



Симфизиопатиясы және ауыр акушерлік анамнезі бар науқасқа босануды сәтті жүргізу: Клиникалық жағдай

[Алтымова А.К.](#)¹, [Космуратова Ш.Б.](#)^{2*}, [Аманжолкызы А.А.](#)³, [Кульжанова Д.С.](#)⁴,
[Донаева А.Е.](#)⁵, [Губашева Г.К.](#)⁶, [Космуратова Р.Н.](#)⁷

Received: 05 May 2025

Revised: 19 June 2025

Accepted: 21 June 2025

Published: 27 August 2025

Citation: Arailym Altymova, Sholpan Kosmuratova, Ainur Amanzholkyzy, Dinara Kulzhanova, Ainur Donayeva, Gulnar Gubasheva, Raikul Kosmuratova. Klinikalyқ zhardaj: Simfiziopatijasy zhәне ауыр akusherlik anamnezi bar nauқасқа bosanudy sәtti zhүrgizu [in Kazakh] (Successful delivery management in a patient with symphysiopathy and a burdened obstetric history: A case report). Trauma & Ortho Kaz, 2025, 76(4): jto017. <https://doi.org/10.52889/1684-9280-2025-76-4-jto017>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



¹ Қалыпты физиология кафедрасының оқытушысы, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

² Қалыпты физиология кафедрасының доценті, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

³ Қалыпты физиология кафедрасының профессоры, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті Ақтөбе, Қазақстан

⁴ Қалыпты физиология кафедрасының аға оқытушысы, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

⁵ Жедел шұғыл медициналық көмек кафедрасының жетекшісі, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

⁶ №2 акушерлік және гинекология кафедрасының доценті, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Республика Казахстан

⁷ Эндокринология кафедрасының доценті, Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

* Байланыс үшін автор: sholpan.arenova.87@mail.ru

Түйіндеме

Симфизиопатия - қасағаның функционалды немесе анатомиялық өзгерісінің нәтижесі болып табылады. Бұл жағдай жүктіліктің II жартысында және босанғаннан кейінгі кезеңде жиі кездеседі; жиілігі 1:300-ден 1:30 000. Салыстырмалы түрде сирек болса да, тіпті кішігірім өзгеріс босану әдісін таңдауға және жүктіліктің нәтижесіне әсер етеді. Біз II дәрежелі симфизиопатиясы бар және алдыңғы босануда III дәрежелі аралықтың жыртылуы болған әйелдегі босанудың сәтті жағдайын ұсынамыз.

Науқас А., жүктіліктің 12 апта 3 күн мерзімінде есепке алынды. Акушерлік паритет: I босану – 2020 ж., м - 3400,0 гр, эпизиотомия; II босану – 2022 ж., м - 3500,0 гр., III дәрежелі аралықтың жыртылуы болған, III жүктілігі - ағымдағы. Жүктіліктің 20 аптасында травматологтың қорытындысы бойынша "I дәрежелі симфизиопатия" диагнозы қойылды, 26 аптадан бастап бандаж тағу және табиғи босану ұсынылды. I триместрдегі симфиздің арасы - 6 мм., II-де – 10 мм., III триместрде - 18 мм. болған, бақылау барысында жамбас тұрақсыздығының белгілері болмады. Жүктіліктің 39 апта 6 күн мерзімінде босану болды, салмағы 3665,0 г., бойы 55 см, Аппар шкаласы бойынша 9/10 балл, күні жетілген қыз бала дүниеге келді. Босанғаннан кейінгі кезең ерекшеліксіз өтті, 2-ші тәулікте үйіне шығарылды.

Ұсынылған клиникалық жағдай II дәрежелі симфизиопатиясы бар босанушыда, қарсы көрсетілімдер болмаса, табиғи босану сәтті болатындығын және кешпенді бақылау мен ұсыныстарды сақтау, ана мен бала үшін оң нәтиже беретіндігін көрсетеді.

Түйін сөздер: симфизиопатия, жүктілік, босану, клиникалық жағдай.

1. Кіріспе

Симфизиопатия жүктілік кезіндегі салыстырмалы түрде сирек кездесетін, бірақ елеулі клиникалық мәні бар жағдайлардың бірі болып табылады. Бұл патология жамбас шеміршектерінің босаңсуы және симфиз аймағының тұрақсыздығымен сипатталады. Жүктілік кезінде релаксин мен прогестерон секілді гормондар жамбас байламдарына әсер етіп, олардың физиологиялық босаңсуын қамтамасыз етеді. Алайда кейбір әйелдерде бұл процесс шамадан тыс жүреді де, симфиз аймағында ауырсыну, қозғалыс

шектелуі және күнделікті өмір сапасының айтарлықтай төмендеуімен көрінеді [1,2].

Аталмыш жағдайдың өзектілігі - оның клиникалық тұрғыдан кеш анықталуы, дұрыс ем жүргізілмеген жағдайда ұзақ мерзімді асқынулардың (мысалы, симфиз остеиті немесе жамбас тұрақсыздығы сияқты) даму қаупі, сондай-ақ жүктілікті жүргізу және босандыру тактикасын таңдаудағы диагностикалық қиыншылықтардың болуы [3-5].

2. Клиникалық жағдайды баяндау

Бұл мақалада жүктілік кезінде диагнозы анықталған және босануы сәтті болған симфизиопатияның клиникалық жағдайы сипатталады. Науқас туралы мәліметтер: Науқас А., жүктіліктің 12 апта 3 күн мерзімінде есепке алынды. Бойы – 165 см., салмағы – 66 кг., дене салмағының индексі (ДСИ) – 24. Анамнезінде: 2020 жылдан бері жатыр миомасы, сол жылы босану барысында эпизиотомия, ал 2022 жылы босануда аралықтың III дәрежелі жыртылуы болған.

Акушерлік паритет: I босану – 2020 жылы, м - 3400,0 гр, эпизиотомия; II босану – 2022 жылы, м - 3500,0 гр., III дәрежелі аралықтың жыртылуы болған, III жүктілігі - ағымдағы.

Клиникалық белгілер: Симфизиопатия осы жүктіліктің 20 аптасы 2 күн мерзімінде анықталды, симфиз аралығының ажырауы – 18 мм-тең. Осы мерзімнен бастап шат аймағының ауырсынуына, ауырсыну жүргенде, қимылдағанда және ұзақ уақыт тұрған кезде күшейетініне шағымданды. Тексеру кезінде шат сүйектерінің жанасу нүктесінде ауырсыну анықталды. Симфиз аймағын басқанда ауырсыну оң мәнді. Симптомдар қозғалыстың шектелуімен және физикалық белсенділіктің төмендеуімен қатар жүрді (1-ші кесте).

Кесте 1 – Уақыттық кезеңдер

Мерзім	Жағдай
12 апта 3 күн	Жүктілік бойынша диспансерлік бақылауға алынды
20 апта 2 күн	Ультрадыбыстық зерттеуде симфиздің 18мм-ге дейін ажырауы анықталып, симфизиопатия диагнозы қойылды
26 апта	Акушер-гинеколог пен травматолог дәрігерлерімен бірге табиғи жолмен босану мүмкіндігін қарастырып, босануға дейін міндетті түрде бандаж тағу ұсынылды
Босануға дейінгі кезеңде	Науқас мультидисциплинарлық (акушер-гинеколог, ортопед, травматолог) бақылауда болды, бандаж тағу және физикалық белсенділікті шектеу бойынша ұсыныстар берілді
39 апта 6 күн	Мерзімінде босану болды, салмағы 3665,0 гр., бойы 55 см, Апгар шкаласы бойынша 9/10 балл, күні жетілген қыз бала дүниеге келді

Диагностикалық бағалау: Жүктіліктің 26 аптасынан бастап травматолог дәрігері бақылауында болған, міндетті түрде жамбас бандажын тағу шартымен босанудың табиғи жолы ұсынылған.

Физикалық тексеру: шат сүйегі үстінде ауырсыну және қозғалыс кезінде жайсыздық.

Зертханалық тексерулер: клиникалық қан және зәр талдаулары - қалыпты.

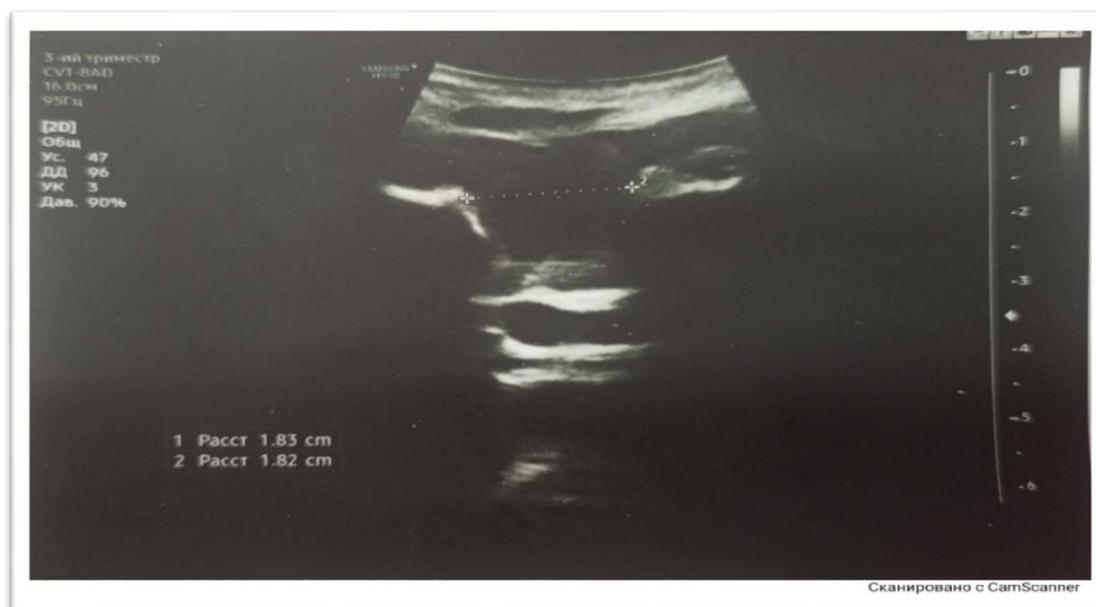
Ультрадыбыстық зерттеу: I триместрдегі симфиздің арасы - 6 мм (1-ші сурет), II — 10 мм (2-ші сурет), III триместрде - 18 мм (3-ші сурет).



Сурет 1 – Бірінші триместрдегі жамбас симфизінің ажырауы (6 мм)



Сурет 2 – Екінші триместрдегі жамбас симфизінің ажырауы (10 мм)



Сурет 3 – Үшінші триместрдегі жамбас симфизінің ажырауы (18 мм)

Емдеу түрі: консервативті ем. Ұсыныстар: арнайы жамбас бандажын міндетті түрде тұрақты тағу, физикалық жүктемелерді шектеу, тынығу режимін сақтау, кешенді бақылау. Фармакологиялық ем: қажет жағдайда ауырсынуды басатын (мысалы, парацетамол) препараттарды қабылдау. Жағдай динамикасына байланысты емдеу тактикасы өзгертілмеген, нәтижесінде мерзімінде босану асқынусыз болды.

Бақылау және нәтижелер: Науқас мультидисциплинарлық (акушер-гинеколог, ортопед, травматолог) бақылауда болды, жүктіліктің 2 жартысынан бастап бандаж тағу және

физикалық белсенділікті шектеу бойынша ұсыныстар берілді. Босануға дейінгі дайындық сәтті, жүктілік асқынусыз өтті. Босану табиғи жолмен болды. Жүктіліктің 39 апта 6 күн мерзімінде босану болды, салмағы 3665,0 г., бойы 55 см, Апгар шкаласы бойынша 9/10 балл, күні жетілген қыз бала дүниеге келді. Симфиз аймағының әрі қарай ажырауы байқалмады. Босанғаннан кейінгі кезең ерекшеліксіз өтті, 2-ші тәулікте үйіне шығарылды. Босанғаннан кейін 3 аптадан соң науқас өзін жақсы сезіне бастады, ауырсыну біртіндеп жойылды, бандаж тағу тоқтатылды. Қосымша асқынулар немесе септикалық белгілер тіркелген жоқ.

3. Талқылау

Симфизиопатия қасаға сүйегі қосылысының патологиялық ажырауымен байланысты жүктілік кезінде сирек кездесетін, бірақ клиникалық тұрғыдан маңызды асқину. Nitsche, J. F., & Howell, T., деректеріне сәйкес, перипартальды симфиздің ажырауы кезінде айқын ауырсыну синдромына, қозғалыс шектелуіне және босанғаннан кейінгі өмір сүру сапасының едәуір төмендеуіне алып келуі мүмкін [6]. Симфиздің 10 мм-ден астам ажырауы шамамен әрбір 300 босануға дейін тіркелуі мүмкін, алайда жеңіл формалардың жеткіліксіз диагностикасына байланысты нақты таралу жиілігі бұдан да жоғары болуы ықтимал.

Ұсынылып отырған клиникалық жағдайда симфиз аралығының 18 мм-ді құрап, II дәрежелі симфизиопатияға сәйкес келді. Herren және басқалары атап өткендей, мұндай жағдайларда,

егер неврологиялық симптомдар мен жамбас тұрақсыздығы болмаса, босануды табиғи жолмен жүргізу мүмкіндігі бар. Ол үшін динамикалық бақылау және консервативті емдеу (жамбас байламын бекітетін бандаж кию, физикалық жүктемені шектеу) қажет [3].

Осы клиникалық жағдайда табиғи босанудың сәтті өтуі жеңіл дәрежелі симфизиопатиясы бар науқастарға декомпенсация белгілері болмаған жағдайда физиологиялық босанудың мүмкін екенін дәлелдейді. Бұл қорытынды Santos және басқалары жүргізген зерттеу нәтижелерімен сәйкес келеді, онда физикалық дайындықтың, ерте диагностиканың және мультидисциплинарлық тәсілдің маңыздылығы ерекше көрсетілген [2].

Сонымен қатар, Elden et al. сипаттаған септикалық симфизит, сондай-ақ Rey-Fernández

және басқалары зерттеген созылмалы жамбас тұрақсыздығы сияқты асқынулардың даму қаупі де назардан тыс қалмауы тиіс, әсіресе көп мәрте босанған немесе анатомиялық ерекшеліктері бар науқастарға [4,5].

Релаксин гормонының байлам құрылымын босаңсытудағы рөлі Wang et al. еңбектерінде нақты сипатталған, ал босану арнасының эволюциялық бейімделу механизмдері Mitteroecker және Fischer шолуында кеңінен талданған [1,7]. Бұл

физиологиялық және морфологиялық факторлар тіпті анық қауіп факторлары болмаған жағдайда да кейбір әйелдердің симфизиопатияға бейімділігімен түсіндіруі мүмкін.

Осылайша, заманауи әдебиеттер аясында ұсынылған клиникалық жағдайды талдау симфизиопатиямен жүрген жүктілерді ерте анықтаудың, кешенді бағалаудың және жекелеңдірілген тәсілдің ерекше маңыздылығын көрсетеді.

4. Қорытынды

Симфизиопатия жүктілік кезінде сирек кездесетін, бірақ маңызды клиникалық жағдай болып табылады. Бұл жағдайдың тәжірибесі көрсеткендей, уақтылы диагностикалау, мультидисциплинарлық бақылау және физикалық режимді сақтау табиғи босанудың сәтті өтуіне мүмкіндік береді. Симфизиопатияның II дәрежесі барлық жағдайда кесар тілігіне көрсеткіш бола бермейді. Жекелеңдірілген тәсіл мен жүктілікті кәсіби жүргізу ананың да, нәрестенің де қауіпсіздігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Ақпаратталған келісім: Науқастан оның медициналық деректерін ғылыми мақсатта

жариялауға жазбаша түрде ақпараттандырылған келісімі алынды.

Мүдделер қақтығысы. Авторлар мүдделер қақтығысы жоқ деп мәлімдемейді.

Қаржыландыру. Авторлар бұл зерттеуді қаржыландырудың жоқтығын мәлімдейді.

Авторлардың үлестері: Концептуализация – К.Ш.Б., А.А.К., К.Д.С., ғылыми жобаны әкімшілік басқару – А.А.А., Г.Г.К., К.Р.Н., әдістеме – А. А.К., К. Д.С., Д. А.Е., материалдар жинау және саралау – К.Ш.Б., А.А.А., К.Р.Н., жазу (қарау және өңдеу) – К.Ш.Б., Г.Г.К., А.А.К.

Әдебиет

1. Wang, Y., Li, Y. Q., Tian, M. R., Wang, N., & Zheng, Z. C. (2021). Role of relaxin in diastasis of the pubic symphysis peripartum. *World Journal of Clinical Cases*, 9(1), 91–100. <https://doi.org/10.12998/WJCC.V9.I1.91>
2. Santos, F. F., Lourenço, B. M., Souza, M. B., Maia, L. B., Oliveira, V. C., & Oliveira, M. X. (2023). Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 118, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2022.09.004>
3. Herren, C., Sobottke, R., Dadgar, A., Ringe, M. J., Graf, M., Keller, K., Eysel, P., Mallmann, P., & Siewe, J. (2015). Peripartum pubic symphysis separation - Current strategies in diagnosis and therapy and presentation of two cases. *Injury*, 46(6), 1074–1080. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.02.030>
4. Elden, H., Olsen, M. F., Hussein, N. F., Axelsson, L. W., Sengpiel, V., & Ullman, M. (2021). Postpartum septic symphysis, a rare condition with possible long-term consequences: a cohort study with long-term follow-up. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-021-04023-W>
5. Rey-Fernández, L., Bernaus-Johnson, M., Veloso, M., Angles, F., Zumbado, A., & Font-Vizcarr, L. (2021). Chronic Anterior Pelvic Instability. *Journal of Orthopaedic Case Reports*, 11(3). <https://doi.org/10.13107/JOOCR.2021.V11.I03.2108>
6. Nitsche, J. F., & Howell, T. (2011). Peripartum pubic symphysis separation: A case report and review of the literature. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 66(3), 153–158. <https://doi.org/10.1097/OGX.0B013E31821F84D9>
7. Mitteroecker, P., & Fischer, B. (2024). Evolution of the human birth canal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S841–S855. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.010>

Успешное ведение родов у пациентки с симфизиопатией и отягощенным акушерским анамнезом: Клинический случай

[Алтымова А.К.](#)¹, [Космуратова Ш.Б.](#)², [Аманжолкызы А.А.](#)³, [Кульжанова Д.С.](#)⁴,
[Донаева А.Е.](#)⁵, [Губашева Г.К.](#)⁶, [Космуратова Р.Н.](#)⁷

¹ Преподаватель кафедры нормальной физиологии, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

² Доцент кафедры нормальной физиологии, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

³ Профессор кафедры нормальной физиологии, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

⁴ Старший преподаватель кафедры нормальной физиологии, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

⁵ Руководитель кафедрой скорой неотложной медицинской помощи, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

⁶ Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

⁷ Доцент кафедры эндокринологии, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Резюме

Симфизиопатия является результатом функционального или анатомического расхождения лонного сочленения. Это состояние встречается чаще всего во второй половине беременности и послеродовом периоде, частота варьируется от 1:300 до 1:30 000 родов. Несмотря на то, что это заболевание относительно редкое, даже незначительное проявление может повлиять на выбор метода родоразрешения и исход беременности.

Мы представляем успешный случай родоразрешения у женщины с симфизиопатией II степени и ранее перенесенным разрывом промежности III степени.

Пациентка А., 1991 г.р., была взята на диспансерный учет в сроке 12 недель 3 дня. Акушерский паритет: I роды — 2020 г., м - 3400 г., эпизиотомия; II роды — 2022 г., м - 3500 г., разрыв промежности III степени, III беременность — настоящая. На сроке 20 недель пациентке установлен диагноз «Симфизиопатия I степени» по заключению травматолога. Рекомендовано ношение бандажа с 26 недель и ведение родов через естественные родовые пути. Расхождение симфиза в первом триместре составило до 6 мм, во втором триместре — 10 мм, а в третьем триместре — 18 мм. На протяжении всего наблюдения никаких признаков нестабильности таза не обнаружено. Роды произошли на сроке 39 недель 6 дней. Родилась доношенная девочка с массой 3665 г и ростом 55 см, оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. Послеродовый период протекал без особенностей. Выписана на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Представленный клинический случай демонстрирует, что пациентки с симфизиопатией II степени могут быть успешно родоразрешены через естественные родовые пути при отсутствии других противопоказаний. Комплексное наблюдение и соблюдение клинических рекомендаций обеспечивают положительный исход для матери и ребенка.

Ключевые слова: симфизиопатия, беременность, роды, клинический случай.

Successful delivery management in a patient with symphysiopathy and a burdened obstetric history: A case report

[Arailym Altymova](#)¹, [Sholpan Kosmuratova](#)², [Ainur Amanzholkyzy](#)³,
[Dinara Kulzhanova](#)⁴, [Ainur Donayeva](#)⁵, [Gulnar Gubasheva](#)⁶, [Raikul Kosmuratova](#)⁷

¹ Lecturer at the Department of Normal Physiology, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

² Associate Professor of the Normal Physiology Department, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

³ Associate Professor, Professor of the Normal Physiology Department, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

⁴ Senior lecturer at the Department of Normal Physiology, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

⁵ Head of the Department of Emergency Medicine, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

⁶ Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

⁷ Associate Professor of the Department of Endocrinology, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Abstract

Symphysiopathy is a result of functional or anatomical separation of the pubic symphysis. This condition most commonly occurs in the second half of pregnancy and the postpartum period; its frequency ranges from 1:300 to 1:30,000 deliveries. Although relatively rare, even minimal manifestations of symphysiopathy may significantly influence the choice of delivery method and pregnancy outcomes.

We present a case of successful delivery in a woman with grade II symphysiopathy and a previous grade III perineal rupture.

Patient A., born in 1991, was registered for antenatal care at 12 weeks and 3 days of gestation. Obstetric history: First delivery: 2020, birth weight – 3400 g, episiotomy performed; Second delivery: 2022, birth weight – 3500 g, third-degree perineal laceration; Third pregnancy – current case. At 20 weeks of gestation, a diagnosis of first-degree symphysiopathy was established based on the assessment by a traumatologist. From 26 weeks onward, the patient was advised to wear a pelvic support belt and to plan for vaginal delivery in the absence of contraindications. Symphyseal separation measurements were as follows: First trimester – up to 6 mm, Second trimester – 10 mm, Third trimester – 18 mm. Throughout the observation period, no signs of pelvic instability were detected. Delivery occurred at 39 weeks and 6 days of gestation. A full-term female infant was born weighing 3665 g and measuring 55 cm in length, with Apgar scores of 9 and 10 at one and five minutes, respectively. The postpartum period was uneventful. The patient was discharged on postpartum day two in satisfactory condition.

The presented clinical case demonstrates that patients with grade II symphysiopathy can be successfully delivered through the natural birth canal in the absence of other contraindications. Comprehensive monitoring and adherence to clinical recommendations ensure a positive outcome for the mother and child.

Keywords: symphysiopathy, pregnancy, childbirth, clinical case.