

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. ФИЗИОТЕРАПИЯ



УДК 618.3

DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).92-97](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).92-97)

ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ И РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

И.С.Глазков, И.А.Егорова***, А.В.Дюпин***, А.Е.Червоток***

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF OSTEOPATHIC PREPARATION OF PREGNANT WOMEN FOR LABOR AND DELIVERY

I.S.Glazkov, I.A.Egorova***, A.V.Dyupin***, A.E.Chervotok***

*Симферопольский клинический родильный дом №2***Институт остеопатической медицины имени В.Л.Андреева, Санкт-Петербург****Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого*

Представлены материалы изучения влияния остеопатического лечения беременных с риском беременности. В исследовании принимали участие первородящие беременные в возрасте до 30 лет в сроке беременности с 40 недель и 3 дней до 41 недели. Исключились женщины с отягощенным акушерским анамнезом, хроническими заболеваниями в стадии обострения; имеющие психические заболевания, алкогольную и наркотическую зависимость. Оценивался остеопатический и акушерский статус, состояние здоровья новорожденных в первые сутки после рождения, уровень послеродовой депрессии. Основная группа получала остеопатическое лечение, контрольной группе проводилась медикаментозная подготовка к родам. Определено, что на фоне остеопатического лечения у беременных основной группы отмечалось улучшение параметров краниосакрального механизма, уменьшение дисфункции трех диафрагм до и после родов; оптимизация состояния новорожденного по шкале Апгар и данным нейросонографии и оценке преддуктальной SpO₂; улучшался психический статус.

Ключевые слова: *переношенная беременность, подготовка шейки матки, индукция родов, остеопатическое лечение*

Для цитирования: Глазков И.С., Егорова И.А., Дюпин А.В., Червоток А.Е. Влияние остеопатической подготовки беременных к родам и родоразрешению // Вестник НовГУ. Сер.: Медицинские науки. 2022. №1(126). С.92-97. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).92-97](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).92-97)

The article highlights the outcomes of the study on the effect of osteopathic care of pregnant women in post-term pregnancy on the frequency of operative delivery, the state of a newborn in the early neonatal period, and the level of postpartum depression in puerpera. The study involved primiparous pregnant women in the gestation period from 40 weeks and 3 days up to 41 weeks. Women with burdened obstetric anamnesis, chronic diseases in the acute stage, mental illness, alcohol and drug addiction were excluded. The main group received osteopathic treatment; the control group were provided with medical preparation for childbirth. It was determined that, against the osteopathic treatment, in pregnant women, indicators of the cranio-sacral mechanism were improved, a decrease in the dysfunction of three diaphragms before and after childbirth was observed as well as an improved newborn's condition according to the Apgar Score and neurosonography data, and the assessment of preductal SpO₂; an improved mental status and a significantly decreased frequency of operative delivery were observed.

Keywords: *osteopathic medicine, post-term pregnancy, preinduction and induction of labour*

For citation: Glazkov I.S., Egorova I.A., Dyupin A.V., Chervotok A.E. Comparative evaluation of the results of osteopathic preparation of pregnant women for labor and delivery // Vestnik NovSU. Issue: Medical Sciences. 2022. №1(126). P.92-97. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).92-97](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).92-97)

Актуальность

Проблема переношенной беременности и запоздалых родов давно привлекает внимание медицинского сообщества. Впервые определение перзрелости новорожденного ввел шотландский акушер Дж.Беллентайн в 1902 г., позже эти критерии были

дополнены и уточнены немецким акушером Г.Рунге и американским педиатром С.Клиффордом. Комплекс признаков получил название синдрома Беллентайна-Рунге. По определению Всемирной организации здравоохранения своевременными считаются роды в сроке от 37 недель до 41 недели 6 дней от первого дня последней менструации [1]. В РФ переношенной

считают беременность продолжительностью более 287 дней, заканчивающуюся рождением ребенка с признаками перзрелости. В случае отсутствия признаков синдрома Беллентайна-Рунге предполагается пролонгированная беременность, которая рассматривается как физиологическое состояние, направленное на созревание плода. Таким образом, на настоящий момент нет четких критериев для определения степени переносимости до момента рождения ребенка [2-4]. По разным данным, частота этого состояния в Российской Федерации колеблется от 1,4 до 16% [5]. Такой разброс обусловлен разными подходами к определению предполагаемого срока родов. Проведение ультразвукового исследования на ранних сроках беременности позволяет снизить возможные ошибки с 12 до 3% [5].

Переносимая беременность часто осложняется затянувшимися родами, оперативным родоразрешением, родовыми травмами, послеродовыми кровотечениями и инфекционно-воспалительными осложнениями [3,4,6]. Неонатальная заболеваемость при этом составляет 29%, перинатальная смертность — 19% (в шесть раз выше, чем при родах до 41 недели) [7]. Профилактика и ведение переносимой беременности представляет комплексную проблему, где решение о тактике ведения родов, сроках подготовки шейки матки и индукции родов необходимо принимать, учитывая множество факторов [8]. Широко распространенные методы механической и медикаментозной индукции родов имеют большое количество противопоказаний и побочных эффектов. Приоритетом в случае увеличения срока беременности более 41 недели является абдоминальное родоразрешение. Такой подход позволяет снизить уровень перинатальной смертности почти на 30% [7]. Этиология и патогенез переносимой беременности мало изучены, более четко определены возможные факторы риска: генетическая предрасположенность, ожирение, пол плода, первые роды в возрасте более 40 лет, экологическая обстановка, профессиональные вредности и хронический стресс [5]. Одним из определяющих факторов является нарушение нейро-эндокринной регуляции начала родового процесса. Методы остеопатического лечения способствуют улучшению регуляции на уровне гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, гармонизации подвижности трех диафрагм (намет мозжечка, торако-абдоминальная диафрагма, диафрагма таза), создают условия для оптимального функционирования краниосакрального механизма [9,10]. Подобный подход к лечению обеспечивает нормализацию родового процесса с улучшением состояния новорожденных и родильниц [11].

Цель исследования: оценка эффективности остеопатической подготовки беременных к родам по частоте оперативного родоразрешения, состоянию новорожденного в раннем неонатальном периоде, уровню послеродовой депрессии у родильниц.

Задачи:

1. Изучить остеопатический и акушерский статус беременных в сроке беременности с 40 недель и 3 дня до 41 недели.

2. Оценить состояние здоровья новорожденных в первые сутки после рождения.

3. Проанализировать эффективность стандартной и остеопатической терапии, направленной на подготовку к родам при сроке беременности с 40 недель и 3 дня до 41 недели.

4. Исследовать уровень послеродовой депрессии у родильниц после проводимой стандартной и остеопатической подготовки к родам.

Материалы исследования

На базе Симферопольского клинического родильного дома №2 проводилось обследование и подготовка к родам 20 пациенток в сроке беременности с 40 недель и 3 дня до 41 недели в возрасте $26,6 \pm 1,2$ лет (основная группа) и $27,3 \pm 1,1$ лет (контрольная группа). Из числа обследованных десять беременных, которым проводилась подготовка к родам согласно клиническим протоколам [5], составили контрольную группу (КГ). Десять беременных с дородовой остеопатической подготовкой к родам вошли в основную группу (ОГ). Критерии включения: первородящие в возрасте до 30 лет, при сроке беременности от 40 недель 3 дней до 41 недели. Критерии исключения: отягощенный акушерский анамнез; экстрагенитальная патология (исключая хронические заболевания в стадии ремиссии, без нарушения функции); психические заболевания, алкогольная и наркотическая зависимость.

Методы исследования

Балльная оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа оценивалась согласно клиническому протоколу [8]; критерии оценки новорожденного по шкале Апгар — согласно методическому письму МЗ РФ от 21.04.2010 г. №15-4/10/2-3204.9, оценка целевых показателей оксигенации крови — по данным предуктального SpO₂ в первые минуты жизни новорожденного [12]. Проводились ультразвуковые исследования длины шейки матки, определялись размеры послеродовой матки, расположение головки плода относительно костного таза беременной, выполнялась нейросонография новорожденного в первые 48 часов после рождения [13] на аппарате Samsung Sonoace R7; оценивался психический статус родильниц согласно общепринятым рекомендациям [14].

С учётом срока беременности и необходимости родовозбуждения особое внимание в исследовании остеопатического статуса уделялось выявлению дисфункций краниосакральной системы как основной в регуляции родового процесса: определению ритма, амплитуды и силы (RAF-тест) краниосакрального механизма (КСМ); краниосакрального асинхронизма; дисфункций трёх диафрагм (палатки мозжечка, грудной и тазовых диафрагм). Использовались общепринятые схемы обследования [9,10]. Обследование краниосакральной системы заключалось не только в оценке витальности тканей с помощью RAF-теста, определяющего ритм, амплитуду и силу краниосакрального механизма, но в установлении возможности движения на уровне основания черепа и, в частности, подвижности зоны турецкого седла и всей ги-

поталамо-гипофизарной системы. Особое внимание было уделено определению синхронности движения между черепом и крестцом с учетом обеспечения нервной регуляции родового процесса. Оценивалось состояние и синхронность движений на уровне черепной, грудной и тазовой диафрагм. Этот аспект был особенно важен с точки зрения обеспечения как механики тела во время родового процесса, так и нервной и жидкостной регуляции.

Перечень направлений исследования и объем мероприятий представлены в таблице.

Перечень направлений исследований ($n = 20$)

Направления исследования	Методики и изучаемые показатели
Оценка шейки матки по шкале Бишопа	≤ 6 баллов — незрелая шейка матки 6-7 баллов — недостаточно зрелая ≥ 7 балл — зрелая
Оценка новорожденного по шкале Апгар	8 баллов — отсутствие асфиксии 4-7 — легкая и умеренная асфиксия 1-3 баллов — тяжелая асфиксия
Оксигенация крови новорожденного	Оценка оксигенации крови к времени рождения
Ультразвуковой показатель длины шейки матки	Оценка длины шейки матки
Расположение головки плода относительно костного таза	Стандартное или низкое
Размеры последродовой матки на 3 сутки	Оценка соответствия размеров матки по УЗИ на 3 сутки
Нейросонография новорожденного, первые 48 ч после рождения	Эхографические признаки отсутствия структурных изменений отдела головного мозга, дилатация боковых желудочков
Оценка психического статуса родильниц	Анкета «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии»
Остеопатический статус	Общие схемы остеопатического обследования

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10.0 Stat Soft. Проводили оценку нормальности распределения признака выборки с помощью критерия Шапиро—Уилка. Для определения различий между основной и контрольной группами применяли t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Для сравнения данных, распределение которых отличалось от нормального, для независимых групп применяли непараметрический U-критерий Манна—Уитни. Для сравнения относительных пока-

зателей в независимых выборках использовали критерий хи-квадрат Пирсона, хи-квадрат Пирсона с поправкой на непрерывность Йейтса.

Методика лечения

Все беременные контрольной группы получали медикаментозное лечение, направленное на подготовку шейки матки к родам и родовозбуждению. У первородящих женщин проводилась подготовка шейки матки путем применения мифепристона по схеме 200 мг дважды с интервалом 24 часа. В случае недостаточной эффективности через 48 часов продолжалась преиндукция с помощью простагландинсодержащего геля (простагландин E2- динопростон 0,5 мг) интрацервикально не более 3-х доз с интервалом 6 часов (третья доза может быть введена через 12 часов). Время достижения эффекта составляло в среднем 18 часов (максимально 24–30 часов).

В основной группе проводилось остеопатическое лечение с учетом обнаруженных соматических дисфункций, обуславливающих увеличение срока беременности и риска оперативных родов. С целью обеспечения нейроэндокринной регуляции начала родового процесса, а также его поддержания без участия медикаментозной коррекции, остеопатическое лечение было направлено на оптимизацию нейровегетативной регуляции как на локальном, так и на надсегментарном уровне, и проводилось по следующему алгоритму. Первый этап был направлен на создание условий для оптимального функционирования краниосакрального механизма и свободного проведения краниального ритмического импульса. С этой целью сначала проводилась декомпрессия сфенобазиллярного симфиза с использованием общепринятых методик [9,10]. На втором этапе необходимо было гармонизировать подвижность всей краниосакральной системы. Использовались методики уравнивания черепа и крестца. А в завершении этого этапа для гармонизации подвижности трёх диафрагм применялись методики миофасциального уравнивания мышц и связок тазового дна, груднопоясничной диафрагмы. Третий этап был направлен на улучшение гемоликтивординамики с целью гармонизации регулирующих воздействий гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси с помощью методики альтернативного перекачивания височных костей [9,10], а также на достижение равновесия симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Это способствовало и выбросу окситоцина на уровне нейрогипофиза. Количество процедур определялось динамикой состояния беременных и начала родов.

Результаты исследований

Все пациентки основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, соматическим показателям, результатам оценки зрелости шейки матки по шкале Бишопа и длины шейки матки по данным ультразвуковой цервикометрии, а также по расположению головки плода. У пациенток основной группы до начала лечения среднее значение показателя зрелости ш/м по шкале Бишопа (Me [Q1 25%; Q3 75%]) составило $7,4 \pm 0,7$ баллов, а у пациенток контрольной

группы — $7,3 \pm 0,67$ баллов. Различия показателей между основной и контрольной группами до лечения не были статистически значимы ($p > 0,05$).

Статистически значимых отличий показателей длины шейки матки по данным УЗ-цервикометрии до начала лечения между основной и контрольной группами выявлено не было ($p > 0,05$).

При оценке структуры встречаемости стандартного и низкого расположения головки плода относительно костного таза беременной (при ультразвуковом исследовании) данные распределены следующим образом: стандартное расположение головки плода — 40% в основной группе, 60% — в контрольной; низкое расположение головки плода — по 50% в основной и контрольной группах.

При оценке состояния на 1-й минуте жизни у новорожденных основной группы значение медианы показателя (Me [Q1 25%; Q3 75%]) составило 9 баллов, а у новорожденных в контрольной группе — 8 баллов. Наблюдаемое улучшение состояния новорожденных при оценке на 1-й минуте жизни в основной группе имеет статистически значимые отличия от таковых показателей у новорожденных в контрольной группе ($p = 0,014$, $p < 0,05$).

При оценке состояния на 5-й минуте жизни значение медианы показателя (Me [Q1 25%; Q3 75%]) у новорожденных в основной группе составило 9 баллов, а в контрольной группе — 8 баллов. Наблюдаемое улучшение состояния новорожденных при оценке на 5-й минуте жизни в основной группе имеет статистически значимые отличия от таковых показателей у новорожденных в контрольной группе ($p < 0,05$).

В среднем данные предуктальной SpO_2 у новорожденных в основной группе — $80,1 \pm 2,26$ (95% ДИ 78,4–81,7%) — достоверно выше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе — $76,3 \pm 1,63$ (95% ДИ 75,1–77,5%).

У новорожденных основной группы при интерпретации заключений нейросонографии в баллах значение медианы показателя (Me [Q1 25%; Q3 75%]) составило 3 балла, а у новорожденных в контрольной группе — 2,5 балла. Наблюдаемое улучшение состояния новорожденных, по данным нейросонографии, в основной группе имеет статистически значимые отличия от таковых показателей у новорожденных в контрольной группе ($p < 0,05$).

Показатели объема матки в основной группе составили диапазон от 340 до 536 $см^3$ при среднем значении показателя $470,18 \pm 56,17$ (95% ДИ 429,9–510,3 $см^3$), что, соответственно, статистически достоверно меньше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе — диапазон от 525 до 709 $см^3$, $M \pm \sigma = 578,02 \pm 43,12$ (95% ДИ 547,1–608,8 $см^3$).

Распределение данных оценки психического статуса родильниц согласно Эдинбургской шкале послеродовой депрессии в основной и контрольной группах не имело отличий от нормального.

В послеродовом периоде в основной группе данные психического статуса составили диапазон от 2 до 8 баллов при среднем значении показателя $4,6 \pm 1,77$ (95% ДИ 3,32–5,87 баллов), в отличие от контрольной группы — диапазон от 4 до 12 баллов, $M \pm \sigma = 7,2 \pm 2,39$ (95% ДИ 5,48–8,91 балла), $p < 0,05$.

При сравнении ритма КСМ до родов у пациенток основной группы, получавших остеопатическую терапию, среднее значение показателя составило $6,6 \pm 1,4$ в минуту, а в контрольной группе — $6,8 \pm 1,3$ в минуту. Наблюдаемые изменения ритма КСМ до родов, определенные с помощью критерия Манна—Уитни, не имели статистической значимости на уровне ($p > 0,05$).

При сравнении ритма КСМ после родов у пациенток основной группы среднее значение показателя составило $8,8 \pm 1,0$ в минуту, а в контрольной группе — $6,2 \pm 1,2$ в минуту. Наблюдаемые изменения ритма КСМ после родов, определенные с помощью критерия Манна—Уитни, статистически достоверны на уровне ($p < 0,001$).

Среднее значение амплитуды КСМ до родов у пациенток основной группы составило $1,6 \pm 0,5$ балла, контрольной группы — $1,8 \pm 0,5$ балла. Наблюдаемые изменения амплитуды КСМ до родов, определенные с помощью критерия Манна—Уитни, не имели статистической значимости на уровне ($p > 0,05$).

Среднее значение амплитуды КСМ после родов у пациенток основной группы составило $2,8 \pm 0,4$ балла, контрольной группы — $1,4 \pm 0,3$ балла. Наблюдаемые изменения амплитуды КСМ после родов статистически достоверны на уровне ($p < 0,001$).

Среднее значение силы КСМ до родов у пациенток основной группы составило $1,6 \pm 0,5$ балла, контрольной группы — $1,8 \pm 0,5$ балла. Наблюдаемые изменения силы КСМ до родов, определенные с помощью критерия Манна—Уитни, не имели статистической значимости на уровне ($p > 0,05$).

Среднее значение силы КСМ после родов у пациенток основной группы составило $2,3 \pm 0,5$ балла, контрольной группы — $1,5 \pm 0,5$ балла. Наблюдаемые изменения силы КСМ после родов статистически достоверны на уровне ($p < 0,05$).

В сравнении данных соматических дисфункций основной группы до и после родов выявлены статистически значимые различия: дисфункция трех диафрагм ($\chi^2 = 16,364$, $p < 0,001$), краниосакральный асинхронизм ($\chi^2 = 13,333$, $p < 0,001$). Анализ различий соматических показателей в основной группе до и после родов проведен с использованием метода хи-квадрат Пирсона и подтвердил наличие статистических различий и эффективность остеопатических методов лечения.

В сравнении данных контрольной группы до и после родов статистически значимых различий в исследовании соматических дисфункций не выявлено: дисфункция трех диафрагм ($\chi^2 = 0,00$, $p > 0,05$), краниосакральный асинхронизм ($\chi^2 = 1,053$, $p > 0,05$).

После родов в основной группе показатели соматических дисфункций значимо уменьшились в сравнении с контрольной группой: дисфункция трех диафрагм ($\chi^2 = 16,364$, $p < 0,001$), краниосакральный асинхронизм ($\chi^2 = 20,00$, $p < 0,001$).

Заключение

Переношенная беременность остается актуальной и нерешенной проблемой в настоящее время. Это

объясняется большим числом осложнений в родах (асфиксия в родах, мекониальная аспирация, дистония плечиков, влагалищные родоразрешающие операции, разрыв промежности 3–4 ст.) и высокой перинатальной смертностью. Родовозбуждение не является безопасной процедурой, что обуславливает необходимость оптимизации подходов к подготовке шейки матки к индукции, а также создание алгоритмов их проведения. С учётом доношенной беременности и необходимости родовозбуждения особое внимание было уделено выявлению дисфункций краниосакральной системы как основному в регуляции родового процесса. При оценке акушерского статуса до лечения были выявлены низкие показатели зрелости шейки матки по шкале Бишоп, различия между основной и контрольной группой не были статистически значимы.

В показателях остеопатического статуса у пациенток двух групп отмечалось снижение количественно-качественных показателей краниосакрального механизма — ритма, амплитуды и силы. У всех женщин отмечался краниосакральный асинхронизм и дисфункции на уровне трёх диафрагм. Наличие у беременных данных остеопатических дисфункций подтверждали выраженное напряжение системы организма женщин и нарушение регуляторных механизмов физиологии родов. Остеопатическое лечение было направлено на оптимизацию физиологической активности начала и развития родовой деятельности. Важным аспектом было уравнивание нейровегетативной регуляции как на локальном, так и на надсегментарном уровне. Методики декомпрессии СБС были направлены на создание условий для оптимального функционирования краниосакрального механизма и свободного проведения краниального ритмического импульса. Улучшение гемодинамики способствовало гармонизации взаиморегулирующих воздействий гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, а также равновесию симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, что способствовало и выбросу окситоцина на уровне нейрогипофиза, и началу естественного родового процесса. По результатам проведенных исследований установлено, что структура результатов оценки состояния новорожденных на 1-й и 5-й минутах жизни по шкале Апгар и распределение данных оксигенации крови новорожденных в контрольной и основной группах имели статистически значимые отличия. Статистически значимые отличия были выявлены и по данным нейросонографии. При оценке психического статуса родильниц, согласно Эдинбургской шкале послеродовой депрессии, имелись также статистически значимые отличия, при которых риск развития послеродовой депрессии в контрольной группе значительно выше.

Выводы

1. При оценке акушерского статуса до лечения было выявлено, что средние показатели зрелости шейки матки по шкале Бишоп составили в основной группе $7,4 \pm 0,7$ балла, в контрольной группе $7,3 \pm 0,67$ балла. Различия между основной и контрольной груп-

пой при цервикометрии ($p > 0,05$) и при расположении головки относительно таза беременной ($p > 0,05$) незначимы.

В остеопатическом статусе беременных до лечения отмечались низкие показатели КСМ: ритм — $6,6 \pm 1,4$ в минуту в ОГ, $6,8 \pm 1,3$ в минуту в КГ; амплитуда — $1,6 \pm 0,5$ балла в ОГ, $1,8 \pm 0,5$ балла в КГ; сила — $1,6 \pm 0,5$ балла в ОГ, $1,8 \pm 0,5$ балла в КГ. Выявлялся краниосакральный асинхронизм и дисфункция трёх диафрагм, статистически значимые различия в группах отсутствовали ($p < 0,001$).

2. По результатам проведенных исследований установлено, что структура результатов оценки состояния новорожденных на 1-й и 5-й минутах жизни по шкале Апгар и распределение данных оксигенации крови новорожденных в контрольной и основной группах имеют статистически значимые отличия. Так, в основной группе при оценке состояния новорожденного на 5-й минуте жизни по шкале Апгар значения медианы показателя составило 9 баллов, а у новорожденных в контрольной группе — 8 баллов. Наблюдаемое улучшение состояния новорожденных при оценке по шкале Апгар на 5-й минуте жизни в основной группе имеет статистически значимые отличия ($p = 0,004$, $p \leq 0,05$).

При оценке оксигенации крови новорожденных средние данные предуктальной SpO_2 у новорожденных в основной группе достоверно выше ($p = 0,0004$, $p \leq 0,0011$), чем в контрольной. Установлено, что при оценке состояния новорожденных, по данным нейросонографии, в первые 48 часов жизни отмечается улучшение состояния в основной группе. Имеются статистически значимые отличия от таковых показателей у новорожденных в контрольной группе ($p = 0,04$, $p \leq 0,005$).

3. При оценке психического статуса родильниц, согласно Эдинбургской шкале послеродовой депрессии, имеются статистически значимые отличия, при которых риск развития послеродовой депрессии в контрольной группе значительно выше. Так, средний показатель в основной группе составил $4,6 \pm 1,77$, а в контрольной — $7,2 \pm 2,39$ (диапазон от 4 до 12 баллов, баллы 8 и 9 свидетельствует о высокой вероятности послеродовой депрессии).

4. На фоне остеопатического лечения в основной группе отмечается улучшение показателей КСМ после родов по сравнению с исходными данными: ритм — $8,8 \pm 1,0$ в минуту, амплитуда — $2,8 \pm 0,4$ балла, сила — $2,3 \pm 0,5$ балла.

В контрольной группе после родов выявлены ухудшения показания КСМ: ритм — с $6,8 \pm 1,3$ до $6,2 \pm 1,2$ в минуту, амплитуда — с $1,8 \pm 0,5$ до $1,4 \pm 0,3$ балла, сила — с $1,8 \pm 0,5$ до $1,5 \pm 0,5$ балла.

Все показатели статистической достоверности на уровне $p = 0,04$, $p \leq 0,05$. После родов на фоне проводимой остеопатической подготовки к родам в 100% случаев отмечается эффективность коррекции краниосакрального асинхронизма и в 90% случаев — дисфункции трех диафрагм. В контрольной группе все осталось без изменений. При этом необходимо отметить, что одни роды в контрольной группе закончились операцией кесарева сечения.

Практические рекомендации

Совокупность проведенных исследований позволила разработать практические рекомендации использования методов остеопатической диагностики и коррекции соматических дисфункций, направленных на подготовку беременных к родам в сроке гестации от 40 недель и 3 дней до 41 недели, осуществления контроля послеродовой депрессии как эффективного критерия качества проводимого лечения.

Алгоритмы основных этапов остеопатического лечения беременных при переношенном сроке.

Первый этап: декомпрессия сфенобазиллярного симфиза с использованием общепринятых методик.

Второй этап: уравнивание черепа и крестца, гармонизация подвижности трёх диафрагм (миофасциального уравнивания мышц и связок тазового дна, торакоабдоминальной диафрагмы).

Третий этап: гармонизация нейроэндокринной и нейровегетативной регуляции с использованием методики альтернативного перекачивания височных костей и других остеопатических техник для улучшения гемодинамики.

1. Новикова О.Н., Мустафина Л.Р. Переношенная беременность // Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. Т.4. №2. С.42-47. DOI: <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-2-42-47>
2. Садуллаева О.Р., Матякубова С.А., Матризаева Г.Д. Диагностические и клинические проблемы при переношенной беременности в современном акушерстве // Новый день в медицине. 2020. № 2(30). С.672-675.
3. Саидова М.А., Рафиева З.Х., Исупов С.Д. Оценка состояния плода и новорожденного при переношенной беременности // Медицина Кыргызстана. 2017. №1. С.41-43.
4. Саидова М.А., Рафиева З.Х. Переношенная и пролонгированная беременность и их перинатальные осложнения // Медицина Кыргызстана. 2016. №2. С.10-16.
5. Тысячный О.В., Баев О.Р. Современные представления об этиологии переношенной беременности // Акушерство и гинекология. 2016. №8. С.5-9. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2016.8.5-9>
6. Тысячный О.В., Баев О.Р., Кречетова Л.В. Течение и исходы родов в зависимости от тактики ведения при пролонгированной // Акушерство и гинекология. 2016. №7. С.28-33. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2016.7.28-33>
7. Мальцева А.Н. Сонографические критерии переношенной беременности [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2017. №4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26652> (дата обращения: 18.12.2021).
8. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Баев О.Р. и др. Медикаментозная подготовка шейки матки к родам и родоразрешение // Акушерство и гинекология. 2015. №55. С.1-38.
9. Егорова И.А., Михайлова Е.С. Краниальная остеопатия: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2013. 500 с.
10. Егорова И.А. Остеопатия в акушерстве и педиатрии с семиотикой: учебник для медицинских вузов. СПб.: ЗАО «ХОКА», 2021. 360 с.
11. Ruffini N., D'Alessandro G., Cardinali L. et al. Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics: A systematic review // Complement Ther Med. 2016. Vol.26. P.72-78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.005>
12. Антонов А.Г., Буров А.А., Володин Н.Н. и др. Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале. Методическое письмо // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. 2020. №1(27). С.34-52.
13. Пыков М.И., Гуревич А.И., Ватолин К.В. и др. Измерения в детской ультразвуковой диагностике: Справочник. М.: Видар, 2018. 96 с.

14. Подойницына И. А., Харьковская О.А. Теоретические аспекты послеродовой депрессии (обзор литературы) // Инновационная наука. 2020. №7. С.113-117.

References

1. Novikova, O.N., Mustafina L.R. Perenoshennaya beremennost' [Post-term pregnancy]. Fundamental'naya i klinicheskaya medicina – Fundamental and clinical medicine, 2019, vol. 4, no. 2, pp. 42-47.
2. Sadullayeva O.R., Matyakubova S.A., Matrizayeva G.D. Diagnosticheskiye i klinicheskiye problemy pri pere-noshennoy beremennosti v sovremennom akusherstve [Diagnostic and clinical problems in harvested pregnancy in modern obstetrics]. Novyy den' v meditsine – New day in medicine, 2020, vol. 2(30), pp. 672-675.
3. Saidova M.A., Rafieva Z.X., Isupov S.D. Otsenka sostoyaniya ploda i novorozhdennoy pri perenoshennoy beremennosti [Assessment of the state of the fetus and newborn during post-term pregnancy]. Meditsina Kyrgyzstana – Medicine of Kyrgyzstan, 2017, vol. 1, pp. 41-43.
4. Saidova M.A., Rafieva Z.X. Perenoshennaya i prolongirovannaya beremennost' i ikh perinatal'nyye oslozhneniya [Post-term and prolonged pregnancy and their perinatal complications]. Meditsina Kyrgyzstana – Medicine of Kyrgyzstan, 2016, vol. 2, pp. 10-16.
5. Tsyachnyi O.V., Baev O.R. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii perenoshennoy beremennosti [Current views of the etiology of prolonged pregnancy]. Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology, 2016, no. 8, pp. 5-9. doi: 10.18565/aig.2016.8.5-9
6. Tsyachnyi O.V., Baev O.R., Kretchetova L.V. Tcheniye i iskhody rodov v zavisimosti ot taktiki vedeniya pri prolongi-rovannoy [The course and outcomes of labor in relation to management tactics during prolonged pregnancy]. Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology, 2016, vol. 7, pp. 28-33. doi: 10.18565/aig.2016.7.28-33
7. Maltseva, A. N. Sonograficheskiye kriterii pereno-shennoy beremennosti [Sonographic criteria for post-term pregnancy]. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya, 2017, vol. 4, 55 p. (in Russ.) Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26652> (accessed 18.12.2021). (in Russ.).
8. Serov V.N., Shmakov R.G., Baev O.R. et al. Medikamentoznaya podgotovka sheyki matki k rodam i rodovozbuzhdeniye [Medical preparation of the cervix for childbirth and labor induction]. Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology, 2015, no. S5, pp.1-38.
9. Egorova I.A. Krania'naya osteopatiya: Rukovodstvo dlya vrachej [Cranial osteopathy: A guide for physicians]. 2nd ed., revised and added. Saint-Peterburg, SPbMAPO Publ, 2013, 500 p.
10. Egorova I.A. Osteopatiya v akusherstve i pediatrii s semi-otikoj: uchebnik dlya medicinskih vuzov [Osteopathy in obstetrics and pediatrics with semiotics: a textbook for medical schools]. Saint-Peterburg, ZAO KHOKA Publ., 2021, 360 p.
11. Ruffini N, D'Alessandro G, Cardinali L, Frondaroli F, Cerritelli F. Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics: A systematic review. Complement Ther Med., 2016, vol. 26, pp. 72-78. doi: 10.1016/j.ctim.2016.03.005
12. Antonov A.G., Burov A.A., Volodin N.N. Reani-matsiya i stabilizatsiya sostoyaniya novorozhdennykh de-tyey v rodil'nom zale. Metodicheskoye pis'mo [Resuscitation and stabilization of the condition of newborn children in the maternity ward. Methodical letter]. Neona-tologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniye – Neonatology: News. Opinions. Education, 2020, no. 1(27), pp. 34-52.
13. Pykov M.I., Gurevich A.I., Vatolin K.V. et al. Izme-reniya v detskoy ul'trazvukovoy diagnostike: Spra-vochnik [Measurements in pediatric ultrasound diagnostics: a Handbook]. Moscow, Vidar Publ., 2018, 96 p.
14. Podoinitsyna I.A., Kharkova O.A. Teoreticheskiye aspekty poslerodovoy depressii (obzor literatury) [Theoretical aspects of postpartum depression (literature review)]. Innovacionnaya nauka – Innovative science, 2020, no. 7, pp. 113-117.