

Расхождение лонного сочленения при беременности и родах

А.Л.Петрушин¹, А.В.Прялухина¹,
А.И.Суханова²

¹Карпогорская Центральная больница,
Карпогоры

²Областная клиническая больница,
Архангельск

Расхождение лонного сочленения является сравнительно редким осложнением родов, еще реже оно встречается во время беременности. По данным литературы, частота расхождений лонного сочленения составляет 0,26%, доказанным фактором риска являются множественные беременности. Ведущая роль в диагностике принадлежит рентгенографии и УЗИ-сканированию. В лечебной тактике преобладает консервативная терапия. Регресс симптоматики наблюдается в среднем через 3–6 мес. Показаниями к оперативному лечению являются значительная ширина диастаза, сочетание с открытыми повреждениями и разрывами крестцово-подвздошных сочленений и стойкий болевой синдром. При последующих беременностях риск рецидива расхождения симфиза составляет 50–85%. Представлен клинический случай расхождения лонного сочленения у многорожавшей беременной, диагностированный в сроке беременности 36–37 нед. Клинически наблюдались боли в области лона, затруднение при ходьбе. Диастаз симфиза диагностирован при УЗИ и составил 32 мм. Оперативные роды в сроке 38 нед, масса тела родившегося ребенка составила 4055 г. В родовом и послеродовом периоде проводилась консервативная терапия, включавшая постельный режим с постепенной активизацией, анальгетики, лечебную физкультуру. Пациентка осмотрена через 2,5 мес, констатирован полный регресс симптоматики. Ширина симфиза составила 10 мм.

Ключевые слова: симфиз, расхождение лонного сочленения при беременности и родах, разрыв лонного сочленения, осложнения беременности и родов, патология симфиза.

Peripartum Pubic Symphysis Diastasis

A.L.Petrushin¹, A.V.Pryaluhina¹, A.I.Suhanova²

¹Karpogorsk Central Hospital, Karpogory

²Regional Clinical Hospital, Arkhangelsk

According to the literature, the incidence of peripartum pubis symphysis diastasis is 0.26%, a proven risk factor is multiple pregnancies. The main role in diagnosis belongs to radiography and ultrasound scanning. In management, conservative therapy predominates. Regress symptomatology is observed on average in 3–6 months. Indications for surgical treatment

are a significant width of diastase, a combination with open injuries and ruptures of sacroiliac joints and persistent pain syndrome. In subsequent pregnancies, the risk of recurrence of pubis symphysis diastasis amounts to 50–85%. This article presents a clinical case of pubis symphysis diastasis in multiparous woman, diagnosed during 36–37 weeks of gestation. Pain in the symphysis and walking difficulties were clinically observed. Symphysis diastasis was diagnosed via ultrasound investigation and was 32 mm of width. Operative delivery was performed at 38 weeks was performed; the weight of the newborn was 4055 g. Conservative therapy was carried out in the prenatal and postnatal periods, including bed rest, progressive mobilization, analgesics, and physical therapy. The patient was examined after 2.5 months, a complete regression of symptoms was noted. The width of the pubis symphysis was 10 mm.

Keywords: symphysis, peripartum pubis symphysis diastasis, symphysis rupture, peripartum complications, symphysis disorders.

Расхождение лонного сочленения (РЛС) является нечастым осложнением родов, еще реже данная патология наблюдается при беременности. Несмотря на преобладание благоприятных исходов, РЛС может быть причиной нестабильности таза, длительной неспособности к нормальной ходьбе, а иногда требовать оперативного лечения. Данные о частоте расхождений при беременности и родах, провоцирующих факторах и лечебной тактике крайне противоречивы. Литература, посвященная данному осложнению, в основном представлена описанием единичных случаев или небольшой серии наблюдений. Ввиду относительной редкости данной патологии до настоящего времени отсутствуют четкие рекомендации по лечебной тактике, основанные на доказательных данных.

Целью настоящего исследования является представление клинического случая расхождения лонного сочленения у беременной с кратким обзором имеющейся литературы.

Клинический случай. Пациентка 30 лет обратилась на прием в женскую консультацию 29.11.2017 г. с жалобами на боли в области лона, усиливающиеся в положении стоя и при ходьбе. Из анамнеза известно, что настоящая беременность является пятой по счету, предыдущие закончились нормальными вагинальными родами. Массы детей составили: при первых родах – 3670 г, при вторых – 3160 г, третьих – 4000 г, четвертых – 4090 г. Продолжительность настоящей беременности при обращении оценена в 36–37 нед, протекала на фоне анемии легкой степени, с 22-й недели беременности пациентка принимала препараты железа. В анамнезе у женщины лапароскопическая холецистэктомия в 2008 г.

В анамнезе настоящего заболевания – больна в течение месяца до обращения. Боли в области лона развивались постепенно, прогрессивно усиливаясь. Особые затруднения пациентка испытывала при подъеме с постели и ходьбе по лестнице.

При осмотре состояния пациентки удовлетворительное. Температура тела – 36,7. Рост – 164 см, масса – 93,3 кг. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезнен, окружность живота составляет 119 см, высота стояния дна матки – 37 см. Физиологические отправления не нарушены.

Головка плода находится над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное с частотой 140 в 1 минуту. Выраженный варикоз вульвы.

Походка больной переваливающаяся. При вставании и попытке присесть придерживается за спинку стула. Активное сгибание в тазобедренных суставах в полном объеме, но болезненно. Резко ограничено из-за болей отведение в тазобедренных суставах. При пальпации в области симфиза определяется выраженная локальная болезненность и диастаз шириной до 3,5 см. При УЗ-сканировании лонного сочленения определяется расхождение лонных костей с диастазом 32 мм.

Общий анализ крови. НВ – 98 г/л эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$, тромбоциты – 228×10^9 , лейкоциты – $7,2 \times 10^9$, лейкоцитарная формула: гранулоциты – 69,1%, лимфоциты – 24,2%, моноциты – 6,7%, СОЭ – 46 мм/ч.

Для дальнейшего лечения 29.11.2017 г больная была переведена в акушерское отделение Областной клинической больницы. В течение 2 нед проводилась консервативная терапия: анальгетики, постельный режим с латеропозицией, лечебная физкультура.

12.12.2017 г. роды путем планового кесарева сечения в сроке 38 нед 6 дней. Родилась девочка массой 4055 г, длина тела 54 см, оценка по шкале Апгар 9 баллов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Был продолжен постельный режим в течение недели после операции с последующей дозированной нагрузкой на нижние конечности и ходьбой с поддержкой, лечебная физкультура, анальгетики. Выписана на амбулаторное лечение через 10 дней после операции с рекомендациями продолжить дозированную ходьбу с постепенным увеличением нагрузки на нижние конечности.

Осмотрена через 2,5 мес после родов. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Походка не нарушена. Ходьбу на носках, пятках и приседания выполняет свободно. Активные движения в коленных и тазобедренных суставах в полном объеме, безболезненны. Наклоны и повороты туловища безболезненны. При пальпации лонного сочленения болезненности и диастаза не определяется. При УЗ-сканировании лонного сочленения ширина симфиза составляет 10 мм.

Симфиз является несинвиальным моноартicularным фиброзно-хрящевым соединением между верхними ветвями лонных костей [1]. Физиологическая ширина симфиза меняется с возрастом, составляя 10 мм в возрасте 3 лет, 6 мм – в возрасте 20 лет и 3 мм – в возрасте 50 лет [2]. Во время беременности благодаря гормонам (в основном релаксину) происходит размягчение лонного сочленения, подобным изменениям подвергаются также крестцово-подвздошные и крестцово-копчиковые сочленения, что в конечном итоге приводит к увеличению диаметра таза [3]. Увеличение межлонного расстояния имеет место у 59–94% беременных и развивается с начала первого триместра [4].

Расхождение лонного сочленения в большинстве случаев возникает во время родов, однако может происходить и при беременности [5]. Клиническая картина расхождения во время беременности характеризуется постоянными и усиливающимися по мере прогрессирования беременности болями в области лобка. Боли усиливаются при ходьбе, вставании с постели, в положениях на спине с раздвинутыми нижними конечностями. Выраженность болей может быть таковой, что женщина теряет способность к самостоятельной ходьбе [1, 6]. При разрыве лонного сочленения во время родов симптоматика развивается остро, в ряде случаев женщины в момент разрыва ощущают хруст или щелчок [7]. При

использовании эпидуральной анальгезии в родах симптоматика РАС может быть сглаженной. Патогномоничными клиническими признаками считаются боли в области симфиза при компрессии больших вертелов и невозможность активного сгибания в тазобедренных суставах [8].

Распространенность расхождений лонного сочленения чрезвычайно варьирует и составляет, по данным различных источников, от 0,003 до 37,5% [1, 9, 10]. По данным ряда авторов, о высоких показателях распространенности сообщают исследователи, специально занимавшиеся данной проблемой, что объясняется пристальным вниманием к симптоматике со стороны симфиза [5, 10]. Согласно данным проспективного исследования, распространенность составляет 0,26% [11].

Среди факторов риска расхождения лонного сочленения называют дисплазию таза и последствия тазовых травм у матери, крупный плод, стремительные и затяжные роды, затруднения при выведении плечиков плода, множественные роды и беременности, использование эпидуральной анестезии, акушерских щипцов и приема Mc Roberts в родах [4, 12, 13]. По данным проспективного исследования J.J.Уоо и соавт., независимыми факторами риска, подтвержденными мультифакторным регрессивным анализом, являются вагинальные ($p=0,02$) и множественные ($p=0,001$) роды [11].

По данным большинства исследователей, ведущую роль в диагностике расхождений лонного сочленения играет рентгенологическое исследование, при котором на прямых рентгенограммах таза определяется диастаз между лонными костями. Ширина диастаза более 14–20 мм свидетельствует о высокой вероятности ассоциации разрыва симфиза с разрывом крестцово-подвздошных сочленений [1, 14]. Для диагностики вертикальной нестабильности таза используется рентгенография в «позе фламинго» – стоя на одной ноге. Вертикальное смещение лонных костей на прямой рентгенограмме свидетельствует о поражении крестцово-подвздошного сочленения [1]. В среднем ширина диастаза при РАС составляет 20 мм, однако описаны случаи расхождений симфиза до 120 мм и крестцово-подвздошных сочленений до 40 мм [15, 16]. В последнее время появляются публикации, свидетельствующие о том, что УЗ-сканирование в диагностической точности расхождений лонного сочленения не уступает, а иногда и превосходит рентгенографию [17]. УЗ-сканирование позволяет избежать лучевой нагрузки, может выполняться неоднократно в процессе лечения, в том числе и у кровати пациентки, что особо актуально для диагностики расхождений при беременности. Представленное наблюдение иллюстрирует высокие диагностические возможности УЗ-сканирования.

Существует ряд классификаций расхождения лонного сочленения, возникшего в родовом периоде, все они основаны на рентгенологических данных. Одной из последних является классификация, предложенная В.Н.Серовым и соавт., она основана на клинических признаках, данных рентгенографии, пельвиометрии и магнитно-резонансной томографии. Авторы различают три степени расхождения: при первой степени ширина диастаза составляет 5–8 мм, при второй – 8–10 мм, при третьей – более 10 мм. Среди пациенток с РАС первая степень встречается в 76,5%, вторая – в 15,7%, третья – в 7,8% случаев [18]. Авторы отмечают, что степень тяжести может возрастать по мере прогрессирования беременности. По мнению авторов, вагинальные роды

возможны лишь при расхождении первой и второй степени, расхождение третьей степени является показанием к кесареву сечению [18]. РАС, возникшее при родах, определяется как симптомный диастаз лонных костей шириной более 10 мм [5].

Лечение РАС, развившихся в дородовом периоде, консервативное. При РАС, возникших в родах, по показаниям используют как консервативную, так и хирургическую тактику. Основой консервативной терапии являются постельный режим с латеропозицией, тазовый бандаж и анальгетики [5]. Продолжительность постельного режима зависит от степени лонного диастаза и выраженности клинических проявлений и составляет от 2 до 14 дней после родов [5]. Ряд авторов в послеродовом периоде используют фракционированные гепарины, препараты кальция и чрескожную электронейростимуляцию [16, 19]. В некоторых исследованиях указывается на положительный эффект лечебной физкультуры и дозированной нагрузки на нижние конечности. Лечебную физкультуру начинают с изотонических упражнений для нижних конечностей со вторых суток после родов, постепенно переходя к активным движениям в суставах [16]. Укрепляющая программа (разведение ног с нагрузкой, нагрузочные упражнения на голени и коленные суставы, наклоны и повороты в положении сидя) и стабилизирующие программы упражнений для таза (упражнения с использованием мяча между ногами в различных позициях) усиливают глубокую мускулатуру (поперечные мышцы живота и поясничные многораздельные мышцы), способствуют улучшению функции и динамической стабильности поясничного отдела позвоночника и генерируют развитие мышечного кольца, стабилизирующего таз [19, 20]. По данным системного обзора М.А. Urraca-Gesto и соавт., у женщин, получавших дополнительную физиотерапию (прогрессивную мобилизацию, упражнения, направленные на укрепление мышц, растяжку или стабилизацию таза), в большинстве случаев полный регресс симптоматики РАС наступал в течение 3 мес или ранее. У женщин, получавших лишь базовую консервативную терапию (тазовый бандаж и постельный режим с латеропозицией), в большинстве случаев полный регресс симптоматики наступал в течение 6 мес. Авторы пришли к заключению о том, что РАС имеется тренд к полному разрешению, независимо от способа лечения, но время реконвалесценции может быть сокращено при использовании дополнительной физиотерапии: пояснично-тазовой стабилизации и укрепления мышц тазового дна. Для этого предложены специальные комплексы упражнений, направленные на укрепление тазового кольца путем стимуляции глубоких мышц [5].

Показания к хирургическому лечению РАС до настоящего времени точно не определены. Большинство исследователей используют хирургические методы фиксации лонного сочленения при значительных расхождениях, при РАС в сочетании с открытыми повреждениями, разрывами крестцово-подвздошных сочленений и нестабильностью таза [5]. Одним из показаний к операции являются высокие функциональные требования пациентки, например при профессиональном занятии спортом [5]. По данным некоторых исследователей, при ширине диастаз в 40 мм показана оперативная реконструкция симфиза, однако описаны случаи успешного консервативного лечения диастазов шириной 50–90 мм, в том числе и с разрывом крестцово-подвздошных сочленений [21–23].

Исходы РАС при правильно и своевременно проводимой консервативной терапии в основном благоприятные. У большинства пациенток симптоматика полностью регрессирует через 3–6 мес [5]. Межлонное расстояние также прогрессивно уменьшается до 1–2 см, в дальнейшем может оставаться неизменным, не вызывая болей и нарушения функции таза и нижних конечностей, что соответствует данным нашего наблюдения. В ряде случаев болезненные ощущения и нарушения ходьбы могут сохраняться и в более отдаленном периоде, особенно при широких диастазах и сочетании с разрывами крестцово-подвздошных сочленений. В данных случаях рекомендуется обсудить показания к оперативному лечению [5].

Первичной профилактики расхождений лонного сочленения в настоящее время не существует из-за отсутствия определенности факторов риска. С учетом высокого риска рецидивов РАС при последующих беременностях (50–85%) большинство авторов склоняются к последующим оперативным родам [24, 25]. Предшествующая оперативная фиксация симфиза является абсолютным показанием для последующего кесарева сечения [24].

Таким образом, расхождение лонного сочленения является одним из осложнений беременности и родов. Частота его варьирует в широких пределах и зависит от ряда объективных и субъективных факторов. По данным последнего доказательного исследования она составляет 0,26%. К доказанным факторам риска относятся первая и множественные беременности, закончившиеся вагинальными родами. Клинически РАС проявляется болями в области симфиза, статическими и динамическими нарушениями со стороны таза и нижних конечностей. В диагностике РАС ведущее значение имеет рентгенологическое исследование, однако в дородовом периоде оно с успехом может быть заменено УЗ-сканированием. У беременных наличие разрывов более 2,5 см является показанием к оперативным родам. В лечении РАС в большинстве случаев используется консервативная терапия, включающая постельный режим с латеропозицией, анальгетики, противовоспалительные препараты. Лечебная физкультура, постепенная мобилизация и дозированная ходьба могут ускорить восстановление функции таза и нижних конечностей. Оперативное лечение показано при широких диастазах, сочетании с разрывами крестцово-подвздошных сочленений и отсутствии эффекта от консервативной терапии. Исходы при правильной лечебной тактике в основном благоприятные, полное восстановление функции наблюдается через 3–6 мес. При последующих беременностях в связи с высокой частотой рецидивов РАС показано оперативное родоразрешение.

Литература

1. Khorashadi L., Petscavage J.M., Richardson M.L. Postpartum symphysis pubis diastasis. Radiology case reports. 2011; 6 (3): 1–3.
2. Becker I., Woodley S.J., Stringer M.D. The adult human pubic symphysis: a systematic review. J. Anat. 2010; 217 (5):475–87.
3. Jain S., Eedarapalli P., Jamjute P., Sawdy R. Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. The Obstetrician & Gynaecologist. 2011; 8 (3): 153–8.
4. Chawla J.J., Arora D., Sandhu N., Jain M., Kumari A. Pubis symphysis diastasis: a case series and literature review. Oman Med J 2017; 32 (6): 510–14.
5. Urraca-Gesto M.A., Plaza-Manzano G., Ferragut-Garcias A., Pecos-Martin D., Gallego-Izquierdo T., Romero Franco N. Diastasis of symphysis pubis and labor: Systematic review J. Rehabil. Res. Arch. Develop. 2015; 52 (6): 629–40.

6. Jain N., Sternberg L.B., Symphyseal separation. *Obstet. Gynecol.* 2005; 105 (5 Pt 2): 1229–32.
7. Buitenduk M., Brennan B., Vora P., Smith P., Winsor S. Acute intra-partum rupture of the pubic symphysis requiring resuscitation and surgical intervention: a case report. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2018; 40 (1): 68–71.
8. Erickson D., Low J., Shumway J. Management of postpartum diastasis of the pubic symphysis. *Orthopedics.* 2016; 39 (2): 367–69.
9. Owens K., Pearson A., Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2002; 105 (2): 143–46.
10. Aslan E., Fynes M., Symphyseal pelvic dysfunction. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2007; 19 (2): 133–39.
11. Yoo J.J., Ha Y.C., Lee Y.K., Hong J.S., Kang B.J., Koo K.H. Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diastasis of pubic symphysis. *J. Korean Med. Sci.* 2014; 29 (2): 281–86.
12. Pires R.E.S., Labronici P.J., Giordano V., Kojima K.E., Kfuri M., Barbi-san M., Wajnsztein A., de Andrade M.A.P. Impartium pubic symphy-sis disruption. *Annals Med. Health Sci. Res.* 2015; 5 (6): 476–79.
13. Heath T, Gherman RB. Symphyseal separation, sacroiliac joint dislocation and transient lateral femoral cutaneous neuropathy associated with McRoberts' maneuver. A case report. *J. Reprod. Med.* 1999; 44 (10): 902–4.
14. Bahlmann F., Merz E., Macchiella D., Weber G. Ultrasound imaging of the symphysis fissure for evaluating damage to the symphysis in pregnancy and postpartum. *Z. Geburtshilfe Perinatol.* 1993; 197: 27–30.
15. Van Heukelum M., Blake C. Major disruption of the pelvis ring during normal vaginal delivery: a case report. *S.A. Orthop. J.* 2010; 16 (1): P 25–7.
16. Biçek H., Keskin H., Tuhano lu Ü., Kiliçarslan K., O ur H. Simulta-neous disruption of the pubic symphysis and sacroiliac joint during vaginal birth. *Case Reports in Orthopedics.* 2015;2015:1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/812132>
17. Svelato A., Ragusa A., Perino A., Meroni M.G. Is x-ray compulsory in pubic symphysis diastasis diagnosis? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2014; 93: 218–20.
18. Серов В.Н., Аманьев Е.В. Оценка тяжести дисфункции лонного сочленения и выбор метода родоразрешения. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2011; 3: 45–8. /Serov V.N., Ananyev E.V. Ocenka tyazhesti disfunkcii lonnogo sochleneniya i vikor metoda rododasresheniya. *Rossiysky vestnik akshera-ginekologa.* 2011; 3: 45–8. [in Russian].
19. Shim J.H., Oh D.W. Case report: Physiotherapy strategies for a woman with symphysis pubis diastasis occurring during labour. *Physiotherapy.* 2012;9 8 (1): 89–91.
20. Howell E.R. Pregnancy-related symphysis pubis dysfunction management and postpartum rehabilitation: Two case reports. *J. Can. Chiropr. Assoc.* 2012; 56 (2): 102–11.
21. Idrees A. Management of chronic symphysis pubis pain following child birth with spinal cord stimulator. *J. Pak. Med. Assoc.* 2012; 62: 71–3.
22. Cowling P.D., Rangan A. A case of postpartum pubic symphysis diastasis. *Injury.* 2010; 41: 657.
23. Culligan P., Hill S., Heit M. Rupture of the symphysis pubis during vaginal delivery followed by two subsequent uneventful pregnancies. *Obstetrics Gynecol.* 2002; 10 (5): 1114–7.
24. Osterhoff G., Ossendorf C., Ossendorf-Kimmich N. et al. Surgical stabilization of postpartum symphyseal instability: two cases and a review of the literature. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2012; 73: 1e7.
25. Bhardwaj A., Nagandla K. Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy; pathophysiology, diagnostic approaches and modern management. *Postgrad. Med. J.* 2014; 90: 450e60.

Сведения об авторах:

Петрушин Александр Леонидович – к.м.н., врач-хирург, ГБУЗ АО Карпогорская Центральная больница п. Карпогоры Пинежского района Архангельской области

Прялухина Анастасия Владимировна – врач акушер-гинеколог, ГБУЗ АО Карпогорская Центральная больница п. Карпогоры Пинежского района Архангельской области

Суханова Анастасия Игоревна – врач акушер-гинеколог, ГБУЗ АО Областная клиническая больница, Архангельск