

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-08-18>

Остеопатический метод лечения болей в спине при беременности в III триместре

В. Животов,

Э. Нейматов, доктор медицинских наук, профессор
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
E-mail: zhivotov.v@mail.ru

Остеопатическое лечение болей в спине у беременных пациенток в III триместре более эффективно, судя по визуальной аналоговой шкале, тесту Роланда–Морриса, анкете Мак-Гилла ($p < 0,05$), чем стандартный подход к амбулаторной медицинской помощи данным больным.

Ключевые слова: терапия, реабилитация, остеопатия, мануальная терапия, боль в нижней части спины, III триместр беременности.

Для цитирования: Животов В., Нейматов Э. Остеопатический метод лечения болей в спине при беременности в III триместре // Врач. – 2018; 29 (8): 69–71. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-08-18>

Боли в нижней части спины (БНЧС) — одна из наиболее частых жалоб пациентов, обращающихся к врачам общей практики. Они — важная проблема общественного здравоохранения во всех промышленно развитых странах [1–4].

Частота БНЧС при беременности в III триместре, по данным разных авторов, колеблется от 56 до 76,6% [2, 3, 9, 10]. Лишь в единичных исследованиях оценена эффективность остеопатического лечения и профилактики БНЧС у беременных [5, 8–10].

У беременных с БНЧС чаще, чем у женщин без таковых, наблюдаются преждевременные и запоздалые роды, преждевременное излитие околоплодных вод, патологический прелиминарный период, дискоординация родовых сил, нарушение процесса отделения и выделения последа [1, 2, 4, 7], разрывы мягких тканей родовых путей, рождение недоношенных, незрелых доношенных и переношенных детей, а также интранатальная асфиксия [1–4, 8].

У рожениц с остеохондрозом и грыжей позвоночника чаще рождаются дети с гипоксическим поражением центральной нервной системы. Устранение болевого синдрома при БНЧС методами остеопатии не только помогает самим пациенткам, но и снижает уровень перинатальной патологии [1, 10].

Целью исследования было сравнить эффективность остеопатического и традиционного лечения при БНЧС у беременных в III триместре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось с ноября 2016 г. по январь 2018 г. среди 66 беременных (средний возраст — $26,2 \pm 6,7$ года) при сроке беременности 25–39 нед; беременные жаловались на БНЧС. В основной группе ($n=33$) было проведено 2 сеанса остеопатического лечения с интервалом в 2 нед; в контрольной группе ($n=33$) применялся стандартный подход.

Каждый сеанс длился около 50 мин. Всем испытуемым были проведены тест Роланда–Морриса, оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), применен опросник Мак-Гилла — в день 1-го сеанса, во время 2-го сеанса и через 1 нед после 2-го сеанса.

Критериями исключения из исследования были: осложнения беременности; тяжелые заболевания внутренних органов и опорно-двигательного аппарата; инфекционные заболевания; наличие сопутствующей боли другого типа; сопутствующие беременности заболевания, требующие медикаментозного лечения.

Лечебные техники применяли согласно авторскому патенту «Способ восстановления и оздоровления пациента с использованием балансировки мышечно-фасциально-висцеральных цепей подходом через основание черепа» (RU2611908C1) [6]. При этом производят пальпацию черепа, выявляя нарушения в состоянии краниосакральной системы путем определения подвижности швов черепа и симметричности расположения черепных костей; восстановление подвижности в черепных швах и симметричности расположения костей черепа следующим образом: вначале воздействуют, захватывая I и III пальцами одной руки большие крылья клиновидной кости (действие 1). Затем воздействуют II, III и IV пальцами другой руки, поддерживая затылочную кость в области наружного затылочного гребня, смещаясь от него вправо и (или) влево в зависимости от наличия и объема движений в сфенобазиллярном симфизе (действие 2).

Циклически повторяют действия 1–2 после вставания, ходьбы, потягивания до ощущения пациентом сбалансированности тела. Для взрослых проводят 2-й сеанс в пределах ближайших 2 сут после 1-го сеанса, 3-й сеанс — через 1–1,5 нед после 2-го.

Результаты исследований обрабатывались традиционными методами статистики с помощью программного обеспечения BioStat 2009 и Microsoft Office Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

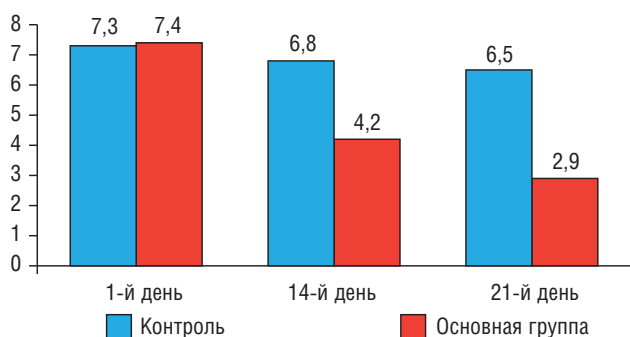
В середине и конце курса реабилитации в основной группе у всех 33 пациенток выраженность симптоматики заболевания достоверно уменьшилась по данным ВАШ с $4,6 \pm 1,4$ до $1,4 \pm 0,9$ балла. При этом значимая динамика наблюдалась уже на 14-й день, особенно по шкале Мак-Гилла ($p < 0,05$). В контрольной группе снижение показателей ВАШ к 14-му дню практически отсутствовало, а к 21-му дню различия появились, но были недостоверными ($p > 0,05$).

Таблица 1

Динамика выраженности болевого синдрома по ВАШ; баллы

Группа	Начало лечения	14-й день	21-й день
Контрольная	4,7	4,4	4,2*
Основная	4,6	2,7	1,4*

Примечание. * – различия достоверны ($p < 0,05$).



Динамика симптомов БНЧС в контрольной и основной группах (по анкете Роланда–Морриса, баллы)

К 21-му дню у 19 (57,6%) больных основной группы было выявлено ослабление боли по ВАШ более чем в 3 раза ($p < 0,05$); табл. 1.

У всех 33 пациенток основной группы достоверно ослабли симптомы БНЧС по анкете Роланда–Морриса, количество баллов снизилось сначала с $7,3 \pm 1,8$ до $4,2 \pm 1,7$, а затем – до $2,9 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$), тогда как в контрольной снижение было незначительным ($p > 0,05$); см. рисунок.

Пациентки основной группы указывали на улучшение симптоматики, описывающей показатели качества жизни, повседневной активности и жизнедеятельности ($p < 0,05$).

Анализ данных опросника Мак-Гилла в контрольной группе показал отсутствие достоверного ($p > 0,05$) уменьшения как сенсорных, так и эмоционально-аффективных показателей болевого синдрома после применения стандартного медицинского подхода; табл. 2.

Анализ данных опросника Мак-Гилла в основной группе выявил достоверное ($p < 0,05$) уменьшение показателей не только сенсорных, но и эмоционально-аффективных составляющих болевого синдрома после курса терапии.

Сенсорный РИБ снизился с $5,8 \pm 0,9$ до $1,9 \pm 0,8$ балла, аффективный РИБ – с $4,9 \pm 1,1$ до $2,3 \pm 0,9$ балла, эвалюативный РИБ – с $2,4 \pm 0,8$ до $1,6 \pm 0,9$ балла.

Сенсорный ИЧВД к 21-му дню лечения снизился с $4,8 \pm 1,3$ до $1,8 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$), аффективный – с $4,9 \pm 2,7$ до $1,9 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$), эвалюативный – с $2,4 \pm 2,4$ до $1,6 \pm 1,3$ балла ($p > 0,05$); табл. 3.

В середине и конце курса реабилитации (21-й день) у пациенток основной группы достоверно быстрее и значительнее ($p < 0,05$) улучшилась симптоматика по данным названных шкал и опросников, чем в контрольной группе. При этом достоверная динамика по ряду показателей специфических оценочных шкал оценки болевого синдрома наблюдалась уже на 14-й день, особенно по шкале Мак-Гилла ($p < 0,05$).

Итак, приведенные факты позволяют заключить, что:

- метод остеопатической коррекции достоверно эффективнее для консервативного лечения беременных женщин с БНЧС, чем стандартное лечение данной патологии ($p < 0,05$);

Таблица 2

Динамика болевого синдрома в контрольной группе ($M \pm m$)

Шкала опросника Мак-Гилла	Контрольная группа (n=33)		
	1-й день лечения	14-й день лечения	21-й день лечения
Сенсорный ИЧВД	$4,9 \pm 1,0$	$4,7 \pm 0,8$	$4,6 \pm 1,1$
Аффективный ИЧВД	$4,8 \pm 0,8$	$4,7 \pm 1,1$	$4,3 \pm 0,7$
Сенсорный РИБ, баллы	$5,7 \pm 0,9$	$5,5 \pm 2,7$	$4,9 \pm 1,8$
Аффективный РИБ, баллы	$4,8 \pm 1,1$	$4,5 \pm 1,3$	$4,2 \pm 1,3$
Эвалюативный РИБ, баллы	$2,6 \pm 0,9$	$2,5 \pm 0,6$	$2,4 \pm 0,8$
Суммарный ИЧВД	$8,8 \pm 1,5$	$8,7 \pm 1,9$	$8,4 \pm 2,1$
Суммарный РИБ, баллы	$17,6 \pm 2,9$	$16,5 \pm 3,1$	$15,8 \pm 3,2$

Примечание. ИЧВД – индекс числа выделенных дискрипторов; РИБ – ранговый индекс боли.

Таблица 3

Динамика болевого синдрома в процессе лечения в основной группе ($M \pm m$)

Шкала опросника Мак-Гилла	Основная группа (n=33)		
	1-й день лечения	14-й день лечения	21-й день лечения
Сенсорный ИЧВД	$4,8 \pm 1,1$	$1,9 \pm 0,8$	$1,8 \pm 0,8$
Аффективный ИЧВД	$4,7 \pm 0,9$	$2,2 \pm 0,9$	$1,6 \pm 0,8$
Сенсорный РИБ	$5,8 \pm 0,9$	$2,1 \pm 0,8$	$1,9 \pm 0,8$
Аффективный РИБ	$4,9 \pm 1,1$	$4,1 \pm 1,1$	$2,3 \pm 0,9$
Эвалюативный РИБ	$2,4 \pm 0,8$	$2,1 \pm 0,7$	$1,6 \pm 0,9$
Суммарный ИЧВД	$8,9 \pm 1,2$	$7,8 \pm 0,9$	$2,9 \pm 1,1$
Суммарный РИБ	$17,8 \pm 2,1$	$11,7 \pm 1,7$	$5,6 \pm 1,8$

- эффективность метода позволяет рекомендовать его в лечебных и реабилитационных медицинских учреждениях как амбулаторного, так и стационарного профиля для оказания нелекарственной помощи беременным с данным неврологическим диагнозом.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Кузьминов К.О., Бахтадзе М.А. Болотов Д.А. и др. Опыт использования опросников для оценки болевого синдрома у больных с радикулопатией поясничной локализации // Мануальная терапия. – 2014; 1: 11–6.
2. Гайнуллин И.Р. и др. Клиническая оценка влияния остеопатического сопровождения беременных на процесс родоразрешения // Российский остеопатический журнал. – 2017; 1–2: 47–52.
3. Садовская Ю.О., Мишина С.В. Возможности остеопатии в комплексной профилактике фетоплацентарной недостаточности у беременных женщин // Российский остеопатический журнал. – 2016; 1–2: 22–8.
4. Адизов С.Р., Жиемуратова Г.К., Алламурастов К.Е. Остеохондроз и грыжа диски позвоночника у беременных женщин и их влияние на течение и исходы беременности. Сб. ст. межд. научно-практ. конф. «Роль и место информационных технологий в современной науке» / Казань, 2017; с. 96–8.
5. Ваганова Я.А. и др. Эффективность применения методов медицинской реабилитации во время беременности, с целью купирования болевого синдрома в спине, вызванного дорсопатиями // Современные проблемы науки и образования. – 2016; 6: 240.
6. Животов В.А., Радченко О.А. Способ восстановления и оздоровления пациента с использованием балансировки мышечно-фасциально-висцеральных цепей подходом через основание черепа. Патент на изобретение С12611908RU. М., 2015; 17 с.
7. Федоров Д.В., Егорова А.Т. Опыт лечения болевого синдрома у беременных мягкими техниками мануальной терапии. Тез. докл. XII научно-практ. конф. «Актуальные вопросы медицинской реабилитации: инновационные технологии, клиническое питание, традиционные аспекты» / Новосибирск, 2017; с. 121–5.
8. Sheraton A., Streckfuss J., Grace S. Experiences of pregnant women receiving osteopathic care // J. Bodyw. Mov. Ther. – 2018; 22 (2): 321–7. DOI: 10.1016/j.jbmt.2017.09.007
9. McGlone F. et al. The role of gentle touch in perinatal osteopathic manual therapy // Neurosci. Biobehavioral Rev. – 2017; 72: 1–9.
10. Franke H. et al. Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis // J. Bodyw. Mov. Ther. – 2017; 21 (4): 752–62. DOI: 10.1016/j.jbmt.2017.05.014

OSTEOPATHIC TREATMENT FOR BACK PAIN IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

V. Zhivotov; Professor E. Neimatov, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Osteopathic treatment for back pain in pregnant patients in the third trimester is more effective, as evidenced by the visual analogue scale, Roland-Morris disability questionnaire, and McGill pain questionnaire ($p < 0.05$) than the standard approach to outpatient care for these patients.

Key words: *therapy, rehabilitation, osteopathy, manual therapy, lower back pain, third trimester of pregnancy.*

For citation: *Zhivotov V., Neimatov E. Osteopathic treatment for back pain in the third trimester of pregnancy // Vrach. – 2018; 29 (8): 69–71. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-08-18>*