УДК 616.711-007.55:618.2

СКОЛИОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Небышинец Л.М., Кручинская А.Н.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г.Минск, Республика Беларусь

Резюме. В настоящей работе приводится тематический обзор публикаций, посвященных проблеме сколиотической деформации позвоночника у женщин и ее влиянию на течение беременности и родов. Учитывая значительную частоту возникновения акушерских и перинатальных осложнений при наличии сколиоза, сделан вывод о необходимости верификации диагноза сколиоза с уточнением его степени тяжести и локализации у беременных и целесообразности проведения дальнейших исследований для разработки критериев прогнозирования беременных со сколиозом осложнений гестации и родов.

Ключевые слова: беременность, роды, сколиоз.

Введение. В настоящее время проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) привлекает внимание исследователей, так как возрастает степень и вариации ее клинических проявлений, а специфика течения беременности и родов у данной группы остается малоизученной [1]. Соединительнотканная патология нередко сопровождается различными отклонениями в физическом развитии. Системные нарушения синтеза коллагена в костной и хрящевой ткани приводят к возникновению различной патологии, в том числе деформации позвоночника. Патология позвоночника проявляется сколиозом, кифозом грудного отдела, лордозом поясничного отдела.

Наиболее распространенной формой сколиоза у подростков является идиопатический сколиоз, который встречается у 0,3–6 % детей в возрасте от 10 до 18 лет [2–4]. Идиопатический сколиоз встречается у девочек в 6–8 раз чаще, чем у мальчиков, и в 0,6 % случаев может наблюдаться в тяжелой форме [4, 5, 6, 7]. Начальные стадии развития заболевания часто остаются незамеченными, поскольку не доставляют пациентам явных неудобств. Обычно идиопатический сколиоз выявляется попутно в ходе медицинских осмотров по другим поводам в ходе плановых осмотров школьников или при плановой флюорографии [8].

Цель исследования: проанализировать существующие данные по проблеме сколиоза и его влиянию на течение беременности и родов.

Материалы. Публикации зарубежных и отечественных авторов с 2007 по 2023 годы.

Методы. Систематический анализ и обобщение литературных данных.

Идиопатический сколиоз (ИС) – это трехмерная деформация позвоночника неизвестной этиологии, характеризующаяся боковым отклонением во фронтальной плоскости (≥10° по Cobb), осевым вращением в горизонтальной плоскости (торсией) и аномальным сагиттальным профилем позвоночника [4]. Сколиоз в современном понимании – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся определенными проявлениями и влиянием на организм в целом. Кроме очевидного влияния на функционирование сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем воздействие на репродуктивную систему женщины неоспоримо. Однако к настоящему времени влияние идиопатического сколиоза на беременность и роды изучено недостаточно. Среди беременных женщин заболевания позвоночника диспластического и дегенеративно-дистрофического характера диагностируются в 63–68 % случаев. Этот вид патологии представлен врожденными аномалиями развития, остеохондрозом, спондилезом, спондилоартрозом, сколиотической болезнью позвоночника [8; 10; 22]. Во время беременности изменение биомеханизма даже здорового позвоночника проявляется ощущением усталости и болью в спине, а позвоночник женщин со сколиозом, в том числе после оперативного лечения, испытывает гораздо большие нагрузки [5].

Отклонение оси позвоночника вправо или влево приводит к ограничению активности одних групп мышц и к перенапряжению других, в результате чего формируется регионарный постуральный дисбаланс мышц. Среди его проявлений большое значение для клиники имеет контрактура в подвздошно-поясничных мышцах, которая приводит к возникновению боли, чаще в нижнебоковом отделе живота со стороны сколиотической дуги [10]. По данным E. Orvomaa (1997), болевой синдром в позвоночнике во время беременности беспокоит около 40 % женщин, страдающих

сколиозом. Появление и нарастание болевого синдрома отмечается по мере роста беременной матки и усугубления поясничного гиперлордоза. Растущая матка отклоняется от средней линии тела и повторяет форму оси пояснично-крестцового отдела позвоночника, располагаясь большей своей частью с выпуклой стороны дуги позвоночника. Такое положение беременной матки чревато тем, что нарушается кровоток прежде всего в маточных артериях. Искривление позвоночника и нарушения осанки сопряжено с дисбалансом мышц тазового дна или синдромом запирательного канала. Напряжение грудобрюшной диафрагмы и ригидность межреберных мышц могут вызывать жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (изжога, одышка, тяжесть в эпигастрии), особенно на поздних сроках беременности [22].

Основными клиническими симптомами сколиотической деформации позвоночника у беременных являются болезненность позвоночника при пальпации в 95–100 % случаев, нарушение функции – в 90–95 %, боль – в 87–100 %, напряжение паравертебральной мускулатуры – в 82 % [5, 6, 10, 11]. Наличие идиопатического сколиоза связано с выраженным болевым синдромом в поясничном отделе позвоночника. Выраженность болевого синдрома в большей степени характерна в последнем триместре беременности и для пациенток с поясничным сколиозом, не прооперированных по поводу сколиоза, а также при сочетании данных факторов [11].

Среди всех форм сколиоза у беременных деформации I и II степени тяжести вызывают необходимость более ранней диагностики изменений для дальнейшей профилактики потенциальных перинатальных потерь. При деформациях высокой степени возможны изменения формы и расположения таза с нарушением кровоснабжения органов малого таза, неправильное положение плода, сдавление и формирование врожденных патологий плода. При сколиозе III и IV степени наблюдаются изменения позвоночника, сопровождающиеся изменением расположения и деформацией внутренних органов женщины, что может являться противопоказанием к беременности [12].

Для большинства заболеваний позвоночника, в том числе и для сколиоза, характерно рефлекторное патологическое влияние на висцеральную сферу. У беременных эти патологические вертебро-висцеральные симптомокомплексы чреваты формированием осложнений беременности и родов, что ведет к утяжелению перинатальной патологии [10].

У женщин, страдающих сколиозом, значительно чаще, чем у беременных без вертеброгенной патологии, отмечены осложнения беременности, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, рождение недоношенных и мертворожденных детей, а также аномалии развития органов у новорожденных.

Женщины со сколиозом относятся также к группе высокого риска таких осложнений беременности и родов, как преэклампсия, плацентарная недостаточность, нарушения со стороны амниотической жидкости, преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, повышенный риск оперативного родоразрешения: в том числе, экстренного кесарева сечения [13, 14, 15, 16, 17].

Патологическое течение беременности отмечается появлением различных осложнений уже в первую половину беременности [13, 14]. У 54–88 % беременных со сколиозом наблюдается анемия, у 3,1–35 % – острые респираторные инфекции, у 23,6–36,6 % – уугрожающий выкидыш, у 19,2–27,3 % – угрожающие преждевременные роды и у 15,1–44,8 % – внутриутробная гипоксия плода. Слабость родовой деятельности осложняет течение родов в каждом десятом случае: в 60 %

отмечалась первичная слабость родовой деятельности и в 40 % – вторичная. Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода, имели место у 4,3±2,9 % женщин со сколиозом. Родовой травматизм у женщин со сколиозом, родоразрешенных через естественные родовые пути, составил 73 % [13].

Оперативное родоразрешение у женщин со сколиозом проводится по показаниям из-за выраженности сколиоза, а также по акушерским показаниям, возникающим в процессе беременности или родов.

Наличие у беременной сколиотической деформации грудного отдела позвоночного столба II, III степени тяжести с дугой противоискривления в поясничном отделе или сколиоза грудопоясничной и поясничной локализации является фактором высокой степени риска нарушения маточно-плацентарного кровотока в III триместре гестации. Чаще снижение скорости кровотока отмечается в маточной артерии, находящейся с вогнутой стороны сколиотической дуги поясничного отдела позвоночника, в 2,5 раза чаще наблюдается асфиксия новорожденных [15, 19].

Имеются наблюдения о том, что значительное количество случаев угрозы прерывания беременности возникало чаще у женщин с I–II степенью выраженности сколиоза. Итогом чего явились преждевременные роды, различные аномалии родовой деятельности и, как следствие, недоношенность и патология новорожденных. В то же время женщин с III–IV степенями сколиоза чаще родоразрешают путем планового кесарева сечения, что снижает риск осложнений родов и улучшает перинатальные исходы [14].

Поражение центральной нервной системы (ЦНС) чаще было выявлено у детей, рожденных от матерей со сколиозом, в сравнении с новорожденными здоровых матерей [19]. Церебральные симптомы поражения нервной системы, симптомы поражения спинного мозга, симптомы сочетанного поражения головного и спинного мозга преобладали у детей, рожденных от женщин с I–II степенью сколиоза через естественные родовые пути [14, 19]. 36±5,6 % новорожденных от матерей со сколиозом имели особенности развития при рождении и осложнения раннего неонатального периода [13].

Таким образом, имеющиеся данные говорят о том, что женщины со сколиозом имеют осложненное течение беременности и родов, а состояние новорожденных от матерей со сколиозом характеризуется поражениями центральной нервной системы, особенностями развития при рождении и осложнениями раннего неонатального периода.

Заключение. В связи со всем вышесказанным, очевидно, что верификацию диагноза сколиоза у беременных с указанием его степени выраженности и локализации необходимо рассматривать как чрезвычайно актуальную проблему в связи с высокой вероятностью развития осложнений при беременности и в родах для матери и плода. Вместе с тем целесообразно проведение дальнейших исследований для разработки критериев прогнозирования гестационных и перинатальных осложнений у женщин со сколиозом, что позволит определять тактику ведения у них беременности и родов.

Литература

1. Козинова, О.В. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О.В. Козинова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – №1. – С.66–69.

2. Строкова, Е.Л. Идиопатический сколиоз: общая характеристика и анализ этиологических теорий (обзор литературы) / Е.Л. Строкова [и др.] // Acta Biomedica Scientifica. – 2021. – № 3 (6). – С. 193–208.

3. Tal Falick-Michaeli. Adolescent Idiopathic Scoliosis and Pregnancy: An Unsolved Paradigm / Tal Falick-Michaeli [et al.] // Global spine jornal. – 2015. – № 5 (3). – С. 179–184.

4. Горбач, А.П. Идиопатический сколиоз как мультифакторное заболевание: систематизированный обзор современной литературы / А.П. Горбач, О.М. Сергеенко, Е.Н. Щурова // Хирургия позвоночника. – 2022. – № 2 (19). – С. 19–32.

5. Дуров, М.Ф. Клиническая картина заболеваний позвоночника у беременных женщин, оперированных по поводу вертеброгенной патологии / М.Ф. Дуров, Е.Г. Скрябин // Хирургия позвоночника. – 2007. – № 1. – С. 64–67.

6. Сайфуллин, А.П. Идиопатический сколиоз и беременность: серия клинических наблюдений / А.П. Сайфуллин [и др.] // Медицинский альманах. – 2021. – № 2 (67). – С. 41–49.

7. Тесакова, М.Л. Сколиоз и беременность: актуальные проблемы / М.Л. Тесакова // 24health.by: [Электронный ресурс]. – URL: https://24health.by/skolioz-i-beremennost-aktualnye-problemy/ (дата обращения: 10.09.2023).

8. Giampietro, P.F. Summary of the first inaugural joint meeting of the International Consortium for scoliosis genetics and the International Consortium for vertebral anomalies and scoliosis, March 16–18, 2017. Dallas, Texas // Am J Med Genet A. – 2018; 176:253–256. – DOI: 10.1002/ ajmg.a.38550.

9. Кузнецов, С.Б. Генетические маркеры идиопатического и врожденного сколиозов и диагноз предрасположенности к заболеванию: обзор литературы / С.Б. Кузнецов [и др.] // Хирургия позвоночника. – 2016. – № 12 (1). – С. 27–35.

10. Скрябин, Е.Г. Аномалии пояснично-крестцового отдела позвоночника у беременных женщин: особенности клиники, диагностики, лечения / Е.Г. Скрябин // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 2 (44). – С. 38–42.

11. Снетков, А.А. Беременности и роды у пациенток с идиопатическим сколиозом / А.А. Снетков [и др.] // Хирургия позвоночника. – 2020. – № 2 (17). – С. 15–22.

12. Решетникова, Ю.С. Особенности течения сколиотической болезни позвоночника у беременных женщин / Ю.С. Решетникова, Е.Г. Скрябин // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – № 1 (17). – С. 38–43.

13. Небышинец, Л.М. Течение беременности и родов у женщин со сколиозом / Л.М. Небышинец, А.Н. Кручинская // Охрана материнства и детства. – 2023. – № 1 (41). – С. 57–63.

14. Князева, О.В. Антенатальные и интранатальные факторы беременных со сколиозом и деформацией таза / О.В. Князева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – №8 (39). – URL: https://research-journal.org/archive/8-39-2015-september/antenatalnye-i-intranatalnye-faktory-beremennyx-so-skoliozom-i-deformaciej-taza (дата обращения: 15.09.2023).

15. Скрябин, Е.Г. Фето-плацентарный кровоток у беременных, страдающих сколиозом / Е.Г. Скрябин, Н.В. Иванова, Н.С. Брынза // Казанский медицинский журнал. – 2003. – № 1 (84). – С. 48–50.

16. Кан, Н.Е. Акушерские осложнения недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Н.Е. Кан [и др.] // Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2015. – № 2. – С. 47–52.

17. Лукина, Т.С. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Т С. Лукина [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – №4. – Публикация 2–5. – URL: http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5258.pdf (дата обращения: 30.11.2015). – DOI: 10.12737/16165.

18. Michoński, J. Monitoring of spine curvatures and posture during pregnancy using surface topography – case study and suggestion of method. / J. Michoński [et al.] // Scoliosis Spinal Disord. – 2016 Oct 17;11(Suppl 2):31. – doi: 10.1186/s13013-016-0099-2. PMID: 27785470; PMCID: PMC5073404.

19. Князева, О.В. Сравнительная характеристика неврологической патологии у детей, рожденных у матерей со сколиозом и деформацией таза / О.В. Князева, В.И. Марулина // Практическая медицина. – 2012. – № 2 (57). – С. 170–173.

20. Dewan M, Mummareddy N, Bonfield C. The influence of pregnancy on women with adolescent idiopathic scoliosis. Eur Spine J. – 2018 Feb;27(2):253–263. – doi: 10.1007/s00586-017-5203-7. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28664223.

21. Lebel, D.E. Mode of delivery and other pregnancy outcomes of patients with documented scoliosis / David E. Lebel [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. – 2012. – № 25 (6). – С. 639–641.

22. Федоров, Д.В. Боли в спине у женщин: причины возникновения, особенности патогенеза, биомеханики / Д.В. Федоров, О.Ю. Киргизов // Acta biomedica scientifica. – 2009. – № 2 (4). – С. 60–64.

SCOLIOSIS AND PREGNANCY

Nebyshynets L.M., Kruchynskaya A.N.

Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel
of the Educational Institution «Belarusian State Medical University»
Minsk, Republic of Belarus

This paper provides a thematic review of publications on the problem of scoliotic spinal deformity in women and its impact on the course of pregnancy and childbirth. Considering the significant frequency of obstetric and perinatal complications in the presence of scoliosis, it was concluded that it is necessary to verify the diagnosis of scoliosis with specifying its severity and location in pregnant women and the feasibility of conducting further studies to develop criteria for predicting pregnant women with scoliosis complications of gestation and childbirth.

Keywords: pregnancy, childbirth, scoliosis.

Поступила 15.10.2023