

- культурно-эстетический — широта культурных контактов, способность противостоять проявлениям антикультуры, наличие эстетического идеала, разумное следование моде;
- целостно-мотивационный — уважение человеческой личности, приоритет духовных ценностей, ответственное отношение к среде обитания, наличие валеологического идеала, устойчивая мотивация саморазвития и здравотворчества;
- эмоционально-волевой — эмоционально-психологическая устойчивость, преодоление жизненных трудностей на эмоционально-положительном фоне, развитая саморегуляция, спонтанность;
- индивидуально-личностный — достаточный уровень самоуважения, способность ценить и сохранять уникальность своей личности, стремление к творческой саморегуляции [2].

В поведении это проявляется в большей жизненной энергии, собранности, хорошей коммуникабельности, подтянутости; ощущении своей физической и психоэмоциональной привлекательности, умении обеспечить свой полноценный и приятный отдых, оптимистичном настрое.

В психологическом аспекте достоинства здорового образа жизни проявляются в качестве психического здоровья, хорошем самочувствии, способности успешно переносить последствия психических стрессов, в нервно-психической устойчивости; в хорошо выраженной волевой организации (решительности, самообладании, целеустремленности, настойчивости в достижении поставленной цели), уверенности в своих силах, меньшей подверженности депрессии, мнительности.

В функциональном проявлении можно отметить более высокое качество здоровья, повышение работоспособности и тренированности, улучшение адаптационных процессов; снижение заболеваемости и болезненных ощущений; более быстрое и полноценное восстановление после физической и умственной деятельности; активность обменных процессов в организме; усиление иммунных механизмов защиты организма; улучшение состояния деятельности сердечно-сосудистой системы в целом; улучшение состояния дыхательной системы (увеличение максимального потребления кислорода, возрастание порога анаэробного обмена); улучшение работы пищеварительной системы; повышение устойчивости костной ткани; нормализацию весоростового соотношения; хорошую осанку и легкость походки.

### **Выводы**

Содержание критериев здорового образа жизни может быть расширено и детализировано в зависимости от потребностей личности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Основы индивидуального здоровья человека: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Э. М. Казин [и др.]. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. — 53 с.
2. Виленский, М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: учеб. пособие / М. Я. Виленский, А. Г. Горшков. — М.: Гардарики, 2007. — 218 с.

**УДК: 618.3:616.718.3**

## **ДИСФУНКЦИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ**

**Семак Т. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н. Л. Громыко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Актуальность исследования проблемы дисфункции лонного сочленения при беременности обусловлена высоким риском возникновения в родах разрывов лонного сочленения, что обуславливает необходимость поиска факторов, позволяющих прогнози-

вать данное состояние на ранних стадиях. Частота дисфункции лонного сочленения по данным литературы колеблется от 0,12 до 56 % [1,2]. Тазовые боли во время беременности встречаются с частотой 48–71 %; дисфункция лонного сочленения наблюдается у 31,7 % беременных женщин [3]. Для характеристики патологических состояний со стороны сочленений таза при беременности используются термины: релаксация тазового кольца, лонно-крестцово-подвздошная артропатия, тазовая недостаточность, тазовая боль, нестабильность соединений таза и др. Указанные термины не всегда отражают суть патологического процесса, а поэтому многие авторы рекомендуют использовать термин «дисфункция лонного сочленения — ДЛС» [2, 3]. Основу патогенеза ДЛС составляют: биомеханическое напряжение тазовых связок, метаболические и гормональные изменения, приводящие к слабости связочного аппарата, патологическая податливость лонного сочленения, склеротические и дегенеративные изменения лонного сочленения, увеличение массы тела во время беременности [3]. В литературе описаны такие факторы развития ДЛС, как генетическая предрасположенность, семейный анамнез, тазовая боль при предыдущих беременностях, раннее менархе, прием оральных контрацептивов, высокий паритет родов, избыточная масса тела, высокий уровень стресса, боль в пояснице в анамнезе, предыдущая тазовая патология или травма, травма спины, гиподинамия, макросомия, переношенная беременность, грудное вскармливание, дисплазия тазобедренного сустава [2, 3]. Время появления заболевания может варьировать. У большинства женщин данная патология возникает в третьем триместре беременности (52 %), у 34 % во втором триместре, у 12 % в первом триместре [3].

#### **Цель**

Изучить течение беременности, особенности экстрагенитальной и гинекологической патологии у пациенток с дисфункцией лонного сочленения.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе отделения патологии беременности (ОПБ) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ). Было проведено ретроспективное обследование 43 пациенток. Контрольную группу составили женщины без патологии со стороны сочленений таза (N=25). В основную группу были включены пациентки с проявлениями дисфункции лонного сочленения (N=18). Всем пациенткам был проведен анализ анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, а также результатов УЗИ и рентгенографии лонного сочленения. В работе использовались параметрические и непараметрические методы статистики. Описание качественных признаков проводилось с помощью вычисления доли и 95% доверительного интервала. Сравнение частоты встречаемости признака проведено с использованием точного критерия Фишера, критерия  $\chi^2$ . Статистически значимыми считали результаты при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования**

Общее количество пациенток с проявлениями дисфункции лонного сочленения в ОПБ УГОКБ в 2012 г. составило 15 (0,74 % от общего количества пациенток отделения), что в 4,9 раза превышает показатель 2011 г. (3 пациентки (0,15 % от общего количества пациенток отделения),  $p < 0,05$ ). Средний возраст женщин в основной группе составил  $26 \pm 3,8$  лет, в контрольной —  $28 \pm 5,5$  лет. По паритету беременности и родов женщины статистически значимо не отличались. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии и осложненного акушерско-гинекологического анамнеза (ОАГА) представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости экстрагенитальной патологии ОАГА (n; P%;95% ДИ)

Нозология	Основная группа N=18	Контрольная группа N=25
Экстрагенитальная патология	15, 83%, 58–96	21, 84%, 63–95
ОАГА	11, 61%, 35–82	17, 68%, 46–85

По уровню кальция в сыворотке крови, гемоглобина, сывороточного железа женщины основной и контрольной групп также значимо не отличались. Частота встречаемости осложнений беременности у женщин обеих групп представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Частота встречаемости осложнений беременности (n; P%;95% ДИ)

Нозология	Основная группа N=18	Контрольная группа N=25
Гестоз	4, 22%, 6–47	11, 44%, 24–65
Угроза прерывания беременности	11, 61%, 35–82	10, 40%, 21–61

Все женщины основной группы при поступлении в ОПБ УГОКБ предъявляли жалобы на боли в области лонного сочленения, которые появились в III триместре беременности. При клиническом обследовании была выявлена болезненность при пальпации лонного сочленения. При этом у 3 пациенток (16 %, 3–41) ДЛС была выявлена в женской консультации. У остальных женщин (15, 83 %, 58-96; p=0,001) данная патология диагностирована в стационаре. Всем женщинам основной группы, учитывая жалобы и результаты клинического обследования, было назначено УЗИ лонного сочленения и консультация травматолога. Результаты УЗИ лонного сочленения представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Результаты УЗИ лонного сочленения (n; P%;95% ДИ)

Степень расхождения лонных костей	I степень (5–9 мм)	II степень (10–20 мм)	Точный критерий Фишера
Количество пациенток	3, 23%, 5–54	10, 77%, 46–97	p=0,017

Согласно рекомендациям травматолога все пациентки основной группы были родоразрешены путем операции кесарево сечение в плановом порядке. По массо-ростовым показателям новорожденные дети не отличались. Средняя масса новорожденных в основной группе составила  $3580 \pm 400$  г, в контрольной группе —  $3280 \pm 660$  г.

### Выводы

В последние годы наблюдается рост числа беременных с проявлениями ДЛС, родоразрешенных на базе ОПБ УГОКБ (0,74 % в 2012 г. и 0,15 % в 2011 г.,  $p < 0,05$ ). В настоящее время наблюдается поздняя диагностика ДЛС, что подтверждено более высокой частотой II степени расхождения лонных костей по сравнению с I ( $p=0,017$ ) и наиболее частым выявлением патологии в стационаре по сравнению с амбулаторным звеном ( $p=0,001$ ). В нашем исследовании анализ соматической и акушерско-гинекологической патологии, паритета беременности и родов значимых факторов риска развития ДЛС не выявил. Необходимо дальнейшее исследование данной проблемы, изучение патогенетических механизмов, биохимических процессов, происходящих при ДЛС, с целью разработки дифференцированного подхода к ведению беременности и выбору способа родоразрешения женщин с ДЛС с учетом факторов риска, описанных в литературе.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Демченко, С. Г. Тактика ведения беременных с дисфункцией лонного сочленения: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / С.Г. Демченко; Омская гос. мед. академия — Омск., 2012. — 103 с.
2. Чернуха, Е. А. Дисфункция лонного сочленения / Е.А.Чернуха, Е.В. Ананьев // Журн. РОАГ. — 2006. — № 3.
3. Howell, E. R. Pregnancy-related symphysis pubis dysfunction management and postpartum rehabilitation: two case reports / E. R. Howell // J. Can Chiropr Assoc. — 2012. — Vol. 56, № 2. — P. 102–111.