



ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Ю. Лебедева, Р.Я. Татаринцева

Российский университет дружбы народов

Медицинский институт

*Кафедра клинической физиологии и нелекарственных методов терапии
факультета повышения квалификации медицинских работников*

Исследовали беременных женщин с ранними сроками беременности, страдающими токсикозами первой половины. Определили особенности течения токсикозов первой половины беременности по степени тяжести.

Выявлено, что токсикозы характеризуются множественностью симптомов, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушение функции центральной нервной системы, сосудистые расстройства и нарушения обмена веществ.

Установлено, что применение щадящей техники — висцеральной терапии, полностью купирует симптомы токсикозов первой половины беременности.

Ключевые слова: висцеральная терапия, токсикоз, первой половины, нарушения, степени тяжести.

Не секрет, что радость от беременности часто нарушается настоящим испытанием — токсикозом. Токсикозами называют состояния беременных женщин, возникающие в связи с развитием всего плодного яйца или отдельных его элементов, характеризующиеся множественностью симптомов, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушение функции центральной нервной системы, сосудистые расстройства и нарушения обмена веществ. Рвоте в ранние сроки беременности подвержены 40—60% женщин. У 15—18 % беременных такое состояние нуждается в специальном лечении, так как клинические проявления рвоты ярко выражены. У 0,5% женщин токсикоз достигает тяжелой формы (З.Р. Кандаурова, И.И. Баранов, 2002; М.И. Агаджанов, 1987; И.П. Иванов, 1979; В.А. Кадиева, 1980; Ш. Каюмова, 1986; И.К. Куликова, 1989; И.К. Куликова, А.А. Кадырова, 1989; К.Г. Кутоян, 1987; S.A. Whitehead et al, 1992).

Токсикоз беременных сопровождается нарушениями взаимоотношений между корой и подкорковыми образованиями, обменными и иммунологическими сдвигами. Но те изменения, которые можно действительно увидеть с помощью лабораторной диагностики (повышение уровня мочевины и креатинина при существенном снижении объема крови), существуют только у беременных с ранним токсикозом средне-тяжелой степени, когда в организме происходят существенные сдвиги гомеостаза [1].

Кроме легкой, средней и тяжелой степени токсикоза у беременных, которая охвачена вниманием медицинской общественности, есть еще очень легкая степень. Если у беременной рвота бывает не каждый день или 1 раз в день, и на основных лабораторных показателях не отражается, не происходит значительной потери в весе, то диагноз «токсикоз» не ставится. В этом случае опасно пропустить нарастание степени тяжести раннего токсикоза, которое приводит к существенным сдвигам водно-электролитного баланса в организме этих беременных, что значительно влияет на состояние женщины: ее физическое и эмоциональное самочувствие. Диагностика затруднена тем, что в обществе широко распространено неправильное мнение: плохое самочувствие женщины в начале беременности почти норма. Эти женщины обращаются к врачу только тогда, когда токсикоз уже прошел, но потеря в весе подкосила ее силы, или токсикоз во все прогрессирует и терпеть дальше нет возможности. До планки, когда терпеть еще хоть как-то возможно, беременные переходят в разряд «самоспасающихся», использующих советы из интернета или от «бабушки» и «подруги». «У нас сохраняется печальная традиция в начале болезни *терпеть симптомы*, обращаться за помощью/советом к родственникам, подругам, соседкам, лечиться народными средствами, а к дипломированным врачам обращаться, когда терпеть уже невозможно» [2].





Вторая категория, которая выпала из сферы внимания — это те 40—60% беременных, которые не подвержены рвоте. Они испытывают только тошноту. Многие из них испытывают сильную тошноту постоянно (по поводу процентного соотношения этих женщин исследований не проведено). По выражению самих женщин они живут «как на корабле». При наблюдении за данной категорией женщин было выявлено, что даже без рвоты, испытывая только тошноту, женщины начинали фактическое голодание. Это не могло не сказаться на течении беременности. Пациентки теряли в весе, слабели физически и были подавлены эмоционально. У многих наблюдались вкусовые и обонятельные девиации. Особенно сильно это отражалось на тех женщинах, у кого индекс массы тела и без того был ниже нормы. Такие женщины вообще к врачу не появляются до 12 недель, когда такое состояние, вследствие развития плаценты, проходит и им становится легче жить.

С этими двумя категориями женщин и была проведена работа.

Истинные причины токсикоза до сих пор не изучены, поэтому единого мнения среди специалистов нет. Существует множество теорий, объясняющих его возникновение (иммунологическая, кортико-висцеральная, психосоматическая и другие). Однако, известно, что проявления нарушений многих систем организма (гематологической, свертывающей, иммунологической, биологической) являются поздним проявлением раннего токсикоза. Это всего лишь реакция на длительное повреждение почек, печени, головного мозга и других тканей.

В работе организма метаболическим нарушениям часто предшествуют функциональные. Функциональные нарушения так же бывают единственной причиной недомоганий. Они не определяются лабораторно и не подтверждаются УЗИ. Но клинические проявления не оставляют сомнений о начале нарушений.

В данной работе была поставлена задача борьбы именно с функциональными нарушениями с помощью висцеральной терапии. Были выдвинуты предположения, что таким образом можно помочь беременной женщине перенести реакцию на беременность не признанную, как токсикоз, но значительно влияющую на ее физическое

и эмоциональное состояние. Так же рассматривалось предположение, что поддерживая правильные функции организма висцеральной терапией на фоне основного лечения, можно значительно повлиять на ход отклонений и при выраженном токсикозе, где уже были нарушены основные лабораторные показатели.

Как мы видим, все эти нарушения в основном продиктованы разбалансированной работой системы пищеварения и кровотока.

При возникновении нарушений секреторной, моторной, всасывательной и других функций этой системы беременные в ряде случаев не в состоянии обеспечить плод пластическим и энергетическим материалом, что влияет на его рост и развитие.

Проанализировав современное состояние работающих беременных женщин можно с уверенностью сказать, что большинство из них находится в стрессе без возможности отдохнуть [3]. Качество отдыха, пропагандирующееся ныне в социуме, не приводит к положительным результатам [4]. На пищеварительную систему такая эмоциональная нагрузка действует, прежде всего.

Висцеральная терапия помогает снизить нагрузку от стрессов за счет расслабления мышц, участвующих в эмоциональном реагировании (диафрагма, сфинктеры и т.д.) и гармонизации работы внутренних органов. Слаженная работа органов и систем подразумевает правильное анатомическое расположение органов, свободное движение органа (висцеральный ритм), точную работу сфинктеров. Нарушают работу органов следующие патологии:

- 1) связочные фиксации (спазм связки);
- 2) мышечные фиксации (спазмы гладкой мускулатуры);
- 3) спайки (перенесенные травмы, операции, воспаления).

Для работы мы использовали очень мягкую технику — миофасциальный релиз. Это неинвазивная техника, совершенно безопасна для беременных, в том числе и на ранних сроках. Технология висцеральной терапии была разработана профессором Р.Я. Татаринцевой, преподается на кафедре клинической физиологии и нелекарственных методов терапии ФПКМР РУДН. Задача — снять напряжение с диафрагмы, мышц спины, расслабить связки для восстановления висцерального

ритма печени, желудка, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, толстой кишки. Самая главная цель — улучшение оттока желчи и сока поджелудочной железы через сфинктер Одди в двенадцатиперстную кишку.

◆ Напряженная диафрагма не дает возможности органам двигаться в правильном висцеральном ритме, что нарушает пищеварение и кроветворение.

◆ Висцеральный ритм напрямую связан с мышцами спины, конкретно с поясничной мышцей, которая представляет собой буквально рельсы для движения почек [5]. Работа почек во время беременности как раз и поддерживает водно-солевой баланс, и так важна для отсутствия отеков и правильного выведения продуктов обмена в принципе.

◆ Правильный отток секретов печени и поджелудочной железы способствует тонуусу кишечника, а значит, и отсутствию запоров [6].

◆ По исследованию А.Г. Гвасалия [7] в течение беременности запоры возникают у 26,4% женщин. Толстокишечный стаз, как источник постоянного выброса серотонина может привести к угрозе прерывания беременности в ранние сроки. Установлено, что у беременных при запорах угнетается индигенная флора и условно-патогенная начинает пролиферировать не только в толстой кишке, но и в мочеполовом тракте [8].

◆ Поджелудочная железа во время беременности ответственна за самое главное — переваривание пищи и, следовательно, снабжения растущего плода питательными веществами.

◆ Нарушение оттока секретов печени и поджелудочной железы ведет к неправильному пищеварению, что в свою очередь в сочетании с неправильным питанием приводит к перегрузке организма азотистыми шлаками, особенно конечными продуктами превращения пуриновых оснований — солями мочевой кислоты [9].

◆ Печень ответственна за жировой обмен. При нормальном питании беременной к 30 неделе, во многом благодаря анаболическому действию прогестерона, в ее организме откладывается около 4 кг жира (соответствует 3600 ккал), что необходимо для кормления новорожденного [10].

◆ Нарушение оттока секретов из печени и поджелудочной железы ведет так же к напряжению

диафрагмы, поднятию внутрибрюшного давления и, вследствие этого нарушению экскурсии легких, что, в свою очередь, обуславливает выраженную гипервентиляцию и нарушение газообмена. Это плюс к тому, что уменьшение функциональной остаточной емкости к 3 триместру и так достигает 20% [11].

Использование висцеральной терапии при недомоганиях в начале беременности частично устраняет причины раннего токсикоза и других патологий во время беременности.

Было взято две группы беременных.

Экспериментальная группа 20 человек (возраст: $32,00 \pm 0,05$) — у всех женщин были жалобы на постоянную тошноту (рвота не больше одного-двух раз в день) и, в связи с этим, невозможность полноценного питания. Они получали поддержку висцеральной терапией и обучались приемам самопомощи. Все отметили облегчение симптомов, возможность принятия пищи. Не наблюдалось жалоб на запор, и бессонницу в дальнейшем. Еще мы неожиданно обнаружили, что у этой группы беременных реже встречались жалобы на зуд во влагалище и выделения. У беременных этой группы не было осложнений и в 3 триместре.

Контрольная группа 19 человек (возраст: $29,00 \pm 0,35$) — женщины испытывали те же неудобства на ранних сроках беременности, но отказались от помощи методом висцеральной терапии. В этой группе были 2 осложнения в 3 триместре: ОПГ — гестоз и холестаза; и одно осложнение в 1 триместре — рвота увеличилась до 5—7 раз в день, в дальнейшем женщина получала поддержку в стационаре, токсикоз давал себя знать до 18 недели. Чаще наблюдались жалобы на запор, бессонницу и влагалищный дискомфорт: творожистые выделения, желтые выделения, зуд, беспокой неприятный запах выделений.

Лабораторная диагностика проводилась в СМД (Центре молекулярной диагностики) Центрального НИИ Эпидемиологии, где были исследованы показатели:

— гемоглобин (референсные значения 117—155 г/л);

— гематокрит (35—45%);

— креатинин (53—97 мкмоль/л);

— билирубин общий (5.00—21.00 мкмоль/л);

— все референсные значения показаны для беременных женщин.



Креатинин — важный показатель работы почек, потому что именно они выводят его с мочой. Низкий уровень креатинина наблюдается при сниженном потреблении мяса, вегетарианской диете и голодании. Так же и во II и III триместрах у беременных женщин концентрация креатинина крови снижена на 40% вследствие увеличения объема крови, повышения почечного плазмотока и фильтрации, и соответствующего роста клиренса креатинина [12]. Деятельность почек в функциональном плане зависит от возможности соблюдать свою траекторию движения. Поэтому в висцеральной терапии большое внимание уделяется гармонизации мышц спины.

Билирубин выводится из печени через желчные протоки. Нам было важно увидеть, что этот показатель в крови у беременных не повышался, поскольку в основном на эти протоки и проводилось воздействие.

Гемоглобин и гематокрит служили для нас основными показателями состояния беременной женщины. Согласно Center for Disease Control и Всемирной Организации Здравоохранения, во время беременности указанием на наличие реальной, настоящей (а не физиологической) анемии является гемоглобин ниже 11 г/л и гематокрит ниже 33% в I и III триместрах; и гемоглобин ниже 10—10,5 г/л и гематокрит ниже 31% во II триместре [13].

С помощью радиоактивной метки показано, что 90% железа всасывается в 12-перстной кишке и только 10% — в верхних отделах тонкого кишечника [14].

В дуоденуме пищевая масса (химус) подвергается действию поджелудочного сока, желчи, а также сока бруннеровых и либеркюновых желез двенадцатиперстной кишки. Эта схема идеально работает, если сфинктер Одди не спазмирован.

В то же время известно, что повышенный гемоглобин — это тоже сигнал опасности [15].

Заключение. В результате проведенных исследований выявлено, что применение висцеральной мануальной терапии значительно улучшает физическое и эмоциональное состояние, приводит к купированию токсикоза первой половины беременности. Так же рассматривалось предположение, что поддерживая правильные функции организма висцеральной терапией на фоне основного лечения, можно значительно повлиять на ход от-

клонений и при выраженном токсикозе, где уже были нарушены основные лабораторные показатели.

Выводы

Применение висцеральной терапии дает положительные результаты при ранних токсикозах у беременных и рекомендуется как комплексная помощь при купировании физических и эмоциональных нарушений у беременных, связанных с токсикозом первой половины беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скоркина С.М. «Влияние раннего токсикоза (рвота беременных) на систему агрегатного состояния крови» тема диссертации и автореферата по ВАК 14.00.01, кандидат медицинских наук.
2. Медведь В.И. 280 дней и вся жизнь // Status praesens. № 5/11 (12/2012). С. 9.
3. Татаринцева Р.Я., Омельчук Н.Н., Лебедева Е.Ю., Панов Г.А., Кадошникова М.Ю., Априамашвили Г.Г. Социально-психологические аспекты послеродового восстановления женщины // «Российский научный журнал». 2014. № 2 (40). С. 294—301.
4. Татаринцева Р.Я., Априамашвили Г.Г., Омельчук Н.Н. Психофизическое здоровье как отражение отдаленных последствий родовых травм и их коррекция методами мануальной терапии // Материалы XXIV Конференции Российской ассоциации мануальной медицины и Московского профессионального объединения мануальных терапевтов «Актуальные вопросы мануальной терапии-2014» (24—25 октября 2014 г. Москва, октябрь 2014. Бюллетень № 15. Издательство «ИП Соколова Д.С.» С. 61—64.
5. Пьер Барраль, Мерсьер П. Висцеральные манипуляции. Изд. МИК, 2005. С. 203.
6. Лебедева Е.Ю., Татаринцева Р.Я. Основные причины возникновения и помощи при послеродовых запорах // Современные научные исследования и инновации. Март, 2013. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2013/03/22599>
7. Гвасалия А.Г. Клиническое значение запоров при беременности: Автореферат к.м.н. 2004. 23 с.
8. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. М., Status Praesens, С. 251.
9. Пищевая плотность рационов беременных и кормящих женщин, страдающих анемией. / Л.Н. Салпынова и соавт. // Вопр. питания. 1993. 2. С. 21—25.
10. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии / Под ред. Ю.В. Цвелева, В.Г. Абашина. СПб.: Фолиант, 2007. С. 60.
11. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии / Под ред. Ю.В. Цвелева, В.Г. Абашина. СПб.: Фолиант, 2007. С. 62.



Non-drug therapies

12. Инвитро диагностика. Лабораторная диагностика / Под ред. Е.А. Кондрашовой, А.Ю. Островского. М.: Медиздат, 2009. С. 101.

13. No authors listed: Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 1998; 47(RR-3):1—29.

14. Апресян С.В. Даешь кислород // Status praesens. С. 33.

15. Лебедев В.А., Пашков В.М. Патогенез и терапия железодефицитной анемии беременных // Трудный пациент. № 8. С. 28—31.

VISCERAL THERAPY IN EARLY PREGNANCY

E.Y. Lebedeva, R.A. Tatarintseva

Peoples' Friendship University of Russia

Medical Institute

Department of clinical physiology and non-therapies

Researched pregnant women with early pregnancy, suffering from toxicosis first half. Identified features of the flow toxicosis of first half of pregnancy in severity. It is revealed that the toxicosis is characterized by multiple symptoms, of which the most constant and severe are the dysfunction of the Central nervous system, cardiovascular disorders and metabolic disorders. It is established that the application of sparing techniques — visceral therapy, completely eliminates the symptoms of toxicosis first half of pregnancy.

Key words: visceral therapy, toxicity, first half, violations, severity.
