

Izvirni znanstveni članek / Original article

DISFUNKCIJA SRAMNIČNE ZRASTI MED NOSEČNOSTJO IN PO PORODU

SYMPHYSIS PUBIS DYSFUNCTION DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM

*Saška Saltirova, Darija Ščepanović***Gljučne besede:** disfunkcija sramnične zrasti, metode diagnosticiranja, obravnava.**Key words:** symphysis pubis dysfunction, diagnostic methods, management.**IZVLEČEK**

Izhodišča: Pravočasno diagnosticiranje in ustrezna konservativna obravnava lahko izboljšata kakovost življenja žensk z disfunkcijo sramnične zrasti. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali je diagnosticiranje in obravnava disfunkcije sramnične zrasti med zdravniki specialisti ginekologije in porodništva v skladu z novimi evropskimi priporočili.

Metode: Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anketnega vprašalnika. K sodelovanju v raziskavi je bilo povabljenih 44 ginekologov in ginekologinj (v nadaljevanju ginekologi), zaposlenih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Ginekološki kliniki, in osnovnih enotah Zdravstvenega doma Ljubljana.

Rezultati: Anketo je izpolnilo 35 povabljenih ginekologov (79,5 %), starih $49,2 \pm 9,65$ leta. Analiza podatkov je pokazala, da je večina anketiranih ginekologov v letu 2008 najbolj obravnavala ženske z disfunkcijo sramnične zrasti med nosečnostjo, v povprečju 3,55 žensk, le-te so bile stare med 25 in 35 let. Najpogostejša težava žensk z disfunkcijo sramnične zrasti je bila bolečina pri hoji (69 %). Poročale so, da se je bolečina najpogosteje pojavljala v področju sramnične zrasti (59,6 %), sledi bolečina v sramnični zrasti, ki je izžarevala v dimlje, kolčne sklepe ali spodnje ude (21,3 %), in bolečina v križnično-črevničnih sklepih, bolečina v področju presredka ter ledvenega dela hrbtenice (12,8 %). Rezultati so tudi pokazali, da so za diagnosticiranje disfunkcije sramnične zrasti pri nosečnicah anketirani ginekologi najpogosteje uporabljali klinične teste (41,9 %) in ultrazvočno preiskavo (23,3 %) ter pri ženskah po porodu rentgensko slikanje (39,5 %), ultrazvočno preiskavo (23,3 %) in klinične teste (20,9 %). Po postavitvi diagnoze so menili, da je najbolj smiselno uporabljati medenični pas (100 %) in zdravstveno vzgojo (90,9 %) pri obravnavi žensk z disfunkcijo sramnične zrasti. Od 27 zaposlenih ginekologov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Ginekološki kliniki, jih je 24 (88,9 %) menilo, da lahko med porodom pride do pojava disfunkcije sramnične zrasti oz. do poslabšanja že obstoječe disfunkcije sramnične zrasti; 55,6 % anketiranih ginekologov ni poznalo alternativnih položajev poroda.

ABSTRACT

Introduction: Timely diagnosis and appropriate conservative treatment can improve the quality of life of women suffering from symphysis pubis dysfunction. The aim of the study was to determine to what extent the specialists in gynaecology and obstetrics follow the new European guidelines in diagnosing and treatment of this condition.

Methods: Invited to participate in the study were 44 invited obstetricians and gynaecologists, employed in the University Clinical Centre, Ljubljana, Gynaecology Clinic and basic units of the Community Health Centre, Ljubljana.

Results: Survey data were collected from 35 (79 %) respondents, aged $49,2 \pm 9,65$. Analysis of the findings shows that in year 2008 the majority of the doctors treated women with symphysis pubis dysfunction during pregnancy (3,5 women in average), between 25–35 years of age. The most common problem reported by the women was pain during walking (69 %). The pain most frequently occurred in the symphysis pubis area (59,6 %), in the symphysis pubis area radiating into the groins, hip joints or the lower extremities (21,3 %) and in the sacroiliac joints, the perineum and the lower back (12,8 %). The results also indicate that the diagnosis of symphysis pubis dysfunction was in larger part reached through clinical tests (41,9 %) and ultra sound examination during pregnancy (23,3 %) and x-ray examination (39,5 %), ultra sound examination (23,3 %) and clinical tests (20,9 %) after the delivery. All of the respondents recommend the use of a pelvic belt and 90,9 % of them would propose also health education for women diagnosed with symphysis pubis dysfunction. 24 (88,9 %) out of 27 gynaecologists employed at the Gynaecology Clinic, Ljubljana opined that symphysis pubis dysfunction occurs or deteriorates during delivery and 55,6 % of the respondents were not aware of alternative labour and delivery position options.

Discussion and conclusion: The study research findings evidence that the respondents are familiar with/recognise the signs

Saška Saltirova, dipl. fiziot.,

viš. pred., mag. Darija Ščepanović, viš. fiziot., Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za fizioterapijo, Poljanska cesta 26 a, 1000 Ljubljana, e-pošta: darija.scepanovic@zf.uni-lj.si

Prispevek temelji na diplomskem delu, ki ga je avtorica Saška Saltirova zagovarjala na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani, na Oddelku za fizioterapijo. V prispevku je predstavljen del rezultatov diplomskega dela, ki je nastalo pod mentorstvom viš. pred. mag. Darije Ščepanović, viš. fiziot.

Diskusija in zaključki: Raziskava je pokazala, da so ginekologi poznali simptome in znake disfunkcije sramnične zrasti, ampak so menili, da je to normalen pojav oz. da je med nosečnostjo normalno imeti bolečine. Pokazala je tudi, da so ginekologi nekoliko manj poznali možne metode diagnosticiranja in možnosti obravnave žensk z disfunkcijo sramnične zrasti, ki jih navajajo priporočila. Izkazala se je potreba po večji ozaveščenosti zdravstvenih delavcev in večjem strokovnem znanju, ki bi pripomoglo k odkrivanju večjega števila žensk s to težavo, k uspešnejšemu zdravljenju in izboljšanju kakovosti življenja teh žensk.

Uvod

Disfunkcija sramnične zrasti (DSZ) je izraz, ki opisuje bolečino povezano z nosečnostjo, nestabilnost in disfunkcijo sramnične zrasti oz. križnično-črevničnega sklepa (ACPWH, 2007). Disfunkcijo sramnične zrasti je v medicinski literaturi prvič strokovno opisal Snelling leta 1870 (Snelling, 1870). Menil je, da se relaksacija medeničnih sklepov lahko pojavi po porodu ali postopoma med nosečnostjo in dovoljuje večjo mobilnost medeničnih sklepov, kar ovira gibanje in povzroči boleče, neprijetne občutke. V evropskih priporočilih za diagnosticiranje in zdravljenje bolečine medeničnega obroča, ki so nastala leta 2007 je zaslediti nov izraz, in sicer »bolečina v medeničnem obroču povezana z nosečnostjo« (angl. pregnancy-related pelvic girdle pain) (Vleeming et al., 2008), ki opisuje bolečino v ledveno-križničnih, križnično-črevničnih in sramničnih sklepih. Za potrebe tega prispevka in raziskave, katere rezultati so predstavljeni v tem prispevku, je bil, da ne bi prišlo do nejasnosti zaradi nove terminologije, uporabljen izraz DSZ.

Pregled literature je pokazal velik razpon pri oceni pogostosti pojava DSZ, in sicer od 4 do 76,4 % (Vleeming et al., 2008), vendar rezultati treh metodološko kakovostno zasnovanih raziskav navajajo prevalenco DSZ od 16 do 20,1 % (Vleeming et al., 2008). Potrebno je izpostaviti, da so v teh odstotkih zajete tako bolečine v križnično-črevničnem sklepu, ledvenem delu hrbtenice kot v sramnični zrasti. Od vseh nosečnic jih ima kar 14–22 % hudo DSZ, 5–8 % od teh nosečnic ima hujše težave z bolečino in prizadetostjo (Daly, Frame, Rapoza, 1991; McIntyre, Broadhurst, 1996). Po porodu je huda DSZ prisotna pri 7 % žensk (Wu et al., 2004).

Vzrok za pojav DSZ je največkrat kombinacija več dejavnikov in redko posledica le enega izmed njih. Med nosečnostjo je ženska izpostavljena določenim dejavnikom, ki imajo vpliv na dinamično stabilnost medenice. Eden takih dejavnikov je vpliv hormona relaksina, ki v kombinaciji z drugimi hormoni vpliva na laksnost (natezno trdnost) ligamentov medeničnega obroča in na ligamente drugih delov telesa. Posledica povečane laksnosti ligamentov je nekoliko večja gibljivost sklepov medeničnega obroča. Če to ni kompenzirano s spremenjenim nevro-motoričnim nadzorom, lahko pride do bolečine (Vleeming et al., 2008).

and symptoms of symphysis pubis dysfunction. However, they consider the symphysis pubis dysfunction with the accompanying pain during pregnancy a normal physiologic phenomenon. They are less knowledgeable of the possible diagnostic and recommended therapeutic procedures. There is a need for more in-depth knowledge and awareness of the issue in order to timely diagnose and treat women with symphysis pubis dysfunction resulting in their better quality of life.

Dokazi o možnih dejavnikih tveganja za nastanek DSZ so neprepričljivi in nekateri so si nasprotujoči. Glavni dejavniki naj bi bili prejšnje bolečine v področju medeničnih sklepov oz. ledvenega dela hrbtenice ter prejšnje poškodbe medenice (Berg et al., 1988; Larsen et al., 1999; Östgaard, Andersson, 1991; Vleeming et al., 2008). Omenjeni so še nekateri drugi dejavniki, kot so bolečine medeničnega obroča v prejšnjih nosečnostih, večkratna nosečnost, težko fizično delo, delo v ergonomsko slabih delovnih pogojih, visok indeks telesne mase, telesna teža pred nosečnostjo in na koncu nosečnosti in splošna sklepna hiper-mobilnost (Larsen et al., 1999; Kristiansson, Svardsudd, von Schoultz, 1996; Berg et al., 1988; Östgaard, Andersson, Karlsson, 1991; Morgen, Pohjanen, 2005; Morgen, 2006; Mason, Pearson, 1999; Vleeming et al., 2008; Fry, 1999; Coldron, 2005; Jacqueline, Monaco, 1996). Dejavniki, pri katerih so študije ovrgle povezavo z DSZ, so uporaba kontracepcijskih tablet, časovno obdobje od zadnje nosečnosti, telesna višina, kajenje, starost in dojenje (Vleeming et al., 2008).

Pogosti znaki in simptomi DSZ, ki jih navaja literatura, so: težave pri hoji (»racačjoča hoja«), bolečine pri aktivnostih (hoja po stopnicah, oblačenje), ki zahtevajo prenos teže na eno nogo, aktivnosti, ki zahtevajo »kobiljenje« (lezenje iz banje in iz nje, obračanje v postelji), pokanje in škrtanje v področju medenice (slišno ali tipno), omejen in boleč obseg giba abdukcije v kolčnem sklepu, oteženo ležanje v nekaterih položajih (na hrbtu, boku), bolečine pri spolnih odnosih (ACPWH, 2007; Vleeming et al., 2008; Fry et al. 1997; Depledge et al., 2005; Davidson, 1996). Bolečina se lahko pojavi v področju sramnične zrasti, enega ali obeh križnično-črevničnih sklepov, dimelj, stegna na sprednji in zadnji strani, kolčnega sklepa in medeničnega dna/presredka (ACPWH, 2007; Vleeming et al., 2008).

DSZ ima na žensko lahko velik emocionalen učinek. Ženske se počutijo krive, da ne morejo izpolnjevati svoje materinske vloge, lahko občutijo jezo in frustracijo, ker ne morejo zadovoljivo skrbeti za svojega otroka in za svojo družino. To lahko vodi v depresijo, socialno izolacijo in do težav v partnerstvu (Shepherd, 2005; Elden, 2008). Zaradi poslabšanja kakovosti življenja se ženske z DSZ bojijo ponovno zanositi (Fry et al., 1997).

Za dobro in učinkovito zdravljenje je potrebna ustrezna diagnoza. Zgodnje odkrivanje simptomov v nosečnosti in po porodu naj bi bila naloga vseh zdravstvenih delavcev, ki delajo na področju ginekologije in porodništva. Vse nosečnice in ženske po porodu bi morale vprašati, ali imajo kakšne težave s hrbtenico ali medenico. V literaturi so omenjene različne subjektivne in objektivne metode diagnosticiranja DSZ (ACPWH, 2007; Coldron, 2005; Lindsey et al., 1988; Albert, Godsken, Westergaard, 2000; Leadbetter, Mawer, Lindow, 2004).

Pri ženskah z diagnosticirano DSZ naj bi bila diagnoza zapisana v materinski knjižici, da bi bili vsi zdravstveni delavci, ki so vključeni v predporodno, obporodno in poporodno zdravstveno varstvo na to pozorni (ACPWH, 2007). Pri vsakem vaginalnem pregledu med nosečnostjo in po porodu npr. se je potrebno izogibati forsirani abdukciji v kolčnem sklepu in abdukciji v kolčnem sklepu preko meje bolečine (upoštevati je potrebno izmerjeni neboleči obseg abdukcije v kolčnem sklepu). Tudi pri porodu je potrebno upoštevati izmerjeni neboleči obseg giba abdukcije v kolčnem sklepu, izogibati se je potrebno forsirane abdukcije v kolčnem sklepu in čepečega položaja ter za vsako porodnico izbrati ustrezen in udoben alternativni položaj poroda (ACPWH, 2007; Yassin, Eyong, Turner, 2000; Fry, 1992; Jain et al., 2006).

Disfunkcija sramnične zrasti v nosečnosti ali po porodu zahteva celostno obravnavo. Taka celostna obravnavo žensk z DSZ zahteva sodelovanje različnih zdravstvenih delavcev, zdravnikov specialistov ginekologije in porodništva, medicinskih sester, babic, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, socialnih delavcev in strokovnjakov za obravnavo bolečine.

Pri vseh ženskah z DSZ se na začetku obravnave priporoča konservativno zdravljenje (Fry, 1999). Literatura omenja različne konservativne metode, ki se uporabljajo pri obravnavi žensk z DSZ za lajšanje simptomov, zmanjšanje bolečin, ponovno vzpostavitev stabilnosti medenice in ledvenega dela hrbtenice med nosečnostjo ter pri pripravi na porod in poporodno obdobje skupaj s partnerjem (ACPWH, 2007; Vleeming et al., 2008; Desmond, 2006; Shepherd, Fry 1996).

Čeprav je DSZ pogost in hud problem med nosečnostjo in po porodu, je še vedno spregledana težava (Fry, 1997). Zdravstveni delavci jo pogosto spregledajo s pojasnilom kot npr.: »Normalno je imeti bolečine med nosečnostjo,« (Coldron, 2005). Za večjo ozaveščenost in informiranost zdravstvenih delavcev o DSZ so bila leta 2007 oblikovana evropska priporočila za diagnosticiranje in zdravljenje bolečine medeničnega obroča (Vleeming et al., 2008). Evropska priporočila so nastala na podlagi pregleda literature od leta 1927 do 2004 in dveh raziskav iz leta 2005 in 2006. Poleg tega je namen teh priporočil izboljšati diagnosticiranje in obravnavo žensk z DSZ ter predvsem med zdravstvenimi delavci poenotiti obravnavo DSZ, ki naj temelji predvsem na znanstvenih dokazih.

V slovenskem zdravstvenem sistemu je zdravnik specialist ginekologije in porodništva največkrat prvi v nizu strokovnjakov, s katerimi se sreča ženska z DSZ. Ker zdravnik specialist tudi odredi obravnavo in pacientko napoti k ustreznemu strokovnjaku, je bil namen raziskave ugotoviti, ali je diagnosticiranje in obravnavo DSZ med zdravniki specialisti ginekologije in porodništva (v nadaljevanju ginekologi) v skladu z novimi evropskimi priporočili.

Metode

Raziskava je potekala med ginekologi, zaposlenimi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Ginekološki kliniki, (v nadaljevanju Ginekološka klinika Ljubljana) in osnovnih enotah Zdravstvenega doma Ljubljana (v nadaljevanju Zdravstveni dom Ljubljana). Kriteriji za vključitev v raziskavo so bili: ginekologi, zaposleni na Ginekološki kliniki Ljubljana, ki delajo tudi v specialističnih ambulantah enkrat tedensko po določenem razporedu; ginekologi, zaposleni v Zdravstvenem domu Ljubljana, ter ginekologi, ki so na podlagi lastne presoje privolili v raziskavo. Od 116 ginekologov, zaposlenih na Ginekološki kliniki Ljubljana, jih 36 dela tudi v specialističnih ambulantah, od teh jih je bilo k sodelovanju v raziskavi povabljenih 33, preostali trije so bili v obdobju poteka raziskave odsotni. V Zdravstvenem domu Ljubljana je zaposlenih enajst ginekologov, k sodelovanju v raziskavi so bili povabljeni vsi.

Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je bil vsakemu od ginekologov osebno dostavljen, in sicer skupaj z informacijami za prostovoljce. Anketni vprašalnik je vseboval navodila za izpolnjevanje in 23 vprašanj. Ginekologi, zaposleni v Zdravstvenem domu Ljubljana, so preskočili vprašanja od 15 do 20, ki so se nanašala na porode, saj v teh ustanovah le-ti ne potekajo. Zbiranje podatkov je potekalo od 5. 1. 2009 do 19. 1. 2009.

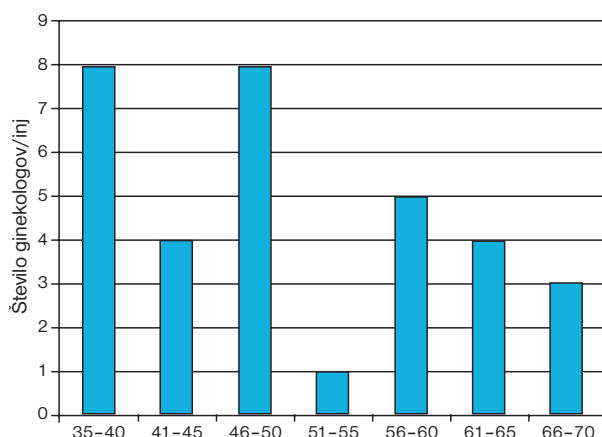
Anketna vprašanja so bila razdeljena v dva sklopa. Prvi sklop je zajemal vprašanja o starosti, spolu in delovni dobi anketiranih ginekologov. Zanimalo nas je tudi število in povprečna starost žensk z DSZ, ki jih imajo ginekologi v obravnavi, in kdaj se pri teh ženskah DSZ najpogosteje pojavlja. Drugi sklop vprašanj je bil usmerjen v pridobivanje podatkov o mnenju in izkušnjah ginekologov glede dejavnikov tveganja za pojav DSZ, o tem, kje je najpogostejša lokacija bolečine zaradi DSZ pri ženskah, ki jih imajo v obravnavi, in katere so glavne težave, ki jih te ženske navajajo. Odgovarjali so tudi na vprašanja o načinih diagnosticiranja DSZ, o obravnavi žensk z DSZ, o uporabi epiduralne anestezije in položajih pri porodu. Zanimalo nas je tudi njihovo mnenje, ali je potrebno, da je fizioterapevt vključen v predporodno in poporodno obravnavo žensk z DSZ, ali ženske napotijo k fizioterapevtom ter kateri so njihovi viri pridobivanja znanja s področja obravnave DSZ.

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko ni imela etičnih ugovorov (števil. 153/10/08) glede načrta raziskave.

Podatki so bili analizirani s pomočjo statističnega paketa SPSS za Windows 14.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA) in Microsoftovega programa Excel (2003). Uporabljena je bila opisna statistična metoda.

Rezultati

Od povabljenih 44 ginekologov jih je ankete izpolnilo 35 (79,5 %). Devet ginekologov (20,5 %) je odklonilo sodelovanje s pojasnilom, da nimajo časa ali pa da nimajo veliko nosečnic z DSZ v obravnavi. Na 35 anketnih vprašalnikov, ki so bili izpolnjeni in analizirani, je odgovorilo 22 žensk (62,9 %) in 13 (37,1 %) moških. Povprečna starost anketiranih ginekologov je bila $49,2 \pm 9,65$ let (Sl. 1). Ginekološki poklic anketirani opravljajo različno dolgo, v povprečju 19 ± 11 let.



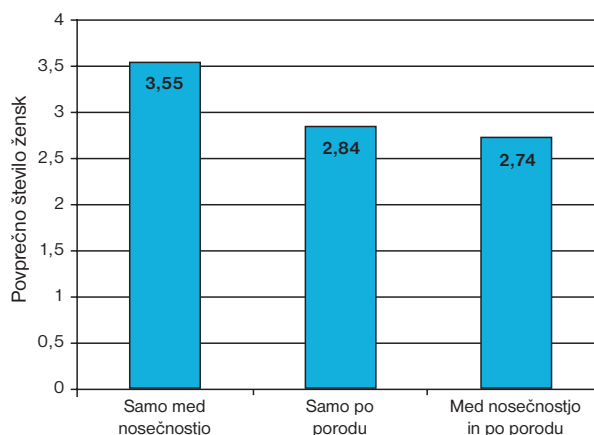
Sl. 1. Starostna struktura anketiranih ginekologov.

Figure 1. Age structure of interviewed gynaecologists.

Na vprašanje, kakšna je bila povprečna starost žensk z DSZ, ki so jih imeli v obravnavi, je 26 ginekologov (74,3 %) odgovorilo, da je bila povprečna starost žensk z DSZ od 25 do 35 let. V obdobju enega leta so imeli v obravnavi največ žensk z DSZ med nosečnostjo, v povprečju 3,55 žensk (Sl. 2). Največ, 24 (68,6 %) anketiranih ginekologov je poročalo, da se je DSZ pri nosečnicah najpogosteje pojavila v tretjem trimesečju.

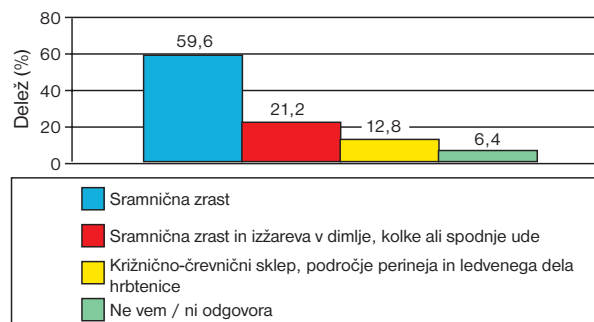
Po mnenju ginekologov so najpogostejši dejavniki tveganja za pojav DSZ naslednji: težak porod in kefalopelvično nesorazmerje (23,1 %), prirojena slabost vezi-va (21,2 %), večkratna nosečnost (17,3 %), konstitucija (13,5 %) in hormonalni dejavniki (7,7 %).

Anketirani ginekologi so na vprašanje, kje se bolečine pri ženskah z DSZ najpogosteje pojavljajo, odgovorili, da so se bolečine pri ženskah, ki so jih imeli v obravnavi, najpogosteje pojavile v področju sramnične zrasti (59,6 %) (Sl. 3).



Sl. 2. Povprečno število obravnavanih žensk z disfunkcijo sramnične zrasti v enem letu.

Figure 2. The average number of treated women with symphysis pubis dysfunction for a period of one year.



Sl. 3. Najpogostejša področja bolečine pri obravnavanih ženskah z disfunkcijo sramnične zrasti.

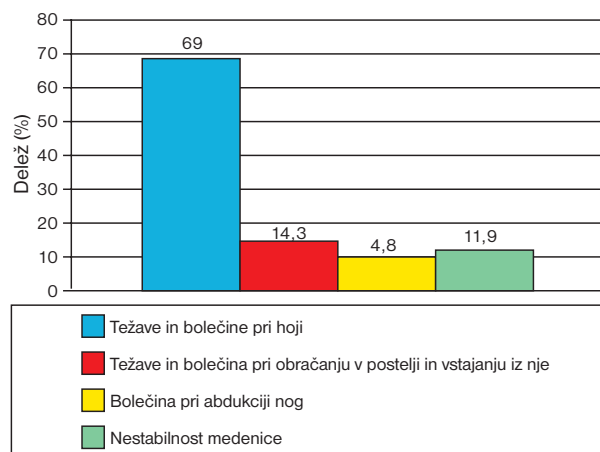
Figure 3. The most common pain location in treated women with symphysis pubis dysfunction.

Na vprašanje, katere težave obravnavane ženske z DSZ najpogosteje navajajo, so odgovorili, da je bila največja težava teh žensk težavna in boleča hoja (69 %) (Sl. 4).

Rezultati ankete so pokazali, da anketirani ginekologi za diagnosticiranje DSZ pri nosečih pacientkah najpogosteje uporabljajo klinične teste (41,9 %), ultrazvočno preiskavo (23,3 %), rentgensko slikanje (4,2 %) ter pri pacientkah po porodu rentgensko slikanje (39,5 %), ultrazvočno preiskavo (23,3 %) in klinične teste (20,9 %).

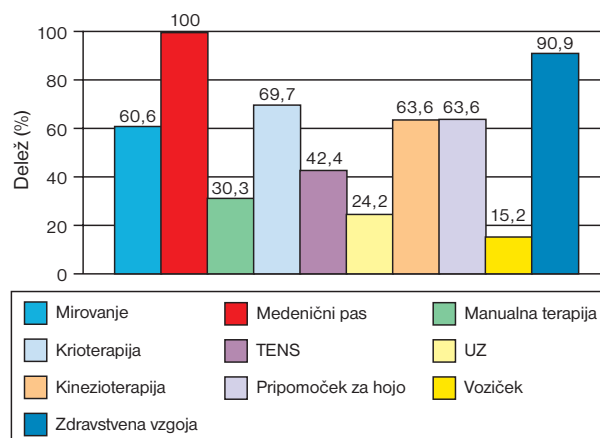
Za konservativno obravnavo žensk z DSZ so anketirani ginekologi navedli, da je najbolj smiselna uporaba medeničnega pasu (100 %) in ustrezna zdravstvena vzgoja (90,9 %) (Sl. 5).

Na vprašanje, ali lahko pride do pojava DSZ oz. do poslabšanja že obstoječe DSZ med porodom, je 24 ginekologov (88,9 %) od 27, ki so zaposleni na Ginekološki kliniki Ljubljana, odgovorilo pritrdilno. Od teh je 17



Sl. 4. Glavne težave, ki so jih obravnavane ženske z disfunkcijo sramnične zrasti navajale ginekologom.

Figure 4. The main difficulties that treated women with symphysis pubis dysfunction experienced, according to the gynaecologists.



Sl. 5. Modalitete konservativnega zdravljenja, ki jih je po mnenju ginekologov smiselno uporabljati pri zdravljenju žensk z disfunkcijo sramnične zrasti.

Figure 5. Conservative treatment modalities which, in the opinion of gynaecologists, are reasonable for use in the treatment of women with symphysis pubis dysfunction.

ginekologov (63 %) navedlo, da uporaba epiduralne anestezije ne poveča tveganja za poslabšanje že obstoječe DSZ. Glede položajev poroda, ki lahko povečajo tveganje za pojav DSZ oz. poslabšanje že obstoječe DSZ, je 13 ginekologov (48 %) navedlo položaj leže na hrbtu s prekomerno fleksijo in abdukcijo v kolkih, 12 ginekologov (44 %) ni navedlo nobenega položaja. Glede alternativnih položajev, ki se lahko uporabljajo pri porodih žensk z DSZ, 15 ginekologov (55,6 %) ni navedlo nobenega položaja, štiri ginekologi (14,8 %) so navedli položaj čepa s podporo, trije (11,1 %) so na-

vedli položaj na boku in položaj leže na hrbtu s stopali na mizi, dva (7,4 %) sta navedla polsedeči položaj.

Rezultati ankete so pokazali, da anketirani ginekologi za zmanjšanje akutne bolečine takoj po porodu najpogosteje uporabljajo medikamentozno terapijo (analgetiki in antirevmatiki) (35,5 %), fizioterapijo (krioterapija) (19,3 %), medenični pas (14,5 %) in mirovanje (12,9 %), 4,8 % jih odgovora ni navedlo.

Na vprašanje, kdaj je po njihovem mnenju potreben operativni poseg – operativna fiksacija sramnične zrasti, je 18,8 % anketiranih ginekologov povedalo, da je operativni poseg potreben, kadar so okvarjene gibalne sposobnosti; 15,5 % jih je odgovorilo, da je potreben, ko po šestih mesecih ni izboljšanja stanja, in da je odločitev za operativni poseg v domeni ortopeda; 9,3 % jih je menilo, da operativni poseg nikoli ni potreben; 6,7 % jih je menilo, da je indikacija za operativni poseg diagnosticirana diastaza sramnične zrasti nad 2 cm; 18,8 % anketiranih ni podalo nobenega odgovora.

Na vprašanje, ali je potrebno, da je fizioterapevt vključen v obravnavo žensk z DSZ, je 33 ginekologov (94,3 %) odgovorilo pritrdilno, 34 jih je (97,1 %) tudi navedlo, da ženske z DSZ napotijo k fizioterapevtu.

Viri pridobivanja znanja pri anketiranih ginekologih so bili različni. Največ znanja in informacij o DSZ so anketirani ginekologi dobili iz lastnih delovnih izkušenj (35,9 %), kot viri znanja in informacij sledijo literatura (30,8 %), različni seminarji in tečaji (15,4 %), spletne strani (14,1 %) in nazadnje konzultacije s fizioterapevtom (3,8 %).

Razprava

Raziskava je potekala v obliki ankete, katere namen je bil oceniti, ali je diagnosticiranje in obravnavo DSZ med zdravniki specialisti ginekologije in porodništva v skladu z novimi evropskimi priporočili. Kot vzorec populacije so bili izbrani ginekologi, zaposleni na Ginekološki kliniki Ljubljana in Zdravstvenem domu Ljubljana.

V raziskavi je sodelovala več kot polovica vseh povabljenih ginekologov, preostali so za svoje nesodelovanje navedli pojasnilo, da nimajo časa ali da v obravnavi nimajo veliko nosečnic z DSZ. Presenetljivo je dejstvo, da so nekateri ginekologi omenili tudi, da DSZ ni resna in huda težava in da žensk z DSZ ni potrebno obravnavati, dokler lahko hodijo in opravljajo vsakodnevne aktivnosti, ali pa da je bolečina med nosečnostjo »normalen« pojav, ki je posledica različnih sprememb, ki potekajo v telesu nosečnic. ACPWH poudarja, da so bolečine medeničnega obroča v nosečnosti sicer pogoste, vendar to ni normalen pojav.

Evropska priporočila za diagnosticiranje in zdravljenje bolečine medeničnega obroča omenjajo, da je DSZ pogost pojav, ki se običajno pojavi pri ženskah, mlajših od 30 let, in sicer v drugem ali tretjem trimesečju (Vleeming et al., 2008; Wu et al., 2004).

Rezultati naše raziskave niso dali natančnih podatkov o pogostosti DSZ in starosti žensk, ki so jih anketirani ginekologi obravnavali v enem letu, ker so ginekologi poročali, da nimajo natančne evidence o obravnavanih ženskah z DSZ.

Ginekologi so navedli, da so najpogostejši dejavniki tveganja za pojav DSZ biomehanični dejavniki (težak porod, cefalo-pelvično nesorazmerje) ter splošna slabost veziva, večkratna nosečnost in vpliv hormona relaksina. V primerjavi z evropskimi priporočili (Vleeming et al., 2008) so biomehanični dejavniki in vpliv hormona relaksina vzroki za pojav DSZ, glavni dejavniki tveganja pa so prejšnje bolečine v področju medeničnih sklepov oz. ledvenega dela hrbtenice oz. prejšnje poškodbe medenice. Kot možne dejavnike tveganja navajajo še bolečine medeničnega obroča v prejšnjih nosečnostih, večkratno nosečnost, delo v ergonomsko slabih pogojih ter splošno sklepno hiperobilnost. V naši raziskavi so le trije ginekologi omenili bolečine medeničnega obroča v prejšnji nosečnosti kot možen dejavnik tveganja za pojav DSZ. Torej iz delovnih izkušenj stroke bolečina medeničnega obroča v prejšnjih nosečnostih ni primarni dejavnik tveganja za pojav DSZ oziroma je bila mogoče v prejšnji nosečnosti spregledana.

Naša raziskava je pokazala, da ima več kot polovica žensk, ki so jih anketirani ginekologi imeli v obravnavi, bolečine v predelu sramnične zrasti. Podobno sta ugotovila tudi Mason in Pearson (2000), ki navajata, da je več kot polovica žensk opisala bolečino samo v sramnični zrasti, četrtna v sramnični zrasti in ledvenem delu hrbtenice, osmina pa v sramnični zrasti, ledvenem delu hrbtenice in nogah.

Ginekologi so poročali, da imajo ženske, ki so jih imeli v obravnavi, najpogosteje težave in bolečine pri hoji, na drugem mestu je bolečina pri obračanju v postelji, na tretjem nestabilnost medenice in na četrtem bolečina pri abdukciji v kolku. Do podobnih rezultatov je prišel tudi Hansen (1991), ki je v povezavi z DSZ navedel naslednje težave: težave pri hoji, stanju ter pri drugih aktivnostih, pri katerih so vključeni spodnji udi. Rezultati so pokazali tudi, da je kar več kot polovica od 160-ih v raziskavo vključenih žensk z DSZ navajala bolečine pri spolnih odnosih po porodu ter prav tako polovica ponovni pojav bolečine ob ovulaciji. Pri navajanju težav, o katerih so ženske z DSZ poročale, so anketirani ginekologi v naši raziskavi omenjali samo fizične težave. Nobeden od anketiranih ginekologov ni omenil, da ima lahko DSZ čustven učinek na žensko, da se ženske lahko počutijo krive, ker ne morejo izpolnjevati svoje materinske vloge, ali da se bojijo ponovno zanositi (Fry et al., 1997).

Za pravočasno odkrivanje in učinkovito obravnavo žensk z DSZ je najprej potrebno postaviti ustrezno diagnozo. V raziskavi sodelujoči ginekologi so navedli, da za diagnosticiranje DSZ med nosečnostjo najpogosteje uporabljajo klinične teste in ultrazvočno preiskavo, za diagnosticiranje DSZ po porodu pa klinične teste,

ultrazvočno preiskavo in rentgensko slikanje. Samo ena petina anketiranih ginekologov je navedla, katere klinične teste uporabljajo za postavitev diagnoze DSZ. Omenili so Trendelenburgov test in palpacijo sramnične zrasti, niso pa omenili modificiranega Trendelenburgovega testa. Presenetljiv je bil podatek, da so nekateri ginekologi navedli, da za diagnosticiranje DSZ med nosečnostjo napotijo ženske na rentgensko slikanje. Evropska priporočila za postavitev diagnoze DSZ med nosečnostjo priporočajo uporabo kliničnih testov, kot so modificiran Trendelenburgov test (občutljivost 0,62 in zanesljivost 0,63) in palpacija sramnične zrasti (občutljivost 0,81 in zanesljivost 0,89) ter funkcionalni test aktivni dvig stegnjenega spodnjega uda od podlage po porodu (Vleeming et al., 2008). Priporočajo tudi jemanje anamneze s poudarkom na zgodovini bolečine. Za objektivno diagnosticiranje DSZ priporočajo uporabo ultrazvoka in omejeno uporabo magnetnoresonančne tomografije po porodu. Tudi ACPWH (Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health) (2007) podaja priporočila za diagnosticiranje DSZ med nosečnostjo in po porodu. ACPWH navaja, da se diagnoza lahko postavi na podlagi simptomov in znakov, o katerih poročajo ženske z DSZ. Za diagnozo DSZ med nosečnostjo in po porodu omenja tudi uporabo kliničnih testov, kot sta Trendelenburgov test in palpacija sramnične zrasti. Poleg kliničnih testov navaja še rentgensko preiskavo za slikanje vertikalnega in horizontalnega razmika sramnične zrasti, ultrazvočno preiskavo in slikanje z magnetno resonanco po porodu.

Po postavitvi diagnoze naj bi se začela celostna obravnava žensk z DSZ. Taka obravnava zahteva sodelovanje različnih že v uvodu omenjenih zdravstvenih delavcev. Cilji obravnave so ponovna vzpostavitev optimalnega fizičnega in psihičnega zdravja žensk z DSZ s pomočjo konservativnih postopkov, ki izboljšajo stabilnost trupa in medenice, izboljšajo zmogljivost mišic medeničnega dna, izboljšajo obseg giba v kolčnem sklepu, predvsem obseg abdukcije ter pomagajo pri zmanjšanju intenzitete bolečine.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da anketirani ginekologi menijo, da je pri obravnavi žensk z DSZ najbolj smiselno uporabljati medenični pas in izvajati zdravstveno vzgojo. Presenetljiv je podatek, da ena tretjina anketiranih ginekologov meni, da pri obravnavi žensk z DSZ ni smiselno uporabljati kinezioterapije. Evropska priporočila za obravnavo žensk z DSZ priporočajo kinezioterapijo in individualne vaje za stabilizacijo medenice in ledvenega dela hrbtenice (Vleeming et al., 2008). Priporočajo tudi zdravstveno vzgojo žensk z namenom, seznaniti žensko in družinske člane o vzrokih nastanka težav, simptomih in možnih načinih zdravljenja med nosečnostjo in po porodu. Omenjena je pomembna vloga predporodne priprave v obliki šole za starše, kakor tudi priprava v obliki porodnega načrta (Jain et al., 2006). Glede manualne terapije, medeničnega pasa in mirovanja, evropska priporočila ne podajo specifičnih

dokazov učinkovitosti samostojnega zdravljenja, ampak navajajo, da se jih lahko v kombinaciji z ostalimi postopki uporablja kot del terapije pri obravnavi žensk z DSZ. Po drugi strani je v priporočilih ACPWH (2007) omenjena možnost uporabe manualne terapije, in sicer mobilizacije in manipulacije za izboljšanje gibljivosti v kolčnem sklepu, posebno za izboljšanje abdukcije v kolčnem sklepu. Kinezioterapija naj bi se uporabljala za povrnitev motoričnega nadzora in zmogljivost trebušnih mišic, hrbtnih mišic, mišic kolčnega sklepa, medeničnega obroča in mišic medeničnega dna. Priporoča se tudi vadba v vodi. Literatura izpostavlja vlogo zdravstvene vzgoje pri obravnavi žensk z DSZ, in sicer glede telesne drže, dvigovanja in skrbi za otroka, ergonomskega položaja pri delu in opravljanja vsakodnevnih aktivnosti ter položaja pri spolnih odnosih. Za zmanjšanje bolečine ACPWH (2007) priporoča uporabo transkutane električno živčne stimulacije (TENS) in akupunkturo. Priporoča tudi uporabo različnih ortoz (kot je medenični pas za povečanje stabilnosti medenice in zmanjšanje bolečine) ter podkomolčnih bergel pri težavah pri hoji (ACPWH, 2007).

Ginekologi, zaposleni na Ginekološki kliniki Ljubljana, so odgovarjali tudi na vprašanja o obravnavi žensk med porodom. Rezultati so pokazali, da večina ginekologov meni, da lahko do pojava DSZ oz. poslabšanja že obstoječe DSZ pride med porodom; dve tretjini anketiranih ginekologov tudi meni, da epiduralna anestezija ne poveča tveganja za poslabšanje že obstoječe DSZ. Literatura navaja podatke, da med porodom lahko pride do poslabšanja DSZ in poudarja pozornost pri uporabi epiduralne anestezije, ker ta prekrije realno bolečino (ACPWH, 2007; Fry, 1999; Fry et al., 1997). Navedli so, da je v teh primerih potrebno upoštevati izmerjeni neboleči obseg abdukcije v kolku. Neboleči obseg giba abdukcije naj bi se upošteval tudi pri vsakem vaginalnem pregledu žensk z DSZ med nosečnostjo in po porodu (ACPWH, 2007; Yassin, Eyong, Turner, 2000).

Na vprašanje, kateri alternativni položaji poroda najbolj ustrezajo ženskam z DSZ, več kot polovica anketiranih ginekologov ni podala nobenega odgovora, druga polovica je kot alternativne položaje poroda pri ženskah z DSZ navedla položaj na boku, položaj leže na hrbtu s stopali na mizi in polsedeci položaj. Na podlagi tega podatka lahko sklepamo, da se večinoma uporablja le klasični (litotomni) položaj poroda. Literatura navaja, da mora biti vsaka nosečnica seznanjena z alternativnimi položaji rojevanja in za vsako nosečnico naj bi se individualno izbral ustrezen položaj poroda (ACPWH, 2007). Kot alternativne položaje poroda omenja: položaj na levem ali desnem boku, kleče s podprtim zgornjim delom trupa, položaj na vseh štirih in porod v vodi, ne omenja pa položaja leže na hrbtu s stopali na mizi in polsedecega položaja.

Anketirani ginekologi, ki so sodelovali v naši raziskavi, so menili, da je potrebno, da je fizioterapevt

vključen v predporodno in poporodno obravnavo žensk. Hkrati so navedli, da ženske z DSZ napotijo k fizioterapevtom.

Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da je največ anketiranih ginekologov pridobivalo znanje iz lastnih izkušenj, sledi pridobivanje znanja s pomočjo literature, različnih seminarjev, tečajev in spleta ter konzultacij s fizioterapevti. Ta podatek je zaskrbljujoč, ker je razmeroma malo ginekologov, ki so pridobili svoje znanje na različnih seminarjih in tečajih, pa tudi iz literature. Presenetljiv je tudi podatek, da je samo nekaj ginekologov omenilo, da so se glede DSZ med nosečnostjo in po porodu posvetovali s fizioterapevtom, čeprav so vsi poročali, da sodelujejo s fizioterapevtom med obravnavo žensk z DSZ. Ta podatek lahko pomeni, da ginekologi in ostali zdravstveni delavci ne sodelujejo dovolj v predporodni in poporodni obravnavi žensk z DSZ.

Iz literature je razbrati, da je DSZ tudi med drugimi slovenskimi zdravstvenimi delavci malo znan pojav. Raziskava, ki je ugotavljala fizioterapevtsko obravnavo žensk z DSZ, je pokazala, da kar ena tretjina anketiranih fizioterapevtov ni poznala simptomov in znakov DSZ (Ščuka, 2002). Poleg tega so fizioterapevti premalo uporabljali priporočene metode za zmanjševanje bolečine. Avtorji raziskave so zaključili, da je potrebno povečati ozaveščenost fizioterapevtov o značilnostih, diagnostiki in obravnavi DSZ.

Zaključek

Telesnih in psihičnih sprememb, ki se dogajajo v nosečnosti, ne moremo spremeniti, zato naj bi bila odkrivanje in obravnavo disfunkcije sramnične zrasti v nosečnosti in po porodu osnovna cilja vseh zdravstvenih delavcev, ki delajo na področju ginekologije in porodništva. Pri tem je pomembna timska obravnavo, ki mora biti v skladu s trenutno veljavnimi priporočili. Po izsledkih naše raziskave bi bilo potrebno povečati ozaveščenost in informiranost ginekologov in seveda vseh ostalih zdravstvenih delavcev o disfunkciji sramnične zrasti, načinih njenega diagnosticiranja in možnostih obravnave. To bi pripomoglo k odkrivanju večjega števila žensk s to težavo, uspešnejšemu zdravljenju, izboljšanju kakovosti življenja teh žensk in nenazadnje zmanjšanju stroškov zdravljenja.

Literatura

1. ACPWH guidance on the safe use of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for musculoskeletal pain during pregnancy. 2007: 1–24. Dostopno na: <http://www.acpwh.org.uk/docs/ACPWH-UseofTENS.pdf> (23. 5. 2009).
2. Albert H, Godsken M, Westergaard JG. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *Eur Spine J.* 2000;9(2):161–6.
3. Berg G, Hammar M, Moller-Nielsen J, Linden U, Thorblad J. Low back pain during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1988;71(1):71–5.

4. Coldron Y. Margie polden memorial lecture: »Mind the gap!« Symphysis pubis dysfunction revisited. *J Assoc Charter Physiother Womens Health*. 2005;96:3–15.
5. Daly JM, Frame PS, Rapoza PA. Sacroiliac subluxation: a common, treatable cause of low-back pain in pregnancy. *Fam Pract Res J*. 1991;11(2):149–59.
6. Davidson MR. Examining separated pubic symphysis. *J Nurse Midwifery*. 1996;42(3):259–62.
7. Depledge J, McNair PJ, Keal-Smith C, Williams M. Management of symphysis pubis dysfunction during pregnancy using exercise and pelvic support belts. *Phys Ther*. 2005;85(12):1290–300.
8. Desmond R. How women's health physiotherapists treat symphysis pubis dysfunction. *J Assoc Charter Physiother Womens Health*. 2006; 99:63–71.
9. Elden H. Treatment modalities for pelvic girdle pain in pregnant women. *Dep Obstet Gynecol*. 2008: 5–58. Dostopno na: http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/9882/2/Godk%c3%a4nd_Ram.pdf (21. 12. 2008).
10. Fry D. Diastasis symphysis pubis. *J Assoc Charter Physiother Womens Health*. 1992;71:10–3.
11. Fry D. Perinatal symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. *J Assoc Charter Physiother Womens Health* 1999;(85):11–8.
12. Fry D, Hay-Smith J, Hough J, McIntosh J, Poreden M, Shepherd J et al. Symphysis pubis dysfunction. *Physiotherapy*. 1997;83(1):41–2.
13. Hansen JH. Pelvic girdle pain during and after pregnancy. *Scand J Rheumatol*. 1991;(Suppl 88):21.
14. Jacqueline E, Monaco MD. Orthopedic considerations in pregnancy. *Prim. Care Update for Ob/Gyns*. 1996;3(6):197–200.
15. Jain S, Eedarapalli P, Jamjute P, Sawdy R. Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. *Obstet Gynecol*. 2006; 8: 153–8.
16. Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B. Back pain in during pregnancy. *Spine*. 1996;21(6):702–9.
17. Larsen EC, Wilken-Jensen C, Hansen A, Jensen DV, Johansen S, Minck H, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. 1: Prevalence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78(2):105–10.
18. Leadbetter RE, Mawer D, Lindow SW. Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004; 16:346–54.
19. Lindsey RW, Leggon RE, Wright DG, Nolasco DR. Separation of the symphysis pubis in association with childbearing. A case report. *J Bone Joint Surg Am*. 1988;70(2):289–92.
20. Mason G, Pearson A. Symphysis pubis dysfunction. *J Assoc Charter Physiother Womens Health*. 1999;(87):3–4.
21. McIntyre IN, Broadhurst NA. Effective treatment of low back pain in pregnancy. *Aust Fam Physician*. 1996;25(9 Suppl 2):S65–7.
22. Morgen IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine*. 2005;30(8): 983–91.
23. Mogren IM. BMI, pain and hyper-mobility are determinants of long-term outcome for women with low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Eur Spine J*. 2006;15(7):1093–102.
24. Östgaard HC, Andersson GB. Previous back pain and risk of developing back pain in future pregnancy. *Spine*. 1991;16(4):432–6.
25. Östgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine*. 1991;16(5):549–52.
26. Shepherd J, Fry D. Symphysis pubis pain. *Midwives*. 1996;109(1302): 199–201.
27. Shepherd J. Symphysis pubis dysfunction: a hidden cause of morbidity. *Brit J Midwif*. 2005;13(5):301–7.
28. Snelling FG. Relaxation of the pelvic symphysis during pregnancy and parturition. *Am J Obstet*. 1870;2, 4:561–9.
29. Ščuka K. Fizioterapija disfunkcije sramnične zrasti med nosečnostjo in po porodu v slovenskih porodnišnicah [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2002.
30. The Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health. Pregnancy-related pelvic girdle pain. Guidance for health professionals. 2007: 1–24. Dostopno na: http://acpwh.org.uk/docs/ACPWH-PGP_HP.pdf (21. 11. 2008).
31. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J*. 2008;17(16):794–819.
32. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieën JH, Wuisman PIJM et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J*. 2004;13(7): 575–89.
33. Yassin AS, Eyong E, Turner P. Orthopaedic complications of pregnancy. *Obstet Gynaecol*. 2000;2(2):41–4.