

Баринов С.В., Резник Л.Б., Демченко С.Г.
Омская государственная медицинская академия,
Клинический родильный дом № 6,
г. Омск

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОГО БАНДАЖА

Под наблюдением находились 79 беременных с дисфункцией лонного сочленения. Разработан индивидуальный бандаж, принцип действия которого основан на препятствии дальнейшего расхождения лонного сочленения, снижении болевого симптома. Применение бандажа позволило снизить частоту операций кесарева сечения на 97,5 %. При родоразрешении через естественные родовые пути у рожениц с дисфункцией лонного сочленения использовался бандаж; случаев разрыва лонного сочленения не было.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дисфункция лонного сочленения; бандаж; боль; травматизм; беременность.

Barinov S.V., Reznik L.B., Demchenko S.G.

Omsk state medical academy, Clinical maternity hospital N 6, Omsk

CLINICAL MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH SYMPHYSIS PUBIS DYSFUNCTION USING A COMBINED BRACE

The observation involved 79 pregnant women with symphysis pubis dysfunction. Developed by individual band, the principle of action is based on the obstacle to further discrepancies symphysis pubis, reduction of pain symptoms. Application of bandage reduced the rate of caesarean sections at 97,5 %. At delivery vaginally in women with symphysis pubis dysfunction, we used a bandage; cases divide the symphysis pubis was not.

KEY WORDS: symphysis pubis dysfunction; bandage; pain; injury; pregnancy.

Проблема дисфункции лонного сочленения остается актуальной. Частота травматизма в родах по данным отечественной литературы составляет от 1 : 1340 до 1 : 10000 случаев, в то же время зарубежные авторы отмечают встречаемость данной патологии гораздо чаще, без стойкой тенденции к снижению [1, 2]. Дисфункция лонного сочленения у беременных, по данным отечественной литературы, от 1 : 3400 до 1 : 30000 случаев, в то же время зарубежные авторы указывают, что встречаемость этой патологии более высока и составляет 1 : 512 случаев. Родовые травмы костного таза требуют, как правило, длительного стационарного лечения, лишают родильницу возможности совместного пребывания с новорожденным (уход за ним, грудное вскармливание), а в дальнейшем — ограничение детородной функции, порой приводящей даже к инвалидности, длительной нетрудоспособности [3, 4].

Цель исследования — улучшение результатов лечения беременных с дисфункцией лонного сочленения на основе применения созданного комбинированного бандажа в различные trimestры беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 79 беременных с дисфункцией лонного сочленения и 5 родильниц с раз-

рывами лонного сочленения. Ультразвуковое сканирование лонного сочленения проводилось на аппарате экспертного класса Voluson 730 и на аппарате экспертного класса LOGIQ-9 в трехмерном режиме линейным датчиком 5-10 МГц.

Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA 6 [5, 6], оценка боли характеризовалась по шкале VAS [7].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Под нашим наблюдением находились 79 беременных с дисфункцией лонного сочленения во II и III trimestрах гестации.

Независимо от срока гестации, клиническим проявлением явилась боль, локализованная в области симфиза с иррадиацией в бедро или ногу, которая при движении усиливалась и исчезала только при отдыхе (в двух случаях боль не купировалась и при отдыхе). При пальпации лонного сочленения отмечалась болезненность, при давлении на вертелы подвздошных костей боль была выявлена только в 38 % случаев. Симптомы Тренделенбурга, Ласега и Patricka были положительными. Характер боли у пациенток разных групп был различен. В первой группе пациенток боль была оценена по данным шкалы VAS на 5-7 баллов, во второй группе боль была охарактеризована на 6-9 баллов. Третья группа беременных определила боль на 7-10 баллов.

Все беременные использовали разработанный совместно с ФГУП «Омское протезно-ортопедическое предприятие» индивидуальный комбинированный бандаж, который разрабатывался для каждой пациентки

Корреспонденцию адресовать:

БАРИНОВ Сергей Владимирович,
644022, г. Омск, пр. Маркса, д. 75а, кв. 77.
Тел. моб. +7-913-633-80-48.
E-mail: barinov_omsk@mail.ru

индивидуально, с учетом имеющейся патологии. Принцип действия бандажа, использованного во время беременности, родов и послеродового периода, определялся следующим аспектом: паховые пелоты, установленные, в проекцию лонного сочленения, оказывали дозированную нагрузку на область лонных костей, что препятствовало дальнейшему увеличению имеющегося диастаза между лонными костями, значительному уменьшению болевого симптома. Системы фиксирующих пластин позволяли надежно крепить бандаж на пациентке, а также частично разгружать область поясничного отдела позвоночника (рис.).

Рисунок

Индивидуальный комбинированный бандаж



Беременные были распределены на 3 группы. В первую группу вошли 12 пациенток в сроке гестации 22-28 недель. По данным ультразвукового исследования расстояние между лонными костями было $9,2 \pm 3,8$ мм. С начала применения бандажа отмечалось снижение расстояния между лонными костями, и к концу беременности расстояние между лонными костями составило $7,3 \pm 2,3$ мм. Все пациентки данной группы были родоразрешены через естественные родовые пути с применением бандажа с момента обращения и до момента родоразрешения. Бандаж использовался как во время беременности, так и в первом периоде родов. На момент потужного периода бандаж снимался, и ношение его возобновлялось в раннем послеродовом периоде.

Во вторую группу вошли 27 пациенток в сроке гестации 29-32 недели. При проведении ультразвукового исследования отмечалось расширение между лонными костями от $9,15 \pm 1,95$ мм. Как и в первой группе, при постоянном ношении бандажа во время беременности отмечалось уменьшение расстояния между лонными костями, которое к моменту родоразрешения составило $7,3 \pm 1,3$ мм. Все пациентки данной группы были родоразрешены через естественные родовые пути.

Третью группу составили 40 пациенток в сроке гестации 33-38 недель. При ультразвуковом исследовании расстояние между лонными костями было $10,35 \pm 3,65$ мм. Как и в предыдущих группах, при использовании бандажа также отмечено уменьшение расстояния между лонными костями. К моменту родоразрешения у обратившихся в сроке гестации 33-36 недель расстояние между лонными костями сократилось до 10 мм и менее; у обратившихся и начавших носить бандаж в более поздние сроки должный результат не был получен и изменение расстояния между лонными костями составило в среднем $1,0 \pm 0,6$ мм. Следует отметить, что, независимо от уменьшения расстояния между лонными костями, все пациентки, использовавшие бандаж, отметили уменьшение болевого симптома, в большинстве случаев (97 %) болевой симптом исчез полностью. В третьей группе беременных роды через естественные родовые пути прошли у 38 пациенток (95 %), две пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Показанием для родоразрешения являлось расхождение между лонными костями 13,0 мм и 12,8 мм.

Под нашим наблюдением было пять пациенток с разрывом лонного сочленения. Данная патология имела место при родах через естественные родовые пути крупным плодом. В течение беременности пациентки не использовали предложенный нами бандаж. Четырем пациенткам был наложен аппарат Елизарова. В одном случае имело место наложение бандажа с разрывом лонного сочленения (более 30 мм) с лечебной целью. Получен положительный результат, что требует дальнейшего изучения эффективности данного способа лечения.

Таким образом, применение бандажа у беременных с дисфункцией лонного сочленения позволило уменьшить клиническую симптоматику, болевой сим-

Сведения об авторах:

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ГОУ ВПО «ОмГМА Росздрава», г. Омск, Россия. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

РЕЗНИК Леонид Борисович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, ГОУ ВПО «ОмГМА Росздрава», г. Омск, Россия. E-mail: pedfac@omsk-osma.ru

ДЕМЧЕНКО Сергей Геннадьевич, врач акушер-гинеколог, Клинический родильный дом № 6, г. Омск, Россия. E-mail: muzkrd6@mail.ru

Information about authors:

BARINOV Sergey Vladimirovich, professor, doctor of medical sciences, professor, head of the Department of Obstetrics and Gynaecology N 1, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

REZNIK Leonid Borisovich, doctor of medical sciences, professor, head of the Department of Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: pedfac@omsk-osma.ru

DEMCHENKO Sergey Gennadevich, the accoucheur-gynecologist, Omsk, Russia. E-mail: muzkrd6@mail.ru

птом и снизить частоту операций кесарева сечения при данной патологии.

ВЫВОДЫ:

Дисфункция лонного сочленения у беременных, осложненная его разрывом, является тяжелой патологией, осложняющей течение родов, послеродово-

го периода, в некоторых случаях приводящей к инвалидизации. Раннее выявление дисфункции лонного сочленения позволяет вовремя использовать разработанный индивидуальный бандаж. Применение индивидуального комбинированного бандажа в различные сроки беременности позволило уменьшить количество операций кесарева сечения и улучшить качество жизни родильниц в послеродовом периоде.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по безопасному материнству /В.И. Кулаков и др. – М., 2000. – 531 с.
2. Диагностика, лечение и реабилитация женщин при акушерских травмах таза /Глебова Н.Н., Пенькова А.М., Конищева Е.А., Смолдырева В.В. – Уфа, 1989. – 17 с.
3. Мозговая, Е.В. Инфекции мочевыводящих путей у беременных. Гестационные симфизиопатии /Мозговая Е.В., Джанашия М.М. – СПб., 2008. – 45 с.
4. Чернуха, Е.А. Дисфункция лонного сочленения /Чернуха Е.А., Ананьев Е.В. //Журн. рос. общ-ва акуш.-гинеко. – 2006. – № 3. – С. 3-7.
5. Chen, J. A catalog of two-level and three-level fractional factorial designs with small runs /Chen, J., Sun D.X., Wu C.F.J. //Intern. Statist. Review, 61. – 1996. – P. 131-145.
6. Akaike, H. Information measures and model selection /Akaike H. //Bull. of the Intern. Statist. Inst.: Proceedings of the 44th Session. – 1983. – V. 1. – P. 277-290.
7. Верткин, А.Л. Алгоритм выбора анальгетика при лечении некоторых болевых синдромов на догоспитальном этапе /Верткин А.Л., Тополянский А.В. //Consilium Medicum. – 2005. – № 2, Т. 07. URL: http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/05_02/123.shtml



ВЫЯВЛЕНА ПРИЧИНА КОЛИК У НОВОРОЖДЕННЫХ

Исследователям из Америки удалось выявить, что у деток, страдающих коликами, в микрофлоре кишечника имеется увеличенное содержание бактерий клебсиелл. Отчет о проведенной работе был представлен в Journal of Pediatrics сотрудниками Центра наук о здоровье при Техасском Университете.

Ученые предположили, что причиной колик может быть бактериальное воспаление из-за нарушения состава в кишечной микрофлоре. Чтобы подтвердить выставленную гипотезу, специалисты решили проверить микробный состав кала новорожденных, также газовый состав выдыхаемого воздуха. К тому же попытались выявить все признаки кишечного воспаления.

В результате проведенного исследования установили, что в кале малышей, которые страдают коликами, обнаружилось довольно большое содержание бактерий рода *Klebsiella*, а также веществ, подтверждающих наличие воспаления в кишечнике. Точно такая же картина наблюдается и у больных с воспалительным заболеванием кишечника.

Как считает один из специалистов профессора Марка Родса, выявленные бактерии могут принимать участие в запуске различных иммунных реакций в кишечнике, что, в свою очередь, приведет к появлению воспалительных образований, таких как неспецифический язвенный колит или болезнь Крона. При этом сам доктор Родс считает, для того, чтобы разработать эффективные методы лечения колик у детишек путем нормализации кишечной микрофлоры, нужны дополнительные исследования.

Источник: <http://medicnews.ru/>