

УДК 615.828:616.89-008.441-052
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-66-77>

© Ю. В. Адамасова, В. О. Белаш, 2024

Остеопатическая коррекция в комплексном лечении пациенток с паническим расстройством

Ю. В. Адамасова¹, В. О. Белаш^{2,3,4,*}

¹ Медицинский центр «Анатомия здоровья»
346883, Ростовская обл., Батайск, ул. Речная, д. 98

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

³ Институт остеопатии
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

⁴ Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова»
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А



Введение. Паническое расстройство (ПР) чаще всего встречается у людей наиболее трудоспособного возраста 25–64 лет. Распространенность данного состояния среди населения — 2–5 %. Доказанной клинической эффективностью в лечении ПР обладают бензодиазепины и антидепрессанты, включенные в большинство международных и национальных клинических руководств. Однако предлагаемые на сегодняшний день схемы лечения далеко не всегда достигают желаемого результата. Это диктует необходимость поиска альтернативных схем лечения, в том числе немедикаментозных методов.

Цель исследования — обоснование применения остеопатической коррекции в комплексной терапии пациенток с ПР.

Материалы и методы. Контролируемое рандомизированное исследование проводили в период с декабря 2020 г. по декабрь 2021 г. на базе медицинской клиники «Анатомия здоровья» (Батайск). Под наблюдением находились 32 пациентки 25–55 лет (средний возраст — $38,1 \pm 8,7$ года) с установленным ранее диагнозом ПР. В зависимости от применяемого лечения участницы с помощью метода простой рандомизации были разделены на две группы — основную ($n=16$) и контрольную ($n=16$). Все пациентки получали общепринятую психофармакотерапию и психотерапию, подобранную по индивидуальной схеме. Пациенткам основной группы в дополнение к общепринятому лечению было проведено три сеанса остеопатической коррекции продолжительностью около 60 мин каждый. Интервал между приемами составил 14–21 день. Всем пациенткам оценивали остеопатический статус, а также исследовали частоту и выраженность панических атак (ПА) при помощи Шкалы оценки тяжести панического расстройства.

Результаты. У всех пациенток была выявлена коморбидная патология: дорсопатия различной локализации — у 25 (80 %) человек, патология желудочно-кишечного тракта — у 17 (54 %), цефалгия — у 12 (38 %). Соматические дисфункции (СД) глобального уровня оказались менее характерны для обследованных паци-

*** Для корреспонденции:**

Владимир Олегович Белаш

Адрес: 191015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41,
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова
E-mail: bigdoc@instost.ru

*** For correspondence:**

Vladimir O. Belash

Address: I. I. Mechnikov North-Western State Medical
University, bld. 41 ul. Kirochnaya, Saint-Petersburg,
Russia 191015
E-mail: bigdoc@instost.ru

Для цитирования: Адамасова Ю. В., Белаш В. О. Остеопатическая коррекция в комплексном лечении пациенток с паническим расстройством. Российский остеопатический журнал. 2024; 4: 66–77. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-66-77>

For citation: Adamasova Yu. V., Belash V. O. Osteopathic correction in the complex treatment of patients with panic disorder. Russian Osteopathic Journal. 2024; 4: 66–77. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-66-77>

енток и были выявлены у 7 человек — у 3 (19 %) в основной группе и у 4 (25 %) в контрольной. Также имело место сочетание глобального ритмогенного нарушения (нарушение выработки краниального ритмического импульса) и глобального нейродинамического (психовисцеросоматическое). Были выявлены СД регионального уровня, при этом отмечено сочетание двух и более региональных биомеханических нарушений. Характерными оказались дисфункции следующих регионов: грудного, структуральная и висцеральная составляющие — у 32 (100 %) и 32 (100 %) соответственно; таза, висцеральная составляющая — у 19 (59 %); головы — у 13 (41 %). Если до начала лечения пациентки обеих групп не различались по частоте выявленных СД, то после лечения получено статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение частоты выявления региональных биомеханических нарушений — грудного региона (структуральная и висцеральная составляющие) и таза (висцеральная составляющая) у пациенток основной группы. По остальным показателям различия оказались не значимыми. У большинства пациенток ПА были легкой ($n=17$, 53 %) и средней ($n=8$, 25 %) степени тяжести. Среднее число баллов согласно опроснику составило $10,1 \pm 2,5$. По данным показателям группы статистически значимо не различались. После курса комплексного лечения в основной группе по сравнению с контрольной было отмечено статистически значимо ($p < 0,05$) большее число женщин с пограничными значениями и легкой степенью ПА, этому соответствует статистически значимо ($p < 0,05$) меньшее число баллов по самоопроснику.

Заключение. Для пациентов с паническим расстройством характерны соматические дисфункции грудного региона (структуральная и висцеральная составляющие) и таза (висцеральная составляющая). Включение остеопатической коррекции в комплексную терапию пациентов с паническим расстройством позволяет добиться статистически более значимого снижения тяжести заболевания. Целесообразно рекомендовать профильным специалистам направлять пациентов с паническим расстройством на консультацию к врачу-osteопату для потенциального включения остеопатической коррекции в программы лечения данной группы пациентов.

Ключевые слова: паническая атака, паническое расстройство, соматическая дисфункция, остеопатия

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: 10.03.2024

Статья принята в печать: 01.08.2024

Статья опубликована: 31.12.2024

UDC 615.828:616.89-008.441-052

© Yuliya V. Adamasova, Vladimir O. Belash, 2024

<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2024-4-66-77>

Osteopathic correction in the complex treatment of patients with panic disorder

Yuliya V. Adamasova¹, Vladimir O. Belash^{2,3,4,*}

¹ Medical Centre «Anatomy of Health»

bld. 98 ul. Rechnaya, Rostov region, Bataysk, Russia 346883

² I. I. Mechnikov North-Western State Medical University

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

³ Institute of Osteopathy

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

⁴ Medical Clinic «Mokhov Osteopathy Institute»

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

Introduction. Panic disorder (PD) is most common in people of the most working age (25 to 64 years). The prevalence of this condition among the population varies from 2 to 5 %. Benzodiazepines and antidepressants,

which are included in most international and national clinical guidelines, have proven clinical efficacy in the treatment of panic disorder. However, the treatment regimens offered to date are far from always helpful in achieving the desired outcome. This necessitates the search for alternative treatment schemes, including the use of non-medication methods.

The aim of the study: to substantiate the possibility of using osteopathic correction in the complex therapy of patients with panic disorders.

Materials and methods. A controlled randomised study was conducted from December 2020 to December 2021 on the basis of the medical clinic «Anatomy of Health» (Bataysk). There were 32 female patients under observation, aged 25 to 55 years with a previous diagnosis of panic disorder. Depending on the applied treatment, all observed patients were divided into 2 groups using the method of simple randomisation: main group (16 patients) and control group (16 patients). All patients received conventional psychopharmacotherapy and psychotherapy selected according to an individual scheme. In addition to the described therapy scheme, the patients of the main group received three sessions of osteopathic correction lasting about 60 minutes each. The interval between the sessions was from 14 to 21 days. All patients were assessed for osteopathic status, the frequency and severity of panic attacks were investigated using the Panic Disorder Severity Rating Scale.

Results. The average age of the examined patients was $38,1 \pm 8,7$ years. All the patients had comorbid pathology: dorsopathies of nasal localisation (25 people, 80 %), pathology of gastrointestinal tract (17 people, 54 %), cephalgia (12 people, 38 %). Somatic dysfunctions (SD) of global level were less characteristic for the examined patients and were revealed in 7 people [3 (19 %) in the main group and 4 (25 %) in the control group]. All patients had a combination of global rhythmogenic disorder (impaired cranial rhythmic impulse production) and global neurodynamic disorder (psychoviscerosomatic). The patients were found to have regional level SD, with a combination of 2 or more regional biomechanical disorders, and the following regions were characterised by dysfunctions: thoracic [structural and visceral components — 32 (100 %) and 32 (100 %) respectively], pelvis [visceral component — 19 (59 %)], and head [13 (41 %)]. If before the treatment the patients of both groups did not differ statistically significantly in the frequency of detected SDs, after the treatment a statistically significant ($p < 0,05$) decrease in the frequency of detection of regional biomechanical disorders of the thoracic region (structural and visceral component) and pelvis (visceral component) in the patients of the main group was obtained. For the rest of the indicators the differences were not significant. Most of the patients had mild (17 patients, 53 %) and moderate (8 patients, 25 %) panic attacks. The average number of points according to the questionnaire was $10,1 \pm 2,5$. According to these indicators the groups did not differ statistically significantly. After completion of the course of complex treatment in the patients of the main group in comparison with the control group there is a statistically significant ($p < 0,05$) higher number of people with borderline values and mild panic attack severity, this corresponds to a statistically significant ($p < 0,05$) lower number of scores on the self-questionnaire.

Conclusion. The patients with PD are primarily characterised by SD of the thoracic region (structural and visceral components) and pelvis (visceral component). Inclusion of osteopathic correction in the complex therapy of PD patients allows to achieve statistically significant more significant positive dynamics of indicators characterising the severity of the disease (decrease in the number of patients with severe form and increase in mild and borderline forms of the disease). It is reasonable to recommend to profile specialists to refer patients with PD for consultation to an osteopathic doctor with the purpose of potential inclusion of OC in treatment programmes for this group of patients.

Key words: panic attack, panic disorder, somatic dysfunction, osteopathy

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 10.03.2024

The article was accepted for publication 01.08.2024

The article was published 31.12.2024

Введение

Основным признаком панического расстройства (ПР) являются панические атаки (ПА) — повторные приступы тяжелой тревоги (паники). В отечественной клинической практике ранее чаще использовали термины «вегетативные кризы» или «вегетативные пароксизмы», подчеркивая тем самым преимущественное значение в приступе вегетативных симптомов [1–3]. В соответствии с критериями «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-5), диагноз ПА возможен при наличии не менее четырех из 13 симптомов [4]: учащенное сердцебиение; тремор; прерывистое дыхание или одышка; ощущение удушья; боль или дискомфорт в груди; тошнота или недомогание в животе; головокружение, неустойчивость, легкость в голове или слабость; озноб либо чувство жара; парестезия; дереализация или деперсонализация; страх утраты контроля или страх сойти с ума; страх смерти; озноб или приливы жара. В DSM-5 подчеркивается, что ПА сама по себе не является нарушением психики и может встречаться при различных тревожных и других психических расстройствах, а также при соматических и неврологических заболеваниях.

ПР чаще всего встречается у людей наиболее трудоспособного возраста 25–64 лет. Согласно данным различных эпидемиологических исследований, отмечено существенное преобладание женщин с данной патологией над мужчинами (в 2–4 раза). Распространенность данного состояния среди населения — 2–5 % [5–7]. В Российской Федерации ПР диагностируют относительно чаще, чем за рубежом, прежде всего в европейских странах [8]. В то же время, ранее проведенное кросс-национальное исследование [9] с участием 142 949 больных 18 лет и старше из 24 стран (Нидерланды, Новая Зеландия, Румыния, США, ЮАР, Австралия, Болгария, Португалия, Израиль, Ирак, Испания, Бразилия, Мексика, Великобритания, Италия, Бельгия, Нигерия, Япония, Китай, Ливан, Польша, Франция, Перу, Колумбия) показало, что средняя распространенность ПА составляет 13,2 %. У 66,5 % индивидов с ПА они носят повторный характер, но лишь у 12,8 % клиническая картина удовлетворяет критериям диагностики ПР по DSM-5 [9, 10].

Возвращению в нормальное состояние способствует долгий курс лечения и реабилитации. Доказанной клинической эффективностью в лечении ПР обладают бензодиазепины и антидепрессанты, включенные в большинство международных и национальных клинических руководств [10]. Однако предлагаемые на сегодняшний день схемы лечения далеко не всегда достигают желаемого результата. К хронизации ПР и терапевтической резистентности приводят как фармакологические факторы (неадекватно короткая длительность курса терапии, низкие дозы базисного препарата, плохая переносимость лекарств, нарушение режима их приема — noncompliance), так и факторы, связанные с собственно заболеванием (наличие коморбидных ПР-состояний, повышенная чувствительность). Эпидемиологические исследования показывают, что около 40 % пациентов с ПР не принимают лекарства, хотя консультированы врачом и им рекомендована терапия [11]. Это диктует необходимость поиска альтернативных схем лечения, в том числе немедикаментозных методов.

Также стоит отметить, что у пациентов с ПР нередко имеет место сопутствующая патология, в первую очередь со стороны опорно-двигательного аппарата в целом, и дорсопатия в частности. В настоящее время дорсопатию рассматривают как заболевание, для которого характерна высокая психосоматическая корреляция [12–15]. Ранее проведенные исследования продемонстрировали наличие целого ряда нейропсихологических нарушений (астеническое состояние, эмоциональное выгорание) у пациентов с дорсопатией [16]. Выявлена взаимосвязь выраженности болевого синдрома с ригидностью психических процессов, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами у больных с остеохондрозом [12, 17]. Также отмечена роль психоэмоционального фактора и в патогенезе цервикогенной головной боли [18]. Несомненно, данная коморбидная патология также требует лечения и не должна ускользать от внимания лечащего врача.

Цель исследования — обоснование применения остеопатической коррекции в комплексной терапии пациентов с ПР.

Материалы и методы

Тип исследования: проспективное контролируемое рандомизированное.

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование проводили в период с декабря 2020 г. по декабрь 2021 г. на базе медицинской клиники «Анатомия здоровья» (Батайск).

Характеристика участников. В работе принимали участие 32 пациентки 25–55 лет (средний возраст — $38,1 \pm 8,7$ года, медиана — 36 лет) с установленным ранее диагнозом ПР. Все пациентки наблюдались у невролога, психотерапевта или психиатра по поводу основного заболевания в течение 1 мес и более. У всех участниц имело место наличие коморбидной патологии: дорсопатия различной локализации — у 25 (80 %) человек, патология желудочно-кишечного тракта — у 17 (54 %), цефалгия — у 12 (38 %).

Критерии включения: возраст пациенток 25–55 лет; наличие в клинической картине более одного приступа панических атак; проведенное подробное физикальное и неврологическое обследование, направленное на исключение органических причин вегетативных симптомов для подтверждения диагноза ПР; наблюдение у невролога, психотерапевта или психиатра по поводу основного заболевания в течение 1 мес и более; отсутствие заболеваний и состояний, являющихся противопоказанием к остеопатической диагностике и коррекции.

Критерии невключения: приступы паники, обусловленные соматическим расстройством, употреблением психоактивных веществ, органическим психическим расстройством (F00–F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20–F29), аффективные расстройства настроения (F30–F39) или соматоформные расстройства; наличие заболеваний и состояний, являющихся противопоказанием к остеопатической коррекции; отказ пациента от участия в исследовании.

Описание медицинского вмешательства. В зависимости от применяемого лечения все пациентки с помощью метода рандомизационных конвертов были разделены на две группы — основную и контрольную по 16 человек в каждой.

Все пациентки получали общепринятую психофармакотерапию [19] и психотерапию, подобранную по индивидуальной схеме.

Пациенткам основной группы в дополнение к стандартной терапии было проведено три сеанса остеопатической коррекции продолжительностью около 60 мин каждый. Интервал между приемами составил 14–21 день, что было связано с индивидуальными возможностями пациентов приехать на лечение. Тактика остеопатической коррекции основывалась на результатах предшествующей остеопатической диагностики.

Исходы исследования и методы их регистрации. Всем пациенткам оценивали остеопатический статус на основании обследования, которое проводили в соответствии с клиническими рекомендациями [20].

Частоту и выраженность ПА оценивали с использованием «Шкалы оценки тяжести панического расстройства — самоопросник для пациента» (Panic Disorder Severity Scale, PDSS) [21, 22]. Данный опросник предназначен для оценки тяжести ПА и считается надежным инструментом мониторинга результатов лечения [23].

PDSS состоит из семи пунктов, каждый оценивается по пятибалльной шкале, которая варьирует в диапазоне от 0 (отсутствие симптомов) до 4 (крайние симптомы). Пункты оценивают частоту паники, дистресс во время паники, ориентированное на панику упреждающее беспокойство, фобическое избегание ситуаций, фобическое избегание физических ощущений, нарушения в работе и социальном функционировании. Общий балл по шкале колеблется от 0 до 28, причем более высокие баллы связаны с более тяжелой симптоматикой.

Статистическая обработка. Собранные в рамках проведенного исследования данные сохраняли и обрабатывали с помощью программы Microsoft Excel 2018 г. Так как распределения отличались от нормального, использовали методы непараметрической статистики (критерии Манна–Уитни, χ^2 Пирсона). Также вычисляли основные показатели описательной статистики: для количественных данных — среднее арифметическое \pm стандартное отклонение ($M \pm \sigma$), медиану (Me), минимальное и максимальное значения в выборке (\min – \max). Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Этическая экспертиза. Данная работа проведена в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.) и одобрена этическим комитетом Института остеопатии (Санкт-Петербург). От каждого участника исследования получено информированное согласие.

Результаты и их обсуждение

Было проведено комплексное остеопатическое обследование пациенток согласно утвержденным клиническим рекомендациям. Анализ полученных данных позволил оценить частоту выявления соматических дисфункций (СД) различного уровня проявления.

СД глобального уровня оказались менее характерны для обследованных и были выявлены у 7 пациенток — у 3 (19%) в основной группе и у 4 (25%) в контрольной. У всех этих пациенток имело место сочетание глобального ритмогенного (нарушение выработки краниального ритмического импульса) и глобального нейродинамического (психовисцеросоматическое) нарушений.

У пациенток с ПР были выявлены СД регионального уровня, причем отмечено сочетание двух и более региональных биомеханических нарушений. Характерными оказались дисфункции следующих регионов: грудного (структуральная и висцеральная составляющие), таза (висцеральная составляющая), головы (табл. 1). Региональные биомеханические нарушения имели легкую (1 балл) и умеренную (2 балла) степень выраженности.

СД локального уровня также были выявлены у всех обследованных пациенток, преобладания каких-либо нарушений отметить не удалось.

Если до начала лечения группы статистически значимо не различались по частоте выявления глобальных, региональных и локальных СД, то после лечения получено статистически значимое уменьшение частоты выявления региональных биомеханических нарушений грудного региона (структуральная и висцеральная составляющие) и таза (висцеральная составляющая) у пациенток, дополнительно получавших остеопатическую коррекцию. По остальным показателям различия оказались статистически не значимыми.

При оценке результатов прохождения самоопросника «Шкала оценки тяжести панического расстройства» оказалось, что у большинства наблюдаемых пациенток имели место ПА легкой — у 17 (53%) и средней — у 8 (25%) степени тяжести (табл. 2). Среднее число баллов согласно данному опроснику составило $10,1 \pm 2,5$ (табл. 3). По данным показателям группы не имели статистически значимых различий на момент начала исследования.

После курса комплексного лечения в основной группе по сравнению с контрольной было отмечено статистически значимо ($p < 0,05$) большее число пациенток с пограничными значениями и легкой степенью тяжести ПА (см. табл. 2). Этому соответствует статистически значимо ($p < 0,05$) меньшее число баллов по результатам самоопросника PDSS (см. табл. 3).

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

Обсуждение. Поскольку литература по остеопатической коррекции пациентов с ПА довольно скудна и имеются определенные трудности при обобщении, мы взяли на себя смелость расширить зону поиска и изучить публикации по теме остеопатического влияния на различные виды тревоги у пациентов. Это позволит потенциально объяснить полученные результаты данного исследования.

Таблица 1

Частота выявления региональных биомеханических нарушений у пациенток с паническим расстройством основной и контрольной групп до и после лечения, абс. число, на 100 обследованных (%)

Table 1

Frequency of detection of regional biomechanical disorders in patients with panic disorder of the main and control groups before and after treatment, abs. number, per 100 patients (%)

Регион, составляющая	Основная группа, n=16		Контрольная группа, n=16	
	до лечения	после лечения	до лечение	после лечения
Головы	7 (43)	2 (12,5)	6 (37)	5 (31)
Шеи				
структуральная	3 (18)	1 (6)	3 (18)	3 (18)
висцеральная	3 (18)	0	4 (25)	4 (25)
Верхних конечностей	0	0	0	0
Грудной				
структуральная	16 (100)	2 (12,5)*	16 (100)	12 (75)
висцеральная	16 (100)	3 (19)*	16 (100)	15 (94)
Поясничный				
структуральная	0	0	0	0
висцеральная	5 (31)	2 (12,5)	7 (43)	5 (31)
Таза				
структуральная	6 (37)	0	4 (25)	5 (31)
висцеральная	10 (62)	1 (6)*	9 (53)	6 (37)
Нижних конечностей	0	0	0	0
Твердой мозговой оболочки	5 (31)	1 (6)	7 (43)	6 (37)

* Статистическая значимость различий частоты выявления региональных соматических дисфункций после лечения у пациенток основной и контрольной групп, $p < 0,05$

* Statistical significance of differences between the frequency of detection of regional somatic dysfunctions after treatment in patients of the main and control groups, $p < 0,05$

Так, Т. Ю. Соловьева и Е. Е. Ширяева в 2016 г. изучали эффективность общего остеопатического лечения у работниц умственного труда в период высокого нервно-эмоционального напряжения. Исследователи выявили, что физическое и психическое состояние пациенток улучшилось в результате общего остеопатического лечения, и они рекомендуют включать в комплексную терапию невротических расстройств общее остеопатическое лечение [24].

По данным другого исследования, проведенного в 2016 г., показана эффективность мануальной терапии при тревожности и депрессии у пациентов с головной болью напряжения. Они доказали, что все виды лечения приводили к «умеренному» снижению психологических симптомов, связанных с данной патологией. Лечение, включающее артикуляционные техники коррекции, показало бóльшую эффективность, чем мягкотканые мобилизации, для снижения уровня тревожности и депрессии, связанных с головной болью напряжения [25].

Французские остеопаты показали, что остеопатический подход с использованием мобилизации суставных и мягких тканей оказывает влияние, по крайней мере в краткосрочной перспективе, на тревожность и общее восприятие тела (удовлетворенность своим телом) [26].

Таблица 2

Частота выявления и степень тяжести панических атак у пациенток с паническим расстройством до и после лечения по Шкале оценки тяжести панического расстройства, абс. число, на 100 обследованных (%)

Table 2

Frequency of detection and severity of panic attacks in patients with panic disorder before and after treatment according to the Panic Disorder Severity Scale, abs. number, per 100 patients (%)

Степень тяжести панических атак	Основная группа, n=16		Контрольная группа, n=16	
	до лечения	после лечения	до лечение	после лечения
Норма	0	1 (6)	0	0
Пограничные значения	2 (12,5)	10 (63)*	2 (12,5)	2 (19)
Легкая	8 (50)	5 (31)*	9 (56)	11 (69)
Средняя	4 (25)	0	4 (25)	2 (12,5)
Тяжелая	2 (12,5)	0	1 (6)	0

* Статистическая значимость различий после лечения у пациенток основной и контрольной групп, $p < 0,05$

* Statistical significance of differences after treatment in patients of the main and control groups, $p < 0,05$

Таблица 3

Степень выраженности панических атак у пациенток с паническим расстройством до и после лечения, баллы ($M \pm \sigma$; Me; min-max)

Table 3

Severity of panic attacks in patients with panic disorder before and after treatment, scores ($M \pm \sigma$; Me; min-max)

Основная группа, n=16		Контрольная группа, n=16	
до лечения	после лечения	до лечение	после лечения
10,4 \pm 2,7; 10; 7-15	4,0 \pm 1,8*; 4; 2-9	9,8 \pm 2,3; 9,5; 7-14	7,9 \pm 1,9; 7,5; 5-12

* Статистическая значимость различий у пациенток основной и контрольной групп после лечения, $p < 0,05$

* Statistical significance of differences in patients of the main and control groups after treatment, $p < 0,05$

Остеопаты из Новой Зеландии сообщили, что они «часто» сталкиваются с клиентами с тревогой и расстройствами настроения. Рекомендуется дальнейшее обучение остеопатов Новой Зеландии по вопросам расстройств настроения и тревоги, что может улучшить состояние здоровья таких людей [27].

Американские ученые в марте 2020 г. опубликовали крупнейшее за последнее время исследование влияния остеопатической манипулятивной терапии, ОМТ (на территории РФ более привычным является термин «osteopathic correction») на генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Исследование проводили в 2014–2015 гг. совместно с психиатрами на пациентах с диагностированным ГТР [28]. В целом результаты были многообещающими, потому

что пациенты, получившие пять сеансов ОМТ в течение 8 нед, к 9-й неделе продемонстрировали значительное снижение, а в некоторых случаях и полное исчезновение явных и неявных симптомов, связанных с ГТР. Эти результаты свидетельствуют о том, что ОМТ может быть полезным дополнением к стандартному лечению для облегчения страданий, связанных с ГТР, и может способствовать улучшению результатов психотерапевтических и фармакологических вмешательств.

Считается, что опорно-двигательный аппарат оказывает жизненно важное влияние на общее состояние здоровья и функционирование системы организма [29, 30]. Прикосновение рук, которое является неотъемлемой частью остеопатической коррекции, способствует активации С-тактильных рецепторов, которые в свою очередь способствуют высвобождению окситоцина, тем самым оказывая влияние на функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [31, 32]. Выброс окситоцина способствует системным эффектам, включая снижение частоты сердечных сокращений и уровня артериального давления, снижение чувствительности к болевым стимулам и глобальное анксиолитическое действие [32].

Остеопатическая коррекция также включает оценку и работу с фасциальными структурами [33]. Фасциальная целостность тела играет важную роль в общении и интеграции всех систем организма [34]. Костно-мышечная система опосредованно через фасцию взаимодействует с сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и иммунной системами через механические связи и системы обратной связи [35]. Когда фасция находится под длительным напряжением, подвижность и функция структур, с которыми она взаимодействует и которые проходят через нее, могут быть нарушены [36]. Нарушение подвижности и функции этих связующих структур может привести к усилению афферентной сенсорной и ноцицептивной обратной связи с мозгом, тем самым влияя на эмоциональное состояние [37]. Остеопатическая коррекция устраняет физическое напряжение в организме и уменьшает процессы афферентной сенсорной и ноцицептивной обратной связи, которые нарушают регуляцию эмоционального ответа.

Ранее проведенный систематический обзор продемонстрировал положительное влияние остеопатической коррекции на снижение уровня кортизола в крови [38]. Отечественное исследование также дополнительно показало снижение уровня стресса на фоне остеопатической коррекции у пациенток с цервикокраниалгией [39].

Видится, что включение остеопатической коррекции в программы лечения пациентов с ПР является перспективным и патогенетически обоснованным. Целесообразно продолжить исследование на большей выборке пациентов с применением дополнительных методов объективизации.

Заключение

Для пациентов с паническим расстройством характерны соматические дисфункции грудного региона (структуральная и висцеральная составляющие) и таза (висцеральная составляющая). Включение остеопатической коррекции в комплексную терапию пациентов с данной патологией позволяет добиться статистически более значимой положительной динамики показателей, характеризующих тяжесть заболевания (снижение числа пациентов с тяжелой формой и увеличение легких и пограничных форм заболевания). Целесообразно рекомендовать профильным специалистам направлять пациентов с паническим расстройством на консультацию к врачу-osteопату для потенциального включения остеопатической коррекции в программы лечения данной группы пациентов.

Вклад авторов:

Ю. В. Адамасова — сбор материалов, обработка результатов

В. О. Белаш — научное руководство исследованием, написание статьи, редактирование 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. Adamasova — collection of materials, processing of results

Vladimir O. Belash — scientific supervision of the research, writing of the article, editing 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. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). СПб.: Ин-т мед. маркетинга; 1997: 304 с.
[Vein A. M., Dyukova G. M., Vorobeva O. V., Danilov A. B. Panic attacks (neurological and psychophysiological aspects). St. Petersburg: Institute of Medical Marketing; 1997: 304 p. (in russ.)].
2. Дюкова Г. М. Панические расстройства в практике невролога. Ремедиум Приволжье. 2017; 152 (2): 21–24.
[Dyukova G. M. Panic disorders in the practice of a neurologist. Remedium Privolzhye. 2017; 152 (2): 21–24 (in russ.)].
3. Менгельбаева З. Я., Вышлова И. А. Нам нечего бояться, кроме страха. Паническое расстройство. Этиология. Вестн. науки. 2019; 13 (4): 93–96.
[Mengelbaeva Z. Ya., Vyshlova I. A. We have nothing to fear but fear. Panic disorder. Etiology. Sci. Bull. 2019; 13 (4): 93–96 (in russ.)].
4. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Ганзин И. В. Исследование распространенности и типологии фобических расстройств. Гуманитарные науки. 2016; 33 (1): 11–19.
[Ganzen I. V. A study of the prevalence and typology of phobic disorders. Humanities. 2016; 33 (1): 11–19 (in russ.)].
6. Мартынихин И. А. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом). Психиат. и психофармакотер.: журн. им. П. Б. Ганнушкина. 2019; 3: 52–58.
[Martynikhin I. A. Gender differences in the epidemiology and pathogenesis of depressive and anxiety disorders in the context of their impact on the efficacy of sertraline (Zoloft) therapy. Psychiat. Psychopharmacoter.: J. named after P. B. Gannushkin. 2019; 3: 52–58 (in russ.)].
7. Lovick T. A. Sex determinants of experimental panic attacks. Neurosci Biobehav. Rev. 2014; 46 (3): 465–471. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.006>
8. Незнанов Н. Г., Мартынихин И. А., Мосолов С. Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей психиатров. Современ. тер. псих. расстройств. 2017; 2: 2–15.
[Neznanov N. G., Martynikhin I. A., Mosolov S. N. Diagnosis and therapy of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a survey of psychiatrists. Modern Ther. mental Disord. 2017; 2: 2–15 (in russ.)].
9. de Jonge P., Roest A. M., Lim C. C. W., Florescu S. E., Bromet E. J., Stein D. J., Harris M., Nakov V., Caldas-de-Almeida J. M., Levinson D., Al-Hamzawi A. O., Haro J. M., Viana M. C., Borges G., O'Neill S., de Girolamo G., Demyttenaere K., Gureje O., Iwata N., Lee S., Hu C., Karam A., Moskalewicz J., Kovess-Masfety V., Navarro-Mateu F., Browne M. O., Piazza M., Posada-Villa J., Torres Y., Ten Have M. L., Kessler R. C., Scott K. M. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. Depress. Anxiety. 2016; 33 (12): 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
10. Сиволап Ю. П. Паническое расстройство: клинические феномены и возможности терапии. Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова. 2017; 117 (4): 112–116. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174112-116>
[Sivolap Yu. P. Panic disorder: clinical phenomena and treatment options. S. S. Korsakov J. Neurol. Psychiat. 2017; 117 (4): 112–116. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174112-116> (in russ.)].
11. Воробьева О. В. Паническое расстройство — принципы терапии. Рус. мед. журн. 2008; (6): 362.
[Vorobeva O. V. Panic disorder — principles of therapy. Russ. med. J. 2008; (6): 362 (in russ.)].
12. Кожевников В. Н., Залевский Г. В., Карташова К. С. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с латерализацией болевого синдрома. Сибирский психол. журн. 2008; 28: 64–68.
[Kozhevnikov V. N., Zalevskiy G. V., Kartashova K. S. Psychological and psychophysiological features of patients with osteochondrosis of the spine with lateralisation of pain syndrome. Siberian Psychol. J. 2008; 28: 64–68 (in russ.)].
13. Меркулов Ю. А., Никитин С. С., Онсин А. А., Шаповалов А. В., Щербенкова А. Л., Меркулова Д. М. Патологические особенности развития дорсалгии у работников железнодорожного транспорта, связанных с движением поездов. Патол. физиол. и Экспер. тер. 2012; 2: 45–50.
[Merkulov Yu. A., Nikitin S. S., Onsin A. A., Shapovalov A. V., Shcherbenkova A. L., Merkulova D. M. Pathophysiological features of dorsalgia development in railway transport workers associated with train traffic. Pathol. Physiol. Exper. Ther. 2012; 2: 45–50 (in russ.)].

14. Маркин С. П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике. Рус. мед. журн. 2009; 17 (11): 794–797. [Markin S. P. A modern view of the problem of spinal pain. Russ. med. J. 2009; 17 (11): 794–797 (in russ.)].
15. Подчуфарова Е. В. Значение роли невропатического, ноцицептивного и психогенного механизмов в формировании хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации: Автореф. дис. докт. мед. наук. М.; 2011. [Podchufarova E. V. The significance of the role of neuropathic, nociceptive and psychogenic mechanisms in the formation of chronic pain syndromes of lumbosacral localisation: Abstract Dis. Dr. Sci. (Med.). M.; 2011 (in russ.)].
16. Ерёмушкин М. А., Мохов Д. Е., Белаш В. О. Динамика нейропсихологических показателей у пациентов с синдромом позвоночной артерии на фоне остеопатического лечения. Рос. остеопат. журн. 2016; 1–2: 29–35. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-1-2-29-35> [Yeremushkin M. A., Mokhov D. E., Belash V. O. Dynamics of neuropsychological indices in patients presenting the vertebral artery syndrome in the course of osteopathic treatment. Russ. Osteopath. J. 2016; 1–2: 29–35. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-1-2-29-35> (in russ.)].
17. Тюрина О. Г. Психологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с длительным болевым синдромом. Вopr. курортол., физиотер. и ЛФК. 2003; 1: 49–51. [Tyurina O. G. Psychological features of patients with spinal osteochondrosis with long-term pain syndrome. Iss. Balneol. Physiother. Exercise Ther. 2003; 1: 49–51 (in russ.)].
18. Турсунова К. Б., Чутко Л. С. Эмоциональные нарушения в патогенезе цервикогенной головной боли. Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова. 2012; 112 (4): 74–76. [Tursunova K. B., Chutko L. S. Emotional disturbances in the pathogenesis of cervicogenic headache. S. S. Korsakov J. Neurol. Psychiat. 2012; 112 (4): 74–76 (in russ.)].
19. Паническое расстройство у взрослых: Клинические рекомендации 2021–2023 (утв. президентом Российского общества психиатров 24 августа 2021 г.). Ссылка активна на 10.08.2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/456_2 [Panic Disorder in Adults: Clinical Recommendations 2021–2023 (approved by the President of the Russian Society of Psychiatrists on August 24, 2021). Accessed August 10, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/456_2 (in russ.)].
20. Мохов Д. Е., Белаш В. О., Аптекарь И. А., Ненашкина Э. Н., Потехина Ю. П., Трегубова 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.)].
21. Shear M. K., Brown T. A., Barlow D. H., Money R., Sholomskas D. E., Woods S. W. et al. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. Amer. J. Psychiat. 1997; 154 (11): 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
22. Houck P. R., Spiegel D. A., Shear M. K., Rucci P. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. Depress. Anxiety. 2002; 15 (4): 183–185. <https://doi.org/10.1002/da.10049>
23. Shear M. K., Rucci P., Williams J., Frank E., Grochocinski V., Vander Bilt J. et al. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. J. Psychiat. Res. 2001; 35 (5): 293–296. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00028-0)
24. Соловьёва Т. Ю., Ширяева Е. Е. Исследование эффективности общего остеопатического лечения невротических состояний у женщин умственного труда (на примере бухгалтеров, экономистов в период годового отчета). Рос. остеопат. журн. 2016; 3–4: 77–83. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-77-83> [Solovieva T. Yu., Shiryayeva E. E. Evaluation of the effectiveness of general osteopathic treatment of neurotic states in women of intellectual labour (by the example of accountants and economists in the period of the annual report submission). Russ. Osteopath. J. 2016; 3–4: 77–83. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-77-83> (in russ.)].
25. Espí-López G. V., López-Bueno L., Vicente-Herrero M. T., Martínez-Arnau F. M., Monzani L. Efficacy of manual therapy on anxiety and depression in patients with tension-type headache: A randomized controlled clinical trial. Int. J. osteopath. Med. [Internet]. 2016; 22: 11–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.05.003>
26. Dugailly P. M., Fassin S., Maroye L., Evers L., Klein P., Feipel V. Effect of a general osteopathic treatment on body satisfaction, global self perception and anxiety: A randomized trial in asymptomatic female students. Int. J. osteopath. Med. 2014; 17 (2): 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2013.08.001>
27. Kovanur S. K., Roy D. E. Management of mood disorders by osteopaths in New Zealand: A survey of current clinical practice. Int. J. osteopath. Med. 2015; 18 (3): 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2015.01.003>
28. Dixon L., Fotinos K., Sherifi E., Lokuge S., Fine A., Furtado M., Anand L., Liberatore K., Katzman M. A. Effect of osteopathic manipulative therapy on generalized anxiety disorder. J. Amer. Osteopath. Ass. 2020 Mar 1; 120 (3): 133–143. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2020.026>
29. Seffinger M. A., King H. H., Ward R. C., Jones J. M. III, Rogers F. J., Patterson M. M. Osteopathic philosophy // In: A. G. Chila (ed.). Foundations of osteopathic medicine (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011; 1024 p.
30. Still A. T. The Philosophy and mechanical principles of osteopathy. Kansas: Hudson-Kimberly Pub. Co.; 1902: 336 p.

31. Ellingsen D.M., Leknes S., Løseth G., Wessberg J., Olausson H. The neurobiology shaping affective touch: expectation, motivation, and meaning in the multisensory context. *Front. Psychol.* 2016; 6: 1986. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01986>
32. Uvnäs-Moberg K., Petersson M. Role of oxytocin and oxytocin related effects in manual therapies // In: The science and clinical application of manual therapy. London: Churchill Livingstone; 2011: 147–162.
33. Adstrum S., Hedley G., Schleip R., Stecco C., Yucesoy C.A. Defining the fascial system. *J. Bodyw. Movem. Ther.* [Internet]. 2017; 21 (1): 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.11.003>
34. Willard F.H., Fossum C., Standley P.R. The fascial system of the body // In: A.G. Chila (ed.). *Foundations of osteopathic medicine*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 74–92.
35. Elkiss M.L., Jerome J.A. Touch — more than a basic science. *J. Amer. Osteopath. Ass.* 2012; 112 (8): 514–517.
36. Patterson M.M., Wurster R.D. Somatic dysfunction, spinal facilitation, and viscerosomatic integration // In: A.G. Chila (ed.). *Foundations of osteopathic medicine*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2011; 1: 118–133.
37. Tozzi P. Selected fascial aspects of osteopathic practice. *J. Bodyw. Movem. Ther.* 2012; 16 (4): 503–519. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2012.02.00>
38. Thibaut D., Santarlas V., Hoppes J., Vásquez-Castillo A., Morrow A., Oviedo E. et al. Osteopathic manipulation as a method of cortisol modification: a systematic review. *Cureus.* 2023; 15 (3): e36854. <https://doi.org/10.7759/cureus.36854>
39. Корман Д.В., Юшманов И.Г. Влияние остеопатической коррекции на уровень стресса у пациентов с цервикокрани-алгией. *Рос. остеопат. журн.* 2020; 4: 55–63. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-55-63>
[Korman D.V., Yushmanov I.G. The influence of osteopathic correction to the level of stress in patients with cervicobrachialgia. *Russ. Osteopath. J.* 2020; 4: 55–63. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-55-63> (in russ.)].

Сведения об авторах:

Юлия Викторовна Адамасова,

osteopath, neurologist, Медицинский центр
«Анатомия здоровья» (Батайск)

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 authors:

Yuliya V. Adamasova,

osteopath, neurologist, «Anatomy of Health»
Medical Center (Bataysk)

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