

СОСТОЯНИЕ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИИ

О. П. Сергеева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. И. Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета

К настоящему времени картина родового травматизма существенно изменилась. Разрыв тазового кольца в родах встречается довольно редко — от 1:30000 родов до 1: 520 [11]. В то же время частота тазовых болей и нарушения походки во время беременности не имеют тенденции к снижению и составляют 50—60% на разных сроках беременности [9], сохраняясь после родов в течение 4 — 6 месяцев [8, 10]. М. Ф. Айзенберг [1] указывал, что "по изменениям лонного сочленения, являющегося как бы индикатором таза, можно судить об изменениях, происходящих во всем тазовом кольце". До недавнего времени состояние лонного сочленения в основном оценивали рентгенологическим методом [2]. Рентгенопельвиометрия ограничена в применении при беременности вследствие отрицательного воздействия ионизирующего излучения на плод. В настоящее время в акушерской практике широко используется УЗИ [3].

Оценка рентгенопельвиометрии для определения состояния лонного сочленения вне беременности не имеет никакой корреляции [5]. В настоящее время оценка состояния лонного сочленения во время беременности и в послеродовом периоде по данным эхографии является наиболее достоверным методом [6, 7].

Целью настоящего исследования являлась оценка состояния лонного сочленения в послеродовом периоде на 3—5-е сутки после родов у 330 женщин без болей в области таза. Были обследованы 23 беременные и 3 родильницы с болями в области лонного сочленения. В контрольную группу вошли 67 небеременных женщин репродуктивного возраста. Средний возраст пациенток составлял 25,9 ± 4,6 года. УЗИ включало в себя измерение ширины лонного сочленения по верхнему краю лобковых костей в положении женщины лежа на спине, на жесткой кушетке и определение вертикального смещения лобковых костей по адаптированной методике Chamberlain's [6, 7]. Суть методики в следующем: пациентка, лежа

на спине, поднимает прямую в колене ногу на 45°, при этом одноименная половина тазового кольца опускается по принципу рычага, в этот момент оценивают смещение лонных костей относительно друг друга. В работе использовался УЗИ сканер HDI 1000 с конвексным преобразователем 3,5 МГц.

Оценка ширины лонного сочленения показала отсутствие зависимости от роста (рис. 1) и массы тела женщин (рис. 2). Согласно результатам исследования состояния лонного сочленения во время беременности, его ширина начинала достоверно увеличиваться в I триместре и составляла в среднем 6,7 ± 1,5 мм, что было достоверно выше, чем у небеременных — 5,1 ± 0,9 мм ($p < 0,05$). С возрастанием срока беременности проис-

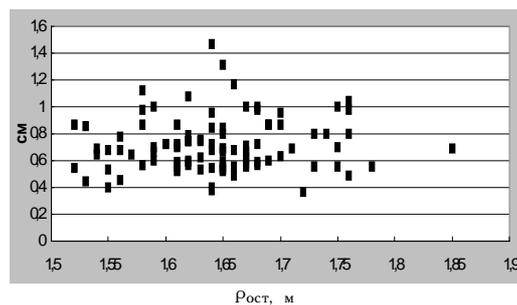
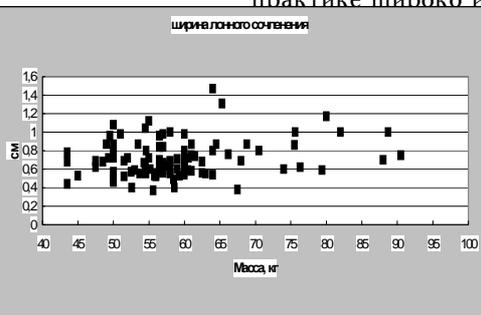


Рис. 1. Зависимость ширины лонного сочленения от роста женщин.

Масса тела, кг

Рис. 2. Зависимость ширины лонного сочленения от массы тела женщин.

ходило незначительное увеличение ширины лонного сочленения, однако достоверных различий по триместрам не

выявлено. Ширина лонного сочленения при сроке беременности 20—24 нед была равна 7,2 1,5 мм, 37—40 нед — 7,1 2,0 мм. Основным фактором, влияющим на состояние лонного сочленения, является возраст женщин, что обусловлено возрастными изменениями структуры симфизальной ткани. Минерализация хряща лобкового симфиза с возрастом увеличивается [4], поэтому у беременных старшего возраста лонное сочленение более узкое. Анализ зависимости данной величины от возраста женщин показал, что целесообразно выделение 2 групп: от 16 до 25 лет (1-я группа) и старше 26 лет (2-я группа). У женщин 2-й группы на всех сроках исследования ширина лонного сочленения была достоверно

шалась в среднем на 0,4 0,2 мм по сравнению с таковой при доношенном сроке в обеих возрастных группах. При проведении пробы Chamberlain's достоверного вертикального смещения лонных костей не определялось (в среднем 1,0 0,5 мм).

Результаты исследования лонного сочленения при болях в области таза были следующими. У беременных с болями преимущественно в области лона ширина лонного сочленения достоверно не отличалась от данных тех беременных, которые не жаловались на такие боли (при сроке беременности 37—40 нед соответственно 7,0 1,6 мм и 7,3 2,1 мм; $p > 0,05$). Вместе с тем эхографически определялись нечеткость контуров лонных костей и пониженная эхогенность интра- и окоლოსимфизального пространства. Антибактериальное лечение этих беременных флемоксином в течение 7 дней привело к исчезновению болей. Эхографически контуры лонных костей приобретали большую четкость; эхогенность интра- и окоლოსимфизального пространства не отличалась от таковой у беременных без болей. Ширина лонного сочленения у пациенток, которые жаловались на боль в области таза во время беременности, при исследовании на 3—5-е сутки после родов досто-

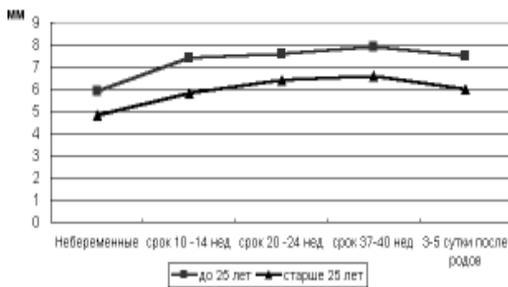


Рис. 3 Динамика значений ширины лонного сочленения.

Ширина лонного сочленения в зависимости от паритета (мм)

Паритет	Сроки				
	вне беременности	10—14 нед	20—24 нед	37—40 нед	3—5-е сутки после родов
Первородящие	6,1 1,7*	7,6 1,8	7,5 1,8	7,8 1,6	7,6 1,5
	4,9 0,5*	5,8 1,0	6,7 1,5	6,5 1,4	6,0 1,3
Повторнородящие	5,1 0,5*	6,8 1,6	8,0 1,3	7,6 0,5	6,7 0,5
	4,7 0,7*	6,0 1,1	6,3 0,8	6,1 1,3	5,7 1,2

Примечание. В числителе — показатели возрастной группы от 16 до 25 лет, в знаменателе — старше 26 лет. * Разность данных достоверна по сравнению с показателями вне беременности ($p < 0,05$).

меньше. Расширение лонного сочленения во время беременности в обеих группах имело общую тенденцию (рис. 3).

Изучалось влияние предыдущих родов на изменение лонного сочленения при данной беременности (см. табл.): при сохраняющейся динамике ширина лонного сочленения у первородящих и повторнородящих достоверно не различалась.

В послеродовом периоде определялась инволюция изменений лонного сочленения. Так, на 3 — 5-е сутки после родов ширина лонного сочленения умень-

верно не изменялась (6,7 1,5 мм). Указанные изменения ширины лонного сочленения и эффективность антибактериальной терапии были расценены как наличие воспалительного очага в области симфиза (симфизит).

У 3 родильниц боли в области лонного сочленения появились уже в первые сутки после родов. При УЗИ были выявлены расширение лонного сочленения до 10,5 2,3 мм, пониженная эхогенность окружающих тканей, нечеткость контуров лонных костей, гипоэхогенные очаги с отчетливыми конту-

рами, расположенные в проекции сочленения. Данные УЗИ в сочетании с клиникой течения заболевания (длительность и интенсивность болей, неэффективность антибактериальной терапии, необходимость дальнейшей реабилитации) позволили интерпретировать эти случаи как травматическое повреждение лонного сочленения в родах.

Приводим клиническое наблюдение.

Родильница Ф., 23 лет, рост — 154 см, масса тела — 57,5 кг. 7.06.02 г. через 3 часа после родов пожаловалась на острую боль в области лонного сочленения, ноющие боли в паховых областях и внутренней поверхности бедер. Движения в постели крайне ограничены из-за резкого усиления болей. Из анамнеза: 7.06.02 г. были первые срочные роды живым доношенным плодом (масса тела — 3350 г, рост — 55 см, окружность головки — 36 см). Наружные размеры таза родильницы: D. Sp. — 24, D. Cr. — 26, D. Tr. — 30, С. Ех. — 19. Общая продолжительность родов составила 12 часов 50 минут, I период — 12 часов 25 минут, II — 20 минут, III — 5 минут. Беременность протекала с угрозой прерывания во II триместре. Во время беременности и родов болей в области лонного сочленения не было.

Объективное состояние родильницы удовлетворительное, частота пульса — 78 уд. в 1 мин, температура — 36,9°C, АД — 110/70 мм Hg. Живот мягкий, безболезненный. Высота стояния дна матки — на уровне пупка, матка плотная. Выделения из половых путей умеренные, сукровичные, без запаха. В области лонного сочленения определяется отечность. Пальпация области лонного сочленения сопровождается резкой болезненностью. Симптомы Верней, Ларрея, Гориневской ("прилипшей пятки") резко положительны. Общие анализы крови и мочи без особенностей.

При УЗИ были выявлены выраженный отек мягких тканей в области лонного сочленения, распространяющийся на паховые области, ширина лонного сочленения — 1,4 см, нечеткие контуры лонных костей, гипозохогенное образование с неясными контурами (13S9 мм) между симфизальными поверхностями лонных костей. В мягких тканях у передней поверхности лонных костей — гипозохогенный очаг с достаточно отчетливыми контурами (18S7 мм). Пробу Chamberlain's провести было невозможно из-за резкого усиления боли при попытке подъема ноги.

Заключение: расхождение лонного сочленения; отек интрасимфизального пространства; гематома мягких тканей.

ВЫВОДЫ

1. УЗИ состояния лонного сочленения у беременных является информативным, доступным и не оказывающим вредного влияния на плод методом диагностики.

2. Ширина лонного сочленения не зависит от роста, массы тела женщин,

наличия родов в анамнезе, а обусловлена возрастными изменениями.

3. Достоверное увеличение ширины лонного сочленения определяется в I триместре беременности с незначительными колебаниями на более поздних сроках и в послеродовом периоде.

4. УЗИ позволяет оценивать состояние лонного сочленения и изменения мягких тканей лонной области у беременных и родильниц с болью в области таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенберг М. Ф. Сочленения таза при беременности. — М., 1962.
2. Демидкин П. Н., Шнирельман А. И. Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии. — М., 1980.
3. Марусов А. П., Баландин А. Н. Хирургическая тактика при разрывах матки и тазового кольца в родах. — Саранск, 1994.
4. Незнакомцева Е. П., Ломова Ю. Г. // Морфология. — 1993. — № 5—6. — С.90—99.
5. Bjorklund K., Bergstrom S. // Gynecol. Obstet. Invest. — 1996. — Vol. 42. — P.151—153.
6. Bjorklund K., Bergstrom S. // Acta Obstet Gynecol Scand. — 1999. — Vol.78. — P.125—130.
7. Bjorklund K., Lingern P. G., Bergstrom S. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 1997. — Vol.76. — P. 227—232.
8. Kostad O., Biornstaf N. // Tidsskr Nor Laegeforen. — 1990. — Vol. 110. — P.2209—2211.
9. Orvieto R. // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 1994. — Vol. 73. — P.209—214.
10. Ostgaard H.C. // Spine. — 1992— Jun. — Vol.17 (1). — P.53—55.
11. Snow R., Neubert G. // Obstetrical and Gynecological Survey. — 1997. — Vol.52. — P. 438—443.

Поступила 06.03.03.

STATE OF PUBIC JOINT IN PREGNANCY AND POSTNATAL PERIOD BY ECHOGRAPHIC DATA

O.P. Sergeeva

S u m m a r y

State of pubic joint at various terms of pregnancy was studied by echographic data. It is found that state of pubic joint does not depend on stature and body mass of women. Age of women has the greatest effect on the width of pubic joint during pregnancy. Echography of pubic joint in pregnant is the informative diagnostic method, with absence of hazard for the fetus.