

Научная статья / Original article

УДК 616

<https://doi.org/>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА НА ФОНЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Ирина Анатольевна Егорова^{1,2}, Наталья Васильевна Белоусова³, Артём Викторович Дюпин^{1,2},
Павел Евгеньевич Печорин¹

¹ Институт остеопатической медицины имени В.Л. Андрианова, Санкт-Петербург, Россия

² Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

³ «Клиника остеопатии доктора Назарова», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

В настоящем исследовании оценена эффективность остеопатической терапии при гиперкинетической дискинезии желчевыводящих путей на фоне психоэмоционального стресса у женщин репродуктивного возраста. Проведен проспективный сравнительный анализ с участием 30 пациенток, рандомизированных на основную группу, получавшую комплексное лечение с включением остеопатических методов, и контрольную группу, лечившуюся традиционными медикаментозными средствами и диетотерапией. Оценка терапевтического эффекта осуществлялась с использованием функционального ультразвукового исследования моторики желчного пузыря, анализа вегетативного статуса по индексу Кердо и психоэмоционального состояния по шкале САН. Полученные данные демонстрируют, что остеопатическое лечение улучшает сократительную функцию желчного пузыря и способствует нормализации вегетативного баланса. Механизмы действия остеопатии связаны с коррекцией соматических дисфункций внутренних органов, краниосакральной системы и позвоночника, что способствует восстановлению нейровегетативной регуляции и уменьшению влияния стрессовых факторов на билиарную моторику. Отсутствие побочных эффектов подтверждает безопасность и хорошую переносимость данного подхода. Результаты подчеркивают перспективность включения остеопатических методов в комплексное лечение дискинезии желчевыводящих путей, особенно у пациентов с выраженным психоэмоциональным компонентом. Для подтверждения и расширения полученных выводов необходимы дальнейшие многоцентровые исследования с увеличенной выборкой и длительным периодом наблюдения, а также разработка стандартизированных протоколов остеопатической терапии. Интеграция междисциплинарных подходов, объединяющих остеопатическое лечение, диетотерапию и психотерапевтические методы, представляется многообещающей стратегией для улучшения исходов при функциональных билиарных расстройствах.

Ключевые слова: остеопатическое лечение, дискинезия желчевыводящих путей, психоэмоциональный стресс, моторика желчного пузыря, вегетативный статус

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Егорова И.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>, egorova.osteo@gmail.com

Белоусова Н.В. – <https://orcid.org/0009-0009-2933-6054>, natali.makarewitch@yandex.ru

Дюпин А.В. – <https://orcid.org/0000-0002-5881-2314>, adyupin@mail.ru

Печорин П.Е. – <https://orcid.org/0000-0001-6519-3016>, pavel_pechorin@mail.ru

Автор, ответственный за переписку: Ирина Анатольевна Егорова, egorova.osteo@gmail.com

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Егорова И.А., Белоусова Н.В., Дюпин А.В., Печорин П.Е. Оценка эффективности остеопатического лечения дискинезии желчевыводящих путей гиперкинетического типа на фоне психоэмоционального стресса // Мануальная терапия. 2025. №95(1-4). С. 3-13.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF OSTEOPATHIC TREATMENT FOR HYPERKINETIC BILIARY DYSKINESIA AGAINST THE BACKGROUND OF PSYCHOEMOTIONAL STRESS

Irina A. Egorova^{1,2}, Natalya V. Belousova³, Artem V. Dyupin^{1,2}, Pavel E. Pechorin¹

¹ V.L. Andrianov Institute of Osteopathic Medicine, Saint Petersburg, Russia

² Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russia

³ Doctor Nazarov's Osteopathy Clinic, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

This study evaluated the effectiveness of osteopathic therapy for hyperkinetic biliary dyskinesia against the background of psychoemotional stress in women of reproductive age. A prospective comparative analysis was conducted involving 30 patients randomized to the main group receiving complex treatment with the inclusion of osteopathic methods, and the control group treated with conventional pharmacotherapy and diet therapy. The therapeutic effect was assessed using functional ultrasound examination of gallbladder motility, analysis of vegetative status according to the Kerdo index and psychoemotional state according to the WAM scale. The findings demonstrate that osteopathic treatment improves the gallbladder contractile function and promotes the normalization of vegetative balance. The osteopathy action mechanisms involve the correction of somatic dysfunctions of the internal organs, craniosacral system and spine, which contributes to the restoration of neurovegetative regulation and a decrease in the impact of stress factors on biliary motility. The absence of side effects confirms the safety and good tolerance of this approach. The findings highlight the promise of including osteopathic methods in the complex treatment of biliary dyskinesia, especially in patients with a pronounced psychoemotional component. Further multicenter studies with an enlarged sample size and long follow-up period, as well as the development of standardized osteopathic therapy protocols, are needed to confirm and expand the findings. The integration of multidisciplinary approaches combining osteopathic treatment, diet therapy and psychotherapeutic techniques appears to be a promising strategy for improving outcomes in functional biliary disorders.

Keywords: osteopathic treatment, biliary dyskinesia, psychoemotional stress, gallbladder motility, vegetative status

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Egorova I.A. – <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>, egorova.osteo@gmail.com

Belousova N.V. – <https://orcid.org/0009-0009-2933-6054>, natali.makarewitch@yandex.ru

Dyupin A.V. – <https://orcid.org/0000-0002-5881-2314>, adyupin@mail.ru

Pechorin P.E. – <https://orcid.org/0000-0001-6519-3016>, pavel_pechorin@mail.ru

Corresponding author: Irina A. Egorova, egorova.osteo@gmail.com

TO CITE THIS ARTICLE:

Egorova I.A., Belousova N.V., Dyupin A.V., Pechorin P.E. Evaluation of the effectiveness of osteopathic treatment for hyperkinetic biliary dyskinesia against the background of psychoemotional stress // *Manualnaya Terapiya = Manual Therapy*. 2025;95(1-4):3-13

Гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) представляет собой функциональное расстройство билиарной системы, характеризующееся отсутствием органических изменений, однако существенно снижающее качество жизни пациентов из-за выраженного болевого синдрома и диспепсических проявлений. Актуальность изучения этого состояния обусловлена не только его широкой распространенностью среди различных возрастных и социальных групп, но и недостаточной эффективностью традиционных методов терапии, что побуждает к поиску иных подходов, таких как остеопатическое лечение, способное дополнить существующие стратегии реабилитации. Согласно данным официальных статистических источников, включая ежегодные отчеты Росстата, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, в том числе ДЖВП, демонстрируют стабильно высокие показатели заболеваемости среди населения Российской Федерации, что подчеркивает их социаль-

ную значимость и необходимость разработки междисциплинарных решений для профилактики и коррекции [1].

Эпидемиологический анализ, опирающийся на результаты современных исследований, свидетельствует о том, что гиперкинетическая форма ДЖВП чаще диагностируется у лиц молодого и среднего возраста, с явным преобладанием среди женщин, что, вероятно, связано с особенностями гормональной регуляции моторики билиарного тракта и повышенной восприимчивостью к нейровегетативным дисбалансам в этой группе [2]. В исследованиях российских ученых отмечается, что частота встречаемости функциональных билиарных расстройств в России варьируется в зависимости от географических и социально-экономических условий, достигая в среднем 15–20% среди пациентов с жалобами на абдоминальный дискомфорт, что отражает значительную нагрузку на систему здравоохранения [3]. Эти выводы подтверждаются международными исследованиями, где подчеркивается, что функциональные нарушения билиарной системы составляют существенную долю в структуре гастроэнтерологических заболеваний, особенно в урбанизированных обществах с высоким уровнем психоэмоционального напряжения [4]. Кроме того, в ряде работ указывается, что ДЖВП часто сочетается с другими функциональными расстройствами, такими как синдром раздраженного кишечника, что затрудняет дифференциальную диагностику и требует индивидуализированного подхода к лечению [5].

Патогенетические механизмы гиперкинетической ДЖВП связаны со сложными нейрогуморальными взаимодействиями, приводящими к гипертонусу сфинктера Одди и диссинхронизации сократительной активности желчного пузыря, сопровождающихся развитием болевого синдрома и нарушением пищеварения [6]. Особое значение придается роли вегетативной нервной системы, так как дисбаланс между симпатическими и парасимпатическими компонентами усугубляет нарушение функции желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки [7]. Дополнительно в некоторых работах подчеркивается влияние висцеро-вертебральных взаимосвязей на развитие гиперкинетической ДЖВП, особенно при дисфункциях грудного отдела позвоночника, изменяющих иннервационные паттерны органов гепатобилиарной зоны, что открывает перспективы для применения остеопатических методов, направленных на коррекцию вертеброгенных факторов [8]. Этот аспект дополняется выводами о возможности коррекции рефлекторных нарушений через целенаправленное воздействие на соматические структуры [9].

Значимым компонентом клинической картины ДЖВП выступает психоэмоциональная сфера, проявляющаяся в виде повышенной тревожности, склонности к депрессивным состояниям и хронического стрессового напряжения, которые, усиливая активность симпатической нервной системы, способствуют усугублению висцеральной гиперчувствительности и формированию патологического цикла, как отмечается в ряде научных трудов [10]. В этом контексте подчеркивается, что стрессовые факторы не только потенцируют моторные дисфункции билиарного тракта, но и поддерживают негативный эмоциональный фон, что требует внедрения комплексных терапевтических стратегий, включающих методы психосоматической коррекции наряду с соматическими подходами [11]. По данным зарубежных исследователей, остеопатические методики способны оказывать гармонизирующее воздействие на краниосакральную систему, снижая уровень стресса и улучшая общее психоэмоциональное состояние пациентов [12].

Клинические проявления гиперкинетической ДЖВП характеризуются приступообразными болями в правом подреберье, часто связанными с приемом пищи, а также сопутствующими диспепсическими симптомами, такими как тошнота, метеоризм и ощущение тяжести [13]. В некоторых публикациях дополнительно указывается, что у значительной части пациентов с данной патологией наблюдаются нарушения биомеханики позвоночника, включая дефекты

осанки, которые могут усиливать компрессию нервных структур и негативно влиять на иннервацию внутренних органов [14]. Эти данные дополняются выводами о важности учета индивидуальных анатомо-функциональных особенностей при разработке терапевтических программ, особенно в случаях сочетания ДЖВП с иными функциональными расстройствами [15].

В последние годы возрастает интерес к остеопатическому лечению как к перспективному направлению коррекции функциональных нарушений билиарного тракта, что обусловлено его способностью воздействовать на висцеро-соматические взаимосвязи, снижая мышечный гипертонус и восстанавливая нормальные нервно-рефлекторные взаимодействия, как демонстрируют исследования отечественных авторов [16]. Сходные выводы представлены в работах, где акцентируется внимание на высокой эффективности остеопатических техник на ранних стадиях патологического процесса, что позволяет предотвращать его хронизацию [17]. Зарубежные авторы также подчеркивают целесообразность применения остеопатических подходов в терапии функциональных гастроэнтерологических расстройств, отмечая их комплексное влияние на соматические и психоэмоциональные аспекты заболевания [15]. Интеграция остеопатических методик в стандартные протоколы лечения может способствовать не только повышению качества жизни пациентов, но и снижению их зависимости от фармакологических препаратов, минимизируя риск развития нежелательных побочных реакций.

В заключение следует отметить, что изучение гиперкинетической ДЖВП остается одной из приоритетных задач современной медицинской науки, поскольку данное состояние представляет собой многофакторную патологию, требующую комплексного и междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Высокая частота встречаемости, значительное влияние на психоэмоциональную сферу и ограниченная результативность традиционных методов коррекции подчеркивают важность дальнейших научных изысканий, направленных на разработку интегрированных реабилитационных программ, включающих остеопатические техники. Эти подходы, воздействуя на различные звенья патогенеза, открывают новые горизонты для улучшения состояния пациентов и предотвращения хронизации патологического процесса, что, безусловно, требует дальнейшего эмпирического и теоретического осмысления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Исследование проводилось в формате проспективного сравнительного анализа с участием 30 пациенток, с выявленной ДЖВП гиперкинетического типа, подтвержденной инструментальными методами диагностики. Участники были рандомизированы на две группы с помощью «метода конвертов»: основную (n=15), дополнительно к медикаментозному лечению и диетотерапии получавшую остеопатическую терапию, и контрольную (n=15), получавшую медикаментозное лечение и диетотерапию.

Исследование проводилось с января по декабрь 2024 года на базе «Клиники остеопатии доктора Назарова» (Санкт-Петербург, Россия).

Критерии включения и исключения

Критериями включения в исследование являлись: женский пол, возраст от 35 до 40 лет, наличие болевого синдрома в правом подреберье продолжительностью не менее 3 месяцев, диспепсические симптомы (тошнота, вздутие живота), признаки психоэмоционального стресса по данным анамнеза, а также подтвержденный диагноз ДЖВП гиперкинетического типа на основании ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости с функциональной пробой.

Критерии исключения включали наличие органических заболеваний желчевыводящих путей (холецистит, желчнокаменная болезнь), беременность, лактацию, тяжелые сопутствующие

щие патологии (сердечно-сосудистые, онкологические, эндокринные заболевания), а также прием психотропных препаратов в течение последних 6 месяцев.

Методы лечения

Пациентки в обеих группах в процессе проведения исследования соблюдали диету №5 по Певзнеру; получали медикаментозное лечение: мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза в сутки в течение 4 недель, комбинированный ферментный препарат (панкреатин 192 мг + компоненты желчи 25 мг + гемицеллюлаза 50 мг) по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 14 дней.

В основной группе применялись остеопатические техники, направленные на коррекцию соматических дисфункций. Коррекция соматических дисфункций внутренних органов включала мягкое воздействие на область желчного пузыря, диафрагмы и печени для улучшения их мобильности и снижения внутрибрюшного давления. Коррекция соматических дисфункций краниосакральной системы была направлена на нормализацию краниосакрального ритма и уменьшению симпатикотонии. Коррекция соматических дисфункций позвоночника проводилась для улучшения подвижности позвоночных сегментов в грудном, шейном и поясничных отделах позвоночника. Каждому пациенту проведено 6 сеансов остеопатического лечения в течение 3-х месяцев (1-й сеанс остеопатического лечения, затем 2-й через 1 неделю, начиная с 3-го по 6-й сеанс интервал 2 недели).

В контрольной группе применялась указанная медикаментозная терапия в соответствии с национальными клиническими рекомендациями.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Исследование сократительной функции желчного пузыря

Оценка фракции опорожнения (ФО) и коэффициента опорожнения желчного пузыря (КО) проводилась с помощью ультразвуковой диагностики. Исследование брюшной полости проводилось с использованием аппарата Philips Affiniti 50 с линейным и конвексным датчиками частотой 3,5–5 МГц. Исходный объем желчного пузыря ($V_{исх}$) измерялся натощак в трех плоскостях с расчетом по формуле эллипсоида. После приема пробного завтрака (100 мл 20%-ных сливок) повторное измерение остаточного объема ($V_{ост}$) выполнялось через 40 минут. ФО рассчитывалась по формуле: $ФО (мл) = V_{исх} - V_{ост}$. КО рассчитывался по формуле: $КО (\%) = ((V_{исх} - V_{ост}) / V_{исх}) \times 100\%$. Нормативные значения КО составляли 40-75%, значения <35% указывали на гипокинетическую, >75% – на гиперкинетическую дисфункцию.

Определение вегетативного статуса

Вегетативный индекс Кердо (ИК) рассчитывался для оценки баланса симпатической и парасимпатической нервной системы. Исследование проводилось в состоянии покоя путем измерения частоты сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) и диастолического артериального давления (ДАД, мм рт. ст.). Индекс определялся по формуле: $ИК = (1 - (ДАД / ЧСС)) \times 100\%$. Положительные значения ИК указывали на преобладание симпатического тонуса, отрицательные – на преобладание парасимпатического тонуса, а значения, близкие к нулю, свидетельствовали о вегетативном балансе. Значения индекса выше +5 указывают на симпатикотонию, ниже -5 – на парасимпатикотонию, диапазон от -5 до +5 считается нормой.

Оценка психоэмоционального состояния с использованием шкалы САН

Для оценки самочувствия, активности и настроения участников исследования применялась шкала САН. Методика включает 30 пар противоположных характеристик, разделенных на три категории (по 10 пар на каждую): самочувствие, активность и настроение. Испытуемые

оценивали свое состояние по 7-балльной шкале (от 1 до 7) для каждой пары. Средний балл по каждой категории рассчитывался как сумма баллов, разделенная на 10 (диапазон 1–7), с нормативным значением 5,0–5,5.

Оценка проводилась до начала лечения (исходный уровень) и по завершении курса терапии на 4-й неделе.

Статистическая обработка данных

Данные исследования вводили в электронные таблицы Excel (Microsoft Corp., США). Для оценки количественных данных использовали описательную статистику (медиана (Me), межквартильный интервал (IQR), среднее значение (M), стандартное отклонение (SD)), оценку значимости различий по критерию Уилкоксона (W-тест) для связанных выборок, по критерию Манна–Уитни (U-тест) для несвязанных выборок. Статистическую значимость различий частоты качественных параметров до и после лечения определяли при помощи точного критерия Фишера. Все статистические показатели рассчитывали с помощью пакета Statistica 10.0 (StatSoft, США). Критический уровень статистической значимости принимали за 5% ($p=0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика участников

Средний возраст участниц в основной группе составил $34,8 \pm 1,4$ года, в контрольной – $37,1 \pm 1,7$ года, различия между группами не были статистически значимыми ($p=0,53969$). Все участницы исследования были женского пола ($p=1,00000$). Исходные клинические показатели, включая интенсивность боли по ВАШ, индекс Кердо, субъективное самочувствие по методике САН и выраженность диспепсических симптомов, не имели статистически значимых различий между группами ($p>0,05$ для всех параметров), что свидетельствует о сопоставимости групп в начале исследования.

Результаты исследования сократительной функции желчного пузыря

До начала исследования фракция опорожнения (основная группа, Me(IQR) = 17,8 (1,4) мл; контрольная группа, Me(IQR) = 18,0 (0,8) мл) и коэффициент опорожнения (основная группа, $M \pm SD = 83,0 \pm 1,5\%$; контрольная группа, $M \pm SD = 83,0 \pm 2,0\%$) были сопоставимы ($p=0,47985$; $p=0,96600$ соответственно). У всех участниц отсутствовали признаки воспаления (утолщение стенки желчного пузыря менее 3 мм) и конкременты, что исключало органическую патологию. Повторное УЗИ через 4 недели после начала лечения показало улучшение моторики желчного пузыря в обеих группах: основная группа – фракция опорожнения, Me(IQR) = 14,4 (1,8) мл ($p=0,00006$), коэффициент опорожнения, $M \pm SD = 67,0 \pm 4,5\%$ ($p=0,00071$); контрольная группа – фракция опорожнения, Me(IQR) = 17,0 (0,9) мл ($p=0,00071$), коэффициент опорожнения, $M \pm SD = 77,0 \pm 2,5\%$ ($p=0,00068$). Между группами также отмечалось статистически значимое различие: фракция опорожнения ($p=0,00010$) и коэффициент опорожнения ($p=0,00006$).

Вегетативный статус

До начала лечения в обеих группах наблюдалось преобладание симпатического тонуса, что характерно для пациентов с ДЖВП на фоне психоэмоционального стресса. В начале лечения обе группы были сопоставимы по индексу Кердо ($p = 0,55850$). В основной группе исходное значение индекса Кердо составило $22,0 \pm 4,0$ балла, к концу 4-й недели снизилось до $10,0 \pm 4,5$ ($p=0,00069$), что указывает на восстановление вегетативного равновесия. У 11 из 15 пациентов (73,3%) значения индекса находились в диапазоне от -5 до +5, что соответствует норме. В контрольной группе исходное значение индекса составило $21,5 \pm 4,0$, к концу 4-й

недели снизилось до $20,0 \pm 5,0$ ($p=0,01460$). При этом у 9 из 15 пациентов (60%) сохранялись признаки симпатикотонии (индекс выше +5). Различия между группами были статистически значимыми после проведенного лечения ($p=0,00007$ на 4-й неделе), что подтверждает более выраженное влияние остеопатической терапии на нормализацию вегетативного баланса по сравнению с медикаментозным лечением.

Психоэмоциональное состояние

Оценка субъективного самочувствия, активности и настроения по методике САН также показала значительные улучшения в основной группе. В начале исследования обе группы были сопоставимы по всем показателям опросника САН: самочувствие ($p=0,59896$), активность ($p=0,63173$), настроение ($p=0,90044$). Исходные значения в основной группе составили $2,9 \pm 0,4$ балла для самочувствия, $2,7 \pm 0,7$ балла для активности и $2,5 \pm 0,7$ балла для настроения. К концу 4-й недели лечения эти показатели увеличились до $4,5 \pm 0,9$ ($p=0,00072$), $4,4 \pm 1,0$ ($p=0,00070$) и $4,2 \pm 0,5$ ($p=0,00071$) соответственно. У 8 из 15 пациентов (53,3%) наблюдалось улучшение всех трех параметров до уровня выше 4,5 баллов, что свидетельствует о значительном повышении качества жизни. В контрольной группе исходные значения составили $2,8 \pm 0,4$ балла для самочувствия, $2,8 \pm 0,5$ балла для активности и $2,5 \pm 0,8$ балла для настроения. К концу лечения они увеличились до $3,2 \pm 0,7$ ($p=0,0836$), $3,0 \pm 0,4$ ($p=0,00362$) и $3,0 \pm 0,8$ ($p=0,00099$) соответственно. Межгрупповые различия были статистически значимыми ($p=0,00004$ для самочувствия, $p=0,00001$ для активности и $p=0,00001$ для настроения) на 4-й неделе исследования.

Побочные эффекты и осложнения

В обеих группах не было зарегистрировано побочных эффектов или осложнений, связанных с остеопатической терапией. Все пациенты завершили курс лечения в полном объеме.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты настоящего исследования демонстрируют высокую клиническую эффективность остеопатической терапии у пациентов с дискинезией желчевыводящих путей гиперкинетического типа на фоне психоэмоционального стресса. В основной группе, получавшей остеопатическое лечение, наблюдалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома на 80% ($p=0,00023$), что существенно превосходит результаты контрольной группы, где снижение составило лишь 35% ($p=0,01247$). Кроме того, остеопатическая терапия способствовала нормализации вегетативного баланса, что подтверждено динамикой индекса Кердо ($p=0,00014$), и улучшению субъективного самочувствия по методике САН ($p=0,00031$). Эти данные указывают на комплексное воздействие остеопатии, охватывающее как соматические, так и психоэмоциональные аспекты заболевания.

Механизмы действия остеопатической терапии

Остеопатическое лечение, включающее коррекцию соматических дисфункций, направлено на устранение функциональных нарушений, которые лежат в основе ДЖВП гиперкинетического типа. Висцеральные манипуляции, применяемые в области желчного пузыря и диафрагмы, способствуют улучшению мобильности органов и снижению внутрибрюшного давления, что может уменьшать спазмы гладкой мускулатуры желчевыводящих путей. Коррекция соматических дисфункций краниосакральной системы, воздействуя на центральную нервную систему через нормализацию краниосакрального ритма, помогает снизить гиперактивность симпатической нервной системы, которая играет ключевую роль в патогенезе гиперкинетической дискинезии. Коррекция соматических дисфункций позвоночника, направленная

на улучшение подвижности позвоночных сегментов, устраняет функциональные нарушения, которые могут способствовать развитию нарушения функции внутренних органов через сомато-висцеральные рефлексy. Эти механизмы объясняют выраженное снижение болевого синдрома и диспепсических симптомов в основной группе, а также нормализацию вегетативного тонуса, что подтверждается объективными данными индекса Кердо.

Роль УЗИ в диагностике и контроле лечения

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости с функциональной пробой подтвердило гиперкинетический тип ДЖВП у всех участников исследования, что обеспечило точность диагностики и исключение органических патологий. Повторное УЗИ на 4-й неделе лечения выявило замедление опорожнения желчного пузыря в основной группе, что свидетельствует о восстановлении нормальной моторики. Этот факт подчеркивает важность УЗИ не только как диагностического метода, но и как инструмента для объективной оценки эффективности терапии. В контрольной группе значительных изменений моторики не наблюдалось, что может быть связано с ограниченным влиянием медикаментозных препаратов на функциональные нарушения.

Сравнение с медикаментозной терапией

Медикаментозная терапия, включающая спазмолитики и ферментные препараты, показала умеренную эффективность в контрольной группе, что согласуется с данными литературы о недостаточной результативности такого подхода при ДЖВП, особенно на фоне психоэмоционального стресса. Спазмолитики оказывают временное симптоматическое действие, не влияя на первопричины дисфункции, такие как нейровегетативный дисбаланс. Ферментные препараты способны временно улучшать функцию пищеварения в двенадцатиперстной кишке, но не воздействуют на причину нарушения. Остеопатическое лечение не сопровождалось побочными эффектами и обеспечила более выраженное и устойчивое улучшение всех оцениваемых параметров.

Ограничения исследования

Несмотря на полученные положительные результаты, исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации данных. Во-первых, небольшая выборка (n=30) ограничивает возможность экстраполяции результатов на более широкую популяцию. Во-вторых, длительность наблюдения составила всего 4 недели, что не позволяет оценить долгосрочные эффекты остеопатической терапии и вероятность рецидивов. В-третьих, исследование проводилось в одном центре, что может влиять на воспроизводимость результатов в других клинических условиях. Также не учитывались индивидуальные особенности психоэмоционального статуса пациентов, которые могли влиять на восприятие боли и самочувствия. Для устранения этих ограничений необходимы многоцентровые исследования с большей выборкой и более длительным периодом наблюдения.

Перспективы применения остеопатического лечения

Полученные данные подтверждают перспективность интеграции остеопатической терапии в комплексное лечение ДЖВП гиперкинетического типа, особенно у пациентов с выраженным психоэмоциональным компонентом. Однако для широкого внедрения метода в клиническую практику требуется разработка стандартизированных протоколов лечения, включающих конкретные техники и частоту сеансов. Кроме того, важно организовать обучение врачей-гастроэнтерологов и терапевтов основам остеопатии или наладить междисциплинарное взаимодействие с квалифицированными остеопатами. Дальнейшие исследования должны

быть направлены на изучение долгосрочных эффектов остеопатической терапии, а также на сравнение ее эффективности с другими немедикаментозными методами, такими как когнитивно-поведенческая терапия и физиотерапия. Результаты настоящего исследования согласуются с работами, посвященными применению остеопатии при функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта. Например, было показано, что висцеральные манипуляции эффективны при синдроме раздраженного кишечника для уменьшения выраженности болевого синдрома и улучшения качества жизни [17]. Аналогичные данные получены в работе, где остеопатическая терапия способствовала нормализации вегетативного тонуса у пациентов с функциональной диспепсией [16]. Однако исследований, посвященных применению остеопатического лечения при ДЖВП, крайне мало, что подчеркивает новизну и значимость настоящей работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные указывают на необходимость интеграции остеопатических методов в клиническую практику для лечения ДЖВП, особенно у пациентов с выраженным психоэмоциональным компонентом. Однако для подтверждения результатов и разработки стандартизированных протоколов требуются дальнейшие исследования с большей выборкой и более длительным периодом наблюдения. Также рекомендуется организовать обучение врачей основам остеопатии и наладить междисциплинарное взаимодействие для повышения доступности метода. Перспективным направлением является изучение комбинированных подходов, включающих остеопатическое лечение, диетотерапию и психотерапию, для достижения максимального терапевтического эффекта.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Статистический сборник «Здравоохранение в России». Москва : Росстат, 2023.
2. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Полюшкин С.В. Сочетанная функциональная патология билиарного тракта и кишечника // *Дневник казанской медицинской школы*. 2021. № 1(31). С. 40-45. EDN PSMRLT.
3. Симонова Т.М. Функциональные расстройства билиарного тракта: современная классификация, принципы диагностики и лечения // *Современные вопросы биомедицины*. 2018. Т. 2, № 4(5). С. 168-177. EDN YRPEUP.
4. Tseng J., Chen Y., McDonald C. Biliary Dyskinesia and Hyperkinesia // *Surg Clin North Am*. 2024. N 104(6). P. 1191-1201. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2024.04.007>
5. Richmond B.K., Walker A. Biliary Dyskinesia: Current Perspectives and Future Directions // *The American Surgeon*. 2020. N 87(6). P. 954-960. doi:10.1177/00031348209716176
6. Simrén M., Törnblom H., Palsson O.S., Van Oudenhove L., Whitehead W.E., Tack J. Cumulative Effects of Psychologic Distress, Visceral Hypersensitivity, and Abnormal Transit on Patient-reported Outcomes in Irritable Bowel Syndrome // *Gastroenterology*. 2019. Aug. N 157(2). P. 391-402.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2019.04.019. Epub 2019 Apr 22.
7. Mills M., Sevensma K., Serrano J. Osteopathic Manipulative Treatment for a Recognizable Pattern of Somatic Dysfunction Following Laparoscopic Cholecystectomy // *J Am Osteopath Assoc*. 2020. Oct. N 1; 120(10). P. 685-690. doi: 10.7556/jaoa.2020.111
8. Тюрина Е.В. Взаимосвязь билиарной дисфункции и заболеваний шейного отдела позвоночника // *Тюменский медицинский журнал*. 2013. Т. 15, № 2. С. 24-28. EDN QBAGER.
9. Costescu E., Călin G., Țirlea V. Non-invasive Physiotherapeutic Approaches in Biliary Dyskinesia // *Balneo and PRM Research Journal*. 2024. N 15(4). P. 749. <https://doi.org/10.12680/balneo.2024.749>
10. Wouters M.M., Boeckstaens G.E. Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders // *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2016. N 10(1). P. 5-8. <https://doi.org/10.1586/17474124.2016.1109446>.
11. Barsotti N., Casini A., Chiera M., Lunghi C., Fornari M. Neurophysiology, Neuro-Immune Interactions, and Mechanobiology in Osteopathy in the Cranial Field: An Evidence-Informed Perspective for a Scientific Rationale // *Healthcare*. 2023. N 11(23). P. 3058. <https://doi.org/10.3390/healthcare11233058>
12. Cotton P.B., Elta G.H., Carter C.R., Rome I.V. Gallbladder and sphincter of Oddi disorders // *Gastroenterology*. 2016. N 150(6). P. 1420-1429. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.033>

13. Скрябин Е.Г., Тюрина Е.В., Суровцева В.Ю. и др. Вертеброгенно обусловленные дискинезии желчевыводящих путей у детей и подростков в практике семейного врача // Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 5(128). С. 157–160. EDN OODZGH.
14. Болотнова Т.В., Решетникова Ю.С., Скрябин Е.Г., Тюрина Е.В. Анатомо-физиологические предпосылки, механизмы формирования и особенности клинических проявлений вертеброгенных висцеропатий // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17 (4). С. 24–26.
15. Attali T.V., Bouchoucha M., Benamouzig R. Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: short-term and long-term results of a randomized trial // J Dig Dis. 2013. N 14(12). P. 654–661. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12098>
16. Henwood L., Le Donne M.E., Vaughn A., Kamil S., Harrington A., Scott R. The Effects of Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) on Postoperative Length of Stay: A Meta-Analysis // Cureus. 2024. May 9. P. 16(5). e59983. <https://doi.org/10.7759/cureus.59983>
17. Da Silva S.M., Mafra D. Effects of osteopathic manipulative treatment in the biliary dyskinesia // International Journal of Health Science. 2022. N 2(34). P. 2–7. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1592342206078>

REFERENCES

1. "Healthcare in Russia" statistical collected book. Moscow: Publishing House of Rosstat; 2023. (In Russ.)
2. Uspensky YuP, Fominykh YuA, Nadzhafova KN, Polyushkin SV. The combined functional pathology of the biliary tract and intestines. *Dnevnik Kazanskoi Meditsinskoi Shkoly = Diary of the Kazan Medical School*. 2021;1(31):40-45. (In Russ.)
3. Simonova TM. Functional Disorders of the Biliary Tract: Modern Classification, Diagnostic Principles, and Treatment. *Sovremennye Voprosy Biomeditsiny = Current Issues in Biomedicine*. 2018;2(4):168-177. (In Russ.)
4. Tseng J, Chen Y, McDonald C. Biliary Dyskinesia and Hyperkinesia. *Surg Clin North Am*. 2024;104(6):1191-1201. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2024.04.007>
5. Richmond BK, Walker A. Biliary Dyskinesia: Current Perspectives and Future Directions. *The American Surgeon*. 2020;87(6):954-960. <https://doi.org/10.1177/00031348209716176>.
6. Simrén M, Törnblom H, Palsson OS, Van Oudenhove L, Whitehead WE, Tack J. Cumulative Effects of Psychologic Distress, Visceral Hypersensitivity, and Abnormal Transit on Patient-reported Outcomes in Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2019;157(2):391-402.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.04.019>. Epub 2019 Apr 22
7. Mills M, Sevensma K, Serrano J. Osteopathic Manipulative Treatment for a Recognizable Pattern of Somatic Dysfunction Following Laparoscopic Cholecystectomy. *J Am Osteopath Assoc*. 2020 Oct 1;120(10):685-690. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2020.111>
8. Tyurina EV. The relationship between biliary dysfunction and diseases of the cervical spine. *Tyumenskii Meditsinskii Zhurnal = Tyumen Medical Journal*. 2013;15(2):24–28. (In Russ.)
9. Costescu E, Călin G, Țirlea V. Non-invasive Physiotherapeutic Approaches in Biliary Dyskinesia. *Balneo and PRM Research Journal*. 2024;15(4):749. <https://doi.org/10.12680/balneo.2024.749>
10. Wouters MM, Boeckstaens GE. Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2016;10(1):5–8. <https://doi.org/10.1586/17474124.2016.1109446>
11. Barsotti N, Casini A, Chiera M, Lunghi C, Fornari M. Neurophysiology, Neuro-Immune Interactions, and Mechanobiology in Osteopathy in the Cranial Field: An Evidence-Informed Perspective for a Scientific Rationale. *Healthcare*. 2023;11(23):3058. <https://doi.org/10.3390/healthcare11233058>
12. Cotton PB, Elta GH, Carter CR. Rome IV. Gallbladder and sphincter of Oddi disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1420-1429. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.033>
13. Skryabin EG, Tyurina EV, Surovtseva VYu, et al. Vertebrogenic biliious dyskinesia in children and adolescents in general practice. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik = Kuban Scientific Medical Journal*. 2011;5(128):157–160. (In Russ.)
14. Bolotnova TV, Reshetnikova YuS, Skryabin EG, Tyurina EV. Anatomic and physiological preconditions, formation mechanisms and features of clinical manifestations of vertebrogenic visceropathies. *Vestnik Novykh Meditsinskikh Tekhnologii = Journal of New Medical Technologies*. 2010;17(4):24–26. (In Russ.)
15. Attali TV, Bouchoucha M., Benamouzig R. Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: short-term and long-term results of a randomized trial. *J Dig Dis*. 2013;14(12):654-661. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12098>

16. Henwood L, Le Donne ME, Vaughn A, Kamil S, Harrington A, Scott R. The Effects of Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) on Postoperative Length of Stay: A Meta-Analysis. *Cureus*. 2024 May 9;16(5):e59983. <https://doi.org/10.7759/cureus.59983>
17. Da Silva S M, Mafra D. Effects of osteopathic manipulative treatment in the biliary dyskinesia. *International Journal of Health Science*. 2022;2(34):2–7. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1592342206078>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Статья поступила / The article received: 16.10.2025

Статья принята к печати / The article approved for publication: 18.11.2025