



Оценка качества жизни пациента при проведении остеопатического лечения: опыт отечественной остеопатии

Егорова И. А.^{1,2}, Дюпин А. В.^{1,2}, Червоток А. Е.^{1,2}, Ионова Т. И.³

¹Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Российская Федерация

²Институт Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Оценка качества жизни является важным аспектом клинической медицины, позволяющим всесторонне оценить состояние пациента. Этот метод всё чаще используется для комплексной оценки состояния пациента и представляет возможность изменить взгляд на заболевания и пациентов за счёт использования информации, полученной непосредственно от пациентов, для анализа проблем, связанных с их заболеванием и лечением.

Оценка качества жизни в остеопатии считается неотъемлемой частью пациентоориентированного подхода, дополняя целостный характер остеопатии, которая рассматривает механические, гидродинамические и нервные функции в единстве. Полученные данные свидетельствуют о значительном улучшении физического и психологического благополучия после остеопатического лечения, что подчёркивает его эффективность в улучшении качества жизни.

Ключевые слова: качество жизни; удовлетворённость лечением; остеопатическое лечение; реальная клиническая практика

Для цитирования: Егорова И. А., Дюпин А. В., Червоток А. Е., Ионова Т. И. Оценка качества жизни пациента при проведении остеопатического лечения: опыт отечественной остеопатии. *Качественная клиническая практика*. 2025;(1):28–34. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2025-1-28-34>. EDN: SZFXNN

Поступила: 12.12.2024. **В доработанном виде:** 17.01.2025. **Принята к печати:** 15.02.2025. **Опубликована:** 31.03.2025.

Quality of life assessment of the patient when undergoing osteopathic treatment: the experience of Russian osteopathy

Irina A. Egorova^{1,2}, Artyom V. Dyupin^{1,2}, Andrey E. Chervotok^{1,2}, Tatyana I. Ionova³

¹Yaroslav — the — Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russian Federation

²Institute of Osteopathic Medicine named after VL Andrianov, St. Petersburg, Russian Federation

³Saint-Petersburg State University Hospital, St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Quality of life assessment is an important aspect of clinical medicine that allows a comprehensive evaluation of the patient's condition. This method is increasingly being used for comprehensive patient assessment and presents an opportunity to change the way diseases and patients are viewed by using information obtained directly from patients to analyze problems related to their disease and treatment.

Quality of life assessment in osteopathy is considered an integral part of the patient-oriented approach, complementing the holistic nature of osteopathy, which considers mechanical, hydrodynamic, and neural functions in unity. The findings indicate a significant improvement in physical and psychological well-being after osteopathic treatment, emphasizing its effectiveness in improving quality of life.

Keywords: quality of life; satisfaction with treatment; osteopathic treatment; real-world practice

For citation: Egorova IA, Dyupin AV, Chervotok AE, Ionova TI. Quality of life assessment of the patient when undergoing osteopathic treatment: the experience of Russian osteopathy. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika = Good Clinical Practice*. 2025;(1):28–34. (In Russ.). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2025-1-28-34>. EDN: SZFXNN

Received: 12.12.2024. **Revision received:** 17.01.2025. **Accepted:** 15.02.2025. **Published:** 31.03.2025.

Введение / Introduction

В настоящее время метод оценки качества жизни широко используют в клинической медицине для комплексной оценки состояния пациента. Оценка качества жизни пациента — новый уникальный подход, который позволил изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного и использовать информацию, полученную от пациента, для анализа его проблем, связанных с заболеванием и проводимым лечением. Качество жизни пациента представляет собой важный критерий эффективности проводимого лечения. В современном здравоохранении использование информации, полученной напрямую от пациента, является важной составляющей индивидуального подхода при ведении пациента [1–3]. Исходы, сообщаемые пациентом (ИСП, в англоязычной литературе — patient-reported outcomes, PRO), в первую очередь, включают информацию о качестве жизни, спектре и выраженности испытываемых симптомов, а также удовлетворённости пациента лечением [4]. Внедрение ИСП в клиническую практику позволяет учесть мнение пациента о заболевании и проводимом лечении, а также использовать полученную информацию для определения уровня нарушения функционирования пациента вследствие заболевания, оценки пользы/рисков проводимого лечения и степени восстановления после его окончания.

Для оценки качества жизни и других ИСП разработаны стандартизированные опросники, которые заполняются самими пациентами [4, 5]. Применение стандартизированных опросников, характеризующихся надёжностью, валидностью и чувствительностью, позволяет объективизировать субъективные оценки, данные пациентом.

Уникальность метода оценки качества жизни пациента с применением стандартизированных инструментов заключается в возможности полноформатного описания влияния заболевания и лечения на все составляющие его функционирования — физическое, психическое и социальное. Таким образом, клинические данные, которые регистрирует врач, дополняются чрезвычайно ценной информацией, полученной от пациента. В настоящее время оценку качества жизни пациента проводят во всех областях клинической медицины.

Оценка качества жизни в остеопатии / Quality of life assessment in osteopathy

Остеопатия представляет собой целостную систему философского интегративного подхода к че-

ловеку, который рассматривает его в единстве механических, гидродинамических и нервных функций и применяется как в диагностике, как и в лечении. Это самостоятельное направление в медицине, рассматривающее заболевание с учётом причинно-следственных связей между механическими повреждениями тканей человека и патологией, которая развивается в результате повреждения [6–8]. Цель остеопатического лечения (ОЛ) — устранить дисбаланс в организме и улучшить/восстановить качество жизни пациента. В связи с тем, что конечная цель ОЛ заключается в улучшении/восстановлении качества жизни пациента, совершенно очевидно, что оценивать эффективность ОЛ без учёта мнения пациента неинформативно [9–11].

Отметим, что в последнее время за рубежом метод оценки качества жизни достаточно активно применяется в остеопатии [12–16]. Имеются данные о применении метода качества жизни у пациентов неврологического, гинекологического, урологического профиля, у пациентов с желудочно-кишечными, ревматическими, офтальмологическими, эндокринными и онкологическими заболеваниями, у пациентов с ортопедической и стоматологической патологией. Имеются работы по оценке качества жизни детей на фоне ОЛ. Отдельного внимания заслуживают исследования по оценке боли на фоне ОЛ. Оценка боли в остеопатии имеет особое значение, так как большинство пациентов обращается к остеопату именно с целью облегчения боли.

Для оценки качества жизни в остеопатии, как и в других областях медицины, применяют стандартизированные опросники. В зависимости от задач используют общие или специальные опросники. К наиболее часто используемым в остеопатии общим опросникам относят SF-36 [17], его краткую форму SF-12 [18] и EuroQoL-5D [19]. Распространённые общие опросники оценки качества жизни у детей — Child Health Questionnaire [20] и PedsQL [21].

Для оценки боли и других субъективных симптомов в остеопатии применяют единичные шкалы и опросники. Среди шкал это визуально-аналоговые, цифровые оценочные и вербально-аналоговые, или шкалы вербальных оценок. Что касается опросников, в остеопатии часто используют опросники для оценки конкретного симптома — боли, утомляемости и других симптомов, а также опросники для оценки спектра симптомов.

Отечественный опыт применения метода оценки качества жизни в остеопатии / Russian experience

**of application of the method of quality
of life assessment in osteopathy**

До недавнего времени в нашей стране имелись единичные работы по оценке качества жизни пациентов при проведении ОЛ [9–11, 22, 23]. В настоящее время Институтом Остеопатической Медицины им. В. Л. Андрианова накоплен значительный опыт в этом направлении. Среди заболеваний, для которых продемонстрировано успешное применение метода оценки качества жизни при проведении ОЛ — пациенты с гинекологическими, эндокринными, неврологическими, гинекологическими, урологическими, офтальмологическими и онкологическими заболеваниями, пациенты с ортопедической и стоматологической патологией. Рассмотрим кратко результаты выполненных в последние годы исследований. Для анализа качества жизни применяли опросник SF-36; значения представляли в виде средних значений и стандартных отклонений — $M (SD)$, а также изменений показателей качества жизни на фоне ОЛ по сравнению с исходными. ОЛ проводилось дифференцированно в зависимости от обнаруженных патобиомеханических нарушений. Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам, функциональные тесты [8].

Остановимся на результатах исследования, в котором изучали качество жизни пациентов с адгезивным капсулитом плечевого сустава в возрасте 45–55 лет в группе, которая получала стандартное лечение (диклофенак 75 мг в/м № 4–5, лечебная физкультура № 10) и у пациентов, которым проводили комплексное лечение, включавшее стандартную терапию и ОЛ (основная группа). Основная ($n=20$) и контрольная ($n=18$) группы не отличались по полу и возрасту. Длительность лечения — 2 мес. В результате исследования установлено значимое улучшение показателей качества жизни по опроснику в основной группе после лечения по сравнению с исходными показателями: социальное функционирование — 55,0 (4,7) против 88,2 (2,8), ($p < 0,001$); физическое функционирование — 63,3 (3,4) против 83,3 (2,0), ($p < 0,001$); общее состояние здоровья — 49,5 (4,3) против 68,5 (3,4) ($p < 0,01$); психическое здоровье — 38,8 (4,6) против 70,1 (3,4), ($p < 0,001$); ролевое эмоциональное функционирование — 40,6 (4,3) против 58,0 (3,0) $p < 0,01$; жизнеспособность — 36,8 (4,3) против 55,8 (2,5) ($p < 0,01$); эмоциональное функционирование — 23,3 (7,7) против 78,4 (7,0) ($p < 0,001$); ролевое физическое функционирование — 16,3 (4,9) против

81,3 (7,7) ($p < 0,001$). В контрольной группе значимое улучшение было только по двум шкалам: социальное функционирование — 70,8 (3,2) до лечения против 87,7 (2,3) после лечения ($p < 0,001$); физическое функционирование — 58,1 (2,6) до лечения против 72,8 (2,1) ($p < 0,001$).

В другом исследовании изучали изменения качества жизни у пациентов с плечелопаточным периартрозом в возрасте 35–50 лет. Основная группа ($n=12$) получала ОЛ в сочетании с комплексным санаторно-курортным лечением (грязевые аппликации, сероводородные ванны, массаж, физиотерапевтические процедуры), контрольная — только санаторно-курортное лечение ($n=12$). Длительность лечения — 15 дней. Группы не отличались по полу и возрасту. В основной группе на фоне остеопатической коррекции отмечалось увеличение значений показателей физического (в 1,3 раза; $p < 0,05$) и психологического (в 1,4 раза; $p < 0,05$) компонентов здоровья по опроснику SF-36. Также у этих пациентов наблюдалось значимое улучшение ролевого физического функционирования, общего здоровья и боли (в 1,2–1,5 раза; $p < 0,05$) (физический компонент здоровья), а также ролевого эмоционального функционирования (в 2,5 раза; $p < 0,05$), жизнеспособности (в 1,5 раза; $p < 0,05$), социального функционирования (СФ) и психического здоровья (ПЗ) (в 1,3 раза; $p < 0,05$) (психологический компонент). В контрольной группе значимое улучшение качества жизни отмечено только по шкалам ролевого физического (в 1,6 раза; $p < 0,05$) и ролевого эмоционального функционирования (в 1,9 раза; $p < 0,05$).

Заслуживают внимание результаты оценки качества жизни у пациентов с хроническим бронхитом курильщика (мужчины и женщины в возрасте 25–45 лет). Пациенты основной группы ($n=12$) получали ОЛ плюс медикаментозную терапию (ингаляционные формы бронхолитиков, муколитиков, антибиотики по показаниям), в контрольной группе ($n=12$) — только медикаментозную терапию. Длительность лечения составила 2,5–3 мес. Группы не отличались по полу и возрасту. В основной группе после лечения наблюдалось увеличение показателей физического (в 2,5 раза; $p < 0,001$) и психологического (в 1,9 раза; $p < 0,001$) компонентов здоровья. Из показателей физического компонента здоровья наибольшее увеличение значений отмечалось по шкалам общего здоровья, ролевого физического функционирования и боли (в 2,0–2,4 раза; ($p < 0,001$)), а также физического функционирования (в 1,4 раза; $p < 0,01$). Из показателей психологического компонента здоровья после лечения выявлялось увеличение зна-

чений по шкалам ролевого эмоционального функционирования и жизнеспособности (в 2,5–2,8 раза; $p < 0,001$), социального функционирования и психического здоровья (в 1,8–2 раза; $p < 0,001$). В контрольной группе имело место менее выраженное увеличение значений по шкалам физического функционирования (в 1,3 раза; $p < 0,05$) и боли (в 1,8 раза; $p < 0,05$), а также физического компонента здоровья (в 1,8 раза; $p < 0,05$).

Также заслуживают внимания результаты изучения качества жизни у пациентов с постковидным астеническим синдромом в возрасте от 35 до 65 лет в группе без лечения ($n=20$) и у пациентов на ОЛ ($n=20$). В основной группе пациентов после лечения, по сравнению с исходными данными, отмечалось значимое улучшение общего состояния здоровья, общего эмоционального состояния и психического здоровья ($p < 0,05$). При оценке динамики показателей качества жизни у пациентов группы сравнения без ОЛ статистически значимых улучшений отмечено не было ($p > 0,05$).

Наконец, отметим исследование качества жизни у пилотов вертолёта с синдромом карпального канала при локальном проявлении вибрационной болезни (возраст — 40–55 лет). Пациентам основной группы проводили ОЛ и магнитотерапию ($n=10$), пациентам группы сравнения ($n=10$) — иммобилизацию (ношение фиксатора) и медикаментозное лечение (пероральное применение стероидов). Длительность лечения составила 3 мес. После лечения у пациентов основной группы показатели общего физического благополучия до лечения составили 47,1 балла, после — 55,6 балла ($p < 0,01$); показатели общего психологического благополучия до лечения 32,7 балла против 53,9 балла после лечения ($p < 0,01$). В контрольной группе положительные изменения качества жизни значимы, но менее выражены — общее физическое благополучие — 49,3 балла до лечения против 56,8 балла после лечения ($p < 0,01$), общее психологическое благополучие — 31,7 балла до лечения против 32,9 балла после лечения ($p < 0,01$).

Отдельно остановимся на результатах оценки качества жизни пациентов с болевым синдромом при проведении ОЛ. Так, в исследовании качества жизни мужчин (возраст 40–45 лет) с люмбагией анализировали динамику качества жизни в двух группах — основная группа ($n=15$) получала ОЛ + медикаментозное (НПВС, витаминотерапия, спазмолитики) и физиотерапевтическое лечение, контрольная группа ($n=15$) — медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Длительность лечения составила 1 мес. В основной группе на фоне ОЛ отмечалось увеличе-

ние значений показателей физического (в 1,3 раза; $p < 0,01$) и психологического (в 1,7 раза; $p < 0,001$) компонентов здоровья по опроснику SF-36. Среди показателей физического компонента здоровья у пациентов основной группы наибольшее увеличение значений после лечения отмечалось по шкалам ролевого физического функционирования (РФФ) (в 1,6 раза; $p < 0,001$), общего здоровья (ОЗ) (на 27,9%; $p < 0,05$) и боли (на 22,8%; $p < 0,05$). Среди показателей психологического компонента здоровья после лечения отмечалось улучшение ролевого эмоционального функционирования (на 26,3%; $p < 0,05$) и психического здоровья (на 30,4%; $p < 0,05$). В контрольной группе существенных изменений показателей качества жизни не выявлено. Ещё в одном исследовании проводили сравнение качества жизни женщин (возраст 25–40 лет) с люмбагией. Пациентки основной группы ($n=15$) получали ОЛ + лекарственную терапию (комплекс витаминов группы В, НПВП, анальгетики, спазмолитики, препараты, улучшающие трофику, микроциркуляцию и регенеративные процессы, миорелаксанты, хондропротекторы), лечебный массаж, физиотерапии и ЛФК. Пациентки контрольной группы ($n=15$) — аллопатическое лечение. Длительность лечения составила 1–1,5 мес. В процессе остеопатического лечения, в сравнении с аллопатическим, у пациенток с синдромом люмбагии, существенно улучшилась функциональная активность и показатели качества жизни, что проявлялось уменьшением выраженности, а также полным исчезновением боли, улучшением сна, настроения, навыков самообслуживания и повышением различных показателей физической активности. Интересны результаты исследования качества жизни у работников ИТ-сферы с миофасциальным болевым синдромом (36–40 лет). В основной группе ($n=12$) программа лечения включала ОЛ плюс миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные препараты, седативные препараты для улучшения психологического состояния, мази и гели для местного применения. В контрольной группе ($n=12$) проводилось аллопатическое лечение. Группы не отличались по полу и возрасту. Длительность лечения — 1,5 мес. Установлено, что в основной группе на фоне ОЛ отмечалось увеличение значений показателей физического (в 1,6 раза; $p < 0,01$) и психологического (в 2,1 раза; $p < 0,01$) компонентов здоровья.

Отдельно отметим исследование по анализу влияния ОЛ на качество жизни детей. У девочек-подростков (12–15 лет) с головной болью напряжения оценивали качество жизни в группе, получающей ОЛ плюс симптоматическое медикаментозное лечение ($n=12$)

и в группе на стандартной медикаментозной терапии ($n=12$) Длительность лечения — 1 мес. ОЛ у подростков основной группы результировалось уменьшением боли (на 46%; $p < 0,05$), улучшением общего здоровья (на 37%; $p < 0,05$), физического (на 46%; $p < 0,05$) и психологического (на 43%; $p < 0,05$) компонентов здоровья. Из показателей физического компонента здоровья у подростков основной группы наибольшее увеличение значений после ОЛ отмечалось по шкалам боли, ролевого физического функционирования и общего здоровья; из показателей психологического компонента здоровья — по шкалам ролевого эмоционального и социального функционирования. Положительные изменения в контрольной группе выражены в меньшей степени.

Все исследования проведены в соответствии с Руководством Международного общества фармакоэпидемиологии по Надлежащей фармакоэпидемиологической практике (GPP), а также в соответствии с Надлежащей клинической практикой (GCP) согласно Международной конференции по гармонизации технических требований к фармацевтическим продуктам, предназначенным для применения человеком (“ICH GCP”) и в соответствии с этическими принципами Хельсинской Декларации (версия 2000 г., русская версия — 20 сентября 2002 г.). Все респонденты были информированы об исследовании, его целях и безопасности проводимого лечения.

Заключение / Conclusion

На основании имеющегося опыта выделим следующие возможности метода оценки качества жизни в остеопатии:

- оценка физического, психологического и социального функционирования до начала ОЛ в стандартизированном формате;
- оценка индивидуальной реакции пациента на проводимое ОЛ;
- оценка эффективности ОЛ;
- мониторинг состояния пациента в процессе ОЛ;
- оценка отдалённых эффектов ОЛ.

Применение стандартизированных опросников качества жизни позволяет объективизировать полученную напрямую от пациента информацию об эффективности ОЛ и документировать полученные данные в процессе лечения. После завершения ОЛ эта информация может быть предоставлена пациенту для совместного обсуждения результатов лечения, что приводит к более активному взаимодействию «врач — пациент» и может способствовать улучшению качества оказываемой помощи.

Таким образом, оценка качества жизни пациента в остеопатии может рассматриваться как неотъемлемая составляющая пациентоориентированной медицинской помощи.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов

Егорова И. А. — определение концепции публикации, редактирование текста, подготовка рукописи для публикации; *Дюпин А. В., Червоток А. Е.* — редактирование текста, подготовка рукописи для публикации; *Ионова Т. И.* — обзор публикаций по теме статьи, написание соответствующих разделов текста, редактирование текста, подготовка рукописи для публикации.

Финансирование

Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства авторского коллектива.

ADDITIONAL INFORMATION

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interest.

Authors' participation

Egorova IA — definition of the publication concept, text editing, manuscript preparation for publication; *Dyupin AV, Chervotok AE* — text editing, manuscript preparation for publication; *Ionova TI* — review of publications on the topic of the article, writing relevant sections of the text, text editing, manuscript preparation for publication.

Funding

The search and analytical work were carried out using the personal funds of the authors' team.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Егорова Ирина Анатольевна — д. м. н., профессор, зав. кафедры восстановительной медицины и остеопатии, Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Российская Федерация; директор, Институт остеопатической медицины им. В. Л. Андрианова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку

e-mail: egorova.osteo@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>

Дюпин Артём Викторович — ассистент кафедры восстановительной медицины и остеопатии, Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Российская Федерация; преподаватель, Институт остеопатической медицины имени В. Л. Андрианова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5881-2314>

Червоток Андрей Евгеньевич — к. м. н., доцент кафедры восстановительной медицины и остеопатии, Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Российская Федерация; зам. директора по учебной работе, Институт остеопатической медицины им. В. Л. Андрианова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

e-mail: andro-med@rambler.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8559-982X>

Ионова Татьяна Ивановна — д. б. н., профессор, руководитель отдела мониторинга качества жизни, Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9431-5286>

РИНЦ SPIN-код: 9290–3160

ABOUT THE AUTHORS

Irina A. Egorova — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Restorative Medicine and Osteopathy, Yaroslav — the — Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russian Federation; Director, VL Andrianov Institute of Osteopathic Medicine, St. Petersburg, Russian Federation

Corresponding author

e-mail: egorova.osteo@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>

Artem V. Dyupin — Assistant Professor of the Department of Regenerative Medicine and Osteopathy, Yaroslav — the — Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russian Federation; Lecturer, VL Andrianov Institute of Osteopathic Medicine, St. Petersburg, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5881-2314>

Andrey E. Chervotok — PhD, Cand. Sci. (Med), Associate Professor of the Department of Regenerative Medicine and Osteopathy, Yaroslav — the — Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russian Federation; Deputy Director for Educational Work, VL Andrianov Institute of Osteopathic Medicine, St. Petersburg, Russian Federation

e-mail: andro-med@rambler.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8559-982X>

Tatyana I. Ionova — Dr. Sci. (Biol.), Professor, Head of the Department of Quality of Life Monitoring, Saint-Petersburg State University Hospital, St. Petersburg, Russian Federation

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9431-5286>

RSCI SPIN code: 9290–3160

Список литературы / References

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Available from: <https://dx.doi.org/10.17226/10027>.
2. Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Нормативно-правовые аспекты формирования пациент-ориентированного подхода в системе оказания медицинской помощи в Российской Федерации (на современном этапе). *Медицинское право*. 2020;3:26-31. [Platonova NI, Smyshlyaev AV, Melnikov YuYu. Statutory Aspects of the Establishment of a Patient-Oriented Approach in the Healthcare Delivery System in the Russian Federation (on the Modern Stage). *Meditsinskoe pravo*. 2020;3:26-31. (In Russ.)].
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making. NICE Guideline [NG197]. 17 June 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. (4-е изд., перераб. и доп.) / Под ред. акад. РАН Ю.А. Шевченко. — М.: РАЕН, 2021. [Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine*. 4th ed. Ed by Yu.A. Shevchenko. Moscow: RAEN, 2021. (In Russ.)].
5. Fayers PM, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Reporting of Patient-reported Outcomes (3rd ed.). Wiley-Blackwell; 2016.
6. Мохов Д.Е., Белаш В.О., Аптекарь И.А., и др. Соматическая дисфункция. Клинические рекомендации 2023. *Российский остеопатический журнал*. 2023;(2):8-90. [Mokhov DE, Belash VO, Aptekar IA, et al. Somatic Dysfunction. Clinical Guidelines 2023. *Russian Osteopathic Journal*. 2023;(2):8-90. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-2-8-90>. EDN: CSBEFP.
7. Дидур М.Д., Егорова И.А., Новосельцев С.В., Зинкевич Е.Р. К истории развития остеопатии. *История медицины*. 2021;7(2):161-169. [Didur MD, Egorova IA, Novoseltsev SV, Zinkevich ER. Towards a history of the development of osteopathy. *History of Medicine*. 2021;7(2):161-169. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17720/2409-5583.t7.2.2021.06f>. EDN: EJTPKY.

8. Егорова И.А., Михайлова Е.С. Краниальная остеопатия. Руководство для врачей 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2013. — 500 с. [Egorova IA, Mikhailova ES. Cranial osteopathy: a guide for physicians / 2nd edition revised and enlarged. Saint-Petersburg: SPbMAPO Publishing House. 2013. (In Russ.). ISBN 978-5-98037-142-5. EDN: GDCNST.]
9. Матвиенко В.В., Бучнов А.Д., Егорова И.А. и др. Качество жизни как критерий эффективности остеопатического лечения военнослужащих по призыву с синдромом вегетативной дисфункции. *Военно-медицинский журнал*. 2020;341(10):73-75. [Matvienko VV, Buchnov AD, Egorova IA, et al. Quality of life as a criterion for the effectiveness of osteopathic treatment of conscripts with autonomic dysfunction syndrome. *Military Medical Journal*. 2020;341(10):73-75. (In Russ.).] EDN: FRRHVT.]
10. Матвиенко В.В., Бучнов А.Д. Качество жизни, связанное со здоровьем, и особенности остеопатического лечения больных. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2019;18(1):23-27. [Matvienko VV, Buchnov AD. Quality of life, health-related, and features of osteopathic treatment of patients. *Russian Journal of the Physical Therapy, Balneotherapy and Rehabilitation*. 2019;18(1):23-27. (In Russ.).] <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2019-18-1-23-27>. EDN: BHMZNE.]
11. Бучнов А.Д., Егорова И.А. Качество жизни как критерий эффективности остеопатического лечения подростков с синдромом вегетативной дисфункции. *Мануальная терапия*. 2019;2(74):49-52. [Buchnov AD, Egorova IA. Life quality as a criterion of efficiency of osteopathic treatment of teenagers with the vegetative dysfunction syndrome. *Manual therapy*. 2019;2(74):49-52. (In Russ.).] EDN: JCBCIC.]
12. De Strooper M, De Nys L, Theys L, et al. Osteopathic Manual Treatment in Women with Endometriosis: A Scoping Review on Clinical Symptoms, Fertility and Quality of Life. *International Journal of Osteopathic Medicine*. Published online September 2024:100733. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2024.100733>.
13. Nikakis J, Tale E, Malkov D, et al. The effect of osteopathic manipulative treatment on quality of life in patients with cardiac implantable electronic devices. *J Osteopath Med*. 2024 Apr 19;124(8):365-368. <https://doi.org/10.1515/jom-2023-0218>.
14. Correia MLA, Peixoto Filho FM, Gomes Júnior SC. Influence of Osteopathic Manipulative Treatment on the Quality of Life and the Intensity of Lumbopelvic Pain in Pregnant Women in the Third Trimester: A Prospective Observational Study. *Healthcare (Basel)*. 2023 Sep 14;11(18):2538. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182538>.
15. Espí-López GV, Inglés M, Soliva-Cazabán I, Serra-Añó P. Effect of the soft-tissue techniques in the quality of life in patients with Crohn's disease: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Dec;97(51):e13811. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013811>.
16. Li R, Jose A, Poon J, et al. Efficacy of osteopathic manipulative treatment in patients with Parkinson's disease: a narrative review. *J Osteopath Med*. 2021 Sep 22;121(12):891-898. <https://doi.org/10.1515/jom-2021-0081>.
17. Hays RD, Cathy Donald Sherbourne, Mazel RM. User's Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life. Rand Corp; 1995.
18. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996 Mar;34(3):220-33. <https://doi.org/10.1097/0005650-199603000-00003>.
19. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9).
20. HealthActCHQ. Child health questionnaire scoring and interpretation manual. Cambridge, MA: Author. 3rd Printing. 2008.
21. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*. 2001 Aug;39(8):800-12. doi: 10.1097/00005650-200108000-00006.
22. Егорова И.А., Бучнов А.Д., Червоток А.Е., Михайлова Е.С. Качество жизни и психовегетативные особенности соматических дисфункций у пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. *Вестник международного центра исследования качества жизни*. 2017;29(30):61-68. [Egorova IA, Buchnov AD, Chervotok AE, Mikhailova ES. Quality of life and psycho-vegetative characteristics of somatic dysfunction in patients with transitory disturbance of a cerebral circulation. *Bulletin of the Multinational Center for Quality of Life Research*. 2017;29(30):61-68. (In Russ.).] EDN: ZTSLUL.]
23. Егорова И.А., Бучнов А.Д., Матвиенко В.В. Показатель качества жизни как критерий эффективности восстановительного лечения больных с заболеваниями позвоночника. *Вестник восстановительной медицины*. 2007;3(21):42-46. [Egorova IA, Buchnov AD, Matvienko VV. Quality of life indicator as a criterion for the effectiveness of restorative treatment of patients with spinal disorders. *Bulletin of Rehabilitation Medicine*. 2007;3(21):42-46. (In Russ.).] EDN: IBNHXX.7]