

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА

И.Б.Глазкова****, И.А.Егорова***, Д.Г.Рутенбург*

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF OSTEOPATHIC TREATMENT IN WOMEN WITH SEVERE MENOPAUSAL SYNDROME

I.B.Glazkova****, I.A.Egorova***, D.G.Rutenberg*

*Институт остеопатической медицины имени В.Л.Андреянова, Санкт-Петербург

**Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

***Симферопольский клинический родильный дом №2

Исследованы 20 женщин в возрасте 45–55 лет с тяжёлым течением менопаузального синдрома. Определены показатели остеопатического статуса, тяжесть менопаузального синдрома, выраженность депрессии и сонливости, индекс массы тела, окружность талии, концентрация в венозной крови пролактина, фолликулостимулирующего гормона, тиреотропного гормона, кортизола. Выявлено, что наиболее характерными соматическими дисфункциями являлись внутрикостные повреждения клиновидности кости и крестца, нарушение подвижности грудной, тазовой и черепной диафрагм, костных стенок таза, внутренних органов малого таза, почек и средостения. Остеопатическое лечение приводило к купированию клинических проявлений менопаузального синдрома, повышению настроения, снижению сонливости, нормализации функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, метаболического статуса пациенток и в итоге — к значимому снижению тяжести менопаузального синдрома. Эффективность традиционного аллопатического лечения данного состояния оставалась неудовлетворительной.

Ключевые слова: остеопатическое лечение, менопаузальный синдром

Для цитирования: Глазкова И.Б., Егорова И.А., Рутенбург Д.Г. Оценка эффективности остеопатического лечения женщин с тяжёлым течением менопаузального синдрома // Вестник НовГУ. Сер.: Медицинские науки. 2022. №1(126). С.98-102. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).98-102](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).98-102)

Twenty women aged 45–55 years with severe menopausal syndrome were studied during the research this article dedicated to. Osteopathic status indicators, severity of menopausal syndrome, severity of depression and drowsiness, body mass index, waist circumference, concentration of prolactin, follicle-stimulating hormone, thyroid-stimulating hormone, and cortisol in the venous blood were determined. It was found that the most characteristic somatic dysfunctions were intraosseous injuries of the wedge shape of the bone and sacrum, impaired mobility of the thoracic, pelvic, and cranial diaphragms, bone walls of the pelvis, internal organs of the small pelvis, kidneys, and mediastinum. As a result of osteopathic treatment, there was a relief of clinical manifestations of menopausal syndrome, mood enhancement, decreased drowsiness, normalized function of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis and metabolic status of the patients and, subsequently, a significantly decreased severity of menopausal syndrome. The effectiveness of traditional allopathic treatment for this condition remained unsatisfactory.

Keywords: osteopathic treatment, menopausal syndrome

For citation: Glazkova I.B., Egorova I.A., Rutenberg D.G. Evaluation of the effectiveness of osteopathic treatment in women with severe menopausal syndrome // Vestnik NovSU. Issue: Medical Sciences. 2022. №1(126). P.98-102. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).98-102](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).98-102)

Актуальность

Менопаузальный синдром развивается у 50–82% женщин [1,2]. Длительность постменопаузы составляет от 30 до 40% от общей продолжительности жизни женщины. Это закономерный физиологический процесс, который невозможно остановить [3]. В ответ на снижение уровня половых стероидов в слизистой влагалища, вульвы, мочевого тракта, соединительной ткани и мышцах малого таза развиваются ишемия и атрофические изменения, формирующие генитоуринарный синдром [4]. Тяжёлые приливы, сопровождающие менопаузу, коррелируют с факторами риска ишемической болезни сердца и клиниче-

скими сердечно-сосудистыми событиями, являются факторами риска когнитивных нарушений (в том числе болезни Альцгеймера) вследствие снижения кровотока в отдельных областях головного мозга, гиппокампа. Большая вариабельность и зачастую значимая выраженность проявлений менопаузального синдрома приводит к назначению избыточного количества медикаментозных препаратов. Тяжёлое течение менопаузального синдрома нарушает качество жизни, влечёт за собой значительную или полную потерю трудоспособности [1,2].

Цель исследования: оценить эффективность остеопатического лечения женщин с тяжёлым течением менопаузального синдрома.

Задачи исследования:

1. Выявить наиболее типичные клинические признаки, показатели гормонального и метаболического статуса, характерные для тяжёлого течения менопаузального синдрома у женщин 45–55 лет.
2. Определить основные соматические дисфункции пациенток с тяжёлым течением менопаузального синдрома.
3. Провести сравнительную оценку эффективности остеопатического и аллопатического лечения менопаузального синдрома у женщин в возрасте 45–55 лет.

Материалы исследования

Исследование было выполнено на базе женской консультации №2, являющейся структурным подразделением Симферопольского клинического родильного дома №2 (Республика Крым). Обследовали 20 женщин в возрасте 45–55 лет с тяжёлым течением менопаузального синдрома. Все обследованные пациентки случайным образом были разделены на две группы: основная группа — 10 женщин в возрасте 45–55 лет с тяжёлым течением менопаузального синдрома, которым проводилось остеопатическое лечение. Контрольная группа — 10 женщин в возрасте 45–55 лет с тяжёлым течением менопаузального синдрома, которые получали стандартное аллопатическое лечение.

Были определены следующие критерии включения в исследование: возраст женщин от 45 до 55 лет, продолжительность постменопаузы от 1 до 3 лет, установленный диагноз менопаузального синдрома тяжёлой степени тяжести. Критериями исключения из исследования являлись предшествовавшая гормональная или альтернативная терапия по поводу менопаузального синдрома, хирургическая менопауза, психические заболевания, алкогольная и наркотическая зависимости, тяжёлая экстрагенитальная и онкологическая патология, гиперпролактинемия, нарушение функции щитовидной железы, гиперкортицизм, депрессия, требующая обязательного назначения антидепрессантов.

Методы исследования

Использовался общепринятый клинико-анамнестический метод, позволявший определить жалобы пациенток на состояние здоровья и выявить факторы риска тяжёлого течения менопаузального синдрома. Исследовались индекс массы тела, окружность талии пациенток. Определялась концентрация в венозной крови пролактина, фолликулостимулирующего гормона, тиреотропного гормона, кортизола. Оценивались тяжесть менопаузального синдрома по шкале Куппермана, сонливость по шкале Эпворта, выраженность депрессии по шкале Бека.

В ходе остеопатического обследования особое внимание уделялось изучению функции краниосакральной системы. Определяли функцию сфенобазиллярного синдрома, наличие/отсутствие внутрикостных повреждений тела клиновидной кости, крестца, синхронность движений крестца и затылочной кости. Важной частью остеопатической диагностики являлось изучение подвижности костных стенок та-

за, тазовой и грудной диафрагм, внутренних органов малого таза, почек. Использовались общепринятые подходы к выполнению остеопатической диагностики [5–7].

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10,0 Stat Soft. Применялись методы описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение). Для сравнения значимости различий между группами использовались парный t-критерий Стьюдента, ранговый T-критерий Уилкоксона, непараметрический U-критерий Манна—Уитни, хи-квадрат Пирсона, хи-квадрат Пирсона с поправкой на непрерывность Йейтса, в связанных выборках — тест Мак-Немара.

Методы лечения

Пациентки контрольной группы получали лечение фитоэстрогенами по стандартной схеме (Климадинон по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 месяцев). Кроме того, проводили патосимптоматическую терапию болей в мышцах и суставах конечностей и позвоночника (местные нестероидные противовоспалительные препараты, препараты кальция, витамина Д), симптомов со стороны мочеполовой системы (локальная противовоспалительная терапия, применение пробиотиков, местных препаратов эстриола).

В лечении пациенток основной группы были применены только методы остеопатической коррекции, которые использовали с учётом остеопатического патогенеза климактерического синдрома и найденных соматических дисфункций [5,7]. Остеопатическое лечение проводилось один раз в две или три недели. Частота проведения сеансов лечения зависела от выраженности клинических признаков климактерического синдрома и их динамики в ходе проведения исследования. Количество сеансов остеопатического лечения варьировало от трёх до пяти.

Результаты исследования

Клинические симптомы, обнаруженные у пациенток основной группы, были сгруппированы в следующие категории:

- вазомоторные симптомы: 10 пациенток (100%) до лечения и 3 (30%) после лечения;
- когнитивные расстройства и расстройства настроения: 10 (100%) и 3 пациентки (30%);
- суставные и мышечные боли: 7 (70%) и 1 пациентка (10%);
- проявления генитоуринарного менопаузального синдрома: 8 (80%) и 3 пациентки (30%);
- нарушение массы и пропорций тела: 10 (100%) и 9 пациенток (90%) до и после остеопатического лечения соответственно.

В контрольной группе были зарегистрированы следующие величины данных показателей:

- вазомоторные симптомы: 10 пациенток (100%) до лечения и 8 (80%) после лечения;
- когнитивные расстройства и расстройства настроения: 10 (100%) и 8 пациенток (80%);
- суставные и мышечные боли: 7 (70%) и 6 пациенток (60%);

— проявления генитоуринарного менопаузального синдрома: 8 (80%) и 4 пациентки (40%);

— нарушение массы и пропорций тела: по 10 пациенток (100%) до и после аллопатического лечения соответственно.

Различия в частоте встречаемости вышеописанных признаков менопаузального синдрома у пациенток основной и контрольной групп до лечения были статистически незначимыми ($p > 0,05$). Определена высокая эффективность остеопатических методов коррекции в лечении вазомоторных симптомов ($p = 0,009$), когнитивных расстройств и расстройства настроения ($p = 0,013$), суставных и мышечных болей ($p = 0,02$). Не выявлено значимых различий при оценке частоты встречаемости проявлений генитоуринарного менопаузального синдрома после остеопатического и аллопатического лечения ($p = 0,6$), что, по-видимому, объяснялось достаточной эффективностью локальной эстрогенной терапии в контрольной группе. Зарегистрирована статистически незначимая тенденция к нормализации массы и пропорций тела у пациенток, получивших остеопатическое лечение ($p = 0,3$).

В ходе исследования определены следующие соматические дисфункции пациенток основной группы: внутрикостные повреждения крестца тяжёлой степени — 3 пациентки (30%) до лечения и 0 после лечения, средней степени — 3 (30%) и 0 пациенток, лёгкой степени тяжести — 1 (10%) и 2 пациентки (20%) до и после лечения ($p = 0,013$). Внутрикостные повреждения клиновидной кости тяжёлой степени обнаружены не были, средней степени — 4 пациентки (40%) до лечения и 0 пациенток после лечения, лёгкой степени тяжести — 4 (40%) и 3 пациентки (30%) до и после остеопатического лечения соответственно ($p = 0,025$). Соматическая дисфункция тазовой диафрагмы тяжёлой степени была выявлено у 3 пациенток (30%) основной группы до лечения и 0 пациенток после, средней степени — 5 (50%) и 1 пациентка (10%), лёгкой степени тяжести — 2 (20%) и 3 пациентки (30%) до и после остеопатического лечения соответственно ($p = 0,004$). Нарушение подвижности матки тяжёлой степени определили у 3 пациенток (30%) основной группы до лечения и 0 после лечения, средней степени тяжести — у 4 (40%) и 2 пациенток (20%), лёгкой степени — по 2 пациентки (20%) до и после лечения соответственно ($p = 0,02$). В контрольной группе внутрикостные повреждения крестца тяжёлой степени встретились у 2 пациенток (20%) до лечения и 2 (20%) после лечения, средней степени — по 3 (30%) пациентки, лёгкой степени тяжести — по 2 пациентки (20%) до и после аллопатического лечения ($p > 0,05$). Внутрикостные повреждения клиновидной кости тяжёлой степени также обнаружены не были, средней степени — по 3 пациентки (30%) до и после лечения, лёгкой степени тяжести — 5 (50%) и 3 пациентки (30%) до и после традиционного лечения соответственно ($p > 0,05$). Соматическая дисфункция тазовой диафрагмы тяжёлой степени была выявлено у

3 пациенток (30%) контрольной группы до лечения и 3 пациенток (30%) после, средней степени — по 5 пациенток (50%), лёгкой степени тяжести — по 2 пациентки (20%) до и после традиционного лечения соответственно ($p > 0,05$). Нарушение подвижности матки тяжёлой степени определили у 2 пациенток (20%) контрольной группы до лечения и 2 пациенток (20%) после лечения, средней степени тяжести — по 4 (40%) пациентки, лёгкой степени — по 3 пациентки (30%) до и после лечения соответственно ($p > 0,05$). Определено, что различия между частотой обнаружения данных дисфункций после лечения в обеих группах были статистически достоверны ($p < 0,05$).

Кроме того, в структуру остеопатического патогенеза тяжёлого течения менопаузального синдрома входили следующие соматические дисфункции: дисфункции костей таза, которые были определены у 10 пациенток (100%) основной группы до лечения и 1 пациентки (10%) после лечения ($p = 0,02$); дисфункция почек — 10 (100%) и 0 ($p = 0,02$); дисфункция средостения — 10 (100%) и 0 ($p = 0,00047$); нарушение синхронной подвижности грудной, тазовой и черепной диафрагм — 10 (100%) и 0 пациенток ($p = 0,00082$) до и после остеопатического лечения соответственно. У пациенток контрольной группы были выявлены нижеследующие показатели: дисфункции костей таза — 10 пациенток (100%) до лечения и 8 пациенток (80%) после лечения; дисфункция почек — 10 (100%) и 7 пациенток (70%); дисфункция средостения — 10 (100%) и 8 пациенток (80%); нарушение синхронной подвижности трёх диафрагм — 10 (100%) и 8 пациенток (80%) до и после традиционного лечения соответственно. Статистически значимых различий в частоте обнаружения данных дисфункций в контрольные группы определено не было ($p > 0,05$).

Показатели тяжести климактерического синдрома, оцененные по шкале Куппермана, в основной группе составили $73,2 \pm 9,5$ баллов до лечения и $32,5 \pm 9,8$ баллов после лечения ($p = 0,0003$). В контрольной группе тяжесть менопаузального синдрома была оценена следующим образом: $73,3 \pm 8,8$ баллов до лечения и $70,4 \pm 7,6$ баллов после аллопатического лечения ($p = 0,062$). Таким образом, применение методов остеопатической коррекции приводило к значимому уменьшению тяжести климактерического синдрома, чего не удавалось добиться при использовании общепринятых методов лечения.

Показатели сонливости, оцененной по шкале Эпворта, в основной группе составили $19,4 \pm 2,8$ баллов до лечения и $7,7 \pm 1,2$ баллов после остеопатического лечения. В контрольной группе выраженность сонливости была определена как $19,6 \pm 2,8$ баллов до лечения и $18,9 \pm 2,6$ баллов после традиционного лечения. Полученные данные свидетельствовали о достоверном снижении уровня сонливости у исследуемых пациенток под влиянием остеопатического лечения ($p < 0,001$), что, по-видимому, было связано с нормализацией гемоликвородинамики центральной

нервной системы и протекания метаболических процессов в нервной ткани.

Показатели выраженности депрессии, определенные по шкале Бека, в основной группе составили $19,1 \pm 3,5$ баллов до лечения и $11,1 \pm 3,8$ баллов после остеопатического лечения. Аллопатическая терапия привела к следующим изменениям выраженности депрессии: $18,7 \pm 3,13$ баллов до лечения и $18,2 \pm 2,86$ баллов после лечения. Различия между средними значениями показателей депрессии после лечения в основной ($p < 0,001$) и контрольной ($p = 0,01$) группах было статистически достоверным.

В ходе исследования нами были определены следующие показатели индекса массы тела в основной группе — $31,8 \pm 3,4$ и $31,9 \pm 2,9$ до и после лечения ($p > 0,05$); в контрольной группе — $31,7 \pm 3,4$ и $31,2 \pm 3$ до и после аллопатического лечения ($p > 0,05$). Кроме того, для верификации общего метаболического статуса пациенток была изучена окружность талии в основной группе — $96,3 \pm 7,2$ и $92,2 \pm 7,1$ см до и после лечения ($p = 0,000006$); контрольной группе — $95,8 \pm 7,4$ и $95,6 \pm 7,5$ см до и после аллопатического лечения ($p = 0,44$). Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии остеопатического лечения на липидный обмен и снижении локального накопления подкожной жировой ткани в области талии. При этом динамика показателя, определяющего соответствие роста и массы пациенток, оставалась статистически незначимой в обеих группах.

Концентрация кортизола в венозной крови пациентов основной группы составила $512,2 \pm 16,1$ нмоль/л до лечения и $357,8 \pm 53,5$ нмоль/л после остеопатического лечения ($p = 0,000003$), тиреотропного гормона — $3,76 \pm 0,12$ и $2,66 \pm 0,35$ мЕд/л ($p = 0,00008$), пролактин — $526,5 \pm 27,3$ и $314,4 \pm 39,7$ мМЕ/л ($p = 0,00000005$), фолликулостимулирующего гормона — $103,3 \pm 14,3$ и $103,1 \pm 13,9$ МЕ/л ($p = 0,75$) до и после остеопатического лечения соответственно. В контрольной группе зарегистрирована следующая концентрация кортизола — $510,1 \pm 15,6$ нмоль/л до лечения и $508,6 \pm 18,3$ нмоль/л после аллопатического лечения ($p = 0,3$), тиреотропного гормона — $3,76 \pm 0,12$ и $3,86 \pm 0,16$ мЕд/л ($p = 0,03$), пролактин — $523,2 \pm 26,6$ и $535,9 \pm 47,8$ мМЕ/л ($p = 0,42$), фолликулостимулирующего гормона — $102,2 \pm 13,9$ и $101,7 \pm 14$ МЕ/л ($p = 0,41$) до и после традиционного лечения соответственно. Различия между средними концентрациями кортизола ($p = 0,0008$), тиреотропного гормона ($p < 0,001$) и пролактина ($p < 0,001$) после лечения в основной и контрольной группах были статистически значимыми. Средние значения фолликулостимулирующего гормона у пациенток обеих групп после лечения были сходными ($p = 0,82$). Таким образом, определено, что остеопатическое лечение оказывает общее гармонизирующее влияние на функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и, по-видимому, оптимизирует способность организма к адаптации к изменяющимся факторам внутренней и внешней среды.

Выводы

1. Определено, что пациенткам с тяжёлым течением менопаузального синдрома свойственны вазомоторные расстройства, нарушения познавательной сферы и снижение настроения, сонливость, суставные и мышечные боли, генитоуринарный менопаузальный синдром, изменения массы и пропорций тела. Кроме того, зарегистрированы признаки нарушения функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси.

2. Установлено, что для пациенток с тяжёлым климактерическим синдромом характерны следующие соматические дисфункции: внутрикостные повреждения крестца и клиновидной кости, нарушение подвижности грудной, тазовой и черепной диафрагм, костей таза, матки, почек и средостения.

3. Остеопатическое лечение пациенток с тяжёлым менопаузальным синдромом приводит к купированию клинических проявлений данного состояния, повышению настроения, снижению сонливости, нормализации функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, метаболического статуса пациенток, и в итоге — к значимому снижению тяжести менопаузального синдрома. Эффективность традиционного аллопатического лечения данного состояния остаётся неудовлетворительной.

Практические рекомендации

Целесообразно включать методы остеопатической диагностики и коррекции в программу лечения пациенток с тяжёлым течением менопаузального синдрома. В ходе остеопатической диагностики и лечения особое внимание следует обращать на подвижность структур основания черепа, грудной, черепной и тазовой диафрагм, костных стенок и внутренних органов малого таза, почек и средостения. Средняя частота проведения сеансов остеопатического лечения: один раз в две или три недели.

1. Радзинский В. Е., Хамошина М.Б., Раевская О. А. и др. Очерки эндокринной гинекологии от синдрома к диагнозу и выбору терапии / Под ред. В.Е.Радзинского М.: Медиабюро «Статус презенс», 2020. 576 с.
2. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Шестакова И.Г., Осьмакова А.А. Менопаузальный синдром — терапия и профилактика: доказанные возможности фитострогенов // Доктор.Ру. 2015. №14 (115). С.32–37.
3. Сметник В.П., Ильина В.П. Роль половых гормонов в развитии метаболических расстройств у женщин в перименопаузе // Климактерий. 2009. №1. С.8–13.
4. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Венедиктова М.Г. Локальная негормональная терапия больных с генитоуринарным менопаузальным синдромом // Российский вестник акушера-гинеколога. 2018. №3(18). С.88–94. DOI: <https://doi.org/10.17116/rosakush201818288-94>
5. Егорова И.А., Михайлова Е.С. Краниальная остеопатия: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2013. 500 с.
6. Егорова И.А. Сборник лекций по краниальной остеопатии. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2007. 152 с.
7. Егорова И.А. Остеопатия в акушерстве и педиатрии с семиотикой: учебник для медицинских вузов. СПб.: ЗАО «ХОКА», 2021. 360 с.

References

1. Radzinsky V.E., Khamoshina M.B., Raevskaya O.A. et al. Ocherki endokrinnoy ginekologii ot sindroma k diagnozu i vyboru terapii [Essays on endocrine gynecology from syndrome to diagnosis and choice of therapy], ed. by Radzinsky V.E. Moscow, Editorial office of StatusPraesens Publ., 2020, 576 p.
2. Radzinsky V.E., Khamoshina M.B., Shestakova I.G., Osmakova A.A. Menopauzal'nyy sindrom — terapiya i profilaktika: dokazannyye vozmozhnosti fitoestrogenov [Menopausal syndrome – therapy and prevention: proven potential of phytoestrogens]. Doctor.Ru, 2015, no. 14(115), pp. 32-37.
3. Smetnik V.P., Ilyina V.P. Rol' polovykh gormonov v razvitiy metabolicheskikh rasstroystv u zhenshchin v peri- i ranney postmenopauze [The role of sex hormones in the development of metabolic disorders in peri- and early postmenopausal women]. Klimakteriy, 2009, no. 1, pp. 8-13.
4. Dobrokhotova Y.E., Ilyina I.Y., Venediktova M.G. Lokal'naya negormonal'naya terapiya bol'nykh s genitourinarnym menopauzal'nym sindromom [Local non-hormonal therapy of patients with genitourinary menopausal syndrome] Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa – Russian Herald of Obstetrician-Gynecologist, 2018, no. 3, pp. 88-94. doi: <https://doi.org/10.17116/rosakush201818288-94>
5. Egorova I.A., Mikhaylova Ye.S. Kranial'naya osteopatiya: Rukovodstvo dlya vrachej [Cranial osteopathy: A guide for physicians]. 2nd ed., revised and added. Saint-Peterburg, SPbMAPO Publ., 2013, 500 p.
6. Egorova I.A. Sbornik lektsii po kranial'noy osteopatii [Collection of lectures on cranial osteopathy]. Saint-Peterburg, SPbMAPO Publ., 2007, 152 p.
7. Egorova I.A. Osteopatiya v akusherstve i pediatrii s semiotikoy: uchebnyy dlya medicinskiykh vuzov [Osteopathy in obstetrics and pediatrics with semiotics: a textbook for medical schools]. Saint-Peterburg, ZAO KHOKA Publ., 2021, 360 p.