

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ, ВЫЗВАННОГО ДОРСОПАТИЯМИ

Суслова Г.А.¹, Гайдуков С.Н.¹, Ваганова Я.А.¹, Заузолкова Е.К.¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail: yaplush@gmail.com

Начато исследование эффективности применения методов мануальной терапии у беременных женщин во втором и третьем триместрах беременности с целью купирования болевого синдрома, вызванного дорсопатиями. За период с октября 2015 г. по июль 2016 г. набрана исследуемая группа (n=20) и контрольная группа (n=18) беременных женщин с диагнозом «дорсопатии». Возраст беременных составил от 27 до 37 лет, срок гестации — от 22 до 38 недель. Во время исследования используются такие методы, как: краниосакральный метод, тракционный метод, миофасциальный релиз, постизометрическая релаксация, мягкотканые техники. Количество сеансов у беременных с дорсопатиями составляет от 1 до 4. В ходе текущего исследования получены предварительные результаты, которые позволяют говорить об эффективности применения мануальной терапии у беременных женщин во втором и третьем триместрах с целью не только снижения, но и полного устранения болевого синдрома в области спины, вызванного дорсопатиями.

Ключевые слова: мануальная терапия, дорсопатии, беременность, боль в спине

THE EFFECTIVENESS OF APPLYING MEDICAL REHABILITATION METHODS DURING PREGNANCY IN ORDER TO RELIEVE BACK PAIN CAUSED BY DORSOPATHY

Suslova G.A.¹, Gaidukov S.N.¹, Vaganova Y.A.¹, Zauzolkova E.K.¹

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, e-mail: yaplush@gmail.com

The study has begun aiming to estimate the efficiency of applying the methods of manual therapy for pregnant women during the second and third trimesters of their pregnancy to relieve pain caused by dorsopathy. During the period from October 2015 until July 2016 was recruited for a «study» group (n = 20) and the «control» group (n = 18) of pregnant women with the diagnosis of were recruited. The age of pregnant women is ranged from 27 up to 37 years with the gestational term from 22 to 38 weeks. During the study the following methods are used: crani - sacral technique, traction technique, myofascial release, post-isometric relaxation, and soft tissue techniques. The number of sessions for pregnant women with dorsopathy is ranged from 1 to 4. Ongoing study has already provided preliminary results that demonstrated the effectiveness of applying manual therapy for pregnant women in II and III trimesters. This aimed not only to reduce but also to eliminate back pain completely most often caused by dorsopathy.

Keywords: manual therapy, dorsopathy, pregnancy; low back pain

Термин «дорсопатия» включает в себя болевые синдромы и неврологические расстройства в области спины невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными и/или воспалительными заболеваниями позвоночника и прилегающих к нему мышц.

Актуальность проблемы дорсопатии состоит в морфологической многоликости форм, включенных в это собирательное понятие, а также в высокой встречаемости среди населения. Дорсопатии являются одной из основных причин инвалидности, значительно снижают качество жизни, работоспособность и остаются ведущими причинами обращения за медицинской помощью в любом возрасте [1, 9]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность боли в спине достигает 40–80%. В течение жизни хотя бы один эпизод боли в спине переносят 70–80% населения, годовой показатель колеблется от 25

до 60% в разных этнических группах [6, 7, 9]. Дорсопатии отмечаются у разных возрастных групп населения – как у молодых, так и пожилых пациентов [16]. Боли в нижней части спины и тазовые боли у беременных женщин, вызванные дорсопатиями, — наиболее распространенный феномен, и в последнее время считается нормальной составляющей частью беременности [13].

Здоровье женщины, матери и ребенка является основным и объективным показателем здоровья населения, поэтому охрана здоровья женщины представляется одной из приоритетных задач государства [4].

Зарубежные исследования показали, что примерно 50% женщин испытывают боли в спине в течение беременности, у многих из них боль приводит к серьезным изменениям в повседневной жизни. Боль мешает выполнять элементарные действия, такие как приседания, подъем туловища с кровати и иное, а также влияет на эмоциональное состояние, снижает сексуальную активность, приводит к нарушениям сна. У 25% беременных женщин боли в спине приводят к серьезным проблемам со здоровьем, при этом некоторые из них утрачивают трудоспособность уже в первом-втором триместрах, а у 8% это приводит к инвалидности различной степени тяжести.

Часто за симптомы дорсопатий принимают угрозу прерывания беременности на разных сроках гестации, поэтому необходимо изучать данную проблему с целью снижения процента госпитализаций и безрезультатного получения магнезиальной и токолитической терапии.

В Швеции в одном из крупномасштабных исследований, направленных на определение распространенности боли в спине при беременности, было выявлено, что цифра, приходящаяся на выдачу больничных листов по данной патологии, варьирует от 3,9 до 89,9 % [9].

Классификация

В последнее время за рубежом была выявлена необходимость классифицировать боли в нижней части тела (low back pain) при беременности, чтобы лучше понимать происхождение болей и их распространение [9]. Используется терминология: боль, связанная с беременностью (pregnancy-related LBP), боль тазового пояса (pelvic girdle pain PGP), связанная с беременностью боль тазового пояса (pregnancy – related pelvic girdle pain), пояснично-тазовая боль (lumbopelvic pain), поясничная боль (lumbar pain) [14].

Этиология

Причина боли в спине, связанная с беременностью, не до конца изучена. Преобладает теория о том, что в результате увеличения матки включаются биомеханически обусловленные изменения, что приводит к увеличению поясничного лордоза, и действие

гормона релаксина на стабилизацию связок, ведущих к гипермобильности суставов. На протяжении всей беременности в организме матери происходят различные физиологические изменения, что может привести к нарушению функций внутренних органов. Основные гемодинамические нарушения, связанные с беременностью, включают увеличение сердечного выброса, задержку натрия и образование отеков, ведущих к расширению объема циркулирующей крови и снижению системного сосудистого сопротивления и системного артериального давления. Эти изменения начинаются в начале беременности, достигая максимума во втором триместре беременности, а затем остаются относительно постоянными вплоть до родов [15].

Терапевтические возможности

В настоящее время значительно расширился арсенал медикаментозных средств, применяемых для лечения осложнений беременности. В основном их действие направлено на нормализацию тонуса сосудов и маточно-плацентарного кровообращения, тканевого дыхания, адаптационных реакций беременной женщины и плода [4].

Базовым средством в лечении обострений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника являются НПВС (нестероидные противовоспалительные средства), которые противопоказаны беременным в течение всего срока гестации ввиду присущего им эмбриотоксического и тератогенного воздействия, а также и из-за неизученности фармакокинетики и фармакодинамики в организмах матери и плода. Лекарственная терапия повышает число аллергических реакций, а при длительном применении может оказывать неблагоприятное влияние на развивающийся плод [4]. Стандартом лечения болевого синдрома в пояснице, вызванного дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП), считаются физиотерапия, применение бандажей, медикаментозная терапия, иглоукалывание, массаж, релаксация, йога. Но в большинстве случаев тактика лечения болевого синдрома при дорсопатиях во время беременности – выжидательная (watch and wait). В связи с этим все большее внимание уделяется методам медицинской реабилитации, в том числе в последнее время начаты исследования по применению методов мануальной терапии у беременных с ДДЗП и продолжены исследования по применению методов лечебно-физической культуры у этой же группы.

Мануальная терапия

Мануальная терапия (МТ) является патогенетическим видом лечения, направленным на устранение блоков позвоночных суставов, мышечного спазма, исправление патологических деформаций позвоночника, и занимает одно из ведущих мест среди методов терапевтического воздействия. Для эффективного применения МТ необходимо

квалифицированно и обоснованно использовать ее методы, а также учитывать показания, противопоказания и факторы, влияющие на ее исход.

Противопоказаниями для проведения мануальной терапии являются: резко выраженный остеопороз; спондилез; чрезмерная подвижность позвоночных сегментов; наличие врожденных аномалий позвоночника и спинного мозга.

Большинство зарубежных руководств по лечению боли в спине считает МТ эффективным средством [5]. Так, в Дании и Швеции рекомендуют использовать этот метод в терапии не только острой, но и хронической боли в спине, а в Финляндии, Швейцарии, США, Великобритании и Норвегии – только в острой фазе.

В многочисленных рандомизированных клинических исследованиях у пациентов разных возрастных групп было обнаружено, что при боли в спине МТ более эффективна, чем применение анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), физиотерапии, рефлексотерапии, ЛФК и плацебо [11].

При использовании мануальной терапии у беременных проводят оценку функционального состояния тазового пояса. Этот подход позволяет определить необходимость применения методических приемов смешанного характера, т.е. имеющих отношение как к верхнему, так и к нижнему этажу. В положении стоя оцениваются направление плоскости таза, опущение какого-либо края, искривление позвоночника, напряжение определенных мышечных групп, состояние остей таза, нижнего края ягодичных мышц, состояние бедер, голеней и стоп, длины нижних конечностей. В оценке функционального состояния таза имеют значение положение коленных суставов, а также величина свода стопы. Особенно значимо влияние на таз одностороннего переразгибания коленного сустава. Также проводится оценка ромба Михаэлиса, состояния межъягодичной и анальной складок [3].

Основными причинами развития побочных эффектов и осложнений МТ считаются неполное обследование больного, неточное установление диагноза и недостаточная квалификация мануального терапевта [1, 12].

Таким образом, несмотря на то, что существует довольно большое количество публикаций по применению МТ при дорсопатии, вопрос об эффективности и целесообразности использования этого метода остается по-прежнему дискутируемым и требует дальнейших исследований, в особенности у женщин, страдающих дорсопатиями во время беременности [7, 8].

В 2013 г. в Цюрихе сравнивали «бездействие» при дорсопатиях с эффективностью мануальной терапии и отдельно эффективность лечебно-физической культуры. Мануальная терапия показала статически и клинически значимое улучшение по сравнению с

пациентками из других групп. Однако результаты были измерены только в один промежуток времени — с 5-ю по 9-ю неделю от начала проводимого контрольного исследования, в то время как пациенты оценивали эффективность получаемой терапии не только в этот срок, но также в течение всей беременности и после родов [13].

В зарубежной литературе приводятся многочисленные данные, что 94% женщин, которые отмечали боли в пояснице в предыдущих беременностях, регистрировали боли и в последующих беременностях. Хотя в проводимом исследовании Cynthia K Peterson и соавторы только 54% женщин, страдающих болями в предыдущих беременностях, жаловались на повторное возникновение болей. Другим важным, хотя, возможно, предсказуемым выводом из этого исследования является то, что пациентки, испытывающие наибольшее количество приступов болей (более 5 эпизодов), реже сообщали о клинически значимом улучшении, особенно в течение первого года исследования [13].

Лечебная физическая культура (ЛФК)

Лечебная физическая культура — метод неспецифической терапии, в котором физические упражнения играют роль неспецифических раздражителей. Метод ЛФК назначается при уменьшении болевого синдрома, вызванного дорсопатиями. Постепенное увеличение нагрузки должно проводиться под контролем болевых ощущений. При сравнении разных комплексов упражнений ЛФК при дорсопатии, проводимых в лечебных учреждениях города Москвы, не было выявлено преимуществ одних комплексов над другими [5].

Методы ЛФК во время беременности используют в течение длительного времени. Положительное влияние физических упражнений на течение беременности, родов и послеродового периода общепризнано, а гипокинезия, напротив, является существенным фактором риска развития тех или иных патологических состояний и у беременной, и у ребенка. Физические упражнения помогают противодействовать ряду нежелательных осложнений беременности, таких как варикозное расширение вен, плоскостопие, нестабильность мышц брюшного пресса и мышц тазового дна, болевые синдромы в спине и др.).

Общие задачи ЛФК при беременности: улучшение общего обмена веществ; укрепление мышц брюшного пресса, спины, мышц тазового дна, нижних конечностей; снижение болевого синдрома в пояснице; увеличение эластичности мышц промежности, сохранение подвижности тазобедренных и других суставов тела; обучение беременной правильному дыханию и произвольному расслаблению мышц; улучшение работы ССС, легких, кишечника; активизация кровообращения и устранение застойных явлений в малом тазу и нижних конечностях; обеспечение достаточного насыщения кислородом артериальной

крови матери и плода; психомоторная подготовка к родам [2].

В Литве большое внимание уделяется здоровью беременных женщин и на протяжении последних десяти лет ведутся исследования по применению методов ЛФК во время беременности с целью снижения болевого синдрома в спине. Так, например, в исследовании P. Zachovajevas проводилось сравнение эффективности использования ЛФК и бандажей у беременных женщин с дорсопатиями, которое показало большую эффективность в купировании болевого синдрома в течение беременности (8,4%) и после родов (около 42,4%) [17].

В исследовании кафедры акушерства и гинекологии Критского университета сравнивали эффективность применения методов ЛФК, занятий в бассейне, йогой, групповых занятий в фитнес-центрах и дородовых бандажей. Наибольшую эффективность в устранении болевого синдрома показали результаты группы беременных женщин, посещающих ЛФК [10]. Согласно исследованию планируется дальнейшее изучение эффективности методов ЛФК, а также считают целесообразным обучение беременной женщины правильно стоять, ходить и наклоняться, не вызывая дополнительную нагрузку на позвоночник и мышечную усталость.

Многие исследования, проведенные в Европе, доказывают, что есть положительный эффект от лечебной физической культуры при применении ее у беременных женщин с целью снижения болевого синдрома при дорсопатиях.

Материалы и методы

В отечественной литературе мало информации о проводимых исследованиях, направленных на изучение дорсопатий у беременных женщин.

В настоящее время начато исследование по оценке эффективности влияния комплекса медицинской реабилитации на течение и исходы беременностей у женщин с дорсопатиями. Оценка качества жизни беременных с дорсопатиями проводится с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), вербальной оценочной шкалы и опросника EuroQol-5D, опросника МакГилла, вопросника Освестри, а также медико-социальной характеристики беременных женщин с данной патологией.

Планируются четыре группы обследования:

- 1) применение методов мануальной терапии и лечебной физической культуры у беременных женщин с дорсопатиями как комплексный подход к решению данного вопроса (n =40);
- 2) применение методов мануальной терапии у беременных женщин с дорсопатиями в качестве монотерапии дорсопатий (n=40);
- 3) применение лечебной физической культуры у беременных женщин с дорсопатиями в

качестве монотерапии (n=40);

4) обследование беременных женщин с дорсопатиями без применения методов мануальной терапии и лечебной физической культуры (n=40).

За период с октября 2015 г. по июль 2016 г. набраны вторая группа (n=20) и четвертая группа (n=18) беременных женщин с диагнозом «дорсопатии». Возраст беременных составил от 27 до 37 лет, срок гестации — от 22 до 38 недель. У беременных, участвующих в исследовании, остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника выявлен у 55%, идиопатические сколиозы — у 29,25%, межпозвоночные грыжи позвоночника и грыжи Шморля — у 22%, распространенный остеохондроз позвоночника — у 6,25%.

В текущем исследовании применяются следующие методы мануальной терапии: краниосакральный метод, тракционный метод, миофасциальный релиз, постизометрическая релаксация (ПИР), мягкотканые техники. Количество сеансов у них составляет от 1 до 4. Так, на данном этапе исследования с целью купирования болевого синдрома потребовалось для купирования болевого синдрома 1 сеанс МТ в 10% случаев, 2 сеанса МТ в 50%, 3 сеанса МТ в 30% и 4 сеанса МТ у 10% беременных.

Результаты

В ходе текущего исследования получены предварительные результаты, которые позволяют говорить об эффективности применения мануальной терапии у беременных женщин во втором и третьем триместрах с целью не только снижения, но и полного устранения болевого синдрома, вызванного в большинстве случаев дорсопатиями. Во второй группе беременных женщин отмечалось улучшение сразу после проведения первого сеанса мануальной терапии. Это в свою очередь привело к улучшению качества жизни беременных женщин, а также уменьшению количества выдаваемых больничных листов по данному заболеванию. Все дети (у женщин из второй группы) родились с оценкой по шкале Апгар более 7 баллов.

Планируются дальнейшее обследование беременных женщин с дорсопатиями, набор исследуемых групп, а также проведение занятий ЛФК у беременных женщин.

Список литературы

1. Батышева Т.Т. Гирудорефлексопунктура в комплексной терапии болевых синдромов поясничной дорсопатии [Текст] / Т.Т. Батышева, Е.В. Костенко, К.А. Зайцев // Медицинская помощь: научно-практический журнал. – 2007. – № 3. – С. 46–49.
2. Елифанов В.А. Лечебная физическая культура [Текст] / В.А. Елифанов. – М.: ГЭОТАР-МОСКВА, 2014. – С. 477–494.

3. Иваничев Г.А. Мануальная медицина [Текст]/ Г.А. Иваничев. – Казань. Идеал-Пресс, 2008. — 488 с.
4. 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.
5. Сурская Е.В. Современные аспекты лечения дорсопатии / Е.В. Сурская// РМЖ. — 2009. — № 20. — С. 1311
6. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика). / А.И. Федин // Нервные болезни. – 2002. – № 2. – С. 2–8.
7. Airaksinen O. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. / O. Airaksinen, J.I. Brox, C. Cedraschi, J. Hildebrandt – 2004. — P. 197–210.
8. Guthrie R.A. Effect of pressure applied to the upper thoracic (placebo) versus lumbar areas (osteopathic manipulative treatment) for inhibition of lumbar myalgia during labor. / R.A., RH Guthrie Martin. // J Am Osteopath Assoc. – 1982. — Vol. 82, № 4. – P. 247–251.
9. Kalus S.M. Managing back pain in pregnancy using a support garment: a randomised trial / S.M. Kalus, L.H. Kornman, J.A. Quinlivan // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. — Vol. 115. — P. 68–75.
10. Katonis P. Pregnancy-related low back pain. / P. Katonis, A. Kampouroglou, A. Aggelopoulos // Hippokratia. – 2011. — Vol. 15. — № 3. — P. 205.
11. Malmivaara A. Diseases of the low back. / A.Malmivaara, E. Kotilainen., E. Laasonen. // Clinical Practice Guidelines of the Finish Medical Association Duodecim.– 2001.
12. Manniche C. Low-Back Pain: Frequency, Management and Prevention from an HTA perspective. Copenhagen: Danish Institute for Health Technology Assessment. – 1999.
13. 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.
14. 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.
15. Sukker M.Y. Concise Human Physiology./ M.Y. Sukker , H.A. El-Munshid.// NJ: Wiley-Blackwell Science – 2000. — Vol. 304.
16. Van Tulder M.W. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care./ M.W. Van Tulder, A. Becker, T. Bekkering, A.Breen. Eur Spine J – 2006. 15:

s169.

17. Zachovajevas P. Physical therapy and maternity support garment: influence on core stability and low back pain during pregnancy and after delivery. / P. Zachovajevas, B. Zachovajeviene, J. Banionyte et al// sportas Biomedicinos mokslai. – 2012. — Vol. 3, № 86. — P. 99–106.