

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА СИМФИЗИОПАТИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19505297>

Асадова Зулхумор Шавкат кизи

Таирова Мадина Илхомовна

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Аннотация

Симфизиопатия (дисфункция лобкового симфиза) при беременности представляет собой актуальную проблему акушерства, существенно влияющую на качество жизни и психоэмоциональное состояние женщины. Заболевание характеризуется патологическими изменениями в области лонного сочленения, обусловленными гормональной перестройкой, дефицитом микроэлементов и биомеханическими особенностями скелета. В статье проанализированы современные представления об этиологии заболевания, включая роль релаксина в гипермобильности связок и влияние наследственных факторов на соединительную ткань. Особое внимание уделено клиническим проявлениям, таким как специфические боли в области лона, иррадиирующие в пах и бедро, «утиная» походка и ограничение физической активности. Подробно рассмотрены методы диагностики, включая физикальный осмотр, пальпацию сочленения, а также возможности ультразвукового исследования и МРТ для оценки степени расхождения лонных костей. Рассмотрены стратегии ведения пациенток, включающие ношение бандажа, коррекцию питания, лечебную физкультуру и выбор тактики родоразрешения в зависимости от выраженности патологии. Подчёркнута значимость своевременной диагностики симфизиопатии для предотвращения тяжелых травм родовых путей и обеспечения полноценного восстановления в послеродовом периоде.

Ключевые слова

симфизиопатия, беременность, дисфункция лобкового симфиза, лонное сочленение, болевой синдром, диагностика, ультразвуковое исследование, тактика родоразрешения, акушерство.

Введение Симфизиопатия беременных — это патологическое расхождение костей лонного сочленения, возникающее вследствие чрезмерного размягчения связочного аппарата таза в период гестации.

Ключевую роль в развитии состояния играет гормон релаксин, повышающий подвижность тазовых суставов и предрасполагающий к нестабильности симфиза (Vleeming A., 2012; Bjelland E., 2017).

По данным международных исследований, симптомы дисфункции лонного сочленения отмечаются у 5–20% беременных, однако клинически значимые формы встречаются значительно реже. Тяжёлые осложнения, такие как выраженное расхождение или разрыв симфиза, наблюдаются редко (Journal of Clinical Medicine, 2021).

В Республике Узбекистан систематизированные эпидемиологические данные о симфизиопатии ограничены, поскольку данная патология часто рассматривается в составе синдрома тазовой боли при беременности. Это затрудняет объективную оценку распространённости заболевания и его своевременное выявление.

Основной проблемой остаётся поздняя диагностика, так как тазовые боли нередко воспринимаются как физиологические проявления беременности. Недостаточная настороженность и отсутствие чётких диагностических критериев могут приводить к прогрессированию патологии и повышению риска родовых осложнений.

Цель данной обзорной статьи рассмотреть клинические проявления и диагностику симфизиопатии при беременности.

Физиология лонного сочленения при беременности

В последние годы всё больше внимания уделяется физиологическим изменениям таза во время беременности. Лонное сочленение (symphysis pubica) представляет собой полуподвижное хрящевое соединение (рис.1), обеспечивающее стабильность тазового кольца и амортизацию нагрузки. В норме его подвижность минимальна и составляет несколько миллиметров (Vleeming A. et al., 2012).

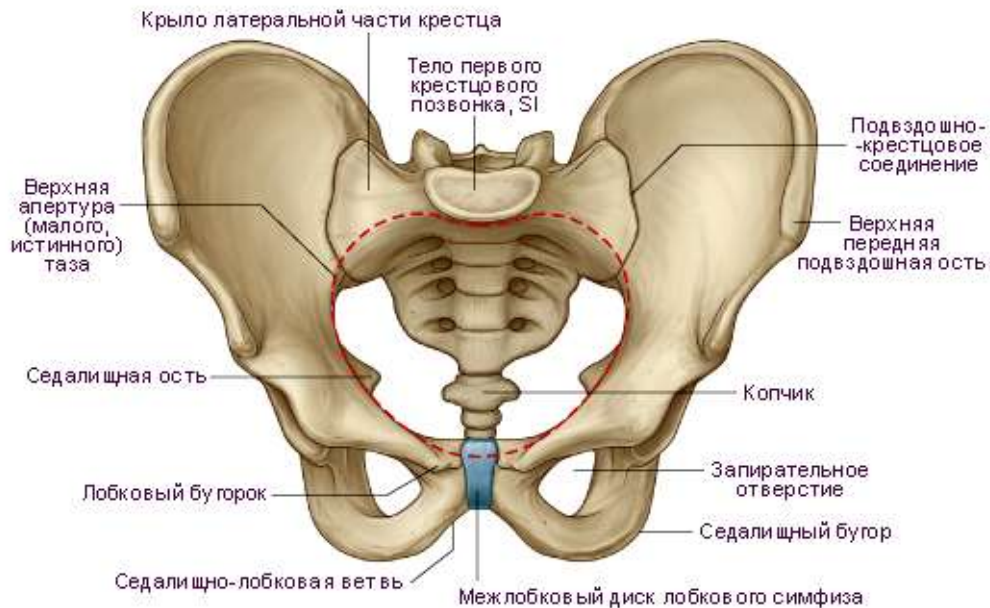


Рис1.Строение женского таза.

Источник: Gray's Anatomy for Students. 4-е международное издание.

Во время беременности под влиянием гормональных факторов происходит физиологическое размягчение связочного аппарата таза. Основную роль играет гормон релаксин, который повышает эластичность связок и увеличивает подвижность симфиза, облегчая прохождение плода через родовые пути (Bjelland E. et al., 2017). Дополнительное влияние оказывают эстрогены и прогестерон, усиливающие гидратацию соединительной ткани.

По данным акушерских исследований, умеренное расширение лонного сочленения до 5–6 мм считается вариантом нормы и не сопровождается клиническими проявлениями (Hagen R., 2019). Однако чрезмерное размягчение связок и нестабильность тазового кольца могут приводить к развитию патологических состояний, включая симфизиопатию.

Таким образом, физиологическая подвижность симфиза является адаптационным механизмом беременности, однако её избыточное увеличение лежит в основе формирования клинически значимых нарушений тазового пояса.

Причины и факторы риска симфизиопатии

Этиопатогенез симфизиопатии у беременных представляет собой сложный процесс, обусловленный сочетанием эндокринных изменений и нутритивной недостаточности.

В современных исследованиях, опубликованных в базе PubMed, особое внимание уделяется роли гормона релаксина в дестабилизации тазового кольца. Исследователь Björklund в своей научной работе «*Serum relaxin levels in relation to pregnancy-induced pelvic girdle pain*» указывает на прямую корреляцию между высокими уровнями релаксина в сыворотке крови и патологической гипермобильностью лобкового сочленения.

Механический фактор, связанный с антропометрическими данными плода и паритетом родов, также играет критическую роль в повреждении связочного аппарата. Согласно данным, представленным ученым по фамилии Albert в статье «*Incidence of pelvic joint pain in pregnancy*» в журнале *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, повторные роды и наличие крупного плода значительно увеличивают биомеханическую нагрузку на симфиз, провоцируя его расхождение.

Нарушения минерального обмена, в частности дефицит кальция и витамина D, рассматриваются как системный фактор снижения прочности костных структур. Исследование, которое провел Kovacs под названием «*Calcium and phosphorus metabolism in pregnancy and lactation*» в издании *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, подтверждает, что низкий уровень кальция в организме беременной женщины снижает адаптационные возможности тазовых костей к физиологическому растяжению.

Обобщая приведённые данные, можно заключить, что симфизиопатия развивается под воздействием комплекса гормональных, механических и метаболических факторов. Следовательно, развитие патологических изменений в лобковом симфизе является результатом сочетанного влияния релаксин-индуцированной гипермобильности и микронутриентного дефицита.

Клинические проявления симфизиопатии у беременных

Клиническая картина симфизиопатии характеризуется специфическим симптомокомплексом, который позволяет дифференцировать патологическое состояние от естественных изменений тазового кольца.

В научной работе исследователя Vleeming под названием «*European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*», опубликованной в журнале *European Spine Journal*, подробно описывается характер тазовой боли, локализуемой в области лонного сочленения и иррадиирующей в паховые складки или внутреннюю поверхность бедер.

Особое внимание визуальной диагностике уделяет ученый Wu в своей статье «*Pelvic girdle pain in pregnancy: a review of evidence-based diagnosis and treatment*» в издании *Journal of Bone and Joint Surgery*, где описывается

формирование характерной «утиной походки», возникающей вследствие инстинктивного стремления беременной женщины стабилизировать таз при ходьбе короткими переваливающимися шагами.

Разграничение патологического процесса и нормального течения беременности рассматривается в исследовании, которое провел Kanel под названием «*Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature*», где подчеркивается, что в отличие от физиологического дискомфорта, симфизиопатия сопровождается резким ограничением движений, невозможностью подъема по лестнице и болезненной пальпацией лобкового холмика.

Обобщая приведённые данные, можно заключить, что симптоматика симфизиопатии выходит за рамки типичного гестационного дискомфорта и существенно снижает качество жизни пациентки. Это позволяет сделать вывод о том, что выраженный болевой синдром в сочетании с нарушением локомоторной функции является ключевым диагностическим признаком патологии. Следовательно, развитие «утиной походки» и функциональной недостаточности таза требует дифференцированного подхода к ведению беременности.

Диагностика симфизиопатии у беременных

Диагностика симфизиопатии базируется на комплексном подходе, сочетающем детальный клинический осмотр и использование высокоточных инструментальных методов визуализации.

В клинических рекомендациях, разработанных исследователем Vleeming под названием «*European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*», особое значение придается специфическим функциональным тестам, таким как тест Патрика и тест активного подъема прямой ноги, которые позволяют верифицировать источник боли в области таза.

Золотым стандартом неинвазивной оценки состояния лонного сочленения считается ультразвуковое исследование, которое подробно описывает ученый Scriven в своей работе «*Ultrasound in the diagnosis of symphysis pubis dysfunction*», опубликованной в журнале *Clinical Radiology*, где акцентируется внимание на измерении ширины расхождения костей и выявлении признаков отека мягких тканей.

Дифференциальная диагностика патологии требует исключения воспалительных процессов и грыж, что подчеркивает исследователь Leadbetter в статье «*The diagnosis of pelvic floor disorders*» в издании *Radiographics*, указывая на необходимость применения магнитно-

резонансной томографии в сложных случаях для детальной оценки состояния связочного аппарата и исключения остеоита.

Опираясь на изложенные выше сведения, можно сделать вывод о том, что только сочетание физикальных методов и ультразвукового мониторинга обеспечивает достоверную оценку степени тяжести процесса. Следовательно, развитие четкого диагностического алгоритма позволяет своевременно отличить истинную симфизиопатию от сопутствующих патологий опорно-двигательного аппарата и мягких тканей.

Лечение и ведение беременных

Терапевтическая стратегия при симфизиопатии направлена на минимизацию болевого синдрома и предотвращение дальнейшей дестабилизации тазового кольца.

В комплексном исследовании, которое провел ученый Stuge под названием «*The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain*», опубликованном в журнале Spine, доказывается высокая эффективность специализированных физических упражнений и ношения тазового бандажа для механической поддержки лонного сочленения.

Вопросы ограничения физической нагрузки и коррекции образа жизни детально рассматривает исследователь Vermani в своей статье «*Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review*» в издании Pain Practice, где подчеркивается необходимость исключения движений, вызывающих асимметричную нагрузку на таз, таких как подъем по лестнице или широкое разведение ног.

Определение оптимальной акушерской тактики является ключевым аспектом ведения пациенток, что анализирует исследователь Muganyizi в работе «*Management of symphysis pubis dysfunction in pregnancy*» в журнале International Journal of Gynecology & Obstetrics, указывая, что консервативное ведение родов предпочтительно, однако при расхождении более десяти миллиметров требуется индивидуальное решение о проведении операции кесарева сечения.

Резюмируя представленные данные, можно констатировать, что мультидисциплинарный подход, сочетающий ортопедическую поддержку и рациональную тактику родоразрешения, является залогом успешного исхода беременности. Следовательно, развитие индивидуального плана реабилитации позволяет эффективно купировать симптомы и минимизировать риск стойкой инвалидизации в послеродовом периоде.

Профилактика болезни лонного сочленения

Профилактические мероприятия при симфизиопатии направлены на своевременное выявление предрасположенности к патологии и минимизацию метаболических нарушений в ранние сроки гестации.

В масштабном обзоре, который подготовил исследователь Mogren под названием «*Physical therapy for pelvic girdle pain in pregnancy*», опубликованном в журнале BMC Medicine, доказывается приоритетная роль раннего скрининга женщин из группы риска, имеющих травмы таза или симфизиопатию в анамнезе, для своевременного начала стабилизирующей терапии.

Вопросы нутритивной поддержки и коррекции микронутриентного статуса детально рассматривает ученый Hofmeyr в своей статье «*Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems*» в базе Cochrane Database of Systematic Reviews, где подчеркивается, что адекватное восполнение дефицита кальция и витамина D способствует укреплению костной ткани и повышению её устойчивости к физиологическому растяжению.

Системный мониторинг состояния лонного сочленения на протяжении всей беременности описывает исследователь Vleeming в работе «*European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*», указывая на необходимость обучения пациенток правильной биомеханике движений и методам самопомощи для предотвращения прогрессирования расхождения костей.

Представленный анализ позволяет утверждать, что превентивный подход к ведению беременных существенно снижает частоту тяжелых форм данной патологии. Следовательно, развитие системы комплексной профилактики, включающей нутритивную коррекцию и раннюю диагностику, является необходимым условием для сохранения репродуктивного здоровья и обеспечения физиологического течения послеродового периода.

Заключение

Подводя итог проведенному анализу, следует подчеркнуть, что симфизиопатия остается одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и ортопедии, требующей глубокого понимания этиопатогенетических механизмов.

В обобщающем труде исследователя Kanakaris под названием «*Symphysis pubis dysfunction during pregnancy*», опубликованном в журнале European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, акцентируется внимание на том, что своевременная дифференциация патологического расхождения

костей от физиологической релаксации таза является критическим фактором для выбора адекватной тактики ведения родов.

Значение ранней диагностики и мониторинга групп риска подробно обосновывает ученый Stuge в своей статье «*Pelvic girdle pain in pregnancy: a review of the evidence-based clinical guidelines*» в издании Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health, где доказывается, что комплексная консервативная терапия, начатая на ранних этапах, позволяет избежать тяжелых функциональных нарушений и хронизации болевого синдрома.

Интегративный подход к нутритивной поддержке и биомеханической коррекции рассматривается в исследовании, которое подготовил Kovacs под названием «*Vitamin D and bone health in pregnancy*» в журнале Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, указывая на необходимость системного контроля минерального обмена для поддержания прочности костных структур таза в условиях гестационного стресса.

Обобщая приведённые в работе данные, можно заключить, что симфизиопатия представляет собой мультифакторное состояние, успешное управление которым возможно лишь при тесном взаимодействии акушеров-гинекологов, травматологов и специалистов лучевой диагностики. Следовательно, развитие стандартизированных протоколов обследования и профилактики является залогом сохранения высокого качества жизни женщины и обеспечения безопасности родоразрешения.

Это позволяет сделать вывод о том, что ранняя идентификация клинических маркеров и биохимических дефицитов позволяет трансформировать тактику ведения пациенток из реактивной в превентивную, предотвращая инвалидизацию в послеродовом периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Vleeming A. et al. (2012) – «European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain» (European Spine Journal). Основы физиологии, биомеханики и диагностики.
2. Bjelland E. et al. (2017) – Роль релаксина и гормонального фона в подвижности таза.
3. Journal of Clinical Medicine (2021) – Эпидемиологические показатели и риски осложнений.
4. Gray's Anatomy for Students (4-е изд.) – Анатомическая норма строения симфиза.

5. Hagen R. (2019) – Клинические границы физиологического расширения (до 5–6 мм).
6. Björklund – «Serum relaxin levels...». Связь концентрации релаксина с патологической гипермобильностью.
7. Albert – «Incidence of pelvic joint pain in pregnancy». Биомеханическое влияние паритета родов и крупного плода.
8. Kovacs – «Calcium and phosphorus metabolism in pregnancy and lactation» (The Lancet Diabetes & Endocrinology). Роль минерального обмена в прочности костей.
9. Wu – «Pelvic girdle pain in pregnancy...». Биомеханика «утиной походки».
10. Kanel – «Symphysis pubis dysfunction...». Дифференциальная диагностика боли и функциональной недостаточности.
11. Scriven – «Ultrasound in the diagnosis of symphysis pubis dysfunction». УЗИ как стандарт визуализации.
12. Leadbetter – «The diagnosis of pelvic floor disorders». Роль МРТ в исключении остеоита и грыж.
13. Stuge – «The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises...» (Spine). Эффективность бандажей и ЛФК.
14. Vermani – «Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy...». Рекомендации по коррекции образа жизни.
15. Muganyizi – «Management of symphysis pubis dysfunction in pregnancy». Тактика родоразрешения (порог в 10 мм).
16. Mogren – «Physical therapy for pelvic girdle pain in pregnancy». Скрининг групп риска.
17. Hofmeyr – «Calcium supplementation during pregnancy...». Профилактическое значение восполнения кальция и витамина D.
18. Kanakaris – «Symphysis pubis dysfunction during pregnancy» (European Journal of Obstetrics & Gynecology). Критерии выбора тактики ведения родов.
19. Stuge – «Pelvic girdle pain in pregnancy: a review of the evidence-based clinical guidelines» (Journal of the Association of Chartered Physiotherapists). Профилактика хронического болевого синдрома.
20. Kovacs – «Vitamin D and bone health in pregnancy» (Current Opinion in Obstetrics and Gynecology). Системный контроль минерального обмена при гестационном стрессе.