

рубрикам № 86 «кисты шейки матки», к № 76 — цервицит и № 88.1 — дисплазиям, из-за нарушения слоистости МПЭ за счет инфильтрации (воспаления).

В лечении трихомоноза успешно используются специфические препараты (флагил и его производные, лазер на парах меди, инстиллагель, трихопол). При хроническом трихомонозе применяется вакцина солко-триховак 0,5 в/м через 2 нед. № 3, ревакцинация через 8 мес., при повторных курсах лечения специфические препараты сочетаются с физиопроцедурами. Контроль за эффективностью лечения через 3; 6 и 12 мес.

Проведя многофакторный, ретроспективный анализ амбулаторной документации, мы убедились, что цитологические мазки, обследование на ИППП, морфологические данные совпали с нашими кольпоскопическими заключениями более чем в 90% наблюдений. Мы считаем, что клинический диагноз должен быть поставлен в результате комплексного обследования, которое после кольпоскопического осмотра приобретает целенаправленный характер. Кольпоскопия способствует раннему выявлению дисплазий различной степени и раннего рака. По данным гистологической лаборатории городского Перинатального центра, на основе прицельного забора материала за 5 лет, подтверждено 495 дисплазий эпителия шейки матки разной степени поражения эпителия (CIN I, CIN II, CIN III). Регресс дисплазий при CIN I произошел у 27%, при CIN II — у 11%, радикальные иссечения шейки с использованием радиоволновой энергии аномальных участков при CIN III выполнены у 85 (17%) чел. Ранний рак Ia стадии выявлен у 9% больных.

Подозрение на дисплазию может звучать после кольпоскопии как клинический диагноз (МКБ-10, шифр № 87.1) и уточняется после патоморфологического исследования.

Таким образом, кольпоскопия должна стать стандартным методом диагностики патологии шейки матки

в работе всех акушеров-гинекологов, что практически стало возможным в последние годы, в связи с достаточным оснащением женских консультаций кольпоскопами по программе национального государственного проекта «Здоровье населения России».

#### Л и т е р а т у р а

1. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. / Пер. с нем. [под ред. С.И. Роговой]. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 288 с.
2. Белокриницкая Т.Е., Свердлов Е.С., Пономарева Ю.Н. Заболевания шейки матки: рук-во для врачей. - Иркутск-Чита, 2007. - 47 с.
3. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинические лекции [под ред. проф. В.Н. Прилепской]. - М.: Мед-Пресс., 1999. - 427 с.
4. Кулинич С.И., Свердлов Е.С., Рыбалко И.Е. Клиническая интерпретация кольпоскопических символов и понятий: пос. для врачей. - Иркутск, 2006. - 71 с.
5. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. - М.: Аэрограф-медиа, 2001. - 200 с.
6. МКБ-10 ВОЗ, Женева, Москва, 2004. - 266 с.
7. Прилепская В.П., Роговская И.С., Межевитинова Е.А. Практическое рук-во по кольпоскопии. - М., 2001. - 121 с.
8. Профилактика рака шейки матки: рук-во для врачей. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 55 с.
9. Hinselman H., Veb H.J., Thieme G. Kolposkopische studien. - Leipzig, 1954. - 249 p.
10. World Health Organisation (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. Geneva: WHO. - 2006.

*Координаты для связи с авторами:* Кулинич С.И. — e-mail: kulinich@zmail.ru



УДК 618.3 : 616.721.7 - 001.7 - 07 - 08 - 039.57

Е.Г. Скрябин, Ю.С. Решетникова, Е.В. Юхвид

## СПОНДИЛОЛИСТЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

*Тюменская государственная медицинская академия,  
625023, ул. Одесская, 54, тел./факс: 8(3452)20-62-00, г. Тюмень*

Особенности клиники, диагностики и лечения спондилолистеза у женщин, вынашивающих беременность, остаются малоизученными. Связано это с различными причинами, в том числе и с той, что проблема находится на стыке двух важнейших медицинских дисциплин — ортопедии и травматологии, с одной стороны, и акушерства и гинекологии, с другой.

В структуре дегенеративно-дистрофических и диспластических заболеваний позвоночника у беременных спондилолистез занимает четвертое ранговое место, уступая остеохондрозу, сколиотической болезни и аномалиям развития [4]. Основное проявление вертеброгенной патологии — болевой синдром в поясничном и крестцовом отделах, который доставляет женщинам наибольшие

страдания и нередко требует проведения разноплановой дифференциальной диагностики. Кроме того, спондилолистез является фактором высокой степени риска механического препятствия к прохождению плода по родовому каналу. Невозможность проведения у беременных женщин общепринятых диагностических и лечебных процедур делает проблему спондилолистеза у этой категории пациентов еще более актуальной.

### Материалы и методы

Располагаем опытом динамического наблюдения и лечения 550 беременных женщин с различной вертеброгенной патологией. Спондилолистез поясничных позвонков был диагностирован у 14 (2,5%) из них. Наблюдения за этими 14 женщинами и послужили клиническим материалом для написания работы. Средний возраст исследуемых беременных составил 28 лет. Первородящих было 8 чел., повторнородящих — 6 чел.

Для распределения патологии по степени тяжести использовали принятую в нашей стране классификацию Н.В. Meyerding [5], позволившую установить, что у исследуемых беременных преобладал спондилолистез I ст. — 9 (64,2%) клинических наблюдений. У 3 (21,4%) женщин отмечена II ст. По 1 (7,2%) случаю диагностирован спондилолистез III и IV ст. тяжести. По направлению смещения позвонка преобладали антелистезы над ретролистезами в 13 (92,8%) и 1 (7,2%) клинических наблюдениях соответственно. Во всех случаях антелистеза патология сформировалась на фоне спондилолиза межсуставной части дуг LIV (2 женщины) и LV (11 женщин) позвонков. Имевшие спондилолистез LV позвонка 3 (21,4%) женщины до анализируемой беременности были оперированы на позвоночнике.

Диагноз спондилолистеза у исследуемых беременных устанавливали на основании жалоб, анамнеза, результатов клинического исследования по специально разработанному алгоритму [3] с применением авторских устройств (патенты РФ № 2224460, 2240723, 31962; свидетельства РФ № 8231, 9392, 11461, 30253). В послеродовом периоде по клиническим показаниям выполняли рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника. Использовали также медицинскую документацию, имеющуюся у женщин на руках.

### Результаты и обсуждение

Известно, что тяжесть клинических проявлений спондилолистеза обусловлена двумя основными факторами: дегенеративной нестабильностью позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) и компрессией спинно-мозговых нервов [1]. С первым из указанных факторов связаны ортопедические проявления заболевания, со вторым — неврологические.

*Ортопедические проявления.* Основным симптомом спондилолистеза у беременных был болевой синдром, на его наличие указали 10 (71,4%) беременных. Преимущественная локализация болей — пояснично-крестцовый отдел позвоночника с иррадиацией в одно из крестцово-подвздошных сочленений и ягодичную область. При оценке степени тяжести болевого синдрома по специально разработанной для этого шкале удалось установить, что легкая степень выраженности алгического синдрома имела место у 5 (50,0%) женщин, средняя — у 4 (40,0%),

### Резюме

В группе из 550 беременных женщин, страдающих заболеваниями позвоночника, спондилолистез поясничных позвонков диагностирован в 14 (2,5%) наблюдениях. Изучена клиническая картина спондилолистеза у беременных. Выработана диагностическая и лечебная тактика. Использование разработанной системы немедикаментозного лечения вертеброгенного болевого синдрома у беременных со спондилолистезом позволило получить хорошие результаты в 70,0% случаев.

*Ключевые слова:* спондилолистез, беременные женщины.

E.G. Skryabin, Y.S. Reschetnikova, E.V. Yhvid

### SPONDYLOLISTHESIS IN PREGNANT WOMEN: PECULIARITY OF SYMPTOMS, DIAGNOSTICS, TREATMENT

*Tyumen medical academy, Tyumen*

### Summary

In the group of 550 pregnant women, suffering from diseases of the spine, Spondylolisthesis of lumbar vertebra is diagnosed in 14 (2,5%) cases. The clinical picture of the course of spondylolisthesis in pregnant women has been studied. The authors have worked out diagnostic and medical tactics. Implementation of the worked out system of non-drug treatment of vertebrogenetic pain syndrome in pregnant women with the anomalies of spine allows to receive good results in 70,0% of cases.

*Key words:* Spondylolisthesis, pregnant women.

и тяжелая степень зарегистрирована у 1 (10,0%) беременной.

Кроме болевого синдрома у беременных, страдавших спондилолистезом, были диагностированы и другие клинические симптомы, широко и полно представленные в фундаментальных трудах, посвященных этой патологии [2]. Так, углубленный поясничный лордоз (гиперлордоз) диагностирован у 6 (42,9%) беременных. Мы учитывали, что во второй половине гестационного периода, когда живот значительно увеличен в объеме за счет беременной матки, изменяется биомеханика позвоночника, и женщина с целью сохранения равновесия отклоняет корпус назад, в результате чего гиперлордоз в поясничном отделе появляется компенсаторно. Количественная оценка гиперлордоза проводилась с помощью специально изготовленного устройства [3]. С учетом развивающейся беременности и имеющихся у женщин симптомов вертеброгенной патологии гиперлордоз клиническим проявлением заболевания считали тогда, когда его выраженность в 1 триместре превышала 22 мм, во 2 — 28 и в 3 триместре — 34 мм.

Симптом «уступа» — углубление над остистым отростком смещенного кпереди (при антелистезе) позвонка - выявлен у 8 (57,1%) беременных. Симптом «внутреннего порога» диагностирован у 13 (92,8%) женщин. Этот симптом выявляли совместно с акушером-гинекологом при осмотре женщин на гинекологическом кресле. Сим-

птом «горделивого лобка» обнаружен у 4 (28,6%) беременных. Атрофия ягодичных мышц зарегистрирована у 3 (21,4%) женщин. Болезненность позвоночника при пальпации присутствовала у всех 14 (100,0%) пациенток. Нарушение функции позвоночника отмечено у 11 (78,6%) беременных.

Такие широко известные и описанные в литературе [2] клинические проявления спондилолистеза, как симптом полусогнутых коленей, симптом вертикального крестца, углубление sulcus dorsalis, симптом поперечной складки живота, у исследуемых беременных диагностированы не были.

*Неврологические проявления.* Известно, что спондилолистез протекает, как правило, без грубой неврологической симптоматики, вследствие анатомо-физиологических особенностей позвоночника [1]. Иррадиирующие и корешковые боли у исследуемых беременных были отмечены в 2 (20,0%) и 1 (10,0%) клинических наблюдениях соответственно. Диагностированы они были у женщин со спондилолистезом II (иррадиирующие боли) и III (корешковые боли) степеней. У 11 (78,6%) беременных зарегистрированы положительные симптомы натяжения.

В 12 (85,7%) клинических наблюдениях установлены ограничения подвижности в крестцово-подвздошных сочленениях, расцененные как функциональные блоки. Чаще страдало левое сочленение — 9 (75,0%) случаев. Изменения в крестцово-копчиковом и лонном сочленениях диагностированы реже, в 2 (16,7) и 1 (8,3%) клинических наблюдениях соответственно. Патология в мышцах и сочленениях таза у исследуемых женщин была расценена как экстравертебральные проявления спондилолистеза.

Учитывая недопустимость проведения лучевой диагностики у женщин в период беременности, с целью выявления деформаций позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях, использовали метод муаровой топографии на специально изготовленном для этих целей устройстве [3]. По полученной муаровой картине косвенно судили и о состоянии тазового кольца.

Клинические симптомы спондилолистеза подтверждали в послеродовом периоде, при рентгенографии поясничного отдела позвоночника и крестца в боковой проекции. Лечение болевого синдрома, обусловленного спондилолистезом у беременных женщин, на сегодняшний день остается нерешенной проблемой и сопровождается немалыми трудностями. Связано это в основном с тем, что заболевание носит органический характер, вследствие чего является необратимым.

Учитывая тот факт, что нестероидные противовоспалительные препараты женщинам в период беременности противопоказаны, с целью купирования вертеброгенного болевого синдрома использовали разработанную систему немедикаментозного лечения, исключающую отрицательные влияния на женщину и плод [3]. В общей сложности курсы лечения по указанной системе проведены 10 (71,4%) беременным, страдавшим спондилолистезом. Уменьшить степень выраженности или купировать вертеброгенный болевой синдром по разработанной системе лечения удалось у 7 (70,0%) женщин.

### **Выводы**

1. В группе из 550 беременных женщин, страдающих заболеваниями позвоночника, спондилолистез поясничных позвонков диагностирован в 2,5% клинических наблюдений.
2. В клинической картине спондилолистеза у беременных преобладают болезненность позвоночника при пальпации (100,0%), симптом «внутреннего порога» (92,8%), функциональные блоки в сочленениях таза (85,7%).
3. Использование системы немедикаментозного лечения вертеброгенного болевого синдрома у беременных со спондилолистезом позволило получить хорошие результаты в 70,0% случаев.
4. Особенности течения спондилолистеза у женщин в период беременности изучены недостаточно, решение проблемы требует объединения усилий ортопедов-травматологов и акушеров-гинекологов.

### **Л и т е р а т у р а**

1. Доценко В.В. Спондилолистез. Передние малотравматические операции: дис. ... д-ра мед. наук. - М.: Медицина, 2004. - 284 с.
2. Митбрейт И.М. Спондилолистез. - М.: Медицина, 1978. - 271 с.
3. Скрябин Е.Г. Клиника, диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических и диспластических заболеваний позвоночника у беременных и родильниц: дис. ... д-ра мед. наук. - Тюмень, 2005. - 345 с.
4. Скрябин Е.Г., Галиулина О.В., Решетникова Ю.С. Спондилолистез и аномалии позвоночника у беременных женщин. - Тюмень: Печатник, 2008. - 72 с.
5. Meyerding H.W. Spondylolisthesis surgical fusion of lumbosacral portion of spinal column and interarticular facets. Use of autogenous bone grafts for relief disabling backache // J. Intern. Coll. Surg. - 1956. - Vol. 26, №3. - P.566-591.

*Координаты для связи с авторами:* Скрябин Е. — e-mail: skryabineg@mail.ru

