

Медицинская реабилитация как метод лечения и улучшения качества жизни беременных женщин, страдающих дорсопатиями

Я. А. Ваганова, заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста

Г. А. Суслова, д.м.н., проф., зав. кафедрой реабилитологии ФП и ДПО

С. Н. Гайдуков, д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Medical rehabilitation as method of treatment and improvement of quality of life in pregnant women suffering dorsopathies

Y. A. Vaganova, G. A. Suslova, S. N. Gaidukov

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Резюме

Проведено исследование эффективности применения методов медицинской реабилитации, в частности, мануальной терапии (МТ) и лечебно-физической культуры (ЛФК) у беременных женщин с дорсопатиями во II и III триместрах беременности с целью улучшения качества жизни, течения и исходов беременности. Обследовано 305 беременных женщин. Пациенты были поделены на три группы: первая проходила лечение у мануального терапевта ($n = 135$), вторая — курс ЛФК ($n = 35$), третья — контрольная группа ($n = 135$) не получающих лечения. Средний возраст составил $30,92 \pm 0,23$ года, при $p = 0,05$ и $P = 95\%$. Первобеременные составили 43,27% ($n = 132$) от общего числа обследованных, повторобеременные — 56,73% ($n = 173$); первородящие — 61,96% ($n = 189$), повторнородящие — 38,04% ($n = 116$). В первой группе число сеансов мануальной терапии составило от 1 до 4. Так, потребовался один сеанс в 47 случаях (34,8%), 2 сеанса — в 58 (42,9%), 3 сеанса — в 23 (17,1%) и 4 сеанса — у 7 (5,2%) беременных. Курс ЛФК составлял 10 занятий. Для оценки качества жизни и отдельно болевого синдрома использовались опросник МакГилла, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), вербальная оценочная шкала, опросник EuroQol-5D, вопросник Освестри, опросник качества жизни SF-36, а также медико-социальная характеристика беременных женщин с данной патологией. В ходе текущего исследования получены предварительные результаты, которые позволяют говорить об эффективности применения МТ у беременных женщин над методами ЛФК. Наблюдались улучшение качества жизни беременной женщины, снижение болевого синдрома вплоть до полного его устранения, снижение количества операций кесарева сечения.

Ключевые слова: мануальная терапия, ЛФК, беременность, дорсопатии.

Summary

The study of the effectiveness of medical rehabilitation methods, in particular manual therapy (MT) and therapeutic physical culture (physical therapy) in pregnant women with dorsopathies in the second and third trimesters of pregnancy in order to improve the quality of life, course and outcomes of pregnancy. 305 pregnant women were examined. The patients were divided into three groups: the 1st was treated by a chiropractor ($n = 135$), the 2nd got a course of exercise therapy ($n = 35$), the 3rd, control group ($n = 135$), did not receive treatment. The mean age was 30.92 ± 0.23 years, with $p = 0.05$ and $P = 95\%$. Primeval amounted to 43.27% ($n = 132$) of the total number of examined persons, repeated — 56.73% ($n = 173$); primiparous — 61.96% ($n = 189$), repeated 38.04% ($n = 116$). In the first group, the number of sessions of manual therapy ranged from 1 to 4. So it took one session in 47 cases (34.8%), 2 sessions — 58 (42.9%), 3 sessions — 23 (17.1%) and 4 sessions — 7 (5.2%) pregnant. The physical therapy course included 10 sessions. An assessment of the quality of life of pregnant women with dorsopathies was conducted using the following methods: EuroQol-5D questionnaire, the Oswestry questionnaire, the medical and social characteristics, the pain syndrome using the McGill questionnaire, the visual analogue scale (VAS), and the verbal evaluation score scale of pregnant women with this pathology. In the course of the current study, preliminary results have been obtained, which allow concluding about the effectiveness of MT in pregnant women over the methods of exercise therapy. There was an improvement in the quality of life of a pregnant woman, a decrease in pain, until its complete elimination, a decrease in the number of caesarean sections.

Key words: manual therapy; therapeutic physical culture; pregnancy; dorsopathies.

Введение

В современных условиях существует множество факторов, оказывающих патологическое влияние на здоровье матери и плода. Негативно влияют не только стиль жизни, в котором много стрессовых ситуаций и нарушений режима труда и отдыха, раннее начало половой жизни, в той или иной степени искривление позвоночного столба у молодых девушек, избыточная или недостаточная масса тела. Все это формирует предпосылки для патологи-

ческого течения беременности, в ходе которого в организме женщины происходит целый ряд изменений в положении и функционировании внутренних органов, а также изменений процессов нейроэндокринной регуляции [4].

Боли в нижней части спины и тазовые боли у беременных женщин, вызванные дорсопатиями, — наиболее распространенный симптом, который в последнее время считается нормальной составляющей частью беременности. В зарубежной литературе приводят-

ся многочисленные данные, о том, что около 50% беременных женщин испытывают боли в спине на разных сроках гестации [1, 2, 5]. Боли в спине у 25% беременных женщин приводят к серьезным проблемам со здоровьем, при этом некоторая часть женщин утрачивают трудоспособность уже в I–II триместрах, а у 8% она приводит к инвалидности различной степени тяжести [1, 2, 9, 14]. По другим данным исследований, показатель распространенности болей в спине во время беременности колеблется

между 35 и 61 % [16, 18–20], среди этих женщин 47–60 % сообщили о боли в спине, возникающей на 5–7-м месяцах беременности [12, 16]. Причина боли в спине, связанной с беременностью, изучена не до конца. Преобладает теория о том, что в результате увеличения матки включаются биомеханически обусловленные изменения, что приводит к увеличению поясничного лордоза и воздействию гормона релаксина на стабилизацию связок, что приводит к гипермобильности суставов [1–3, 17]. Исследования, проведенные в течение последних 15 лет, показали, что основные причины тазовой боли во время беременности могут быть механическими (в пояснице или крестцово-подвздошном суставе), а не гормональными вследствие смещения центра тяжести [9, 10].

«Золотым» стандартом среди консервативных медикаментозных методов лечения ДДЗП являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и центральные миорелаксанты. НПВС противопоказаны беременным в течение всего срока гестации из-за присущего эмбриотоксического и тератогенного воздействия и из-за неизученности фармакокинетики и фармакодинамики в организмах матери и плода [2, 5, 7]. Лекарственная терапия повышает число аллергических реакций, а при длительном применении может оказывать неблагоприятное влияние на развивающийся плод [6]. Но в большинстве случаев тактика лечения болевого синдрома при дорсопатиях во время беременности — выжидательная (watch and wait) [14]. В связи с этим все большее внимание уделяется методам медицинской реабилитации. Поэтому в последнее время начаты исследования по применению методов мануальной терапии у беременных с ДДЗП и продолжены исследования по применению методов ЛФК у этой же группы женщин.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является улучшение течения и исходов беременностей у женщин с дорсопатиями, улучшение их качества жизни, снижение и полное купирование болевого синдрома, снижение количества операций кесарева сечения.

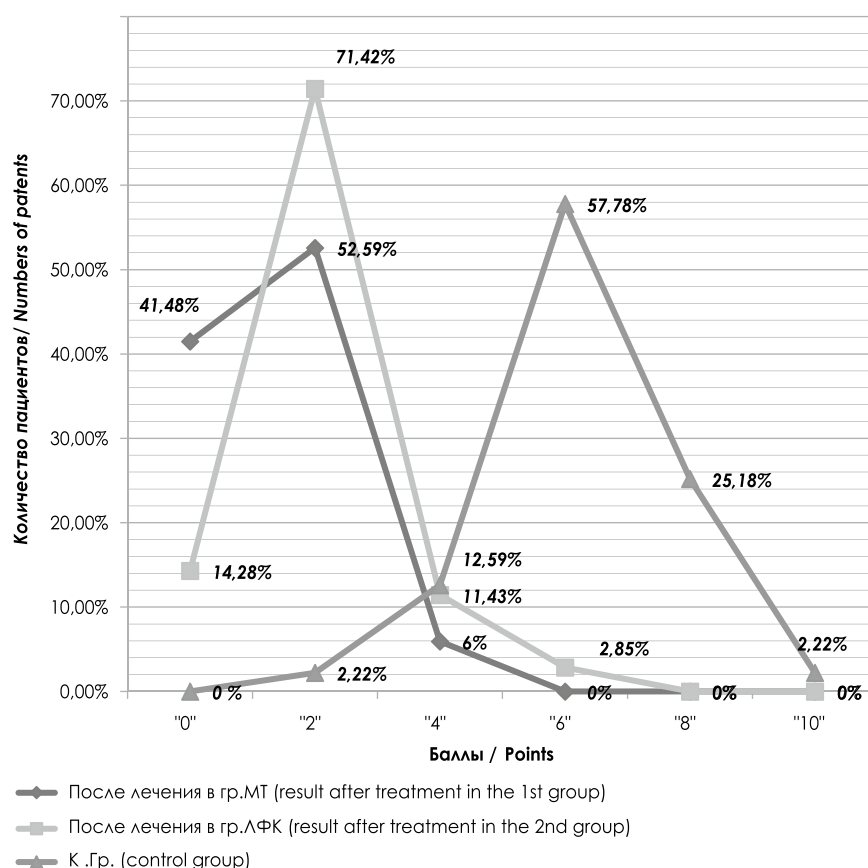


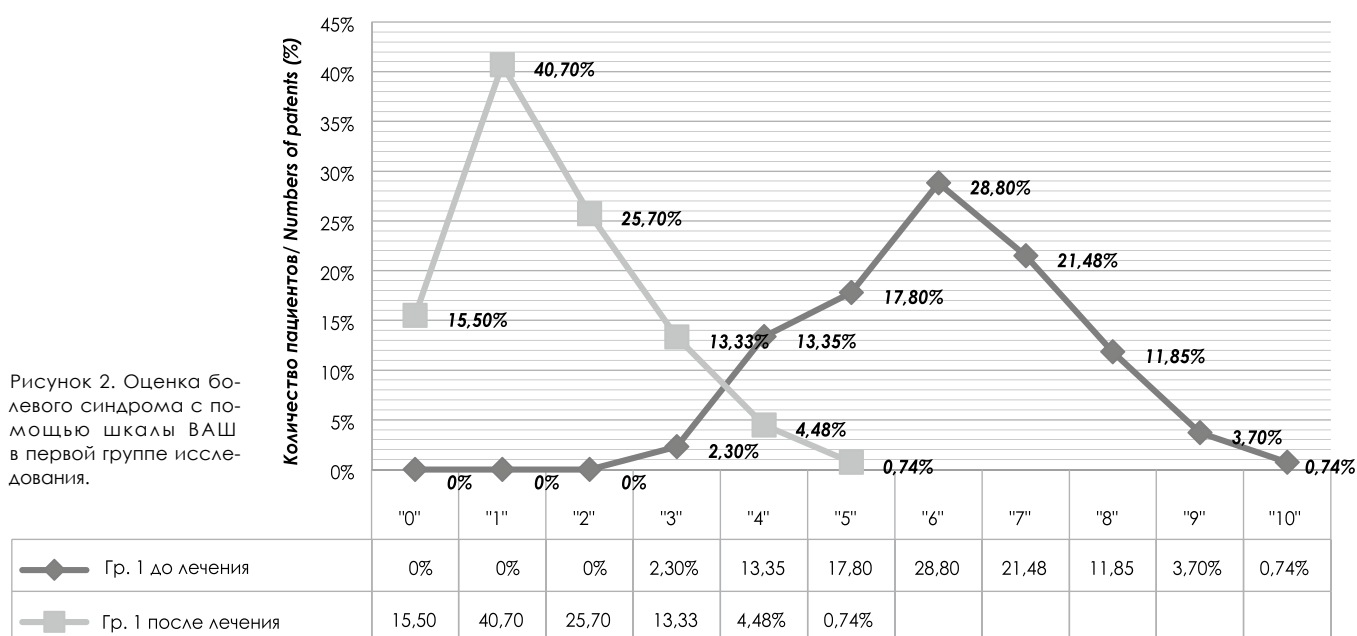
Рисунок 1. Снижение болевого синдрома по результатам вербальной оценочной шкалы.

Материалы и методы

За период с октября 2015 по март 2018 года обследованы 305 беременных женщин с диагнозом «дорсопатия», среди которых выделены три группы. В первую группу вошли пациентки, которые проходили лечение у мануального терапевта ($n = 135$), вторая группа — беременные женщины, проходившие курс ЛФК ($n = 35$), третья группа — контрольная ($n = 135$). Возраст беременных составил от 22 и до 41 года, средний возраст составил $30,92 \pm 0,23$, при $p = 0,05$ и $P = 95\%$. Первородные составили 43,27% ($n = 132$) от общего числа обследованных, повторобеременные — 56,73% ($n = 173$); первородящие — 61,96% ($n = 189$), повторнородящие — 38,04% ($n = 116$), срок гестации — II и III триместр. У беременных женщин, участвующих в исследовании, распространенный остеохондроз позвоночника выявлен у 69,5% ($n = 212$), межпозвоночные грыжи позвоночника — у 16,72% ($n = 51$), сколиоз — у 31,14% ($n = 95$), другие деформирующие дорсопатии — у 0,98% ($n = 3$). В первой группе число сеансов мануальной терапии составило

от 1 до 4. Так, потребовался один сеанс в 47 случаях (34,8%), два — в 58 (42,9%), три — в 23 (17,1%) и четыре сеанса — у 7 (5,2%) беременных. Курс ЛФК составлял 10 занятий. Для оценки и эффективности применения методов МТ и ЛФК использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ), вербальная оценочная шкала, опросник EuroQol-5D, опросник МакГилла, опросник F36, вопросник Освестри, медико-социальная характеристика беременных женщин. В третьей группе женщин анкетирование проводилось на доношенном сроке беременности. Проводились следующие мануальные техники у беременных женщин: 1) диагностика и коррекция дисфункции торако-абдоминальной диафрагмы; 2) декомпрессия на уровне ПОН, уравнивание грудного поясничной фасции, поясничной и квадратной мышц; 3) коррекция пояснично-крестцового сочленения L5S1; 4) коррекция КПС; 5) диагностика и коррекция дисфункции лонного сочленения; 6) диагностика и коррекция дисфункции копчика; 7) диагностика и коррекция дисфункции мышц таза: *m. levatori ani*; уравнивание

Рисунок 2. Оценка болевого синдрома с помощью шкалы ВАШ в первой группе исследования.



шивание тазовой диафрагмы (методики поднятия тазового дна); методика уравнивания фиброзного центра промежности; методика коррекции пояснично-подвздошной мышцы; методика коррекции внутренней запирательной мышцы; методика коррекции грушевидной мышцы; 8) диагностика и коррекция торсии матки; 9) методики уравнивания мышечных слоев беременной матки; 10) методики коррекции крестцово-маточных связок; 11) коррекция нервной регуляции матки; методики подавления симпатических

ганглиев; методики стимуляции симпатических ганглиев; методики ускорения парасимпатической системы на уровне крестца; методики подавления парасимпатической системы на уровне крестца [4, 7, 13].

Результаты

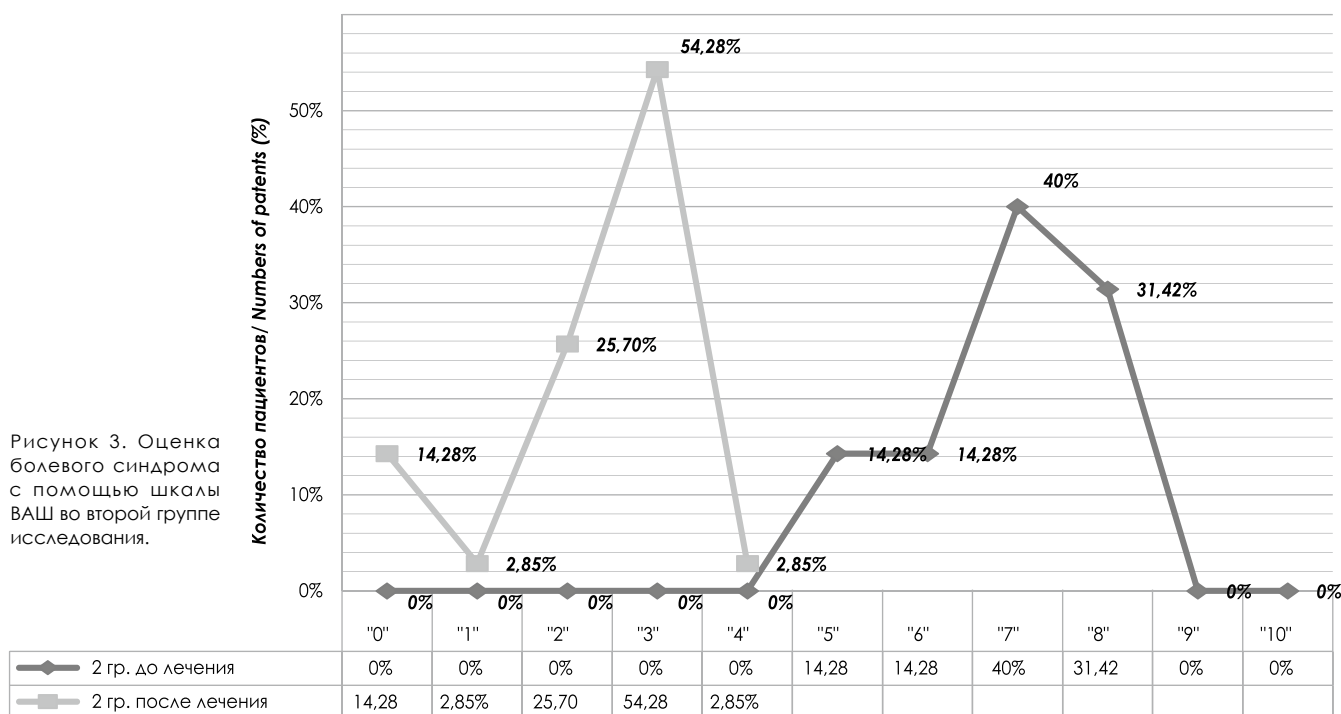
По результатам вербальной оценочной шкалы в первой группе после применения методов МТ 0 баллов отмечалось у 56 пациенток (41,48%), 2 — у 71 (52,59%), 4 — у 8 (6%). Во второй группе, проходившей

курс ЛФК: 0 баллов у 5 пациенток (14,28%), 2 — у 25 (71,42%), 4 — у 4 (11,43%), 6 — у 1 (2,85%) (рис. 1).

Также болевой синдром снизился и по данным ВАШ: в первой группе полное отсутствие боли отмечали 36 (26,6%) пациенток, 1 балл — у 41 (30,37%), 2 — у 35 (25,9%), 3 — у 16 (11,9%), 4 — у 6 (4,44%) и 5 — у 1 (0,8%) пациентки (рис. 2).

Во второй группе у женщин наблюдалось максимальное снижение болевого синдрома до 3 баллов в 57,2% (n = 20) случаев (рис. 3).

Рисунок 3. Оценка болевого синдрома с помощью шкалы ВАШ во второй группе исследования.



В третьей группе средний балл боли у пациенток составил 5,5 балла, к доношенному сроку беременности — 6,8 балла.

По обработанным данным опросника EuroQol-5D после проведения лечения в группах были зарегистрированы следующие результаты.

А) снижение тревоги / депрессии.

В группе МТ отмечали: 1 — «я не испытываю тревоги либо депрессии» — с 32,5% (n = 44) до 87,4% (n = 118), 2 — «я испытываю умеренную тревогу либо депрессию» — с 55,5% (n = 75) до 12,6% (n = 17), 3 — «я испытываю чрезвычайную тревогу либо депрессию» — с 12% (n = 16) до 0% (n = 0). В группе ЛФК: 1 — с 8,5% (n = 3) до 28,5% (n = 10), 2 — с 85,7% (n = 30) до 71,42% (n = 25), 3 — с 5,8% (n = 2) до 0% (n = 0).

Б) улучшение мобильности. В группе МТ: 1 — «у меня не возникает проблем с передвижением» — с 12% (n = 12) до 52,6% (n = 71), 2 — «у меня некоторые затруднения с передвижением» — с 62,9% (n = 85) до 47,4% (n = 64), 3 — «я полностью прикована к постели» — с 25,2% (n = 34) до 0% (n = 0). В группе ЛФК: 1 — с 71,4% (n = 25) до 100% (n = 35), 2 — с 28,6% (n = 10) до 0% (n = 0).

В) Снижение боли / дискомфорта. В группе МТ: 1 — «я не испытываю боли либо дискомфорта» — с 0% (n = 0) до 74,1% (n = 100), 2 — «я испытываю умеренные боли либо дискомфорт» — с 59,2% (n = 80) до 25,9% (n = 35), 3 — «я испытываю чрезвычайные боли либо дискомфорт» — с 40,8% (n = 55) до 0% (n = 0). В группе ЛФК: 1 — с 0% (n = 0) до 14,3% (n = 5), 2 — с 85,7% (n = 30) до 85,7% (n = 30), 3 — с 14,3% (n = 5) до 0% (n = 0).

Г) Облегчение самообслуживания. В группе МТ: 1 — «у меня не возникает проблем с обслуживанием» — с 18,5% (n = 25) до 73,3% (n = 99), 2 — «у меня некоторые проблемы с мытьем либо одеванием» — с 69,6% (n = 94) до 26,7% (n = 34), 3 — «я полностью прикована к постели» — с 12% (n = 16) до 0% (n = 0). Группа ЛФК: 1 — с 71,4% (n = 25) — без изменений, 2–28,6% (n = 10) — без изменений.

Д) Облегчение бытовой активности.

В группе МТ: 1 — «у меня не возникает проблем с выполнением повседневных обязанностей» — с 23,7% (n = 32) до 60,7% (n = 82), 2 — «у меня имеются некоторые проблемы с выполнением повседневных обязанностей» — с 65,2% (n = 88) до 39,3% (n = 53), 3 — «я совершенно не могу выполнять повседневные привычные обязанности» — с 11,1% (n = 15) до 0% (n = 0). В группе ЛФК: 1 — с 57,2% (n = 20) до — без изменений, 2 — с 28,6% (n = 10) до 42,8% (n = 15), 3 — с 14,2% (n = 5) до 0% (n = 0). Количество родов *per vias naturalis* по группам (1-я, 2-я, 3-я) составило: 81,50; 71,42 и 62,96% соответственно. Количество операций кесарева сечения в первой группе составило 18,5% (n = 25), во второй — 28,6% (n = 10), в третьей — 37,0% (n = 50).

Заключение

Проведено сравнение эффективности применения методов МТ и ЛФК у беременных женщин с дорсопатиями во II и III триместрах беременности. В контрольной группе выявлено усиление болевого синдрома, а следовательно, и ухудшение качества жизни самой беременной женщины к доношенному сроку беременности. Снижение болевого синдрома в группе МТ и ЛФК привело не только к улучшению качества жизни беременных женщин, уменьшению количества выдаваемых больничных листов по данному заболеванию, но также сократило количество тревог и депрессий (по данным опросника EuroQol-5D), операций кесарева сечения и увеличило число родов *per vias naturalis*. Полученные предварительные результаты позволяют говорить о более высокой эффективности применения методов мануальной терапии по сравнению с ЛФК у беременных женщин во II и III триместрах. При использовании техник мануальной терапии нередко отмечалось полное устранение болевого синдрома.

Список литературы

1. Ваганова Я. А., Суслова Г. А., Гайдуков С. Н., Бобко А. Я. Эффективность применения мануальной терапии при болевом синдроме в спине у беременных женщин // Педиатр. — 2018. — Т. 9. — № 2. — С. 30–35.

2. Ваганова Я. А., Гайдуков С. Н., Суслова Г. А., Заузолюкова Е. К. Эффективность применения методов медицинской реабилитации во время беременности с целью купирования болевого синдрома в спине, вызванного дорсопатиями. // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 6.
3. Ваганова Я. А., Суслова Г. А., Гайдуков С. Н. / Качество жизни и исходы беременности у женщин с дорсопатиями при использовании методов мануальной терапии. // Я. А. Ваганова, Г. А. Суслова, С. Н. Гайдуков // ВРАЧ-АСПИРАНТ-Изд-во «Научная книга». — 2017. — № 6. 2 (85) — с. 273–279.
4. Егорова И. А., Кузнецова Е. А. / Остеопатия в акушерстве и педиатрии. // Санкт-Петербург: Изд. дом СПбМАПО, 2008.
5. Красавина Д., Орлова О., Федотова З., Зварич Е., Сохтер М., Котляров В., Суслова Г. / Боль в спине у детей и подростков. Алгоритм неинвазивного обследования и современная терапия. // Врач. 2013. № 5. С. 31–36.
6. Рылова О. В. Влияние различных методов дородовой подготовки на течение беременности, качество жизни и психоэмоциональный статус женщин / Автореферат дис. кандидата медицинских наук (14.00.01) / Рылова Ольга Викторовна [Место защиты: Сам. гос. мед. ун-т]. — Самара, 2009. — 28 с.
7. Скоромец А. А., Егорова И. А., Карпеев А. А., Кравченко Т. И., Мохов Д. Е. / Остеопатия. — Методические рекомендации Минздрава РФ № 2003/74 от 27.10.2013. — 16 с.
8. Сурская Е. В. «Современные аспекты лечения дорсопатии» Регулярные выпуски «РМЖ» № 20 от 03.09.2009. стр. 1311. Рубрика: Неврология.
9. Суслова Г. А., Алафинов В. Д. / Современное руководство по иглоукалыванию. Расположение и терапевт. свойства точек акупунктуры четырнадцати постоян. каналов и некоторых внеканал. точек // Г. А. Суслова, В. Д. Алафинов. СПб., 2003.
10. Aldabe D, Milosavljevic S, Bussey MD. Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. Eur Spine J. 2012; 21 (9): 1777–87. Epub 2012 Jun 21.
11. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S, Dawn Bussey M. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxing levels during pregnancy: a systematic review. Eur Spine J. 2012; 21 (9): 1769–76. Epub 2012 Feb 4.
12. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. Show details NICE Clinical Guidelines, No. 62. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; 2008 Mar.
13. Demaria U., Tacconella P. Effects parasympathicomimetiques de la compression du 4e ventricule et evaluation optometrique de l'accijmadation. — Osteo. — № 56, 2001. — P. 14–34.
14. Kalus S. M. Kornman L. H., Quinlivan J. A. Managing back pain in pregnancy using a support garment: a randomised trial // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Vol. — 115, P. 68–75.
15. Peterson C. K. Outcomes of pregnant patients with low back pain undergoing chiropractic treatment: a prospective cohort study with short term, medium term and 1 year follow-up. / C. K. Peterson., D. Mühlemann and B. K. Humphreys // Chiropractic & Manual Therapies — 2014; Vol. 22 (1): 15.
16. Schwerla F. Osteopathic manipulative therapy in women with postpartum low back pain and disability: a pragmatic randomized controlled trial. / F. Schwerla, K. Rother, D. Rother, M. Ruetz, K.-L. Resch // Am Osteopath Assoc. — 2015. Vol. 115 № 7. — P. 416–425.
17. Sukker M. Y. Concise Human Physiology. / M. Y. Sukker, H. A. El-Munshid. // NJ: Wiley-Blackwell Science — 2000. Vol. 304.
18. Waddell G. The back pain revolution. Edinburg. Churchill Livingstone, 1998.
19. Walker S., Roser R. Quality of life assessment. — Kluwer academic publishers, 1993.
20. Walsh K., Cruddas M., Coggon D. Low back pain in eight areas of Britain // Journal of Epid. Com. Health. — 1992. — 46. P. 227–230.

