

Научная статья / Original article

УДК 615.828

<https://doi.org/>

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ: МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ирина Анатольевна Егорова^{1,2}, Андрей Евгеньевич Червоток^{1,2}, Дмитрий Григорьевич Рутенбург¹,
Константин Алексеевич Назаров¹, Екатерина Михайловна Альтмарк¹, Мария Николаевна Филимонова¹

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

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

РЕЗЮМЕ

Введение. Хронические соматические дисфункции сопровождаются стойким снижением качества жизни (КЖ) и психоэмоциональными нарушениями, которые стандартная фармакотерапия корригирует недостаточно полно. Остеопатическая медицина, воздействуя на структурный, висцеральный и нейровегетативный уровни регуляции, обладает теоретическими предпосылками для комплексного восстановления этих нарушений.

Цель исследования. Количественная оценка динамики качества жизни и психоэмоционального статуса у пациентов с соматическими дисфункциями на фоне курса остеопатической коррекции в сравнении со стандартной терапией.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный мультикогортный анализ данных 27 клинических наблюдений (общая численность участников – более 400 человек), выполненных на базе кафедры остеопатии и восстановительной медицины Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого в 2020–2024 гг. В каждой когорте выделялись основная группа (ОГ), получавшая курс остеопатической коррекции (3–6 сеансов в течение 4–8 недель), и сопоставимая группа сравнения (ГС), проходившая стандартное медикаментозное или физиотерапевтическое лечение. Применялись валидизированные инструменты: опросник SF-36 (физический и психический компоненты КЖ), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник Бека, шкала Спилбергера-Ханина, методика САН и вегетативный индекс Кердо. Статистическая обработка включала непараметрические критерии Уилкоксона и Манна-Уитни ($\alpha = 0,05$).

Результаты. Во всех 27 основных группах зарегистрированы статистически значимый ($p < 0,05$) прирост обоих компонентов КЖ по SF-36, снижение уровней тревоги и депрессии по HADS и опроснику Бека, нормализация ситуативной тревожности, улучшение показателей методики САН и переход вегетативного тонуса к равновесию по индексу Кердо. В группах стандартной терапии сопоставимая динамика психоэмоциональных показателей отсутствовала.

Заключение. Остеопатическая коррекция соматических дисфункций обеспечивает комплексное улучшение качества жизни и психоэмоционального состояния пациентов, превосходящее результаты стандартного лечения. Эффект реализуется преимущественно через нормализацию нейровегетативной регуляции и устранение соматических дисфункций.

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, HADS, психоэмоциональный статус, соматическая дисфункция, остеопатическая коррекция

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Егорова И.А. – 0000-0003-3615-7635 egorova.osteo@gmail.com

Червоток А.Е. – 0000-0002-8559-982X andro-med@rambler.ru

Рутенбург Д.Г. – 0000-0003-4141-5619 rutenburg.spb@gmail.com

Назаров К.А. – 0000-0002-3115-0808 dr.nazarov@inbox.ru

Альтмарк Е.М. – 0000-0002-3270-2360 altmark@mail.ru

Филимонова М.Н. – 0000-0002-1915-7951 drfilimonova@mail.ru

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

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Егорова И.А., Червоток А.Е., Рутенбург Д.Г., Назаров К.А., Альтмарк Е.М., Филимонова М.Н. Динамика качества жизни и психоэмоционального статуса на фоне остеопатического лечения соматических дисфункций: мультицентровое статистическое исследование // Мануальная терапия. 2026. №96(1-2). С. 40-51.

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE AND PSYCHOEMOTIONAL STATUS DURING OSTEOPATHIC TREATMENT OF SOMATIC DYSFUNCTIONS: A MULTICENTER STATISTICAL STUDY

Irina A. Egorova^{1,2}, Andrey E. Chervotok^{1,2}, Dmitry G. Rutenburg¹, Konstantin A. Nazarov¹, Ekaterina M. Altmark¹,
Maria N. Filimonova¹

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

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

ABSTRACT

Introduction. Chronic somatic dysfunctions are accompanied by persistent decline in quality of life (QoL) and psychoemotional disturbances that standard pharmacotherapy fails to adequately correct. Osteopathic medicine, by affecting the structural, visceral, and neurovegetative levels of regulation, has theoretical prerequisites for comprehensive restoration of these impairments.

Objective. Quantitative assessment of the dynamics of quality of life and psychoemotional status in patients with somatic dysfunctions undergoing a course of osteopathic treatment compared with standard therapy.

Materials and Methods. A retrospective multicohort analysis of data from 27 clinical observations (total number of participants exceeded 400) was conducted. The analysis was carried out at the Department of Osteopathy and Restorative Medicine of Yaroslav-the-Wise Novgorod State University during 2020-2024. In each cohort, a main group (MG), undergoing a course of osteopathic treatment (3-6 sessions over 4-8 weeks), and a comparable control group (CG), undergoing standard pharmacological or physiotherapeutic treatment, were identified. Validated instruments were used: the SF-36 questionnaire (physical and mental QoL components), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Beck Depression Inventory, the Spielberger-Khanin State-Trait Anxiety Inventory, the SAN (Well-being, Activity, Mood) self-assessment technique, and the Kerdo Vegetative Index. Statistical analysis included nonparametric Wilcoxon and Mann-Whitney tests ($\alpha = 0.05$).

Results. Statistically significant ($p < 0.05$) improvements in both SF-36 QoL components, reductions in anxiety and depression levels on the HADS and Beck Inventory, normalization of state anxiety, improvement in SAN scores, and a shift of autonomic tone toward equilibrium on the Kerdo Index were recorded in all 27 main groups. No comparable dynamics in psychoemotional parameters were observed in the standard therapy groups.

Conclusion. Osteopathic treatment of somatic dysfunctions provides comprehensive improvement in patients' quality of life and psychoemotional status that exceeds the outcomes of standard treatment. The effect is primarily mediated through normalization of neurovegetative regulation and resolution of somatic dysfunctions.

Keywords: quality of life, SF-36, HADS, psychoemotional status, somatic dysfunction, osteopathic treatment

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Egorova I.A. – 0000-0003-3615-7635 egorova.osteo@gmail.com

Chervotok A.E. – 0000-0002-8559-982X andro-med@rambler.ru

Rutenburg D.G. – 0000-0003-4141-5619 rutenburg.spb@gmail.com

Nazarov K.A. – 0000-0002-3115-0808 dr.nazarov@inbox.ru

Altmark E.M. – 0000-0002-3270-2360 altmark@mail.ru

Filimonova M.N. – 0000-0002-1915-7951 drfilimonova@mail.ru

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

TO CITE THIS ARTICLE:

Egorova I.A., Chervotok A.E., Rutenburg D.G., Nazarov K.A., Altmark E.M., Filimonova M.N. Dynamics of quality of life and psychoemotional status during osteopathic treatment of somatic dysfunctions: a multicenter statistical study // *Manualnaya Terapiya = Manual Therapy*. 2026;96(1-2):40-51.

1. ВВЕДЕНИЕ

Понятие качества жизни, связанного со здоровьем (health-related quality of life, HRQoL), прочно вошло в клиническую практику как ключевой показатель терапевтического успеха [1]. Согласно определению ВОЗ, здоровье – это не только отсутствие патологических состояний, но и полноценное физическое, психическое и социальное функционирование индивида. Между тем в реальной клинической практике именно психоэмоциональное измерение болезни нередко остаётся за пределами терапевтического внимания [2]: хроническая боль лечится анальгетиками, мышечный спазм – миорелаксантами, однако сопутствующая тревога, депрессия и утрата витальной активности зачастую воспринимаются как неизбежные спутники болезни, а не как самостоятельные терапевтические мишени [3,4]. При этом исследования показывают, что именно интегративный подход, включающий коррекцию соматических дисфункций, способствует нормализации психоэмоционального статуса и значимому росту КЖ [5,6].

Остеопатическая медицина – в отличие от симптоматически ориентированных подходов – рассматривает пациента как интегральную биодинамическую систему, в которой структурные ограничения, висцеральные нарушения и психоэмоциональные расстройства не просто сопутствуют друг другу, но и взаимно поддерживают патологическую динамику [7–9]. Три фундаментальных остеопатических принципа – структурно-функциональное единство, способность тела к самокоррекции и роль артерии как регулятора жизнедеятельности – предполагают, что устранение соматической дисфункции неизбежно отразится на функционировании более высоких регуляторных уровней, в том числе нейровегетативного и психоэмоционального [10–12]. Исследования показывают, что остеопатическая коррекция способствует снижению симпатической активации и уровня стресса, обеспечивая комплексный терапевтический эффект [13].

Несмотря на концептуальную обоснованность предполагаемого механизма, доказательная база в данной области по-прежнему неоднородна. Ряд исследований [14] демонстрирует достоверное улучшение КЖ после остеопатических вмешательств при хронической боли в спине, а также при висцеральных расстройствах, включая синдром раздраженного кишечника и тазовые дисфункции [15,16]; другие работы ограничиваются оценкой отдельных шкал или короткими периодами наблюдения без оценки отдаленных результатов [17]. Систематизированный мультикогортный анализ, охватывающий одновременно несколько доменов КЖ и психоэмоционального статуса, в отечественной остеопатической литературе практически отсутствует, уступая место маломасштабным клиническим наблюдениям.

Настоящая работа призвана восполнить этот пробел: мы представляем обобщённый количественный анализ данных клинических когорт, позволяющий охарактеризовать масштаб и механизмы психоэмоциональных и поведенческих изменений, сопровождающих остеопатическую коррекцию соматических дисфункций.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Характеристика исходного массива данных

В анализ включены статистические данные 35 клинических наблюдений, проводившихся на базе кафедры остеопатии и восстановительной медицины НовГУ в период 2020–2024 гг. Суммарная численность участников превышает 400 человек. Каждое наблюдение предусматривало наличие основной группы (ОГ), получавшей курс остеопатической коррекции продолжительностью от 4 до 8 недель (3–6 сеансов), и группы сравнения (ГС), проходившей стандартное медикаментозное или физиотерапевтическое лечение согласно действующим клиническим рекомендациям.

Все пары групп были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести исходных симптомов ($p > 0,05$ по U-критерию Манна-Уитни). **Критерии исключения:** острые хирургические состояния, онкологическая патология, тяжёлые психические расстройства, требующие специализированной психиатрической помощи, а также пациенты, одновременно получавшие психофармакологическое лечение. Данные условия обеспечивали возможность атрибуции наблюдаемых психоэмоциональных изменений именно остеопатическому вмешательству.

2.2. Нозологический охват

Спектр патологических состояний, включённых в анализ, намеренно сформирован широко – для проверки гипотезы о трансдиагностическом психоэмоциональном эффекте остеопатии:

- нарушения опорно-двигательного аппарата (хронический болевой синдром, послеоперационная реабилитация, дисфункции крупных суставов, пояснично-крестцовый отдел);
- висцеральные дисфункции (гепатобилиарная система, желудок, кишечник);
- цефалгические синдромы (хроническая головная боль напряжения, цервикогенная боль);
- психосоматические расстройства (синдром раздражённого кишечника, функциональная диспепсия);
- профессиональное выгорание у медицинского персонала.

2.3. Инструменты оценки

Опросник SF-36

Опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Survey) является наиболее валидизированным и широко применяемым инструментом измерения КЖ [18]. Он включает 36 пунктов, объединённых в 8 субшкал, которые агрегируются в два итоговых индекса: физический компонент здоровья и психический компонент здоровья [19,20]. Для взрослого населения нормативные значения обоих компонентов, согласно международным стандартам, составляют 50 ± 10 баллов [21]; значения ниже 40 свидетельствуют о клинически значимом снижении КЖ, выходящем за пределы среднестатистической нормы [21,22]. Применение этого инструмента в отечественной практике также подтверждает его высокую чувствительность к изменениям состояния пациентов при различных соматических дисфункциях.

Психоэмоциональный инструментарий

Для многоуровневой оценки психоэмоционального статуса применялся комплекс взаимодополняющих инструментов. Госпитальная шкала тревоги и депрессии использовалась для скрининга тревожно-депрессивных расстройств [23]: согласно принятым стандартам, 0–7 баллов соответствуют норме, 8–10 – субклинической выраженности, а ≥ 11 баллов – клинически значимому уровню. Опросник Бека применялся для детализированной оценки депрессивной симптоматики по 21 пункту, что позволяет выявить когнитивно-аффективные и соматические компоненты расстройства [24,25]. Опросник Спилбергера-Ханина разграничивал ситуативную (реактивную) и личностную тревожность: такая дифференциация крайне важна для понимания глубины и долгосрочности терапевтического эффекта остеопатической коррекции. Методика САН (Самочувствие–Активность–Настроение) обеспечивала экспресс-оценку актуального функционального состояния на каждом визите.

Индекс Кердо

Вегетативный индекс Кердо (ВИК) рассчитывался по стандартной формуле: $\text{ВИК} = (1 - \text{ДД}/\text{ЧСС}) \times 100$, где ДД – диастолическое давление (мм рт. ст.), ЧСС – частота сердечных сокращений (уд./мин). Положительные значения указывают на симпатикотонию, отрицательные – на парасимпатикотонию, значения в диапазоне ± 5 соответствуют вегетативному равно-

весею [10]. Индекс Кердо выбран как доступный клинический эквивалент анализа вариабельности сердечного ритма для быстрой оценки вегетативного тонуса.

2.4. Статистический анализ

Поскольку шкалы КЖ и психоэмоциональные опросники не удовлетворяют критериям нормального распределения (критерий Шапиро-Уилка, $p < 0,05$ в большинстве выборок), для всех сравнений применялись непараметрические методы. Попарные изменения внутри групп оценивались Т-критерием Уилкоксона (Wilcoxon signed-rank test). Межгрупповые различия на момент окончания курса лечения – U-критерием Манна-Уитни. Уровень статистической значимости – $\alpha = 0,05$. Обработка выполнялась в Jamovi v. 2.3–2.6 и RStudio v. 2023.09.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Качество жизни по SF-36: физический и психический компоненты

Исходные показатели КЖ оказались значимо сниженными во всех когортах. Наиболее выраженный дефицит – вне зависимости от нозологии – фиксировался по доменам «Интенсивность боли», «Жизненная активность» и «Психическое здоровье». Это указывает на то, что ограниченная подвижность и болевой синдром неизбежно вовлекают психоэмоциональную сферу, формируя устойчивый негативный паттерн.

Сводная динамика физического и психического компонентов КЖ по основным нозологическим когортам представлена в табл. 1.

Таблица 1

ДИНАМИКА КОМПОНЕНТОВ КЖ (SF-36) ПОСЛЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Клиническая когорта	МН до	МН после	РН до	РН после	Значимость (p)
Хронический болевой синдром	25,1	38,3	28,4	36,7	0,003 / 0,033
Постоперационная реабилитация	32,0	44,5	30,6	37,9	0,006 / 0,033
Висцеральные дисфункции	37,0	51,5	41,5	51,0	0,006 / 0,002
Сосудистые нарушения	29,5	43,0	33,2	42,8	0,004 / 0,015
Психосоматические расстройства	22,0	39,5	26,0	38,5	0,002 / 0,009
Профессиональное выгорание	24,5	42,0	31,0	40,5	0,003 / 0,011

Примечание: ОГ – основная группа; МН – психический компонент, РН – физический компонент. Значимость по Т-критерию Уилкоксона.

Наиболее впечатляющий прирост МН зафиксирован в когорте пациентов с психосоматическими расстройствами: медиана выросла с 22,0 до 39,5 балла (+17,5 балла, прирост 80%). Примечательно, что в этой же группе исходное значение РН было наименее снижено по сравнению с ортопедическими когортами, что согласуется с преимущественно психосоматическим, а не структурным характером ограничений. Тем не менее и РН у этих пациентов достоверно улучшался (+12,5 балла), свидетельствуя о телесном резонансе психоэмоциональных изменений.

В когортах с висцеральными дисфункциями РН достигал нормативного диапазона (51,0 балла) уже по завершении курса лечения, тогда как МН – 51,5 балла, что превышало нормативный минимум (40 баллов) на 28,8%. Контрольные группы во всех нозологиях демонстрировали прирост РН не более 4–6 баллов при статистически незначимой динамике МН ($p > 0,05$).

3.2. Тревога, депрессия и вегетативный тонус

Одним из наиболее клинически значимых результатов является дифференциальный эффект остеопатии на психоэмоциональную сферу при отсутствии сопоставимого эффекта в группах стандартной терапии. Данные суммированы в табл. 2.

Таблица 2

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА

Шкала оценки	Группа	До лечения	После лечения	Δ (–)	p -value
HADS – тревога	ОГ	12,0	7,0	–5,0	0,002
HADS – тревога	ГС	11,5	10,8	–0,7	> 0,05
HADS – депрессия	ОГ	11,0	6,5	–4,5	0,002
HADS – депрессия	ГС	10,5	10,0	–0,5	> 0,05
Опросник Бека	ОГ	48,0	22,5	–25,5	0,004
Спилбергер-Ханин (СТ)	ОГ	57,5	31,5	–26,0	0,006
Индекс Кердо	ОГ	+22,4	+4,6	–17,8	< 0,001

Примечание: ОГ – основная группа, ГС – группа сравнения; СТ – ситуативная тревожность.

Снижение балла по HADS с 12,0 до 7,0 в основных группах означало переход из диапазона «клинически значимая тревога» в диапазон «норма». Аналогичная нормализация прослеживалась по субшкале депрессии: медиана 6,5 балла соответствует отсутствию депрессивной симптоматики. В группах сравнения оба показателя оставались на уровне субклинической выраженности (8–11 баллов) на момент завершения наблюдения.

Снижение балла по опроснику Бека с 48,0 до 22,5 заслуживает отдельного комментария. Исходное значение 48 баллов соответствует выраженной депрессии по стандартной интерпретации BDI; 22,5 балла – пограничный умеренный уровень [26]. Это означает, что у части пациентов остеопатическая коррекция перевела клинически значимую депрессию в субклиническое состояние без применения антидепрессантов, что подтверждается исследованиями эффективности ОМТ как самостоятельного или адъюнктивного метода [27]. Данное наблюдение согласуется с современными представлениями о депрессии как о соматической болезни, в патогенезе которой ключевую роль играет хроническая интероцептивная дисрегуляция и нарушение связи между физическим состоянием и его центральной обработкой [28]. Остеопатический подход позволяет воздействовать на эти механизмы через нормализацию вегетативного тонуса и сенсорного восприятия [29].

Динамика индекса Кердо (с +22,4 до +4,6 ед.) отражает переход организма из состояния выраженной симпатикотонии в состояние вегетативного равновесия. Именно симпатикотония лежит в основе расстройств сна, раздражительности и «телесного напряжения», на которые жалуется большинство пациентов с хроническими соматическими дисфункциями. Нормализация вегетативного баланса создаёт нейрофизиологическую основу для устойчивого психоэмоционального улучшения – в отличие от симптоматического купирования тревоги транквилизаторами, не воздействующего на причину дисрегуляции.

3.3. Субъективное состояние: методика САН

Методика САН, в силу своей краткости и чувствительности, применялась в большинстве исследований как маркер непосредственного изменения функционального состояния после каждого сеанса. Итоговые данные по основным и контрольным группам представлены в табл. 3.

Таблица 3

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТОДИКИ САН (7-БАЛЛЬНАЯ ШКАЛА)

Параметр САН	ОГ до	ОГ после	ГС до	ГС после	p (межгрупп.)
Самочувствие	2,9	5,2	3,0	3,4	< 0,001
Активность	2,7	5,5	2,8	3,1	< 0,001
Настроение	2,5	5,4	2,6	3,0	< 0,001

Примечание: все межгрупповые различия после лечения – U-критерий Манна-Уитни, $p < 0,001$.

Все три параметра – самочувствие, активность и настроение – практически удваивались в основных группах, переходя с нижней трети шкалы (2,5–2,9 балла) в верхнюю треть (5,2–5,5 балла). Группы сравнения демонстрировали прирост в пределах 0,3–0,4 балла по каждому параметру, что не выходит за рамки естественной суточной вариабельности. Разрыв между группами по итогам лечения – около 2,2–2,5 балла – является статистически высокосigni-м ($p < 0,001$) и клинически ощутимым.

Отдельного внимания заслуживает параметр «активность»: именно он демонстрирует наибольший абсолютный прирост (+2,8 балла). Жизненная активность – один из наиболее чувствительных индикаторов качества жизни и одновременно один из первых страдающих при хроническом стрессе и соматических дисфункциях. Восстановление активности свидетельствует о реальном функциональном, а не только субъективно-аффективном улучшении.

4. ОБСУЖДЕНИЕ**4.1. Биологическая основа психоэмоционального эффекта**

Воспроизводимость психоэмоциональных изменений на фоне остеопатической коррекции в 100% основных групп – при полном их отсутствии в группах сравнения – побуждает к поиску общих нейробиологических механизмов, которые не зависят от конкретной нозологии.

Первый из них – нормализация вегетативного тонуса. Хроническая симпатикотония является самоподдерживающимся патологическим паттерном: тревога усиливает мышечный гипертонус и висцеральный спазм, которые поддерживают высокий уровень афферентации, активирующей симпатическую нервную систему. Остеопатическая коррекция разрывает этот порочный круг: воздействие на структуры, влияющие на блуждающий нерв, восстанавливает парасимпатическую тонизацию, что подтверждается ростом показателей ВСР и снижением индекса Кердо [12].

Второй механизм связан с висцерально-соматическими взаимодействиями. Дисфункции органов брюшной полости формируют поток висцеральной афферентации к ядрам ствола мозга (*nucleus tractus solitarius*), которые участвуют в регуляции аффекта и общего уровня возбуждения [30]. Устранение висцеральных соматических дисфункций снижает этот поток («шум»), облегчая интеграцию сигналов и нормализуя эмоциональный ответ [30].

Третий механизм – краниосакральный. Одна из интерпретаций связи между ритмом краниосакрального механизма и редукцией тревожности апеллирует к регуляции активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [12]. Нормализация КСМ способствует «механическому гомеостазу» интракраниальной среды и статистически значимому снижению уровня кортизола (в ряде исследований – до 35%) [31], что клинически проявляется как снижение тревожности и депрессивных симптомов [12].

4.2. Сравнение с данными литературы

Полученные результаты согласуются с рядом контролируемых исследований и систематических обзоров, посвященных психоэмоциональным эффектам остеопатической манипулятивной терапии.

Ключевым примером служит рандомизированное контролируемое исследование Franke et al., в котором у пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины после курса из 12 сеансов остеопатической коррекции наблюдалось достоверное улучшение качества жизни по опроснику SF-36 – как по физическому, так и по психическому компонентам – по сравнению с группой плацебо-манипуляций. Это улучшение проявлялось в снижении уровня тревоги, повышении эмоционального благополучия и общей активности, что перекликается с нашими данными по динамике SF-36 и HADS.

Аналогичные эффекты подтверждаются пилотными исследованиями. Miranda et al. [27] в 8-недельном пилотном РКИ продемонстрировали значимое снижение симптомов тревоги и депрессии у пациентов на психотропной терапии после еженедельных сеансов ОМТ, с $p < 0,05$ на 7–8 неделях; контрольная группа, напротив, показала ухудшение. В свою очередь, Abraham et al. [29] отметили улучшение стресса, тревоги и депрессии у первых респондеров после ОМТ, со сдвигами в биомаркерах и самооценках, что подчёркивает воспроизводимость эффекта в стресс-зависимых популяциях. Эти работы дополняют более широкий контекст, где ОМТ нормализует interoцептивную обработку [28] и вегетативный тонус [12].

Одновременно следует обратить внимание на то, что в систематическом обзоре Posadzki et al. [32] оценивается доказательная база остеопатии применительно к психоэмоциональным исходам как умеренная – прежде всего из-за неоднородности методологий, малого объёма выборки и недостаточного использования слепого контроля, что затрудняет исключение эффекта плацебо или ожидания.

Настоящий анализ, будучи ретроспективным мультикогортным, не устраняет этих ограничений полностью, поскольку слепой контроль в остеопатических исследованиях методологически сложен: невозможно полностью скрыть тактильное воздействие от опытного терапевта или пациента, а висцеральные и краниосакральные техники требуют индивидуальной адаптации. Тем не менее, последовательность психоэмоционального улучшения во всех когортах – независимо от нозологии и исходного статуса – при полном отсутствии эффекта в группах стандартной терапии значительно повышает его надёжность как несанового специфического эффекта ОМТ. Это согласуется с обзорами по механизмам мануальной терапии [31], где подчёркивается роль в снижении кортизола и нормализации афферентации [30], усиливая аргументацию за биологическую основу наблюдаемых изменений.

4.3. Клиническая интерпретация

С практической точки зрения полученные данные аргументируют включение стандартизированных инструментов психоэмоциональной оценки (HADS, SF-36) в обязательный протокол остеопатического приёма. Это позволит, во-первых, выявлять пациентов с субклиническими психоэмоциональными нарушениями, не осознающих их связь с соматическими жалобами; во-вторых, объективно документировать результаты лечения; в-третьих, своевременно направлять пациентов с клинически значимой депрессией или тревогой к смежным специалистам – в тех случаях, когда психоэмоциональные нарушения не регрессируют параллельно с соматическими.

Следует подчеркнуть, что остеопатическое лечение не подменяет и не заменяет психотерапевтические или психофармакологические вмешательства при развёрнутых психических расстройствах. Однако при пограничных и субклинических уровнях тревоги и депрессии, ассоциированных с хроническими соматическими дисфункциями, оно способно обеспечить

клинически значимое улучшение психоэмоционального статуса без дополнительной психотропной нагрузки – что особенно ценно для пациентов, принимающих большое число сопутствующих препаратов.

4.4. Ограничения и перспективы

Ограничения настоящего анализа обусловлены его ретроспективным мультикогортным дизайном. Отсутствие единого протокола рандомизации и «слепого» оценщика создаёт риск систематической ошибки – прежде всего эффекта ожидания (expectation bias) у пациентов, добровольно обратившихся за остеопатической помощью. Кроме того, отдалённые результаты (через 3, 6 и 12 месяцев после окончания лечения) в большинстве исходных наблюдений не оценивались, что не позволяет судить об устойчивости достигнутых изменений.

Перспективным направлением представляется проведение проспективного многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования с активным контролем (имитация мануального воздействия), включением периода наблюдения не менее 6 месяцев, а также использованием объективных нейровегетативных маркеров – анализа вариабельности сердечного ритма и лазерной доплеровской флоуметрии – для верификации вегетативных механизмов наблюдаемых психоэмоциональных эффектов.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный анализ охватывает широкий клинический спектр и опирается на множественные валидизированные инструменты оценки, что обеспечивает внутреннюю согласованность и надёжность выводов.

Остеопатическая коррекция соматических дисфункций оказывает доказанный и клинически значимый эффект не только на физическое функционирование, но и на психоэмоциональное состояние пациентов – вне зависимости от первичной нозологии. Физический компонент КЖ по SF-36 достоверно возрастает во всех нозологических группах ($p < 0,05$); психический компонент – в меньшей, а нередко большей степени. Тревога и депрессия по шкалам HADS и BDI снижаются до нормативного и субклинического уровней соответственно, тогда как в группах стандартной терапии сопоставимой динамики не регистрируется.

Биологическим субстратом этих изменений служит нормализация вегетативного тонуса (переход из симпатикотонии в вегетативное равновесие по индексу Кердо), восстановление нормальной краниосакральной биодинамики и редукция висцеральной ноцицептивной афферентации.

Всё это убедительно свидетельствует в пользу концепции остеопатии как метода, ориентированного не на симптом, а на целостное восстановление адаптационных ресурсов пациента. Включение психоэмоциональных показателей в стандартные протоколы остеопатического мониторинга – логичный и клинически обоснованный шаг к полноценной интеграции этого подхода в систему доказательной медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Donini L.M., Rosano A., Lazzaro L.D., Lubrano C., Carbonelli M., Pinto A., et al. Impact of Disability, Psychological Status, and Comorbidity on Health-Related Quality of Life Perceived by Subjects with Obesity // *Obesity Facts*. 2020;13:191. <https://doi.org/10.1159/000506079>
2. Dwyer C.P. Factors Influencing the Application of a Biopsychosocial Perspective in Clinical Judgement of Chronic Pain: Interactive Management with Medical Students // *Pain Physician*. 2017;6. <https://doi.org/10.36076/ppj.20.5.e951>
3. Kress H.G., Aldington D., Alon E., Coaccioli S., Collett B.R., Coluzzi F., et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed // *Current Medical Research and Opinion*. 2015;31:1743. <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>

4. Jamison R.N., Edwards R.R. Integrating Pain Management in Clinical Practice // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2012;19:49. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9295-2>
5. Korman D.V., Yushmanov I.G. The influence of osteopathic correction to the level of stress in patients with cervicobrachialgia // *Russian Osteopathic Journal*. 2020;55. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-55-63>
6. Liutina N., Rubinov M., Mishina S. Evaluation of the Life Quality in Patients Presenting Chronic Vertebrogenic Pain Syndrome // *Russian Osteopathic Journal*. 2016;21. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-21-29>
7. Fryer G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms // *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;25:30. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.05.002>
8. Liem T., Lunghi C. Reconceptualizing Principles and Models in Osteopathic Care: A Clinical Application of the Integral Theory // *PubMed*. 2023;29:192
9. Fryer G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach // *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;26:36. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.05.001>
10. Thomson O.P., Petty N.J., Moore A. Clinical reasoning in osteopathy – More than just principles? // *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2011;14:71. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2010.11.003>
11. Koss R.W. Quality assurance monitoring of osteopathic manipulative treatment // *The Journal of the American Osteopathic Association*. 1990;90:427. <https://doi.org/10.1515/jom-1990-900513>
12. Carnevali L., Lombardi L., Fornari M., Sgoifo A. Exploring the Effects of Osteopathic Manipulative Treatment on Autonomic Function Through the Lens of Heart Rate Variability // *Frontiers in Neuroscience*. 2020;14. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.579365>
13. Henley C.E., Ivins D., Mills M.V., Wen F., Benjamin B. Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: a repeated measures study // *Osteopathic Medicine and Primary Care*. 2008;2. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-2-7>
14. Farra F.D., Risio R.G., Vismara L., Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis // *Complementary Therapies in Medicine*. 2020;56:102616. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102616>
15. Wójcik M., Kampioni M., Hudáková Z., Siatkowski I., Kędzia W., Jarząbek-Bielecka G. The Effect of Osteopathic Visceral Manipulation on Quality of Life and Postural Stability in Women with Endometriosis and Women with Pelvic Organ Prolapse: A Non-Controlled Before–After Clinical Study // *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14:767. <https://doi.org/10.3390/jcm14030767>
16. Lotfi C., Blair J., Jumrukovska A., Grubb M., Glidden E., Toldi J. Effectiveness of Osteopathic Manipulative Treatment in Treating Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: A Literature Review // *Cureus*. 2023;15. <https://doi.org/10.7759/cureus.42393>
17. Johnson J.C., Degenhardt B.F. Who Uses Osteopathic Manipulative Treatment? A Prospective, Observational Study Conducted by DO-Touch.NET // *Journal of Osteopathic Medicine*. 2019;119:802. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2019.133>
18. McHorney C.A., Ware J.E., Lu J., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups // *Medical Care*. 1994;32:40. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
19. Yost K.J., Haan M.N., Levine R.A., Gold E.B. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles // *Quality of Life Research*. 2005;14:1251. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-6673-8>
20. Aburuz S., Alaloul F., Saifan A.R., Masa'Deh R., Abusaleem S. Quality of Life for Saudi Patients With Heart Failure: A Cross-Sectional Correlational Study // *Global Journal of Health Science*. 2015;8:49. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p49>
21. Koudeláková L., Kohanová D., Bartoníčková D., Škopík D., Kisvetrová H. Perceived health-related quality of life and selected characteristics of inpatients with rheumatic diseases // *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2024;15:1090. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0006>
22. Huber A., Oldridge N., Höfer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease // *Quality of Life Research*. 2016;25:2787. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1316-4>
23. Snaith R.P. The Hospital Anxiety And Depression Scale // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1:29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
24. Stanetić K., Kević V. Influence of sociodemographic factors on dementia and depression onset in the elderly // *Opsta Medicina*. 2020;26:13. <https://doi.org/10.5937/opmed2002013s>
25. Akhmetova A.M., Sadretdinova L.D., Gabitova D.M., Ishmukhametova A.N., Ilyasova T.M. Emotional burnout and signs of depression in medical students // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2022;14:312. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2022-14-3-312-325>

26. Cordano C., Armezzani A., Veroni J., Pardini M., Sassos D., Infante M.T., et al. Osteopathic Manipulative Therapy and Multiple Sclerosis: A Proof-of-Concept Study // *Journal of Osteopathic Medicine*. 2018;118:531. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2018.121>
27. Miranda E., Giza J., Feketeova E., Castro-Nuñez C., Vieux U., Huynh M.-D. Osteopathic Manipulative Treatment in Patients with Anxiety and Depression: A Pilot Study // *The AAO Journal*. 2021;31:9. <https://doi.org/10.53702/2375-5717-31.3.9>
28. Bohlen L., Shaw R., Cerritelli F., Esteves J.E. Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework // *Frontiers in Psychology*. 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767005>
29. Abraham C., Sloan S.N.B., Coker C., Freed B., McAuliffe M., Nielsen H., et al. Osteopathic Manipulative Treatment as an Intervention to Reduce Stress, Anxiety, and Depression in First Responders: A Pilot Study // *PubMed*. 2021;118:435
30. Critchley H., Harrison N.A. Visceral Influences on Brain and Behavior // *Neuron*. 2013;77:624. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.02.008>
31. Keter D., Bialosky J.E., Brochetti K., Courtney C.A., Funabashi M., Karas S., et al. The mechanisms of manual therapy: A living review of systematic, narrative, and scoping reviews. *PLoS ONE* 2025;20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319586>
32. Posadzki P., Lee M.S., Ernst E. Osteopathic Manipulative Treatment for Pediatric Conditions: A Systematic Review // *Pediatrics*. 2013;132:140. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3959>

REFERENCES

1. Donini LM, Rosano A, Lazzaro LD, Lubrano C, Carbonelli M, Pinto A, et al. Impact of Disability, Psychological Status, and Comorbidity on Health-Related Quality of Life Perceived by Subjects with Obesity. *Obesity Facts*. 2020;13:191. <https://doi.org/10.1159/000506079>.
2. Dwyer CP. Factors Influencing the Application of a Biopsychosocial Perspective in Clinical Judgement of Chronic Pain: Interactive Management with Medical Students. *Pain Physician*. 2017;6. <https://doi.org/10.36076/ppj.20.5.e951>
3. Kress HG, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Collett BR, Coluzzi F, et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. *Current Medical Research and Opinion*. 2015;31:1743. <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>
4. Jamison RN, Edwards RR. Integrating Pain Management in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2012;19:49. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9295-2>
5. Korman DV, Yushmanov IG. The influence of osteopathic correction to the level of stress in patients with cervicobrachialgia. *Rossiiskii Osteopaticheskii Zhurnal = Russian Journal of Osteopathy*. 2020;55. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-4-55-63>
6. Liutina N, Rubinov M, Mishina S. Evaluation of the Life Quality in Patients Presenting Chronic Vertebrogenic Pain Syndrome. *Rossiiskii Osteopaticheskii Zhurnal = Russian Journal of Osteopathy*. 2016;21. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2016-3-4-21-29>
7. Fryer G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;25:30. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.05.002>
8. Liem T, Lunghi C. Reconceptualizing Principles and Models in Osteopathic Care: A Clinical Application of the Integral Theory. *PubMed*. 2023;29:192.
9. Fryer G. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2017;26:36. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2017.05.001>
10. Thomson OP, Petty NJ, Moore A. Clinical reasoning in osteopathy – More than just principles? *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2011;14:71. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2010.11.003>
11. Koss RW. Quality assurance monitoring of osteopathic manipulative treatment. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 1990;90:427. <https://doi.org/10.1515/jom-1990-900513>
12. Carnevali L, Lombardi L, Fornari M, Sgoifo A. Exploring the Effects of Osteopathic Manipulative Treatment on Autonomic Function Through the Lens of Heart Rate Variability. *Frontiers in Neuroscience*. 2020;14. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.579365>
13. Henley CE, Ivins D, Mills MV, Wen F, Benjamin B. Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: a repeated measures study. *Osteopathic Medicine and Primary Care*. 2008;2. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-2-7>
14. Farra FD, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*. 2020;56:102616. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102616>

15. Wójcik M, Kampioni M, Hudáková Z, Siatkowski I, Kędzia W, Jarząbek-Bielecka G. The Effect of Osteopathic Visceral Manipulation on Quality of Life and Postural Stability in Women with Endometriosis and Women with Pelvic Organ Prolapse: A Non-Controlled Before-After Clinical Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14:767. <https://doi.org/10.3390/jcm14030767>
16. Lotfi C, Blair J, Jumrukowska A, Grubb M, Glidden E, Toldi J. Effectiveness of Osteopathic Manipulative Treatment in Treating Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: A Literature Review. *Cureus*. 2023;15. <https://doi.org/10.7759/cureus.42393>
17. Johnson JC, Degenhardt BF. Who Uses Osteopathic Manipulative Treatment? A Prospective, Observational Study Conducted by DO-Touch.NET. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2019;119:802. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2019.133>
18. McHorney CA, Ware JE, Lu J, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care*. 1994;32:40. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
19. Yost KJ, Haan MN, Levine RA, Gold EB. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles. *Quality of Life Research*. 2005;14:1251. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-6673-8>
20. Aburuz S, Alaloul F, Saifan AR, Masa'Deh R, Abusalem S. Quality of Life for Saudi Patients With Heart Failure: A Cross-Sectional Correlational Study. *Global Journal of Health Science*. 2015;8:49. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p49>
21. Koudeláková L, Kohanová D, Bartoníčková D, Škopík D, Kisvetrová H. Perceived health-related quality of life and selected characteristics of inpatients with rheumatic diseases. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2024;15:1090. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0006>
22. Huber A, Oldridge N, Höfer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease. *Quality of Life Research*. 2016;25:2787. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1316-4>
23. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1:29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
24. Stanetić K, Kević V. Influence of sociodemographic factors on dementia and depression onset in the elderly. *Opsta Medicina*. 2020;26:13. <https://doi.org/10.5937/opmed2002013s>
25. Akhmetova AM, Sadretdinova LD, Gabitova DM, Ishmukhametova AN, Ilyasova TM. Emotional burnout and signs of depression in medical students. *Sibirsky Zhurnal Mediko-Biologicheskikh i Selskokhozyaistvennykh Issledovaniy = Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2022;14:312. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2022-14-3-312-325>
26. Cordano C, Armezzani A, Veroni J, Pardini M, Sassos D, Infante MT, et al. Osteopathic Manipulative Therapy and Multiple Sclerosis: A Proof-of-Concept Study. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2018;118:531. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2018.121>
27. Miranda E, Giza J, Feketeova E, Castro-Núñez C, Vieux U, Huynh M-D. Osteopathic Manipulative Treatment in Patients with Anxiety and Depression: A Pilot Study. *The AAO Journal*. 2021;31:9. <https://doi.org/10.53702/2375-5717-31.3.9>
28. Bohlen L, Shaw R, Cerritelli F, Esteves JE. Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. *Frontiers in Psychology*. 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767005>
29. Abraham C, Sloan SNB, Coker C, Freed B, McAuliffe M, Nielsen H, et al. Osteopathic Manipulative Treatment as an Intervention to Reduce Stress, Anxiety, and Depression in First Responders: A Pilot Study. *PubMed*. 2021;118:435.
30. Critchley H, Harrison NA. Visceral Influences on Brain and Behavior. *Neuron*. 2013;77:624. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.02.008>
31. Keter D, Bialosky JE, Brochetti K, Courtney CA, Funabashi M, Karas S, et al. The mechanisms of manual therapy: A living review of systematic, narrative, and scoping reviews. *PLoS ONE*. 2025;20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319586>
32. Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic Manipulative Treatment for Pediatric Conditions: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2013;132:140. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3959>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Статья поступила / The article received: 17.04.2026

Статья принята к печати / The article approved for publication: 29.04.2026