,8	18,8

* Статистически значимое ($p<0,05$) уменьшение частоты выявления СД у пациентов основной группы в результате лечения

** Статистически значимое ($p<0,05$) уменьшение частоты выявления СД у пациентов основной группы в результате лечения по сравнению с пациентами контрольной группы

* Statistically significant ($p<0,05$) decrease in the frequency of somatic dysfunctions in the patients of the main group as a result of treatment

** Statistically significant ($p<0,05$) decrease in the frequency of somatic dysfunctions in the patients of the main group as a result of treatment compared to the patients of the control group

Обсуждение. Ведущим звеном патогенеза СРК является повышенная чувствительность рецепторов толстой кишки к растяжению с последующим перевозбуждением спинальных нейронов, развитием висцеральной гипералгезии и, как следствие, нарушением моторной функции толстой кишки [9]. Нарушение функционирования звеньев вегетативной нервной системы с преобладанием симпатикотонии увеличивает риск возникновения висцеральной гиперчувствительности при СРК [13]. Совокупность эмоциональных и вегетативных расстройств, тесная корреляция выраженности эмоциональных нарушений с изменениями вегетативной нервной системы дают основание квалифицировать нарушения при СРК как психовегетативный синдром [14].

Вероятнее всего, вышеуказанные звенья патогенеза СРК и оказали влияние на генез формирования СД у данной категории пациентов. В качестве доминирующих определяли СД глобального (психовисцеросоматические нарушения — у 23,4 %, ритмогенное краниальное — у 17,2 %, глобальное биомеханическое — у 6,3 %) и регионального (поясничного региона, висцеральная составляющая — у 35 %, структуральная составляющая — у 29,7 %; грудного

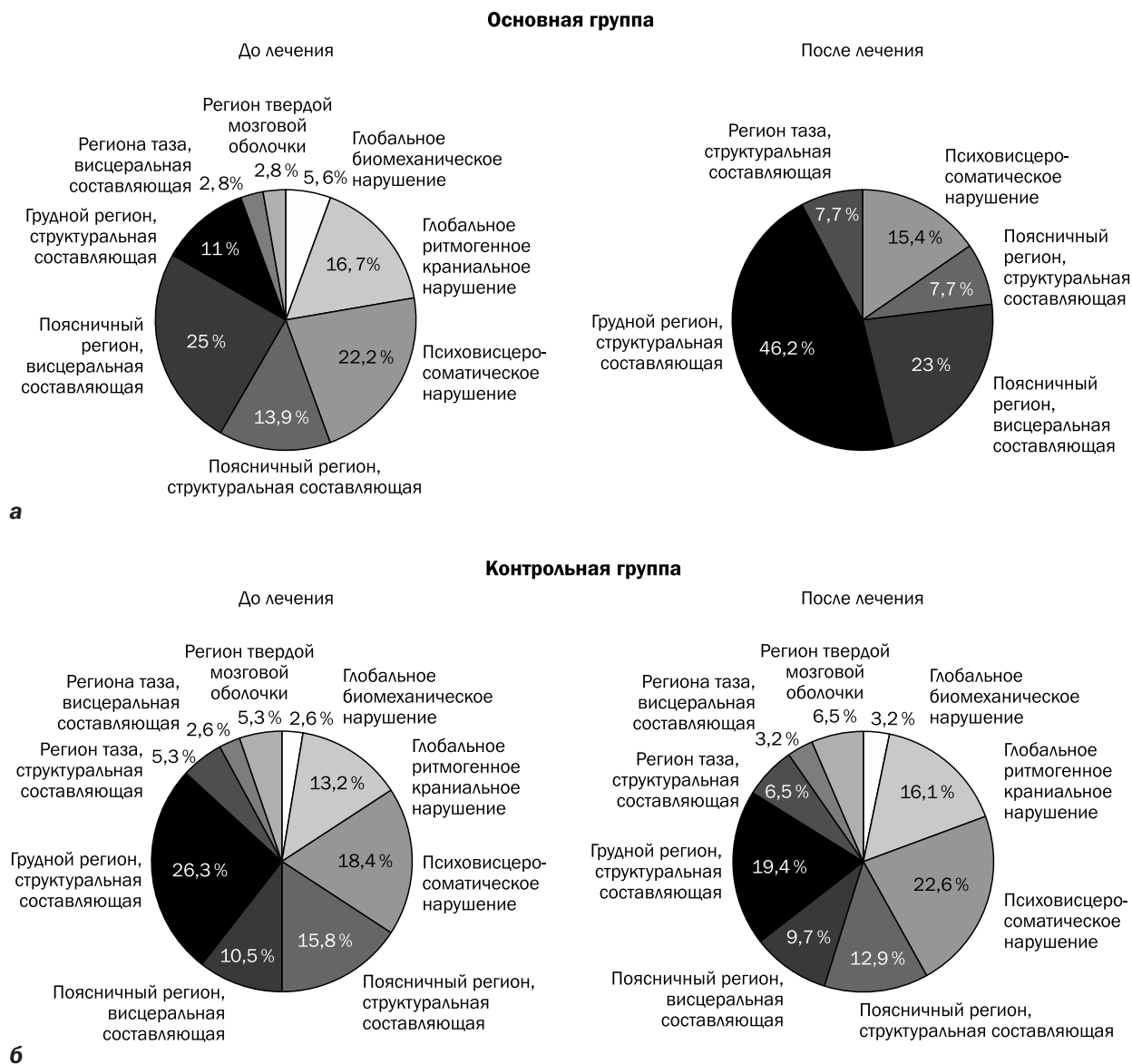


Рис. 3. Структура доминирующих соматических дисфункций у пациентов с синдромом раздраженного кишечника основной (а) и контрольной (б) групп до и после лечения

Fig. 3. Structure of dominant somatic dysfunctions in patients with irritable bowel syndrome of the main (a) and control (b) groups before and after treatment

региона, структуральная составляющая — у 37,4 %) уровня, что подтверждает сложный психосоматический генез СРК.

Главным симптомом СРК является абдоминальная боль, значительно снижающая повседневную активность пациента. Использование фармацевтических препаратов, направленных на нормализацию моторики толстой кишки, не всегда приводит к купированию болевого синдрома, а именно он существенно нарушает трудоспособность и снижает качество жизни [15]. В результате включения остеопатической коррекции в состав комплексного лечения пациентов с СРК прои-

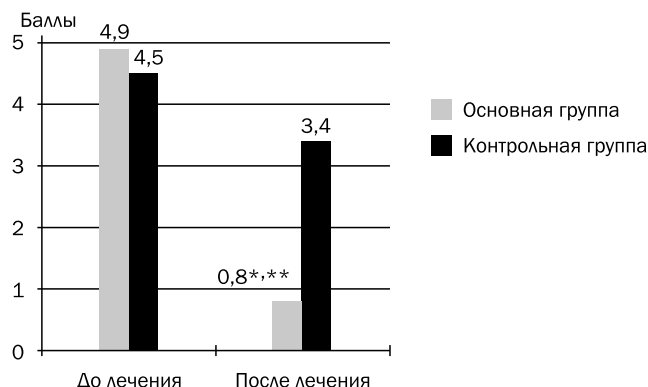


Рис. 4. Степень выраженности болевого синдрома у пациентов с синдромом раздраженного кишечника основной и контрольной групп до и после лечения.

* Различия между пациентами основной группы до и после лечения статистически значимы, $p < 0,05$

** При сравнении групп после лечения различия между ними статистически значимы, $p < 0,05$

Fig. 4. Severity of pain syndrome in patients with irritable bowel syndrome of the main and control groups before and after treatment.

* Differences between patients of the main group before and after treatment are statistically significant, $p < 0,05$

** When comparing the groups after treatment, the differences between them are statistically significant, $p < 0,05$

зошло статистически значимое снижение степени выраженности болевого синдрома в сравнении с использованием изолированной стандартной медикаментозной терапии.

На основании полученных результатов представляется целесообразным продолжение изучения влияния остеопатической коррекции в составе комплексного лечения пациентов с СРК на течение данного заболевания с оценкой отдаленных результатов. Исследование динамики показателей качества жизни пациентов с СРК необходимо провести на большей выборке.

Заклучение

В составе комплексного лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника остеопатическая коррекция в сочетании с использованием стандартной медикаментозной терапии способствует более значимому снижению степени выраженности болевого синдрома по сравнению с применением изолированного фармакологического лечения у данной категории пациентов.

Вклад авторов:

Ю. В. Ярышева — организация исследования, обзор литературы по теме исследования, сбор материала и статистическая обработка полученных данных

А. А. Дмитриев — разработка дизайна исследования

Э. Н. Ненашкина — научное руководство исследованием, написание статьи

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

Authors' contributions:

Yuliya V. Yarysheva — organisation of the research, literature review on the research topic, material collection and statistical processing of the obtained data

Aleksandr A. Dmitriev — development of the study design

Elvira N. Nenashkina — scientific supervision of the research, writing of the article

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

Литература/References

1. Трухан Д.И. На приеме пациентка с синдромом раздраженного кишечника. Мед. совет. 2016; 17: 95–99. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-17-95-99>
[Trukhan D.I. A patient with irritable bowel syndrome at the doctor's office. Med. Council. 2016; 17: 95–99. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-17-95-99> (in russ.)].
2. Лазебник Л.Б., Голованова Е.В., Волель Б.А., Корочанская Н.В., Лялюкова Е.А., Мокшина М.В., Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А., Мецаева З.В., Петелин Д.С., Симаненков В.И., Ситкин С.И., Черемушкин С.В., Черногорова М.В., Хавкин А.И. Функциональные заболевания органов пищеварения. Синдромы перекреста: Клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов и Научного общества гастроэнтерологов России. Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2021; 192 (8): 5–117. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-5-117>
[Lazebnik L.B., Golovanova E.V., Volel B.A., Korochanskaya N.V., Lyalyukova E.A., Mokshina M.V., Mekhtiev S.N., Mekhtieva O.A., Metsaeva Z.V., Petelin D.S., Simanenkov V.I., Sitkin S.I., Cheremushkin S.V., Chernogorova M.V., Khavkin A.I. Functional gastrointestinal disorders. Overlap syndrome: Clinical guidelines of the Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine and Gastroenterological Scientific Society of Russia. Exper. clin. Gastroenterol. 2021; 8: 5–117. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-5-117> (in russ.)].
3. Трухан Д.И., Голошубина В.В., Иванова Д.С. Актуальные вопросы диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника. Мед. совет. 2018; 21: 110–116. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-110-116>
[Trukhan D.I., Goloshubina V.V., Ivanova D.S. Actual issues of diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. Med. Council. 2018; 21: 110–116. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-110-116> (in russ.)].
4. Сахаутдинова Г.М., Нагаева Р.Р., Асанбаева К.Э. Современные представления об этиологии синдрома раздраженного кишечника. Мед. совет. 2019; 3: 152–155. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-152-155>
[Sakhautdinova G.M., Nagaeva R.R., Asanbaeva K.E. The modern ideas about the etiology of irritable bowel syndrome. Med. Council. 2019; 3: 152–155. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-152-155> (in russ.)].
5. Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Щегланова М.П., Парцвания-Виноградова Е.В. Синдром раздраженного кишечника в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). Мед. совет. 2018; 3: 60–66. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-3-60-66>
[Dicheva D.T., Andreev D.N., Scheglanova M.P., Partsvania-Vinogradova E.V. Irritable bowel syndrome in view of the Rome IV Criteria (2016). Med. Council. 2018; 3: 60–66. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-3-60-66> (in russ.)].
6. Полуэктова Е.А. Некоторые особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.: 2001.
[Poluektova E.A. Some features of pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: Abstract Dis. Cand. Sci. (Med.). M.; 200 p. (in russ.)].
7. Шульпекова Ю.О., Баранская Е.К. Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника и глютенной энтеропатии. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктोल. 2009; 6 (19): 39–48.
[Shulpekova Yu.O., Baranskaya E.K. Differential diagnosis of irritable bowel syndrome and gluten enteropathy. Russ. J. Gastroenterol. Hematol. Coloproctol. 2009; 6 (19): 39–48 (in russ.)].
8. Ливзан М.А., Долгих Т.И., Лялюкова Е.А. Фекальный кальпротектин в комплексной диагностике заболеваний кишечника. Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2013; 12: 83–86.
[Livzan M.A., Dolgikh T.I., Lyalyukova E.A. Faecal calprotectin in the comprehensive diagnosis of intestinal diseases. Exper. clin. Gastroenterol. 2013; 12: 83–86 (in russ.)].
9. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоус С.С., Белоусова Е.А., Бениашвили А.Г., Васильев С.В., Веселов А.В., Григорьев Е.Г., Костенко Н.В., Кашников В.Н., Куликовский В.Ф., Лоранская И.Д., Ляшенко О.С., Полуэктова Е.А., Румянцев В.Г., Тимербулатов В.М., Фоменко О.Ю., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Чибисов Г.И., Шапина М.В., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Трухманов А.С., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Зольникова О.Ю., Корочанская Н.В., Маммаев С.Н., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника: Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктोल. 2021; 31 (5): 74–95. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95>

- [Ivashkin V.T., Maev I.V., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K., Belous S.S., Belousova E.A., Beniashvili A.G., Vasilyev S.V., Veselov A.V., Grigoryev E.G., Kostenko N.V., Kashnikov V.N., Kulikovskiy V.F., Loranskaya I.D., Lyashenko O.S., Poluektova E.A., Rumyantsev V.G., Timerbulatov V.M., Fomenko O.Yu., Khubezov D.A., Chashkova E.Yu., Chibisov G.I., Shapina M.V., Sheptulin A.A., Shifrin O.S., Trukhmanov A.S., Alekseeva O.P., Alekseenko S.A., Baranovsky A.Yu., Zolnikova O.Yu., Korochanskaya N.V., Mammayev S.N., Khlynov I.B., Tsukanov V.V. Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: Clinical Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and Association of Coloproctologists of Russia. *Russ. J. Gastroenterol. Hepatol. Coloproctol.* 2021; 31 (5): 74–95. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95> (in russ.)].
10. Кляритская И.Л., Мошко Ю.А., Иськова И.А., Григоренко Е.И., Максимова Е.В. Современные тенденции в диагностике и лечении синдрома раздражённого кишечника. *Крымский тер. журн.* 2022; 3: 11–18.
[Klyaritskaya I.L., Moshko Yu.A., Is'kova I.A., Grigorenko E.I., Maksimova E.V. Current trends in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Crimean ther. J.* 2022; 3: 11–18 (in russ.)].
 11. Мохов Д.Е., Белаш В.О., Аптекарь И.А., Ненашкина Э.Н., Потехина Ю.П., Трегунова Е.С., Беляев А.Ф. Соматическая дисфункция: Клинические рекомендации 2023. *Рос. остеопат. журн.* 2023; 2: 8–90. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-2-8-90>
[Mokhov D.E., Belash V.O., Aptekar I.A., Nenashkina E.N., Potekhina Yu.P., Tregubova E.S., Belyaev A.F. Somatic dysfunction: Clinical Guidelines 2023. *Russ. Osteopath. J.* 2023; 2: 8–90. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-2-8-90> (in russ.)].
 12. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи: Клинические рекомендации. М.: Минздрав РФ; 2013. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/400_2
[Chronic pain syndrome (CBS) in adult patients in need of palliative care: Clinical recommendations. M.: Ministry of Health of the Russian Federation; 2013. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/400_2 (in russ.)].
 13. Tillisch K., Mayer E.A., Labus J.S., Stains J., Chang L., Naliboff B.D. Sex specific alterations in autonomic function among patients with irritable bowel syndrome. *Gut.* 2005; Oct; 54 (10): 1396–1401. <https://doi.org/10.1136/gut.2004.058685>. Epub. 2005 May 28. PMID: 15923667; PMCID: PMC1774694
 14. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. М.: Медицина; 1998; 624 с.
[Vein A.M. Diseases of the autonomic nervous system. M.: Medicine; 1998; 624 p.]
 15. Васильев Ю.В. Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики и терапии. *Мед. совет.* 2014; 4: 72–77.
[Vasilyev Yu.V. Irritable bowel syndrome: modern aspects of diagnosis and treatment. *Med. Council.* 2014; 4: 72–77 (in russ.)].

Сведения об авторах:

Юлия Владимировна Ярышева,

врач-терапевт, остеопат, Медико-санитарная часть
№ 32 ФМБА России (Заречный, Свердловская обл.)

Александр Александрович Дмитриев,

врач травматолог-ортопед, остеопат,
Московский научно-практический центр медицинской
реабилитации, восстановительной и спортивной
медицины им. С.И. Спасокукоцкого Департамента
здравоохранения города Москвы
ORCID ID: 0000-0002-7716-9547

Эльвира Николаевна Ненашкина,

Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова, кафедра
osteопатии с курсом функциональной
и интегративной медицины, ассистент;
Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии
Мохова» (Санкт-Петербург), врач-акушер-гинеколог,
врач ультразвуковой диагностики, врач-osteопат
eLibrary SPIN: 1083-6912

Information about authors:

Yuliya V. Yarysheva,

therapist, osteopath, Medical and Sanitary
Unit № 32 FMBA of Russia (Zarechny,
Sverdlovsk region)

Aleksandr A. Dmitriev,

orthopaedic traumatologist, osteopath,
Moscow Scientific and Practical Centre for Medical
Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine
named after S.I. Spasokukotsky,
Moscow City Health Department
ORCID ID: 0000-0002-7716-9547

Elvira N. Nenashkina,

Mechnikov North-West State Medical University,
Department of Osteopathy with a Course
of Functional and Integrative Medicine, Assistant;
Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»
(Saint-Petersburg), obstetrician-gynecologist,
doctor of ultrasonic diagnostics,
osteopathic physician
eLibrary SPIN: 1083-6912