

# ПОПЕРЕКОВО-ТАЗОВИЙ БІЛЬ У ВАГІТНИХ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

\*Беренов К.В., \*\*Беренова О.Ф.

\*ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ»,

\*\*ММЦ «Еввіва», м.Харків, Україна

Діагностика та лікування різних варіантів попереково-тазового болю (ПТБ) при вагітності докорінно відрізняється від діагностики і лікування дегенеративних захворювань хребта та суглобів тазу у звичайних людей. У вагітних неможливо використовувати рентгенографію, комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію, а лікувально-діагностичні блокади можна виконувати з обережністю і тільки у випадках нестерпного болю.

**Мета роботи** - удосконалити діагностику, прогнозування та лікування попереково-тазового болю у вагітних.

**Матеріали дослідження.** Проведено аналіз науково-медичної та патентно-ліцензійної літератури стосовно діагностики та лікування ПТБ у вагітних. Клінічний матеріал складають 125 жінок репродуктивного віку, які розділені на 3 групи: гр. А – 76 вагітних з ПТБ; гр. В – 25 вагітних без ПТБ; гр. С – 24 здорові невагітні жінки. В досліджуваних групах жінок, окрім стандартних, загальноприйнятих методик ортопедичного обстеження, проводили спеціальні провокативні тести та мануальними прийомами вивчали рухомість елементів тазового кільця і поперекових хребтових сегментів, вимірювали силу та витривалість різних груп м'язів, визначали показники росту та ваги, індекс маси тіла, об'єм рухів тулуба та індекс гіпермобільності, а також проводилася ультрасонографія зчленувань тазу у вагітних з різними варіантами ПТБ.

**Результати роботи.** Встановлено, що інтенсивність поперекового болю у вагітних (27,17) суттєво менше інтенсивності тазового болю (37,17). У середньому інтенсивність максимального болю складає 43,03 мм за шкалою VAS, варіює від 10 до 90. Індекс дисабілітації за шкалою Osvestry в середньому складає  $(37,55 \pm 17,99)\%$  і варіює від 12,0% до 74,0%. Інтенсивність попереково-тазового болю у вагітних корелює зі строком вагітності, наявністю і тривалістю попереково-тазового болю до вагітності. Джерелами поперекового болю служать частіше за все дуговідросткові суглоби, рідше міжхребцеві диски. Джерелами тазового болю служать крижово-клубові зчленування і симфіз. Міофасціальні структури можуть бути джерелами як поперекового, так і тазового болю. Найбільш часто зустрічаються синдроми крижово-клубового болю (80,3%) і симфізеолізу (48,7%), синдроми поперекової (40,8%) і тазової (39,5%) нестабільності, поперекової (26,3%) і тазової (40,8%) функціональних блокад. Рідко зустрічаються синдроми поперекової (28,9%) і тазової (23,8%) артралгії. Синдроми дискалгії зустрічаються відносно рідко (5,3%), але різні міотонічні синдроми виявляються дуже часто. Частота синдромів поперекової і тазової нестабільності зменшується, а частота функціональних блокад збільшується зі строком вагітності.

Інтенсивність ПТБ у вагітних варіює від 10 до 90 за VAS, а індекс дисабілітації за Osvestry коливається від 12% до 74%. Встановлено структурні джерела болю і виявлено частоту різних клінічних синдромів у разі ПТБ у вагітних. Встановлено кореляцію параметрів інтенсивності болю з наявністю і тривалістю ПТБ до вагітності, періодами вагітності, видами клінічних синдромів. Розраховано показники діагностичної чутливості, специфічності та інформативності окремих клінічних синдромів.

Каузативними факторами розвитку ПТБ під час вагітності служать індекс маси тіла (ІМТ) і зміни позиційних параметрів попереково-тазового балансу. Зменшення жорсткості пасивних стабілізаторів зчленувань тіла (збільшення індексу генералізованої гіпермобільності суглобів тіла із збільшення об'єму рухомості поперекового відділу хребта і тазу), зменшення функціональних можливостей активних стабілізаторів зчленувань тіла (зниження сили м'язів) статистично не відрізняються у групі вагітних жінок з ПТБ і без

ПТБ, але корелюють з інтенсивністю поперекового і тазового болю та індексом дисабілітації, що дозволяє віднести вказані фактори до допоміжних, що потенціюють дію патогенних факторів розвитку ПТБ під час вагітності. Особливості показників стабілографії, переходу від стояння до ходьби, надмірна ретроверсія таза і дискордантне зменшення поперекового лордозу зі збільшенням грудного кіфозу у вагітних з ПТБ свідчить, що основною біомеханічною причиною розвитку і прогресування ПТБ у вагітних є порушення нервово-м'язової регуляції вертикальної постави і ходьби з формуванням синдромів надмірного навантаження на окремі групи м'язів, поперекових рухових сегментів ізчленувань таза.

Біомеханічні патогенні фактори, конкретне збільшення гравітаційних сил внаслідок збільшення індексу маси тіла, зменшення жорсткості пасивних стабілізаторів і зниження функціональних можливостей активних стабілізаторів зчленувань хребта і таза, головне, порушення функції сенсорно-моторної системи контролю і управління вертикальною поставою і рухами служать основною ортопедичною причиною розвитку і прогресування ПТБ під час вагітності.

Удосконалено клінічну синдромологічну класифікацію ПТБ під час вагітності: структурними джерелами поперекового болю служать дуговідросткові суглоби, міжхребцеві диски і міофасціальні утворення хребта, структурними джерелами тазового болю служать крижово-клубові суглоби, симфіз і міофасціальні утворення таза. Усі структурні джерела болю виявляються відповідними больовими синдромами дискалгії, спондилоартралгії, симфізеолізу, крижово-клубового болю і синдромами міофасціального болю. Усі підвиди ПТБ за характером стану опороздатності хребта і таза, а також за станом захисної функції хребта поділяються на варіанти, які виявляються компенсованою опороздатністю, порушенням опороздатності у вигляді нестабільності або функціональних блокад зчленувань хребта і таза, синдромами радикулопатії. Запропоновано новий тест мануального контролю рухомості симфізу, встановлено діагностичну чутливість, специфічність та інформативність різних ознак, клінічних синдромів і провокативних тестів, розроблено програми діагностики різних варіантів ПТБ у вагітних.

Використання нового тесту, кількісних характеристик клінічних ознак синдромів (чутливості, специфічності, інформативності), програм діагностики різних варіантів ПТБ у вагітних у відповідності до удосконаленої клінічної синдромологічної класифікації дозволяє підвищити якість діагностики, ідентифікувати окремі варіанти ПТБ та їх поєднання у вагітних, що служить базисом оптимізації методів лікування.

На підставі проведеного множинного регресійного аналізу розраховано рівняння множинної регресії інтенсивності поперекового болю (ІПБ), інтенсивності тазового болю (ІТБ), інтенсивності максимального ПТБ (ІБМ).

У випадку нульових або негативних значень розрахункових величин ІПБ, ІТБ і ІБМ приймають гіпотезу про відсутність вірогідності ПТБ у конкретної жінки під час вагітності, якщо хоча б один з розрахункових параметрів знаходиться в діапазоні 1-20, прогноз вважають сумнівним. Збільшення розрахункових параметрів у діапазоні 21-40 свідчить про значну вірогідність розвитку і прогресування ПТБ, а коли розрахункові величини перевищують 40, приймають гіпотезу про високу вірогідність ПТБ під час вагітності у конкретної жінки. Чутливість (61,5%) і специфічність (88,2%) запропонованої методики прогнозування розвитку і прогресування ПТБ під час вагітності достатньо високі, що свідчить про доцільність її використання в клінічній практиці.

Розроблено два взаємопов'язаних способи усунення функціональних блокад рухових сегментів і зчленувань таза, спосіб виконання лікувальної гімнастики і пристрій для стабілізації тазового кільця. Запропоновано програми лікування різних синдромів і синдромологічних варіантів ПТБ у вагітних.

Клінічне використання розроблених нових способів лікування, пристроїв для стабілізації тазового кільця та інших ортезів, запропонованих програм лікування різних варіантів ПТБ у вагітних забезпечують стійке зменшення інтенсивності болю на 70% і

більше, зменшення індексу дисабілітації в результаті лікування у 5,4 рази. Індекс реабілітації  $I_{re}=82,49\pm 19,26\%$ , що розцінюється як хороший результат лікування.

В результаті клінічних, біомеханічних і ультрасонографічних досліджень встановлено, що збільшення індекса маси тіла, зменшення жорсткості пасивних стабілізаторів, зниження функціональних можливостей активних стабілізаторів зчленувань хребта і тазу, некомпенсоване або гіперкомпенсоване зміщення ЗЦМ, дискордантні зміни параметрів хребетно-тазового балансу, а також порушення функції сенсорно-моторної системи контролю і управління вертикальної осанки і рухами є основними ортопедичними причинами розвитку і прогресування ПТБ при вагітності.

Розраховані показники діагностичної сенситивності, специфічності та інформативності окремих клінічних синдромів.

Удосконалена клінічна синдромологічна класифікація і розроблені нові діагностичні та лікувальні програми ПТБ у вагітних. Розроблена методика прогнозування, виникнення і прогресування ПТБ у вагітних. Удосконалені пристрої і засоби лікування, розроблено алгоритм оптимізації лікувальних програм при різних варіантах ПТБ у вагітних.

**Висновки.** Новий підхід у діагностиці, прогнозуванні і лікуванні ПТБ під час вагітності дозволяє суттєво підвищити якість медичної допомоги зазначеної категорії пацієнток. Клінічне використання розроблених нових способів лікування, пристроїв для стабілізації тазового кільця та інших ортезів, запропонованих програм лікування різних варіантів ПТБ у вагітних забезпечує стійке зменшення інтенсивності болю на 70% і більше, зменшення індексу дисабілітації в результаті лікування у 5,4 рази. Індекс реабілітації  $I_{re}=82,49\pm 19,26\%$ , що розцінюється як хороший результат лікування.