

Черкасова Н. Ю.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ В РАЗВИТИИ СИМФИЗИОПАТИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», 101000, г. Москва

Представлены результаты исследования анамнестических и антропометрических предпосылок в развитии симфизиопатии при беременности. Достоверным оказался более высокий процент болезней нервно-мышечной системы, к которым были отнесены радикулопатия, дорзалгия, межреберная невралгия, остеохондроз, миозит и мигрени.

In this article we analyze a possible medical background and anthropometrical preconditions for a development of symphysiolysis in groups of pregnant women with pelvic girdle pain syndrome (PPGP) and symptom-free pregnant controls. In PPGP-group there were also a statistically higher percentage of neuromuscular disorders including radiculopathy, cervicgia, thoracalgia, back pain, low back pain, degenerative disc disease, myositis and migraines.

Симфизиопатия беременных рассматривается как одна из форм синдрома ассоциированной с беременностью тазовой опоясывающей боли (pregnancy related pelvic girdle pain — PPGP) и встречается с частотой около 9%. В 25% случаев требует лечения, а в 8% ведет к ограничению повседневной деятельности и временной инвалидизации женщины.

Цель исследования: выявление анамнестических и антропометрических предпосылок к развитию симфизиопатии при беременности.

Обследовано 130 беременных: 1-я, контрольная, группа ($n = 65$) — без симфизиопатии, 2-я группа ($n = 65$) — с клиническими и ультразвуковыми признаками симфизиопатии. Средний возраст составил: в 1-й группе — 28,45 года, во 2-й группе — 28,49 года. Диагностика симфизиопатии проводилась с помощью опросников пациенток, при осмотре и проведении провокационных проб (тест на боли в лонном сочленении, тест активного поднимания выпрямленной ноги, тест Патрика (или FABER-тест), проба Тренделенбурга, болевой МАТ-тест, боли при билатеральном давлении на вертелы или крылья подвздошных костей, тест боли в паравертебральных мышцах, ягодицах, грушевидных и крестцово-бугорных связках) и методом ультразвуковой диагностики структур лона.

При сравнении выявлено, что пациентки 1-й и 2-й групп не отличались по возрасту и паритету, антропометрическим данным и акушерско-гинекологическому анамнезу. Средний рост беременных контрольной и основной групп составил соответственно $162 \pm 8,0$ и $166 \pm 5,8$ см ($p = 0,1352$), достоверных отличий не выявлено ($p > 0,05$). Средний вес пациенток до беременности в контрольной и основной группах составил соответственно $59,6 \pm 14,9$ и $69,7 \pm 12,5$ кг ($p = 0,0124$); средний вес беременной перед родами: $67,6 \pm 15,9$ и $80,3 \pm 14,0$ кг ($p = 0,0055$); средняя прибавка веса за беременность: $8,2 \pm 4,0$ и $13,9 \pm 5,7$ кг ($p = 0,0026$), статистические различия достоверны. Достоверных различий между группами по наружным размерам и форме костного таза не выявлено.

В исследуемых группах преобладали первородящие беременные — 67 (51,5%) пациенток. Многорожавших женщин было 12 (9,2%), из них в группе контроля — 5 (7,7%), в группе симфизиопатии — 7 (10,7%). Достовер-

ных различий по паритету в контрольной и основной группах не выявлено ($p > 0,05$).

Выявленные анамнестические факторы риска симфизиопатии (переломы конечностей в анамнезе, травмы позвоночника и таза, тазовые боли при предыдущих беременностях, боли в пояснице до беременности, отсутствие регулярных упражнений) чаще встречались в основной группе, но различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Достоверным был более высокий процент болезней нервно-мышечной системы, к которым были отнесены: радикулопатия, дорзалгия, цервикалгия, боль внизу спины, межреберная невралгия, остеохондроз и миозит — 55,4% в группе патологии по сравнению с 20% в контрольной группе ($p = 0,00055$), и по частоте выявления мигрени — 15,3% по сравнению с 1,5% в контрольной группе ($p = 0,008624$). Во 2-й группе выявлены также экстрагенитальные патологии, которые в группе контроля не встречались: остеопороз — 1,5%, ревматизм — 1,5%, разрыв лонного сочленения в предыдущих родах — 3,2%.

Гинекологические заболевания выявлены у 61,5% пациенток. Статистически достоверной разницы между группами по структуре гинекологических заболеваний (эрозия шейки матки, хронический сальпингоофорит, миома матки и эндометриоз, острый кольпит, нарушения менструальной функции, применение до беременности гормональной контрацепции, бесплодие, внематочная беременность, опущение и/или неполное выпадение матки и влагалища) не было ($p > 0,05$).

Частота самопроизвольных выкидышей (15,4 и 24,6% соответственно) и аборт (13,8 и 24,6% соответственно) в контрольной и основной группе превышала показатели в популяции, однако статистически значимых отличий не выявлено ($p > 0,05$).

Заключение. Статистически значимые различия массы тела и прибавки массы во время беременности не позволяют исключить избыточную массу тела из факторов риска симфизиопатии, так же как заболевания нервно-мышечной системы: радикулопатию, дорзалгию, цервикалгию, боль внизу спины, межреберную невралгию, остеохондроз, миозит и мигрени, а также остеопороз и ревматизм.