Обоснование клинической эффективности osteopathic воздействия при лечении пациенток с первичной альгоменореей

М. Н. Урвант¹, врач акушер-гинеколог

Д. С. Лебедев^{2,3}, врач-osteopat, ассистент

¹ Клиника «Открытая медицина». 445056, Тольятти, ул. 40 лет Победы, д. 51А

² Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9

³ Институт остеопатии. 191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1А

Введение. Менструальными болями (альгоменореей) страдают 30–92 % женщин репродуктивного возраста. Эффективность медикаментозного лечения данного страдания не превышает 50–70 %, носит временный характер и сопровождается высокой частотой развития нежелательных побочных эффектов. В основе патогенеза альгоменореи лежит дисфункция вегетативной нервной системы, развившаяся в результате хронического воздействия психогенного фактора, и снижение адаптационных механизмов на уровне таламуса и гипоталамуса, ведущее к возбуждению ноцицептивной системы. В настоящее время имеются научные исследования, свидетельствующие об эффективности остеопатической коррекции вегетативной дисфункции, устранение которой может снизить интенсивность менструальных болей.

Цель исследования — обоснование эффективности остеопатического воздействия при лечении пациенток с первичной альгоменореей.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 женщин 15–29 лет, обратившихся в гинекологический кабинет с диагнозом первичной альгоменореи и сроком заболевания 3–16 лет, которые случайным образом были распределены на две группы — опытную и контрольную, по 15 человек в каждой. Пациентки опытной группы получали остеопатическое воздействие, контрольной — только медикаментозную терапию. До и после лечения у всех пациенток определяли остеопатический статус, проводили оценку интенсивности боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), направленности вегетативной дисфункции с использованием индекса Кердо и выраженности вегетативной дисфункции по опроснику Вейна.

Результаты. Специфическими региональными соматическими дисфункциями оказались биомеханическое нарушение твердой мозговой оболочки (соматическая составляющая) — у 93 % пациенток и биомеханическое нарушение грудного региона (висцеральная составляющая) — у 70 %. Остальные региональные соматические дисфункции встречались менее чем у 50 % пациенток. Специфическими локальными соматическими дисфункциями у пациенток с альгоменореей оказались дисфункции матки (у 73 %) и средостения (у 70 %). В результате остеопатического воздействия в опытной группе снизилось число соматических региональных и локальных соматических дисфункций, произошло снижение выраженности вегетативной дисфункции, интенсивности болевого синдрома.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать остеопатическое воздействие при лечении пациенток с первичной альгоменореей.

Ключевые слова: женщины, первичная альгоменорея, соматические дисфункции, остеопатическая коррекция

Clinical efficacy feasibility of osteopathic correction for patients with primary algomenorrhea

M. N. Urvant¹, obstetrician-gynecologist

D. S. Lebedev^{2,3}, osteopathic physician, assistant

¹ «Accessible medicine» Clinic. 51A, ul. 40 let Pobedy, Togliatti 445056² Saint Petersburg State University. 7–9, nab. Universitetskaya, St. Petersburg 199034³ Institute of Osteopathy. 1A, ul. Degtyarnaya, St. Petersburg 191024

Introduction. From 30 to 92 % of reproductive age women suffer from menstrual pain (algomenorrhea). The effectiveness of drug treatment of this suffering does not exceed 50–70 %. Moreover, it is temporary and accompanied by a high incidence of side effects. Dysfunction of the autonomic nervous system is the basis of the algomenorrhea pathogenesis; it is resulting from chronic exposure to psychogenic factor and adaptive mechanisms decrease in thalamus and hypothalamus which is leading to the nociceptive system excitation. Currently, there are scientific studies showing the effectiveness of osteopathic correction of autonomic dysfunction that can eliminate menstrual pain.

Goal of research – to justify the osteopathic treatment effectiveness for patients with primary algomenorrhea.

Materials and methods. The study included 30 women aged from 15 to 29 years who applied to the gynecological office, diagnosed with primary algomenorrhea and a disease period of 3 to 16 years. They were randomly divided into 2 groups: experimental and control, of 15 people each. The patients of experimental group received osteopathic treatment, the patients of control group received drug therapy only. Osteopathic status was determined in all patients before and after treatment. Pain intensity was assessed by using a visual analogue scale (VAS), the direction of autonomic dysfunction – by using the Kerdo index and the severity of autonomic dysfunction – according to the Wayne questionnaire.

Results. Dura mater RBN S (93 % of patients) and RBN in the visceral chest region (70 %) were specific regional somatic dysfunctions. The remaining regional somatic dysfunctions were common less than in 50 % of patients. Specific local somatic dysfunctions (LD) in patients with algomenorrhea were uterus LD (73 %) and mediastinum LD (70 %). Due to osteopathic treatment, the number of regional and local somatic dysfunctions was decreased in the experimental group. Autonomic dysfunction severity and pain syndrome intensity were decreased as well.

Conclusion. The results of the study allow us to recommend osteopathic treatment for patients with primary algomenorrhea.

Key words: *women, primary algomenorrhea, somatic dysfunctions, osteopathic correction*

Введение

От 30 до 92 % женщин репродуктивного возраста страдают менструальными болями (альгоменореей) [1]. Альгоменорея значительно снижает качество жизни, ведет к снижению работоспособности, нарушению социальной адаптации [2]. Эффективность медикаментозного лечения не превышает 50–70 %, носит временный характер и сопровождается высокой частотой развития нежелательных побочных эффектов [3], в результате чего часто происходит отказ пациенток от данного лечения. Все это обуславливает необходимость изыскания новых эффективных, безопасных и экономически приемлемых методов лечения данной патологии. Известно, что в основе патогенеза альгоменореи лежит дисфункция вегетативной нервной системы [4], развившаяся в результате хронического воздействия психогенного фактора [2, 4, 5], и снижение адаптационных механизмов на уровне таламуса и гипоталамуса, ведущее к возбуждению ноцицептивной системы [4, 6]. В научной литературе имеются указания на эффективность остеопатической коррекции вегетативной дисфункции [2, 7].

Цель исследования – обоснование эффективности остеопатического воздействия у пациенток с первичной альгоменореей.

Материалы и методы

Исследование проводили с марта 2017 г. по май 2018 г., в него были включены 30 женщин 15–29 лет (средний возраст – $23,8 \pm 1,07$ года), обратившихся в гинекологический кабинет с диагнозом первичной альгоменореи и сроком заболевания 3–16 лет (в среднем $10,40 \pm 0,94$ года).

Критерии исключения: пациентки с вторичной альгоменореей, пациентки с первичной альгоменореей и сопутствующими острыми или хроническими экстрагенитальными заболеваниями в стадии обострения, острыми или хроническими воспалительными процессами в стадии обострения, с урогенитальными инфекциями, с новообразованиями.

Все пациентки прошли клиническое и остеопатическое обследования, после чего случайным образом были распределены на две группы — опытную и контрольную, по 15 человек в каждой. Клиническое обследование включало оценку интенсивности боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), оценку направленности вегетативной дисфункции с использованием индекса Кердо и оценку выраженности вегетативной дисфункции по опроснику Вейна. Остеопатическое обследование каждой пациентки проводили в полном объеме с использованием 18 диагностических шагов.

Пациентки опытной группы получали только остеопатическое воздействие еженедельно в течение 4 нед, затем 1 раз в месяц в течение 3 мес. Пациентки контрольной группы получали только медикаментозную терапию комбинированными оральными контрацептивами и нестероидными противовоспалительными средствами в дни менструации.

Через месяц после окончания остеопатической коррекции пациентки обеих групп вновь прошли клиническое и остеопатическое обследования, затем был проведен сравнительный анализ полученных результатов. Для сравнительного анализа выявленных клинических показателей и соматических дисфункций (СД) использовали статистический метод: оценки различия средних величин в несвязанных группах — *t*-критерий Стьюдента, для оценки различий в связанных группах — парный *t*-критерий Стьюдента (использовали программу Excel). Оценка эффективности остеопатического воздействия произведена на основании динамики результатов выбранных методов обследования.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.) и одобрено этическим комитетом ЧОУ ДПО «Институт остеопатии». От каждого участника исследования получено информированное согласие.

Результаты и обсуждение

Выявленные при остеопатическом обследовании общие закономерности наличия СД позволили сформировать общий алгоритм остеопатического воздействия, который включал коррекцию региональных СД грудного региона (висцеральная составляющая), тазового региона (висцеральная и соматическая составляющая), региона шеи (висцеральная составляющая), коррекцию локальных СД матки, средостения, гортанно-глоточного комплекса, локальных СД региона головы, уравнивание тазовой, грудобрюшной диафрагм, верхней грудной апертуры и палатки мозжечка, уравнивание краниосакральной системы.

Анализ результатов остеопатического обследования выявил региональные и локальные СД у 100 % пациенток с альгоменореей.

Специфическими региональными СД оказались биомеханическое нарушение твердой мозговой оболочки (соматическая составляющая), БНТМОС — у 93 % пациенток и биомеханическое нарушение грудного региона (висцеральная составляющая), БНГВ — у 70 %. Остальные региональные СД встречались менее чем у 50 % пациенток. В структуре региональных СД преобладали БНТМО — у 37 %, БНГВ — у 28 %, БН тазового региона (висцеральная составляющая), БНТВ — у 12 %, БН тазового региона (соматическая составляющая), БНТС — у 8 % (рис. 1).

Специфическими локальными СД у пациенток с альгоменореей оказались дисфункции матки (у 73 %) и средостения (у 70 %). В структуре локальных СД дисфункции матки составили 25 %, средостения — 24 %, головы — 12 %, гортанно-глоточного комплекса — 7 % (рис. 2). Глобальные СД не являются специфическими для пациенток с альгоменореей.

Клиническое обследование позволило установить, что все пациентки имели нарушение работы вегетативной нервной системы, выражающееся в положительном индексе Кердо, что свиде-

тельствовало о наличии симпатикотонии. Степень вегетативной дисфункции, согласно опроснику Вейна, у 67 % пациенток была выраженной, у 33 % — невыраженной.

Интенсивность боли, измеренная по ВАШ, была высокой у 37 % пациенток, умеренной — у 47 % и слабой — у 16 %. Различий между пациентками опытной и контрольной групп в числе СД, в выраженности вегетативных нарушений и интенсивности боли установлено не было.

Остеопатическое воздействие в опытной группе проводили индивидуально. Изменение остеопатического статуса у пациенток опытной группы в динамике представлено в табл. 1. Как видно из данных табл. 1, в результате остеопатического воздействия у каждой пациентки опытной группы среднее значение всех СД снизилось более чем в 2 раза — с $7,64 \pm 0,5$ до $2,8 \pm 0,3$ (различия статистически значимы при $p < 0,05$). Среднее значение региональных СД уменьшилось в 3 раза — с $4,0 \pm 0,3$ до $1,13 \pm 0,2$ (различия статистически значимы, $p < 0,05$). В 2 раза уменьшилось и среднее значение локальных СД — с $3,3 \pm 0,3$ до $1,5 \pm 0,43,3$ (различия статистически значимы, $p < 0,05$).

Рис. 1. Структура региональных соматических дисфункций у пациенток с альгоменореей

Рис. 2. Структура локальных соматических дисфункций (ЛСД) у пациенток с альгоменореей

Таблица 1

**Среднее число соматических дисфункций у пациенток опытной группы
до и после коррекции, $M \pm m$**

Соматические дисфункции	До лечения	После лечения	Парный t-критерий Стьюдента
Все	7,64±0,5	2,8±0,3	8,72
Глобальные	0,4±1,2	0,13±0,09	1,74
Региональные	4±0,3	1,13±0,2	7,61
Локальные	3,3±0,3	1,5±0,4	6,44

В результате остеопатической коррекции произошло снижение выраженности вегетативной дисфункции в 1,5 раза — с 30,9±2,7 до 18,3±1,3 балла (различия статистически значимы, $p < 0,05$), при этом у 33% пациенток произошла нормализация работы вегетативной нервной системы (индекс Кердо = 0), у остальных снизилась выраженность симпатикотонии. Интенсивность болевого синдрома уменьшилась более чем в 2 раза — с 5,73±0,6 до 2,47±0,5 балла (различия статистически значимы, $p < 0,05$).

До лечения все пациентки отмечали боль: выраженную боль имели 33%, после лечения выраженная боль не определялась ни у одной пациентки, умеренная боль до лечения была у 47%, после лечения — у 20%, слабой боли до лечения не было ни у одной пациентки, в результате остеопатического воздействия слабая боль определялась у 27% пациенток. Увеличение числа пациенток со слабой болью произошло за счет снижения интенсивности выраженной и умеренной боли (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели выраженности вегетативной дисфункции и интенсивности боли
у пациенток опытной группы до и после коррекции, $M \pm m$ (баллы)**

Параметр	До лечения	После лечения	Парный t-критерий Стьюдента
Выраженность вегетативной дисфункции	30,9±2,7	18,3±1,3	4,89
Интенсивность боли	5,73±0,6	2,47±0,5	4,92

Медикаментозное лечение, проводимое пациенткам контрольной группы, не повлияло значимо на общее число выявленных СД (табл. 3).

Таблица 3

**Среднее число соматических дисфункций у пациенток контрольной группы
до и после лечения, $M \pm m$**

Соматические дисфункции	До лечения	После лечения	Парный t-критерий Стьюдента
Все	7,73±0,6	7,93±0,6	-0,72
Глобальные	0,47±0,2	0,53±0,2	-0,56
Региональные	3,8±0,2	3,73±0,2	0,43
Локальные	3,6±0,3	3,67±0,3	-0,37

У пациенток контрольной группы практически не изменилась выраженность (различия статистически незначимы, $p>0,05$) и направленность вегетативной дисфункции — у 100 % индекс Кердо остался положительным. При этом необходимо отметить, что интенсивность боли снизилась в 3 раза — с $5,47\pm 0,7$ до $1,6\pm 0,4$ балла (различия статистически значимы, $p<0,05$), табл. 4.

Таблица 4

Показатели выраженности вегетативной дисфункции и интенсивности боли у пациенток контрольной группы до и после лечения, $M\pm m$ (баллы)

Параметр	До лечения	После лечения	Парный t -критерий Стьюдента
Выраженность вегетативной дисфункции	$30,6\pm 2,4$	$28,07\pm 2,0$	0,02
Интенсивность боли	$5,47\pm 0,7$	$1,6\pm 0,4$	6,05

Сравнение остеопатического статуса у пациенток с альгоменореей обеих групп после лечения представлено в табл. 5.

Проведенный анализ выявил статистически значимые различия между результатами лечения в опытной и контрольной группах по снижению числа СД как на региональном, так и на локальном уровне (различия статистически значимы, $p<0,05$).

Таблица 5

Сравнение остеопатического статуса у пациенток опытной и контрольной групп после лечения, $M\pm m$

Соматические дисфункции	Опытная группа, $n=15$	Контрольная группа, $n=15$	Парный t -критерий Стьюдента
Общее число	$2,8\pm 0,3$	$7,93\pm 0,6$	5,81
Глобальные	$0,13\pm 0,09$	$0,53\pm 0,2$	0,74
Региональные	$1,13\pm 0,2$	$3,73\pm 0,2$	4,11
Локальные	$1,5\pm 0,4$	$3,67\pm 0,3$	2,59

Выраженность вегетативных дисфункций у пациенток, получавших остеопатическое воздействие, оказалась в 1,5 раза ниже, чем у тех, кто получал медикаментозное лечение (различия статистически значимы, $p<0,05$). Проведенный анализ свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий между показателями интенсивности боли в опытной и контрольной группах в результате лечения, что свидетельствует о сходной эффективности остеопатической коррекции и медикаментозной терапии (различия статистически незначимы, $p>0,05$), табл. 6.

Таблица 6

Сравнение выраженности вегетативной дисфункции и интенсивности боли у пациенток опытной и контрольной групп после лечения, $M\pm m$ (баллы)

Параметр	Опытная группа, $n=15$	Контрольная группа, $n=15$	Парный t -критерий Стьюдента
Выраженность вегетативной дисфункции по Вейну	$18,3\pm 1,3$	$28,07\pm 2,0$	5,38
Интенсивность боли	$2,47\pm 0,5$	$1,6\pm 0,4$	0,92

Заключение

В результате остеопатического обследования выявлено, что специфическими соматическими дисфункциями для пациенток с альгоменореей являются региональные соматические дисфункции твердой мозговой оболочки и грудного региона (висцеральная составляющая), а также локальные соматические дисфункции матки и средостения. Остеопатическое воздействие является эффективным в терапии основных проявлений альгоменореи, таких как вегетативные дисфункции и боль, при этом эффективность терапии боли сопоставима с медикаментозным лечением. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать остеопатическое воздействие для терапии пациенток с первичной альгоменореей.

Исследование не финансировалось каким-либо источником, конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Потехина Ю.П., Филатов Д.С. Роль лимбической системы в генезе психовисцеросоматических расстройств. Российский остеопатический журнал 2017; 1–2 (36–37): 78–87. Potekhina Yu. P., Filatov D. S. The role of the limbic system in the genesis of psychoviscerosomatic disorders. *Russian osteopathic journal* 2017; 1–2 (36–37): 78–87.
2. Лебедев В.А., Буданов П.В., Пашков В.М. Современные подходы к лечению первичной дисменореи. Трудный пациент 2008; 1 (6): 30–37. Lebedev V. A., Budanov P. V., Pashkov V. M. Modern approaches to the treatment of primary dysmenorrhea. *Difficult Patient* 2008; 1 (6): 30–37.
3. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. М.: Литтерра; 2009; 384 с. Uvarova E. V. *Detskaya i podrostkovaya ginekologiya* [Pediatric and adolescent gynecology]. M.: Litterra; 2009; 384 p.
4. Потехина Ю.П. Патогенез соматических дисфункций (локальный и региональный уровни). Российский остеопатический журнал 2016; 3–4 (34–35): 91–104. Potekhina Yu. P. Pathogenesis of somatic dysfunctions (local and regional levels). *Russian osteopathic journal* 2016; 3–4 (34–35): 91–104.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.: МИА; 2006; 632 с. Smetnik V. P., Tumilovich L. G. *Neoperativnaya ginekologiya* [Inoperative gynecology]. M.: MIA; 2006; 632 p.
6. Burkhardt B. E., Fischer P. R., Brands C. K., Porter C. B., Weaver A. L., Yim P. J., Pianosi P. T. Exercise performance in adolescents with autonomic dysfunction. *J. Pediatric* 2011; 158 (1): 15–19. <http://doi: 10.1016/j.jpeds.2010.07.020>.
7. Кологривов К.А. Роль сосудистого фактора в патогенезе первичной дисменореи: Диссертация. Томск: СибГМУ; 2004. Kologrivov K. A. *The role of the vascular factor in the pathogenesis of primary dysmenorrhea*: Dissertation. Tomsk: SibMed; 2004.

Поступила в редакцию 19.08.2018

После доработки 10.12.2018

Принята к публикации 11.12.2018

Контактная информация:

Марина Николаевна Урвант

e-mail: urvant.marina@yandex.ru

Для цитирования: Урвант М.Н., Лебедев Д.С. Обоснование клинической эффективности остеопатического воздействия у пациенток с первичной альгоменореей. *Российский остеопатический журнал* 2018; 3–4 (42–43): 64–70.

For citation: Urvant M. N., Lebedev D. S. Clinical efficacy feasibility of osteopathic correction for patients with primary algomenorrhea. *Russian osteopathic journal* 2018; 3–4 (42–43): 64–70.

<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2018-3-4-64-70>