

ПОСТУРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНИХ З ПОПЕРЕКОВО-ТАЗОВИМ БОЛЕМ

*Беренов К.В., **Беренова О.Ф., *Карпінська О.Д.

*ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім.проф. М.І. Ситенка НАМН України»,
Харків, Україна

**ММЦ «Еввіва» Харків, Україна

Вступ. Перебіг вагітності у багатьох жінок супроводжується попереково-тазовим болем (ПТБ). Фізичні та психологічні страждання вагітної не тільки призводять до побутової та професійної дестабілізації, але й можуть негативно впливати на стан плода. За даними досліджень, розповсюдженість попереково-тазового болю у вагітних знаходиться у межах від 40 до 80 %. Після пологів у більшості жінок біль зникає, але у 10 % біль зберігається і періодично загострюється упродовж декілька років.

Інтенсивність попереково-тазового болю в середньому становить 50-60 мм по ВАШ, що значно знижує функціональну активність вагітної, а 60 % потребують сторонньої допомоги. Все викладене говорить про значну медико-соціальну значущість досліджень попереково-тазового болю при вагітності.

Мета. Визначити біомеханічні показники стояння та хребетно-тазового балансу у вагітних з попереково-тазовим болем у різні терміни вагітності.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження стали протоколи дослідження 100 вагітних з болем в області таза та/або поперекового відділу хребта та 24 не вагітних жінок. Вагітні було поділено за 3 групи за триместрами вагітності I триместр – 26 жінок, II – 56 жінок, III – 18 жінок.

Проводили статистичні дослідження з визначенням зміни проекції загального центру мас у фронтальній й сагітальній площинах та коефіцієнти хитання при двоопорному та одноопорному стоянні. Дослідження параметрів хребетно-тазового балансу включали визначення грудного кифозу, поперекового лордозу, інклинації крижі, кутів нахилу тазу, горизонтального нахилу крижі, вертикального відхилення тазу. Отримані дані були оброблені статистично.

Результати. За даними статистичного аналізу статистичних параметрів було виявлено, що у вагітних з попереково-тазовим болем відмічається статистично значуще збільшення зміщення проекції ЗЦМ у фронтальній площині в один бік та суттєве значуще збільшення відхилення ЗЦМ у порівнянні з контрольною групою. Зміщення у сагітальній площині показує про поступове збільшення відхилення ЗЦМ у вагітних з поперековотазовим болем, причому, зі збільшенням терміну. Коефіцієнт хитання у групах статистично не відрізняється.

Проведений аналіз показав суттєву різницю практично всіх параметрів ХТБ вагітних в різні терміни вагітності. Максимальний кут кифозу спостерігали у вагітних на I триместрі вагітності, найменший у жінок на III семестрі. Кут лордозу, як і кут інклинації крижі, збільшуються зі строком вагітності. З ростом терміну вагітності збільшувався горизонтальний кут нахилу тазу та зменшувався вертикальний. Щодо кута вертикального кута нахилу тазу, то зі збільшенням терміну вагітності відбувається його нормалізація до величини контрольної групи.

Висновки. Зі збільшенням терміну вагітності збільшується кут кифозу, з одночасним зменшенням кута лордозу, збільшується кут інклинації крижі. Зміни цих параметрів відбуваються на змінах зміщення ЗЦМ.

Було відмічено, що зміна кутів горизонтального нахилу крижі та вертикального нахилу тазу не зв'язані з триместром вагітності, через що можна припустити, що акт появи больового синдрому можуть з'явитися пізніше, чим менше величини цих кутів будуть відрізнятися від умовної норми.

Неможна припустити, що попереково-тазовий біль визваний тільки змінами співвідношень анатомічних структур тіла вагітної, але при його діагностиці доцільно звертати на це увагу.