**Является ли болевой синдром угрозой прерывания при беременности?**

***Таджиева В.Д, Саврасухина В.С.***

*Кандидат медицинских наук, доцент, Студент, 6 курс специалитета*

*ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», медицинский факультет, Ульяновск, Россия*

E–mail: sawrasuhina.vika@yandex.ru

Одной из частых причин болевого синдрома во время беременности является «симфизопатия», в основе которого лежит остеопенический синдром. Частота данного патологического состояния по данным литературы 0,12 – 56% [1,2].

Цель исследования: изучение влияния болевого синдрома как причины угрожающих преждевременных родов на различных сроках беременности.

Для исследования выбрано 98 историй родов -случаи госпитализации беременных в условиях акушерского стационара ГУЗ УОКБ ПЦ по поводу угрожающих преждевременных родов при сроках от 22 до 35 недель беременности.

Для исследования были выбраны следующие критерии постановки диагноза: подробный сбор анамнеза, пальпация лонного и крестцово–подвздошных сочленений, ультразвуковая цервикометрия, общеклинические лабораторные исследования. Были исключены истинные угрожающие преждевременные роды. При поступлении основными жалобами являлись тянущие боли внизу живота, усиливающихся при движении, перемене положения тела, беспокоящих в основном в ночное время, иногда отмечалась «утиная» походка.

Результаты: Первобеременных женщин было - 30%, повторнобеременных - 70%. По сроку беременности в сроках от 22 до 30 недель - 28%, от 31 до 35 недель –72%. В основном беременные имели нормальную массу тела, ИМТ от 18,5 до 25,0 - 75%, у 15% ИМТ составило менее 18,5, а у 10% более 30,0.

Все беременные неоднократно получали лечение по поводу угрожающего прерывания беременности с ранних сроков беременности. В 100% случаев беременные получали терапию гестагенами, часто в превышенных дозировках. В 35% случаях беременные получали токолитики в 65% случаев получали внутривенные инфузии магния сульфата. Во всех случаях отмечалось нарушение диеты беременных. При обследовании в 92% случае длина шейки матки была более 30 мм. У 43% беременных выявлена анемия, в 35% случаев снижение уровня сывороточного железа менее 10,8 мкмоль/л. Болевой синдром быстро купировался после нормализации диеты, отмены приема гестагенов, препаратов магния и пероральных токолитиков. Только в 5% случаев потребовалось введение нестероидных анальгетиков коротким курсом.

Выводы: Необходима разработка четких и строгих показаний к назначению обоснованной терапии гестагенами во время беременности и проведение обязательной цервикометрии для исключения необоснованной терапии. На амбулаторном уровне необходимо обратить внимание на диету беременных с обязательным включением продуктов с высоким содержанием кальция, железа, белка, жирорастворимых витаминов.

Литература:

1.Сидельникова В.М. Привычное невынашивание. М., 2000.

2.Новикова Т.В. Факторы, ассоциированные со снижением МПК в послеродовом периоде/Новикова Т.В., Кузнецова Л.В., Яковлева Н.Ю., Зазерская И.Е//Остеопороз остеопатии.2018;№21(1):С.10-16. URL:<https://doi.org/10.14341/osteo9653>