

Клиническая оценка влияния osteopathic сопровождения беременных на процесс родоразрешения

И. Р. Гайнуллин, Т. М. Яруллин, Б. Р. Лысенко, Р. Г. Лысенко, Г. Р. Назипова

Клиника остеопатической медицины «КЛИОМЕД», 420124, Казань,
ул. Муланура Вахитова, д. 6, тел.: 8 843 258-46-40, email: info@kliomed.ru

Реферат

Введение. Часто возникающие в родах осложнения, требующие хирургических вмешательств, травматизм рожениц и новорожденных требуют всестороннего подхода к профилактике таких нежелательных явлений. При этом одним из методов, способных улучшить состояние готовности родовых путей и организма женщины в целом, является остеопатическая коррекция.

Цель. Оценка влияния остеопатического сопровождения беременных на процесс родоразрешения.

Методы. В исследование были включены 103 беременных на сроке более 13 нед без тяжелой экстрагенитальной патологии и отягощенного акушерского анамнеза. С использованием методов рандомизации все женщины были разделены на две группы: основная ($n=53$) — женщины, которые проходили остеопатическую коррекцию; контрольная ($n=50$) — женщины, которым не проводили остеопатическую коррекцию. Оценивали распределение рожениц по способу родов, частоте осложнений в родах и их длительности.

Результаты. Установлено, что у рожениц, прошедших до родов остеопатическую коррекцию выявленных соматических дисфункций, по сравнению с контрольной группой отмечено статистически значимое снижение числа родоразрешений путем кесарева сечения ($p<0,05$), снижение частоты травм промежности ($p<0,05$) и более высокая частота родов с нормальной продолжительностью ($p<0,05$).

Заключение. Остеопатическая коррекция соматических дисфункций может быть рекомендована в качестве профилактики осложнений родовой деятельности.

Ключевые слова: остеопатия, подготовка к родам, акушерская травма, осложнения родов, акушерские операции

Clinical Evaluation of the Influence of Osteopathic Prenatal Care on the Birth Process

I. Gainullin, T. Iarullin, B. Lysenko, R. Lysenko, G. Nazipova

Clinic of osteopathic medicine «CLIOMED», 6, Mullanura Vakhitova street,
Kazan, 420124, phone: +7 843 258-46-40, email: info@kliomed.ru

Abstract

Introduction. In recent years there has been an increase in the frequency of obstetric operations and surgical deliveries. A high percentage of obstetric complications in labor has been recorded. These complications often require surgical interventions. Traumatism of parturient women and newborns require a comprehensive approach in order to prevent this undesirable phenomena. In this case, one of the methods that can improve the state of the birth canal and of the woman's body as a whole is osteopathic correction.

Objective. To evaluate the influence of osteopathic prenatal care on the birth process.

Methods. 103 pregnant women who had more than 13 weeks of pregnancy, took part in the study. They had no severe extragenital pathologies and no aggravated obstetric anamnesis. All the women were divided into two

groups by randomization method. The main group ($n=53$) included women who received osteopathic treatment during the preparation for childbirth. In the control group ($n=50$), no osteopathic treatment was performed. The parturient women were assessed according to the way of labor, the frequency of complications and the duration of labor.

Results. It has been discovered that the parturient women who received osteopathic treatment of the somatic dysfunctions presented a statistically significant decrease in the number of deliveries by cesarean section ($p<0,05$), a decrease in the frequency of perineal injuries ($p<0,05$) and a higher incidence of labor with a normal duration ($p<0,05$) in comparison with the control group.

Conclusion. Osteopathic correction of somatic dysfunctions can be recommended to pregnant women in order to prevent labor complications.

Keywords: *osteopathy, preparation for childbirth, obstetric trauma, complications of labor, obstetrical operations*

Введение

Сохранение здоровья матери и новорожденного является важной медицинской и социальной проблемой. Период родов определяет в будущем здоровье ребенка, его умственное и психическое развитие и склонность к тем или иным хроническим заболеваниям. Врожденная патология занимает ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных и инвалидизации детей [4]. Родовой травматизм матери в случае разрывов промежности тяжелой степени, повреждений лонного симфиза также приводит к снижению качества жизни женщин, вплоть до инвалидности [1, 2].

Применяемые в родильных домах методы стимуляции родов, акушерские операции и иные процедуры имеют строгие показания к применению и выполняются в случае риска для жизни матери и плода. Профессор В. Е. Радзинский даже ввел специальный термин «акушерская агрессия» для обозначения ятрогенных, научно необоснованных действий, направленных, якобы, на пользу матери и плоду, а в результате приносящих им вред [7]. Современные научные публикации свидетельствуют, что медицинские действия, не соответствующие стандартам, регистрируются приблизительно в 80 % случаев материнской смертности [7]. При этом подобные вмешательства при родоразрешении часто влекут за собой негативные последствия для здоровья роженицы и новорожденного [3, 11]. В последние годы отмечен рост числа случаев акушерских операций и оперативных родоразрешений, фиксируется высокая доля акушерских осложнений в родах. Частота оперативных родоразрешений, по данным официальной статистики Казани, выросла с 23,6 % в 2010 г. до 30,1 % в 2014 г. [9]. Вместе с частотой применения акушерских операций растет и частота использования спинальной и эпидуральной анестезии, которые также имеют ряд негативных последствий для здоровья матери и ребенка [8].

Очевидна необходимость профилактики нарушений процессов родоразрешения, вызывающих применение активных и агрессивных вмешательств во время беременности и в процессе родов, а также различных акушерских осложнений, которые могут приводить к врожденной патологии и даже смерти новорожденного и/или матери. При этом одним из методов, способных улучшить состояние готовности родовых путей и организма женщины к родам в целом, является остеопатическая коррекция имеющихся у женщины соматических дисфункций, поскольку в норме состояние беременности должно быть состоянием благополучия как в физическом, так и в эмоциональном плане [5, 6, 10].

Цель

Оценка влияния остеопатического сопровождения беременных на процесс родоразрешения.

Материалы и методы

В исследование были включены 103 беременных на сроке более 13 нед без тяжелой экстрагенитальной патологии и отягощенного акушерского анамнеза. Все женщины были случайным образом разделены на две равнозначные по возрасту, паритету и числу беременности группы:

основную ($n=53$) и контрольную ($n=50$); средний возраст в группах — $29,2\pm 0,5$ и $29\pm 0,48$ года, соответственно ($p\geq 0,05$). Первобеременных в основной группе — 30 %, в контрольной — 32 %; первородящих в основной группе — 61 %, в контрольной — 72 % ($p\geq 0,05$).

Для подготовки к родам беременным основной группы проводили остеопатическую коррекцию установленных соматических дисфункций. В контрольной группе остеопатическую коррекцию не проводили. Остеопатическое обследование беременных обеих групп происходило в соответствии со стандартным протоколом, но исключало исследование лежа на животе. Также исключались или заменялись некоторые активные глобальные тесты при исследовании на поздних сроках беременности. Каждой пациентке основной группы было проведено 1–3 сеанса остеопатической коррекции в зависимости от срока беременности на момент обращения, наличия и характера жалоб. В ходе остеопатической коррекции применялись следующие техники:

- коррекция доминирующих соматических дисфункций;
- устранение соматических дисфункций региона таза;
- восстановление подвижности крестца в крестцово-подвздошных суставах и относительно поясничного отдела позвоночника (L_v-S_l);
- устранение выявленных соматических дисфункций позвонков;
- уравнивание краниосакральной системы;
- устранение соматических дисфункций диафрагмы таза, грудобрюшной диафрагмы и верхней грудной апертуры;
- остеопатическая коррекция соматических дисфункций внутренних органов, включая фасциальное уравнивание матки;
- лимфодренажные техники.

Для оценки характеристик родоразрешения в группах при исследовании медицинской документации (истории родов) были отслежены определенные параметры родов, такие как:

- способ родоразрешения, частота родов естественным путем, путем операции кесарева сечения или вакуум-экстракции;
- частота акушерских операций — кесарева сечения, амниотомии, эпизиотомии, вакуум-экстракции;
- частота акушерских осложнений в родах — аномалии родовой деятельности, травмы родовых путей;
- продолжительность родов.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакетов прикладных программ Statistica 6,0 for Windows и Microsoft Office Excel 2007 и критерия χ^2 . За достоверные принимали различия на уровне значимости 95 % при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

У беременных основной и контрольной групп на региональном уровне чаще всего выявляли соматические дисфункции таза (17 и 20 %, соответственно), на локальном уровне — крестца (22 и 20 %), подвздошных костей (9,4 и 8 %). Остальные соматические дисфункции встречались в единичных случаях. Какой-либо специфики соматических дисфункций, характерных для беременности поздних сроков, нами установлено не было (табл. 1).

Распределение беременных по способу родоразрешения представлено в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что доля естественных родов в основной группе — 81,1 %, в контрольной — 56 %, — это в 1,5 раза ниже, чем в основной группе. Доля рожениц, разрешившихся с помощью кесарева сечения в плановом порядке, в 1,8 раза больше в контрольной группе, чем в основной. Доли экстренных операций кесарева сечения и вакуум-экстракции в группах практически одинаковы — 5,7 и 5 %, соответственно. Установленные различия статистически значимы с высокой степенью достоверности ($p=0,01$, $\chi^2=12,07$, $d.f=4$).

Таблица 1

Соматические дисфункции, выявленные у беременных

Соматическая дисфункция	Основная группа, n=53		Контрольная группа, n=50	
	абс. число	%	абс. число	%
<i>Региональное биохимическое нарушение</i>				
тазовой области	9	17	10	20
твёрдой мозговой оболочки	5	9,4	5	10
тазовой области (висцеральный)	2	3,8	1	2
области головы	1	1,9	0	0
области шеи	1	1,9	1	2
<i>Соматическая дисфункция</i>				
крестца	12	22,6	10	20
позвонков	9	17	8	16
лонного симфиза	4	7,5	5	10
подвздошной кости	5	9,4	4	8
грудобрюшной диафрагмы	2	3,8	3	6
копчика	1	1,9	1	2
костей/швов черепа	1	1,9	1	2
подтаранного сустава	1	1,9	1	2

Таблица 2

Распределение беременных обеих групп по способу родоразрешения

Группа	Способ родоразрешения					
	естественные роды		плановое кесарево сечение		экстренное кесарево сечение и вакуум-экстракция	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Основная	43	81,1	7	13,2	3	5,7
Контрольная	28	56	12	24	10	5

Таблица 3

Распределение рожениц по характеру течения родов

Группа	Характер течения родов					
	аномальный		травмы		без осложнений	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Основная, n=44	7	15,9	7	15,9	30	68,2
Контрольная, n=28	7	25	11	39,3	10	35,7

Таблица 4

Распределение рожениц по длительности родов

Группа	Продолжительность родов					
	нормальные		стремительные		затяжные	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Основная, n=44	30	68,2	6	13,6	8	18,2
Контрольная, n=28	12	42,9	6	21,4	10	35,7

Частоту акушерских осложнений в родах оценивали по отношению к совокупности родов, произошедших естественным путем. Распределение рожениц по характеру акушерских осложнений представлено в табл. 3.

Из данных табл. 3 видно, что в основной группе большая доля рожениц (68,2 %) не имела осложнений в родах. Остальные роженицы (15,9 %) имели различные осложнения (слабость, дискоординация) и травмы I и II степени (15,9 %). В контрольной группе распределение рожениц по течению родов было иным. Так, у наибольшей доли рожениц (39,3 %) были зафиксированы травмы, 25 % имели аномалии родовой деятельности, и только у 35,7 % роды прошли без осложнений. Установленные различия статистически значимы с высокой степенью достоверности ($p=0,02$, $\chi^2=11,53$, $d.f=4$).

Распределение рожениц по продолжительности родов не выявило различий, однако доля нормальных родов у женщин, прошедших остеопатическую коррекцию, была статистически значимо выше, чем в контрольной группе (68,2 и 42,9 %, соответственно), $F=0,04$, $p \leq 0,05$.

Выводы

Чаще всего у беременных встречаются соматические дисфункции крестца, позвонков (преимущественно переходных зон позвоночника), подвздошных и лонных костей, области твердой мозговой оболочки.

В результате исследования было установлено статистически достоверное снижение доли операций кесарева сечения и меньшая частота травм в группе рожениц, прошедших остеопатическую коррекцию во время беременности ($p < 0,05$). Также в этой группе была выявлена более высокая частота родов с нормальной продолжительностью и завершившихся без оперативных вмешательств.

Полученные результаты позволяют предполагать, что остеопатическое сопровождение беременных положительно влияет на процесс родоразрешения. Предлагаем введение остеопатического приема в алгоритм ведения беременных.

Литература

1. Айламазян Э. К. Акушерство: Учеб. СПб.: СпецЛит, 2003.
[Ajlamazjan Je. K. Obstetrics: Textbook. St. Petersburg: SpetsLit, 2003.] (rus.)
2. Акушерство: Национальное рук. / Под ред. Э. К. Айламазяна и др. М.: ГЭОТАР-Мед, 2011.
[Obstetrics: National leadership / Ed. Je. K. Ajlamazjan et al. M.: GEOTAR-Med, 2011.] (rus.)
3. Вафин А. Ю., Шерпутовский В. Г., Шишмарёва Е. И., Молокович Н. И. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2010–2014 гг.): Учеб.-метод. пособие. Казань, 2014.
[Vafin A. Ju., Sherputovskij V. G., Shishmarjova E. I., Molokovich N. I. Statistics on the health of population and health (on materials of the Republic of Tatarstan for 2010–2014 years): Training methodical manual. Kazan, 2014.] (rus.)
4. Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. М.: ГЭОТАР-медиа, 2009.
[Kravchenko E. N. Birth trauma: obstetric and perinatal aspects. M.: GEOTAR-media, 2009.] (rus.)
5. Мозговая Е. В., Виноградова О. А., Патрухина Н. А. и др. Возможности остеопатии в комплексной подготовке к родам // Рос. остеопат. журн. 2014. № 1–2. С. 15–20.
[Mozgovaya E., Vinogradova O., Patrukhina N. et al. Possibilities of osteopathy integrated preparation for childbirth // Rus. osteopath. journ. 2014. № 1–2. P. 15–20.] (rus.)

6. Новосельцев С. В. Клиническая остеопатия. Висцеральные техники. СПб.: Фолиант, 2013.
[Novosel'cev S. V. Clinical osteopathy. Visceral techniques. St. Petersburg: Foliant, 2013.] (rus.)
7. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации / Под ред. Д. Е. Мохова и др. СПб.: Невский ракурс, 2015.
[Osteopathic diagnosis of somatic dysfunction: Clinical guidelines / Ed. D. E. Mokhov et al. St. Petersburg: Nevskij rakurs, 2015.] (rus.)
8. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. М.: Статус презенс, 2011.
[Radzinskij V. E. Obstetric aggression. M.: Status Praesans, 2011.] (rus.)
9. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. М.: БИНОМ, 2005.
[Ratner A. Ju. Neurology of the newborn. M.: BINOM, 2005.] (rus.)
10. Садовская Ю. О., Мишина С. В. Возможности остеопатии в комплексной профилактике фетоплацентарной недостаточности у беременных женщин // Рос. остеопат. журн. 2016. № 1–2 (32–33). С. 22–28.
[Sadovskaya Y., Mishina S. Possibilities of Osteopathy in Complex Prevention of Fetoplacental Insufficiency in Pregnant Women // Rus. osteopath. journ. 2016. № 1–2 (32–33). P. 22–28.] (rus.)
11. Хасанов А. А. Акушерская проблема родового травматизма новорожденных. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1992.
[Hasanov A. A. The problem of obstetric birth trauma in newborns. Kazan: Publishing house of Kazan University press, 1992.] (rus.)

Дата поступления 11.01.2017

Гайнулмин И. Р., Яруллин Т. М., Лысенко Б. Р., Лысенко Р. Г., Назипова Г. Р. Клиническая оценка влияния остеопатического сопровождения беременных на процесс родоразрешения // Рос. остеопат. журн. 2017. № 1–2 (36–37). С. 47–52.