

По результатам опроса, половина респондентов — 81 (52,3%) человек начал использовать остеопатические техники на I курсе, 33 (21,3%) — на II курсе, 23 (14,8%) — на III и 6 (3,9%) — на IV курсе (см. сноску 1 на стр. 22). Два первокурсника и один третьекурсник — 1,9% — на момент опроса не использовали остеопатические техники.

На вопрос анкеты «Совпали ли Ваши представления об остеопатии с реальностью?» половина респондентов — 78 (50,3%) человек ответили утвердительно. 52 (33,6%) опрошенных отметили, что настоящее впечатление об остеопатии превзошло их ожидания. 25 (16,1%) человек считают, что их ожидания оправдались частично. Несмотря на то, что для подавляющего большинства врачей освоение остеопатии является сложным процессом, разочарованных в выбранной специальности среди опрошенных не было. Помимо этого, начало самостоятельной практики на первых курсах более чем в 70% случаев свидетельствует о том, что сложность обучения не обескураживает студентов, а стимулирует к освоению и практическому применению полученных знаний и навыков. Можно предположить, что с первых шагов в остеопатии врач ощущает расширение своих профессиональных возможностей. Это является у большинства опрошенных первым мотивом выбора специальности.

## Выводы

Анализ профессионального состава в исследуемой выборке показал, что чаще всего специализацией респондентов являлись неврология, мануальная терапия и педиатрия. Основным мотивом выбора специальности врача-osteопата является расширение профессиональных возможностей.

Большинство студентов и выпускников констатируют высокую сложность освоения специальности. При этом ни один из опрошенных не испытывает разочарования в своём выборе.

**Исследование не финансировалось каким-либо источником, конфликт интересов отсутствует.**

## Литература/References

1. Ермолаева Е. П. Психология социальной реализации профессионала. М.: Инст-та РАН; 2008; 72 с. Ermolaeva E. P. *Psihologija social'noj realizacii professional* [Psychology of social realization of a professional]. Moscow: Inst-ta RAN; 2008; 72 p.
2. Кон И. С. В поисках себя. Личность и её самосознание. М.: Политиздат; 1984; 123 с. Kon I. S. *V poiskah sebja. Lichnost' i ejo samosoznanie* [In search of yourself. Personality and self-knowledge]. Moscow: Politizdat; 1984; 123 p.
3. Юр'ев В. К., Тарханов С. В. Самооценка врачами различных специальностей своего социального положения и профессиональной деятельности. Современные проблемы науки и образования 2014; 2. Jur'ev V. K., Tarhanov S. V. Self-evaluation by doctors of various specialties of their social status and professional activity. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija* 2014; 2. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12498>
4. Гатауллин И. Г., Забирова Л. М., Гатауллин И. И. Социологическое исследование мотивации врачей. Вестник экономики, права и социологии 2015; 4: 284–288. Gataullin I. G., Zabirowa L. M., Gataullin I. I. Social research of doctors' motivation. *Vestnik jekonomiki, prava i sociologii* 2015; 4: 284–288.
5. Still A. T. *Osteopathy. Reseach and practice*. Eastland Press; 1992; 293 p.
6. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. М.: Академический проект; 2003; 304 с. Solozhenkin V. V. *Psihologicheskie osnovy vrachebnoj dejatel'nosti* [Psychological bases of medical activity]. Moscow: Akademicheskij projekt; 2003; 304 p.
7. Мохов Д. Е., Малков С. С. Медико-социологический портрет современного российского врача-osteопата. Мануальная терапия 2009; 4 (36): 33–39. Mokhov D. E., Malkov S. S. Modern russian osteopathic physician's socio-medical portrait. *Manual'naja terapija* 2009; 4 (36): 33–39.
8. Гареева И. А. Социально-экономический статус врача в современной системе здравоохранения. Вестник ТОГУ 2012; 3 (26): 277–286. Gareeva I. A. Socio-economic status of a doctor in the modern health care system. *Vestnik TOGU* 2012; 3 (26): 277–286.
9. Мохов Д. Е., Трегубова Е. С., Малков С. С. Компетентностная модель врача, оказывающего остеопатическую помощь. Мануальная терапия 2010; 2 (38): 77–81. Mokhov D. E., Tregubova E. S., Malkov S. S. Competence model of an osteopathy. *Manual'naja terapija* 2010; 2 (38): 77–81.

10. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы: Учебник. СПб.: Питер; 2002; 512 с. Il'in E. P. *Motivacija i motivy: Uchebnik* [Motivation and motives: Textbook]. St. Petersburg: Piter; 2002; 512 p.
11. Курпатов А. В., Алёхин А. Н. Индивидуальные отношения. Теория и практика эмпатии. М.: АСТ; 2014; 328 с. Kurpatov A. V., Aljohin A. N. *Individual'nye otnoshenija. Teorija i praktika jempatii* [Individual relationships. Theory and practice of empathy]. Moscow: AST; 2014; 328 p.
12. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер; 1997; 688 с. Majers D. *Social'naja psihologija* [Social Psychology]. St. Petersburg: Piter; 1997; 688 p.
13. Мясищев В. Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. Воронеж: НПО «МОДЭК»; 1995; 368 с. Mjasishhev V. N. *Psihologija otnoshenij: Izbrannye psihologičeskie Trudy* [Psychology of relations: selected psychological works]. Voronezh: NPO «MODJeK»; 1995; 368 p.
14. Русалов В. М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. М.: Наука; 1979; 319 с. Rusalov V. M. *Biologičeskie osnovy individual'no-psihologičeskih razlichij* [Biological basis of individual psychological differences]. Moscow: Nauka; 1979; 319 p.
15. Селье Г. На уровне целого организма. М.: Наука; 1972; 123 с. Sel'e G. *Na urovne celogo organizma* [At the level of the whole body]. Moscow: Nauka; 1972; 123 p.
16. Симонов П. В. Нейробиология индивидуальности. Природа 1997; 3: 81–89. Simonov P. V. Neurobiology of individuality. *Priroda* 1997; 3: 81–89.
17. Спринц А. М., Михайлова Н. Ф., Шатова Е. П. Медицинская психология с элементами общей психологии. СПб.: СпецЛит; 2009; 447 с. Sprinc A. M., Mihajlova N. F., Shatova E. P. *Medicinskaja psihologija s jelementami obshhej psihologii* [Medical psychology with elements of general psychology]. SPb.: SpecLit; 2009; 447 p.
18. Гурьянов М. С. Образ и условия жизни медицинских работников. Вестник РУДН, серия Медицина 2009; 4: 507–510. Guryanov M. S. Way and conditions of living among the medical personnel. *Vestnik RUDN, serija Medicina* 2009; 4: 507–510.
19. Гройсман А. Л. Медицинская психология. М.: Магистр; 1998; 210 с. Grojsman A. L. *Medicinskaja psihologija* [Medical psychology]. Moscow: Magistr; 1998; 210 p.
20. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М.: Педагогика; 1986; 253 с. Merlin V. S. *Oчерk integral'nogo issledovanija individual'nosti* [Essay on the integral study of individuality]. Moscow: Pedagogika; 1986; 253 p.

Дата поступления 24.08.2017

**Контактная информация:**

Иван Геннадьевич Юшманов

e-mail: yushmanov\_ivan@mail.ru

Юшманов И. Г., Троепольская О. В. Портрет врача-остеопата. Рос. остеопат. журнал 2017; 3–4 (38–39): 20–25.

## Структура доминирующих соматических дисфункций у пациентов с головной болью напряжения

**Р.А. Флаум**<sup>1</sup>, врач-остеопат, гирудотерапевт, иглорефлексотерапевт

**В.О. Белаш**<sup>2</sup>, канд. мед. наук, врач-остеопат, невролог, ассистент кафедры остеопатии

<sup>1</sup> Медицинский центр «Папа, мама и малыш». 603024, Нижний Новгород, ул. М. Горького, д. 195

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

**Введение.** Лечение головной боли напряжения (ГБН) представляет сложную проблему. Современный подход состоит в преимущественном использовании медикаментозной терапии. Вместе с тем, недостаточно внимания уделяется немедикаментозным методам лечения, в том числе остеопатии.

**Цель исследования** — выявление соматических дисфункций, сопровождающих ГБН, и анализ их взаимосвязи с другими объективными и субъективными проявлениями данного заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование включены 30 человек 21–27 лет, из них 16 пациентов с эпизодической ГБН, 14 — с хронической. Проведены клинико-неврологический осмотр, клинический остеопатический осмотр, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, использована визуальная аналоговая шкала боли.

**Результаты.** В ходе остеопатической диагностики выявлены следующие доминирующие соматические дисфункции: у пациентов с эпизодической ГБН — регионы твердой мозговой оболочки, головы, шеи, глобальное ритмогенное нарушение выработки краниального ритмического импульса, у пациентов с хронической ГБН — региона головы, глобальное ритмогенное нарушение выработки краниального ритмического импульса, глобальное нейродинамическое нарушение (психовисцеросоматическое).

**Выводы.** У пациентов с ГБН выявляются соматические дисфункции, которые могут проявляться на различных уровнях организма. В случае эпизодической ГБН большинство дисфункций носит региональный характер (81%), в то время как при хронической ГБН большая часть дисфункций относится к глобальному уровню (79%). Не было установлено корреляционной зависимости между субъективными описательными характеристиками боли, локализацией боли, провоцирующими факторами, которые указывают пациенты, и выявляемыми доминирующими соматическими дисфункциями.

**Ключевые слова:** головная боль, доминирующие соматические дисфункции, остеопатия, корреляционный анализ

## Structure of Dominant Somatic Dysfunctions in Patients with Tension-type Headache

**R.A. Flaum**<sup>1</sup>, osteopathic physician, hirudotherapist, acupuncture therapist

**V.O. Belash**<sup>2</sup>, Ph. D., M. D., osteopathic physician, neurologist, assistant in the Department of Osteopathy

<sup>1</sup> Papa, Mom and Baby Medical Center (Meditsinsky tsentr). 603024, N. Novgorod, ul. M. Gorkogo, d. 195

<sup>2</sup> North-West I.I. Mechnikov State Medical University. 191015, St. Petersburg, ul. Kirochnaya, d. 41

**Introduction.** Treatment of tension-type headache (TTH) presents a complex problem. The modern approach consists in the primary use of drug therapy. At the same time, insufficient attention is paid to non-drug treatment methods, including osteopathy.

**Goal of research** — the study aims to identify the somatic dysfunctions that accompany TTH and to analyze their relationship to other objective and subjective signs of the disease.

**Materials and methods.** The study included 30 people (ages 21-27 years old), including 16 patients with episodic TTH, and 14 patients with chronic TTH. The authors used the results of clinical and neurological examination, clinical osteopathic examination, X-ray analysis of the cervical spine, MRI of the brain, visual analogue scale for pain.

**Results.** The osteopathic diagnostics detected the following dominant somatic dysfunctions: patients with episodic TTH presented with dysfunctions in areas of the dura mater, the head and neck, the global rhythmogenic alteration of cranial rhythmic impulse; patients with chronic TTH presented with dysfunctions of head, global rhythmogenic alteration of cranial rhythmic impulse, global neurodynamic disorder (psychoviscerosomatic).

**Conclusions.** TTH patients present with somatic dysfunctions that can appear at different levels in the body. In the case of episodic TTH, the majority of dysfunctions are regional in nature (81%), whereas in the case of chronic TTH most of the dysfunctions are related to the global level (79%). The study determined no correlation between subjective descriptive characteristics of pain, localization of pain, and predisposing factors, which are indicated by patients and detected by dominant somatic dysfunctions.

**Key words:** *headache, dominant somatic dysfunctions, osteopathy, correlation analysis*

## Введение

Головная боль является ведущим клиническим проявлением многих неврологических и соматических заболеваний, а в качестве одного из симптомов может сопровождать практический любой патологический процесс. Особую актуальность в последние годы приобрела проблема хронических головных болей. По данным разных авторов, их частота составляет 10–65% у мужчин и 27–86% у женщин, причем особое значение придается головной боли напряжения (ГБН), распространенность которой является самой высокой среди других форм [1–3].

Лечение ГБН представляет сложную проблему. Современный подход состоит в преимущественном использовании медикаментозной терапии. Вместе с тем, недостаточно внимания уделяется немедикаментозным методам лечения, включая психотерапию, биологическую обратную связь, массаж, остеопатию и рефлексотерапию, важными преимуществами которых, помимо высокой клинической эффективности, являются безопасность и экономичность [4–6].

**Цель исследования** — выявление соматических дисфункций, сопровождающих ГБН, и анализ их взаимосвязи с другими объективными и субъективными проявлениями данного заболевания.

## Материалы и методы

В исследование были включены 30 человек — 25 (83%) женщин и 5 (17%) мужчин 21–77 лет (средний возраст —  $40,4 \pm 7,6$  года), из них 16 (53%) пациентов с диагнозом эпизодической ГБН и 14 (47%) — с диагнозом хронической ГБН, установленными в соответствии с Международной классификацией головной боли.

Критерии включения: пациенты, страдающие головной болью, удовлетворяющей критериям классификации головных болей, краниальной невралгии и лицевой боли как головная боль напряжения; длительность заболевания 6 мес и более; согласие пациента на остеопатическое обследование.

Критерии исключения: иные клинические формы головной боли; наличие текущего органического неврологического заболевания; наличие эндогенного психического заболевания; злоупотребление психотропными веществами и лекарственными препаратами для купирования острой боли; наличие острого или хронического соматического заболевания в стадии обострения; состояния и заболевания, являющиеся абсолютным противопоказанием к остеопатической коррекции.

Клиническое обследование включало стандартный клинико-неврологический осмотр с оценкой неврологического статуса; интенсивность ГБ оценивали с использованием 10-балльной визуальной аналоговой шкалы оценки болевого синдрома (ВАШ); клинический остеопатический осмотр — в соответствии с общепринятой методологией [10]. Инструментальные методы исследования включали рентгенографию шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2000 г.).

### Результаты и обсуждение

Из 16 пациентов с диагнозом эпизодической ГБН было 13 (81 %) женщин и 3 (19 %) мужчин, средний возраст —  $37,4 \pm 3,4$  года. В данной группе жалобы на симметричные, неп пульсирующие головные боли давящего характера предъявляли 50 % респондентов, боли распирающего характера беспокоили 19 % обследованных, боли стягивающего характера умеренной интенсивности отмечал 31 % пациент. Локализация боли у 42 % обследуемых находилась в височной области, боли в области лба испытывали 23 %, в области затылка — 35 % пациентов.

Стоит отметить, что у 38 % пациентов была выявлена тенденция к распространению болевых ощущений на шейный отдел позвоночника и плечи.

Изучение анамнеза болезни позволило установить, что длительность заболевания у пациентов равнялась в среднем  $4,75 \pm 2,2$  года. Частота приступов в среднем возникала раз в  $10 \pm 1,4$  дня. Головная боль появлялась или усиливалась на фоне стрессорной нагрузки в 63 % случаев, после длительной статической нагрузки — в 25 %, при нарушении сна — в 12 %. Полученные результаты совпадают с данными других авторов [7–9].

При оценке неврологического статуса у 75 % пациентов с эпизодической ГБН выявлено напряжение перикраниальных мышц, у 47 % — симметричное повышение сухожильных и периостальных рефлексов. Средняя интенсивность ГБ по 10-бальной ВАШ у данной категории больных составила  $5,4 \pm 0,73$  балла.

При рентгенографии шейного отдела позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения I степени выявлены у 63 % пациентов, II степени — у 12 %, изменений не зарегистрировано — у 25 % пациентов. По результатам МРТ, у 81 % пациентов патологии не выявлено, у 19 % обследованных обнаружены признаки дисциркуляторной энцефалопатии разной степени выраженности.

В ходе остеопатической диагностики были выявлены следующие доминирующие соматические дисфункции: региона твердой мозговой оболочки — у 31 %, региона головы — у 6 %, региона шеи — у 44 %, глобальное ритмогенное нарушение выработки краниального ритмического импульса определялось у 19 % (рис. 1). Следует отметить, что при доминирующей соматической дисфункции региона шеи у 100 % пациентов имелось напряжение перикраниальной мускулатуры.

Из 14 пациентов с диагнозом хронической ГБН было 12 (86 %) женщин и 2 (14 %) мужчин, средний возраст —  $41,3 \pm 11,1$  года. Основными жалобами были симметричные, неп пульсирующие головные боли давящего (57 %), распирающего (7 %), стягивающего (36 %) характера умеренной интенсивности, локализующиеся преимущественно в области лба — у 25 % пациентов, в области затылка — у 40 %, в височной области — у 35 %. У 18 % пациентов ГБ сопровождалась болями в шейном отделе позвоночника, плечах, лопатках.

При оценке неврологического статуса, у 43 % пациентов выявлено напряжение перикраниальных мышц. Микроочаговую неврологическую симптоматику наблюдали у 19 % пациентов. Симметричное повышение сухожильных и периостальных рефлексов (без патологических рефлексов) наблюдали у 79 % больных.

Средняя интенсивность ГБ по 10-бальной ВАШ составила  $5,2 \pm 1$  балл. Длительность заболевания в среднем была  $9,1 \pm 6$  лет, частота приступов в среднем —  $20 \pm 2,4$  дня в месяц. Головная боль возникала или усиливалась на фоне стрессорной нагрузки — у 50 % пациентов, после длительной статической нагрузки — у 29 %, при нарушении сна — у 21 %.

При рентгенографии шейного отдела позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения I степени выявлены у 71 % больных, II степени — у 29 %. По результатам МРТ, у 57 % пациентов патологии не выявлено, у 43 % обнаружены признаки дисциркуляторной энцефалопатии разной степени выраженности.