

ИЗМЕНЕНИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: ТЕРМИНОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Л.А. Козлов, И.В. Ключаров

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Ю.И. Бородин)
Казанского государственного медицинского университета

Среди многочисленных изменений в организме женщины при беременности, в родах и пuerперии специфическое место занимают изменения в лонном сочленении. М.Ф. Айзенберг [1] указывал, что “по изменениям лонного сочленения, являющегося как бы индикатором таза, можно судить об изменениях, происходящих во всем тазовом кольце”. Под общим названием “изменения и повреждения лонного сочленения” скрывается до 16 составляющих: разрыхление, размягчение, отечное пропитывание, растяжение, расширение, расхождение, разрыв, воспалительный процесс, асептический некроз, стертая форма остеомаляции беременных, особая форма токсикоза беременных, особая форма гиповитаминоза, симфизиопатия, остеопатия, симфизит.

Одна из ранних классификаций, не потерявшая значения и в наши дни, предложена Л.В. Ваниной [3]:

I. Расхождение — физиологическое при беременности: 1 ст. — 5—9 мм, 2 ст. — 10—20 мм, 3 ст. — более 20 мм.

II. Симфизиопатия или сакроилеопатия — чрезмерная подвижность сочленения таза.

III. Разрыв лонного сочленения и крестцово-подвздошного сочленения.

IV. Симфизит и сакроилеит.

М.Ф. Айзенберг [1] дополнил эту классификацию, указав на возможность вертикального смещения лонных костей и возможность асептического некроза.

А.П. Туманов [22] различает следующие виды патологии:

I. Физиологическое расхождение лобковых костей во время беременности до 12 мм, не сопровождающееся клиническими проявлениями.

II. Начальная форма остеомаляции может развиваться на сроке 24—32 нед, характеризуясь болями и изменением походки, при этом рентгенологически определяется расхождение до 30 мм.

III. Симфизит.

IV. Частичный разрыв лонного сочленения, сопровождающийся болью и смещением костей на рентгенограмме до 20 мм.

V. Полный разрыв лонного сочленения — рентгенологически выявляется расхождением до 100 мм с яркой клиникой травмы.

Л.М. Алексеева [2] дифференцирует 3 степени расхождения: 1 ст. — 10 мм, 2 ст. — до 20 мм, 3 ст. — более 20 мм. При этом она указывает, что изменения, устанавливаемые рентгенографически, должны обязательно сопровождаться субъективными ощущениями.

Л.В. Ванина считает, что обнаружение на рентгенограмме увеличения ширины суставной щели при отсутствии жалоб больных необходимо расценивать как вариант нормы при физиологической беременности. Разрыв же сочленения с повреждением связочного аппарата и подвывих одного или обоих крестцово-подвздошных сочленений обычно происходит при расхождении лонного сочленения 3 степени [4].

А.С. Слепых [21], описывая клинические проявления повреждения лонного сочленения, не видит принципиальной разницы между расхождением и разрывом лонного сочленения.

П.Н. Демидкин, А.И. Шнирельман [7], подробно изучив рентгенологическую характеристику состояния сочленения таза, считают возможным выделить трех следующих групп:

I. Расширение лобкового симфиза (в эту группу входят все наблюдающиеся во время беременности физиологические изменения, не сопровождающиеся клиническими симптомами: 1 ст. — 0,5—0,9 см, 2 ст. — 1—2 см, 3 ст. — > 2 см).

II. Разрыв лобкового симфиза (такие изменения связаны с нарушениями целостности лобкового сочленения с отрывом связок и сопровождаются симптомами травмы — сильными болями в области лобкового симфиза, усиливающимися при движении ног и др.).

III. Симфизит (эти изменения обусловлены воспалительным процессом в лобковом симфизе и имеют определенную клиническую и рентгенологическую симптоматику; следует учитывать и возрастные изменения, особенно у первородящих).

Б.И. Захаров и Н.Б. Захарова [12], не вдаваясь в подробности классификации, останавливают свое внимание на симфизите, подчеркивая, что кроме общеизвестных его проявлений (болей, нарушений движений, отека, гиперемии) при рентгенографическом исследовании встречаются явления остеопороза и расширение суставной щели.

А.П. Марусов и соавт. [18], проведя ретроспективное клинико-рентгенологическое обследование 113 беременных и родильниц, сочли возможным по рентгенологической картине лобкового симфиза разделить их на 4 группы:

1-я — беременные и родильницы с физиологическими изменениями в лобковом симфизе;

2-я — родильницы с симфизиопатией;

3-я — родильницы с расширением лобкового симфиза;

4-я — родильницы с разрывами лобкового симфиза и крестцово-подвздошных сочленений.

Таким образом, на протяжении второй половины XX века изменения в сочленениях таза и, особенно, в лобковом симфизе находятся под постоянным вниманием исследователей. Создалось впечатление, что практический врач-акушер должен придерживаться следующим положений: постоянно помнить о многообразных изменениях, скрывающихся под термином “повреждения лонного симфиза” и пользоваться классификацией, предложенной Л.В. Ваниной, так как подавляющее большинство акушеров ссылаются на объективность именно этой классификации.

Непосредственно в повседневной работе можно использовать рекомендации Л.М. Алексеевой [2], согласно которым расхождение лонного сочленения без клинических проявлений следует относить к физиологическому явлению, а при появлении жалоб — к патологии и пользоваться при этом оценкой по 3 степеням. Надо помнить, что разрыв лонного сочленения как тяжелейшая форма повреждения возникает при расхождении лонного сочленения более 2 см, а такая форма, как симфизит, — вне зависимости от наличия или отсутствия выраженного расхождения и сопровождается характерной клиникой воспаления.

Диагностика повреждений лонного сочленения, как правило, основывается на субъективных и объективных признаках. Из последних подавляющее большинство авторов предлагают проводить рентгенографическое исследование, а в последнее время — УЗИ-денситометрию. Лечебную тактику следует выработать индивидуально, с учетом выраженности клинических признаков, выявляемых при обследовании беременной, роженицы или родильницы.

Следует уделить внимание и подходу авторов к диагностике разрывов лонного сочленения. М.С. Романова [20] указывает на наличие при этом вертикального смещения костей на 4 мм и более и отрыва субхондрального участка одной или обеих костей.

И.П. Туманов [22], описывая варианты разрыва, отмечает, что при неполном разрыве происходит отрыв межучточной хрящевой пластинки от одной из суставных по-

верхностей лонных костей без разрыва связок лона.

М.Ф. Айзенберг [1] считает необходимым в диагностике разрывов лонного сочленения учитывать в комплексе клиническое течение родов (самопроизвольных, оперативных), выраженность клинических проявлений, ясность объективных признаков (провал лона, отек, гиперемия, подвижность), подтвержденных рентгенологическими изменениями.

П.Н. Демидкин, А.И. Шнирельман [7] также подчеркивают необходимость правильной оценки совокупности клинической картины и отдают при этом предпочтение достоверности рентгенологического исследования. По мнению авторов, в типичных случаях разрыва лобкового симфиза рентгенологическая картина характеризуется: а) расхождением лобковых костей иногда до 7—8 см; б) смещением горизонтальных ветвей лобковых костей по вертикали (максимально одна выше другой на 3 см и более). При выявлении тяжести изменения в тазовом кольце предлагают также выявлять симптомы Волковича, Ларрея, “прилипшей пятки” и Вернея.

Принято использовать 2 направления в лечении: а) неоперативное и б) оперативное.

При неоперативном лечении нужно создать относительный покой роженицам и обеспечить сближение концов лобковых костей. Для этого необходимо следующее:

1) обеспечение постельного режима в положении на спине с приведенными (сомкнутыми) и полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами;

2) положение на боку с переменной 1—2 раза в сутки стороны тела (при этом рекомендуется создавать дополнительную нагрузку прикладыванием мешочка с песком весом от 4 до 6 кг) [19];

3) положение в гамаке без циркулярной компрессии по Уишнеру—Майеру или с ней [1];

4) обеспечение сближения краев лонных костей поясом штангиста или поясом Боланда [1];

5) наложение гипсовой повязки в виде трусов [9];

6) внеочаговая фиксация лонного сочленения аппаратом Челнокова [18] (фиксацию тазовых костей и создание концентрического давления на тазовый пояс путем использования аппарата предлагает и С.И. Ковалев [15]).

Длительность применения указанных методов лечения варьирует от 2 до 8 недель в зависимости от клинической картины и данных рентгенологического контроля. Кроме того, эти методы можно сочетать с другими воздействиями. В первые дни рекомендуется прикладывать пузырь со льдом. В дальнейшем лечение дополняют физио-

терапевтическими процедурами. Имеются рекомендации использовать прогестерон как ингибитор релаксина. При проявлениях инфекции необходима антибактериальная терапия. А.Ф. Жаркин [11] предлагает рефлексотерапию и диету, богатую кальцием.

Оперативное лечение показано при неэффективности консервативных методов репозиции и удержания сопоставленных лонных костей. При этом способе лечения обеспечивается стягивание лонного сочленения путем: а) наложения швов [6, 10]; б) скобой [5]; в) лавсановой лентой [14]; г) методом чрескостного остеосинтеза и различными устройствами, разработанными на основе аппарата Г.А. Илизарова [16, 18].

При течении симфизита без нагноения лечение аналогично тому, которое обычно проводится при воспалительных заболеваниях с добавлением препаратов кальция. При нагноении же необходимо абсцесс вскрыть или произвести пункцию [17], однако следует учитывать возможность распространения инфекции по клетчаточным пространствам в соответствующие отделы малого таза и брюшной стенки [17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенберг М.Ф. Сочленения таза при беременности — М., 1962.
2. Алексеева Л.М.// Акуш. и гин. — 1966. — № 5. — С. 69—71.
3. Ванина Л.В.// Акуш. и гин. — 1954. — № 5. — С. 45—48.
4. Ванина Л.В.// Вестн. рентгенол. и радиол. — 1956. — № 3. — С. 40—41.
5. Гостев В.С.// Ортопед. травматол. — 1978. — № 1. — С. 55—57.
6. Давыдкин И.Ф.// Хирургия. — 1975. — № 12. — С. 97.

7. Демидкин П.Н., Шнирельман А.И. Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии. — М., 1980.

8. Демичев Н.П., Копишко В.М.// Акуш. и гин. — 1983. — № 4. — С. 50—51.

9. Демичев Н.П., Копишко В.М., Радченко А.Е.// Вестн. хир. — 1984. — № 5. — С. 63—64.

10. Драчук П.С.// Хирургия. — 1975. — № 12. — С. 25—27.

11. Жаркин А.Ф., Жаркин И.А. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии. — Л., 1988.

12. Захаров Б.И., Захарова Н.Б.// Вестн. рентгенол. и радиол. — 1992. — № 1. — С. 47.

13. Зырянова Т.Д. Труды Рижского научно-исследовательского института травматол. и ортопед. — 1975. — Вып. XIII. — С. 447—450.

14. Кириленко А.В.// Вестн. хир. — 1973. — № 7. — С. 18—20.

15. Ковалев С.И. // Ортопед. травматол. — 1984. — № 3. — С. 51—52.

16. Ковалев В.А., Куралесин А.Т.// Ортопед. травматол. — 1984. — № 3. — С. 32—33.

17. Колосова Е.П.// Акуш. и гин. — 1950. — № 1. — С. 42—46.

18. Марусов А.П., Баландин А.Н., Минеев А.П. Хирургическая тактика при разрывах матки и тазового кольца в родах. — Саранск, 1994.

19. Прокопьев Н.Я., Прокопьев Р.С.// Фельдшер и акушерка. — 1980. — № 11. — С. 9—11.

20. Романова М.С. Возрастные и индивидуальные особенности лонного сочленения и некоторые патологические изменения лонного сочленения в рентгеновском изображении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1959.

21. Слепых А.С. Родовой травматизм матери и плода. — М., 1978.

22. Туманов И.П. К вопросу об изменениях и повреждениях лонного сочленения у женщин во время беременности и родов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1953.

Поступила 01.04.97.