Małgorzata Starzec-Proserpio

Ból obręczy miednicznej związany z ciążą – występowanie po porodzie oraz związek z rozstępem mięśnia prostego i funkcją mięśni dna miednicy.

Streszczenie w języku polskim

Wstęp: Ból obręczy miednicznej (PGP) jest jednym z rodzajów dolegliwości bólowych okolicy lędźwiowo-miednicznej związanych z ciążą. Odczuwany jest pomiędzy grzebieniami talerzy kości biodrowych, a dolną krawędzią fałdów pośladkowych, najczęściej w okolicy stawów krzyżowo-biodrowych. Dolegliwości o typie PGP częściej niż ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa pozostają po okresie ciąży, przechodząc w dolegliwości o charakterze przewlekłym. Wśród kobiet zgłaszających PGP w ciąży, jedna na dziesięć cierpi z jego powodu nawet do 11 lat od jego powstania, co ma istotny wpływ na jakość życia po porodzie. Celem niniejszej pracy było zbadanie zagadnień związanych z występowaniem poporodowego PGP w wybranej grupie polskich kobiet.

Materiał i Metody: Badanie składało się z trzech części. Rozpoczęło się badaniem przekrojowym, w okresie wczesnego połogu (część I „*etap szpitalny*"). Na tym etapie oceniano występowanie PGP oraz jego natężenie i ograniczenia funkcjonalne z nim związane, mierzone skalą *Numerical Rating Scale* (NRS) oraz *The Pelvic Girdle Questionnaire* w wersji polskiej (PGQ). Ocenie poddano również stan mięśni dna miednicy (badanie palpacyjne z wykorzystaniem skali *OXFORD* i *Reissing*) oraz mięśni prostych brzucha (badanie palpacyjne separacji brzuśców mięśniowych oraz stabilności kresy białej). Następnie, w części II „*follow-up*" kontaktowano się ze wszystkimi pacjentkami 6 tygodni po porodzie w celu oceny występowania PGP oraz jego natężenia w skali NRS i ograniczeń funkcjonalnych z nim związanych mierzonych kwestionariuszem PGQ. Z kobietami, które zgłosiły dolegliwości o typie PGP po połogu kontaktowano się ponownie 12 i 24 tygodnie po porodzie. Część III stanowiła opis przypadków kobiet z przetrwałym PGP, między 6 a 24 tygodniem po porodzie. Do oceny dolegliwości posłużyły ponownie skala NRS i kwestionariusz PGQ. W badaniu mięśni dna miednicy, oprócz skali *OXFORD* i *Reissing* wykorzystano również kwestionariusz *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-UI SF) oraz badanie manometryczne wykonując pomiary napięcia spoczynkowego (śródpochwowe ciśnienie spoczynkowe), siły mięśniowej (maksymalne śródpochwowe ciśnienie napięcia) oraz wytrzymałości (pole pod wykresem). Do badania mięśni prostych brzucha wykorzystano

palpacyjną ocenę brzuśców mięśniowych oraz stabilności kresy białej. Wykorzystano także następujące kwestionariusze: *Depressiona Anxiety Stress Scale 21* (DASS21), *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) oraz *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK).

Wyniki: Do badania w części I zostało włączonych 411 kobiet w wieku 31.17±4.01. Do części III włączono 29 kobiet z przetrwałym PGP w wieku 31.62 ± 4.17 będących 11.45 ± 4.68 tygodni po porodzie. Na poziomie wczesnego połogu PGP zdiagnozowano u 9% (n=37) badanych. Po 6 tygodniach od porodu, PGP zgłosiło 15.7% kobiet (n=42 z 268). Wśród badanych kobiet na poziomie wczesnego połogu 45.9% (n=17) określiło swój ból na poziomie 6 lub więcej w skali NRS. W kwestionariuszu PGQ 84% (n=27) badanych miało wynik 30% lub większy. Badane grupy różniły się istotnie statystycznie pod kątem dwóch czynników: stabilność kresy białej (p=0.054) oraz występowanie PGP w ciąży (p=<0.001). Stabilność kresy wykazywała statystycznie znamienny związek z wynikami kwestionariusza PGQ (p=0.007). Parametry funkcjonalne mięśni dna miednicy, separacja mięśni prostych brzucha i wynikające z niej rozejście nie były istotne statystycznie w kontekście występowania i natężenia PGP. Przeprowadzona regresja logistyczna wskazała na większą szansę pojawienia się poporodowego PGP u pacjentek zgłaszających nietrzymanie moczu (w ciąży bądź przed) (OR=2.056) oraz kobiet starszych (OR=1.101).

U kobiet z przetrwałym bólem, między 6 a 24 tygodniem po porodzie (część III: „*opis przypadków*”), ograniczenia funkcjonalne wynikające z PGP związane były z liczbą dodatnich testów funkcjonalnych (rho = 0,456, p = 0.013), napięciem powierzchownej warstwy mięśni dna miednicy (rho = -0.426, p = 0.021) oraz wyższymi wartościami kwestionariusza TSK (rho = 0.377, p = 0.044). Ponad połowę badanych (55.2% n=16) charakteryzowało istotne klinicznie natężenie kinezjofobii, a przeszło 1/3 kobiet (37.9% n= 11) uzyskała wyniki w kwestionariuszu katastrofizacji wskazujące na podwyższone ryzyko utrzymywania się dolegliwości bólowych w formie przewlekłej przez kolejny rok.

Wnioski: PGP jest istotnym problemem również u polskich kobiet będących po porodzie. Występowanie dolegliwości o typie PGP w okresie wczesnego połogu wydaje się nie być związane z separacją mięśni prostych ani funkcją mięśni dna miednicy. Stabilność kresy białej jest czynnikiem różnicującym grupy kobiet z PGP i bez oraz koreluje dodatnio z natężeniem ograniczeń funkcjonalnych. Zdolność do prawidłowej aktywacji mięśni dna miednicy oraz poziom kinezjofobii i katastrofizacji u pacjentki z poporodowym PGP powinny zwrócić uwagę zajmujących się nią pracowników opieki zdrowotnej.