

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

О. Киргизова, доктор медицинских наук,
Д. Федоров

Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования – филиал
Российской медицинской академии непрерывного
профессионального образования, Иркутск
E-mail: kirgizova.ok@rambler.ru
DOI: 10.29296/25877305-2018-01-15

Представлены результаты лечения вертеброгенных болевых синдромов у беременных женщин методами мануальной терапии и фармакопунктуры биорегуляционных препаратов.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, беременность, болевые синдромы, фармакопунктура, биорегуляционные препараты, мануальная терапия.

Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в сочленениях таза – частая жалоба беременных. Они наблюдаются примерно в 65% случаев [10]. Чаще всего акушеры рассматривают подобные жалобы как осложнение периода гестации и лечат таких женщин в условиях отделений патологии беременных с назначением соответствующей терапии.

При физиологически протекающей беременности в материнском организме наблюдаются существенные анатомические, физиологические и биохимические изменения, способствующие созданию оптимальных условий для роста и развития плода. Прежде всего отмечаются размягчение связок хрящей синовиальных оболочек лонного и крестцово-подвздошных сочленений, некоторое расхождение лонных костей, что приводит к увеличению входа в малый таз и помогает прохождению плода через родовые пути. Во второй половине беременности значительно возрастает нагрузка на позвоночник; осанка беременных меняется – усиливается физиологический поясничный лордоз, следствием чего являются грудной кифоз и шейный лордоз. По мере опускания плода изменяется вектор силы тяжести, последовательно увеличивается нагрузка на позвоночно-двигательные сегменты L_{III-IV} , L_{IV-V} , L_V-S_1 , крестцово-подвздошные суставы и лонное сочленение с перенапряжением их мышечного и связочного аппаратов [3].

По мнению Г.А. Иваничева [6], наиболее значимы функциональные блокады крестцово-подвздошных суставов. По мере увеличения массы плода происходит перестройка баланса мышечных групп; функции ослабленных мышц принимают на себя функционально сохраненные мышцы, но и они быстро истощаются в результате двойной нагрузки. Таким образом, развивается регионарный постуральный (позный) дисбаланс мышц. Результатом перегрузки становится стойкий болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе

позвоночника и внизу живота. Длительный болевой синдром приводит к формированию болезненных мышечных уплотнений разной локализации, которые, в свою очередь, вызывают дистрофические изменения в мышцах [5, 14, 19] и способствуют изменению оптимального двигательного стереотипа на неоптимальный [2]. Изменяется качество жизни беременной, вынужденной находиться в состоянии постоянного физического и эмоционального стресса, что не может не отразиться на течении беременности и родоразрешении [6].

Стандартное в неврологической практике применение нестероидных противовоспалительных препаратов [8, 16] при вертеброгенном болевом синдроме у беременных противопоказано в силу тератогенной угрозы и негативного влияния указанных препаратов на состояние желудочно-кишечного тракта [7, 9]. Таким образом, беременные оказываются без должного эффективного неврологического сопровождения.

В последние годы все больше внимания уделяется применению естественно-биологических методов терапии болей в спине: лечебной физической культуры (ЛФК), мануальной терапии, рефлексотерапии, биорегуляционной терапии и др. Основное их отличие от других методов консервативной терапии – активация саморегулирующих свойств организма, мобилизация защитных сил, устойчивость достигнутых эффектов, отсутствие аллергических и иных побочных реакций [18].

Об эффективности биорегуляционных препаратов при дорсопатиях в литературе имеется достаточно сведений [1, 11, 12, 17, 20, 21]. Такие комплексные препараты, как Дискус композитум, Цель Т, Траумель С, содержат компоненты природного происхождения, микроэлементы, витамины, ко-ферменты в низких концентрациях. Исходя из их состава, основными точками их приложения являются как вертебральные, так и экстравертебральные проявления остеохондроза [18, 20].

Безопасность применения биорегуляционных препаратов, особенно в перинатальной медицине, связана с низкими концентрациями в них минералов, микроэлементов и гормонов, что соответствует их концентрации в организме человека [4]. Поступающие в организм микродозы не вызывают перегрузки организма, а наоборот стимулируют его системы и подключают дополнительные защитные механизмы, обладая высокой терапевтической эффективностью [13, 15].

Методы мануальной терапии («мягкие» мануальные техники, миофасциальный релиз), по мнению ряда авторов [3, 14], позволяют атравматично и безболезненно устранять дисфункцию позвоночных сегментов, улучшать состояние матери и плода и могут использоваться в программах эффективной и безопасной коррекции и профилактики болевого синдрома у беременных.

Авторами изучена эффективность комплексного применения методов мануальной терапии с фармакопунктурой препаратов Траумель С, Цель Т при вертеброгенном болевом синдроме у беременных. Обследованы и пролечены 40 беременных с вертеброгенным болевым синдромом. В возрасте от 20–29 лет было 20 (50,0%) беременных, от 30 до 35 лет – 9 (21,9%), старше 35 лет – 5 (12,5%), первородящих – 19 (47,5%), повторнородящих – 21 (52,5%).

У всех женщин констатирован болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, крестцово-подвздошном и (или) лонном сочленениях. В первой половине беременности (16–20 нед) обратились 8 (20%) женщин,

в 20–30 нед – 19 (47,5%) и позже 30 нед – 13 (32,5%). Боли были обусловлены нижним перекрестным синдромом у 4 (10%), неврологических проявлениями остеохондроза – у 9 (22,5%); в остальных 67,5% случаев боли носили смешанный характер – сочетание миогенного и вертеброгенного механизмов. У 1 (2,5%) пациентки боли были вызваны симфизитом и сакроилеитом.

Женщины были разделены на 2 группы методом рандомизации по 20 человек в каждой. В 1-й группе женщинам предлагали стандартный комплекс упражнений ЛФК. Пациентки 2-й группы получали комбинированное лечение с использованием мягких техник мануальной терапии и фармакопунктуры биорегуляционных препаратов. Мануальная терапия заключалась в использовании нейромышечных техник по методу Р. Greenman (1993), миофасциального релиза, мягкотканых техник мануальной терапии, постизометрической релаксации мышц. Перед сеансом мануальной терапии проводили фармакопунктуру препаратов Траумель С, Цель Т. Инъекции Траумеля С (2,2 мл) осуществляли в паравертебральные, триггерные зоны, в точки, болезненные при нажатии. Цель Т (2,2 мл) вводили в акупунктурные точки Т3, Т4, V31–34, в зоны крестцово-подвздошного и лонного сочленений при их болезненности. Сеансы проводили через день. На курс лечения приходилось от 7 до 12 процедур.

Для оценки динамики болевого синдрома применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) и ряд функциональных тестов: тест «пальцы–пол», исследование биомеханики таза в виде пробы 2 весов для определения мышечно-суставного баланса позвоночника, изучение уровня тревожности по Спилбергеру–Ханину для оценки психосоматической составляющей вертеброгенного болевого синдрома.

Клиническую эффективность лечения определяли по увеличению объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, динамике регресса болевого синдрома.

При поступлении у всех 40 женщин констатировали интенсивный болевой синдром. Интенсивность боли у женщин обеих групп по ВАШ составила $6,8 \pm 0,7$ балла. Нейроортопедическое обследование выявило значительное ограничение объема движений в поясничном отделе позвоночника у всех 40 больных (результат теста «пальцы–пол» – $67,2 \pm 0,6$ см). У всех женщин на момент осмотра выявлялось мышечно-тоническое напряжение в области мышц спины поясничного отдела позвоночника. Уровень тревожности расценивался как высокий ($45,2 \pm 1,2$ балла).

В 1-й группе отмечался медленный регресс болевого синдрома, купирование боли в покое и уменьшение степени нарушения функции позвоночника наблюдались только на 7–8-й день от начала лечения. Интенсивность боли уменьшилась с начальных 7–8 баллов по ВАШ до 3–4 баллов лишь у 5 человек (25%); у остальных 15 (75%) интенсивность боли уменьшилась до 5–6 баллов. Объем движений у пациенток 1-й группы оставался ограниченным (результат теста «пальцы–пол» после лечения – $46–50$ см).

После окончания курса лечения болевой синдром по ВАШ составлял в среднем $5,90 \pm 0,45$ балла, объем движений (тест «пальцы–пол») – $35–40$ см, уровень тревожности оставался высоким.

Во 2-й группе после комплексного лечения боль регрессировала к 3–4-му дню лечения до 3–4 баллов у 11 (55%) женщин, до 1–2 баллов – у 5 (25%), полное купирование болей отметили 4 (20%) женщины. Помимо регресса болевого синдрома, наблюдалось более быстрое восстановление объема движений, чем в 1-й группе.

Во 2-й группе после окончания курса комплексного лечения у 19 (95%) женщин болевой синдром был купирован полностью. По ВАШ он составил в среднем $2,3 \pm 1,2$ балла, объем движений (тест «пальцы–пол») увеличился до $15–22$ см. Уровень тревожности был расценен как низкий – $24,3 \pm 0,7$ балла по шкале Спилбергера–Ханина.

После устранения болей беременных наблюдали от 1–2 раз в неделю до 1 раза в месяц вплоть до госпитализации в роддом с целью профилактики рецидива болей и коррекции функциональных блоков на фоне изменений биомеханики вследствие увеличения массы плода. Лишь в 1 (5%) случае лечение оказалось малоэффективным, так как болевой синдром был осложнен явлениями симфизита и сакроилеита. Эта пациентка постоянно получала поддерживающие сеансы миофасциального релиза в сочетании с фармакопунктурой препаратов Траумель С и Цель Т, что позволило избежать генерализации болевого синдрома и привело к срочным родам естественным путем.

Таким образом, анализ полученных данных дает возможность сделать вывод, что включение в программу восстановительного лечения беременных женщин с вертеброгенным болевым синдромом комплексной методики мануальной терапии с фармакопунктурой препаратов Траумель С и Цель Т обеспечивает нивелирование мышечно-тонических изменений, улучшает показатели мобильности позвоночника, устраняет болевой синдром и функциональные блокады позвоночных двигательных сегментов.

Литература

- Агасаров Л.Г. Фармакопунктура при распространенных патологических состояниях. Клинические рекомендации / М., 2017; 40 с.
- Бойцов И.В. Дорсопатии: этиология, классификация, патогенез (обзор литературы) // Справочник врача общей практики – 2013; 2: 49–7.
- Беляев А.Ф., Ширяева Е.Е. Реабилитация беременных методом мануальной терапии // Мануальная терапия. – 2003; 2: 56–60.
- Крамарский В.А., Таюрская А.С., Дудакова В.Н. и др. Биорегуляционная терапия в профилактике преэклампсии и других осложнений беременности и родов // Лечащий врач. – 2016; 3: 38–44.
- Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / Казань: Медлитература, 2010; с. 198–207.
- Иванчиков Г.А. Мануальная медицина: уч. пособие / М.: МЕДпресс-информ, 2005; с. 132–3.
- Клименко А.А., Шостак Н.А. Дорсалгия – современные подходы к терапии // Consilium Medicum. – 2013; 15 (9): 64–7.
- Котов А.С., Елисеев Ю.В. Современные подходы к лечению болей в спине // РМЖ. – 2014; 10: 736–8.
- Кузнецова О.С., Чернышев А.В. Токсическое действие лекарственных средств в пренатальном периоде (по данным литературы) // Вестн. Тамб. ун-та. Сер. Естеств. и техн. н. – 2014; 19 (3): 1005–8.
- Продан А.И., Беренов К.В., Стауде В.А. и др. Классификация и диагностика пояснично-тазовой боли у беременных женщин // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010; 1: 17–22.
- Клименко В.Г. Основные положения патогенетического биорегуляционного подхода в общей терапевтической практике // Биол. терапия. – 2013; 1: 8–11.
- Комлева Н.Е., Любимова И.В. Опыт применения гомеосиниатрии при болевых синдромах в области спины // Биопунктура и гомеотоксикология. – 2013; с. 7–9.
- Крамарский В.А., Сверкунова Н.Л., Трусов Ю.В. Траумель С в оптимизации заживления раны в области разреза матки после кесарева сечения, произведенного в плановом порядке // Биол. медицина. – 2017; 1: 41–3.
- Ласовецкая Л.А., Коваленко В.С. Остеопатическое сопровождение беременных // Мануальная терапия. – 2003; 2: 35–8.
- Линева О.И. Возможности биорегуляционной терапии в гинекологической практике (обзор литературы) // Гинекология. – 2016; 6: 36–42.

16. Осипова Н.А. Современные тенденции в науке и практике лечения боли // Анестезиол. и реаниматол. – 2014; 2: 26–32.

17. Путилина Н.Е. Фармакопунктура как метод оптимального применения комплексного гомеопатического препарата дискускомпозиум в восстановительной коррекции нейровертеброгенных синдромов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001; 20 с.

18. Ролик И.С. Комплексное применение средств физической реабилитации в восстановительном лечении остеохондроза позвоночника. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997; 42 с.

19. Сафонова Г.Д., Бердюгин К.А., Кудрявцева И.П. Аспекты формирования вертеброгенного болевого синдрома при остеохондрозе // Фундам. исслед. – 2014; 10 (1): 193–7.

20. Шамугия Б.К., Тимошков М.В. Биорегуляционный подход к лечению боли // Therapia. – 2013; 2 (77): 75–8.

21. Фищенко Я.В. Дискус композиум и Цель Т в лечении поясничного спондилоартроза // Биол. терапия. – 2012; 3–4: 24–6.

EXPERIENCE IN TREATING VERTEBROGENIC PAIN SYNDROME IN PREGNANT WOMEN

O. Kirgizova, MD; D. Fedorov

*Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Branch, Russian
Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk*

*The paper gives the results of treatment using the methods of manual therapy
and pharmacopuncture with bioregulatory drugs in pregnant women with
vertebrogenic pain syndromes.*

Key words: obstetrics and gynecology, pregnancy, pain syndromes,
pharmacopuncture, bioregulatory drugs, manual therapy.