

Выводы. В изучаемой группе женщин имеются случаи как первичного, так и вторичного бесплодия с преобладанием первичного. Количество «возрастных первородящих» меньше в 1,9 раза, чем женщин из группы контроля. Средняя масса младенцев «возрастных первородящих» больше на 557,07 г, а средний рост больше на 4,40 см по сравнению с группой контроля. Доля «возрастных первородящих» в значении многоплодной беременности оставляет всего 25,00% с преобладанием в данной группе одноплодной беременности.

Литература

1. Фомина, И. В. Особенности течения беременности и родоразрешения женщин после применения у них программ вспомогательных репродуктивных технологий / И. В. Фомина [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2021. – Т. 38, №5. – С.61–69.
2. Assisted reproductive technology and the risk of preeclampsia: an updated systematic review and metaanalysis / A. Almasi-Hashiani [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2019. – Vol. 19, № 149. – P. 1–13.
3. Dietary Patterns and The Outcomes of Assisted Reproductive Techniques in Women with Primary Infertility: A Prospective Cohort Study / M. Jahangirifar [et al.] // Original Article. – 2019. – P. 316–323.

CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO HAVE USED ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Alferovich K. A.

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
ksuksu2701@gmail.com*

This article describes a group of women who have used assisted reproductive technologies with the emphasizing of the category «age-related primiparous». The comparison of the characteristics of the weight and height of newborns in «age-related primiparous» and control groups was carried out.

ТРЕМОР, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Антипина Е. О.¹, Бобрович В. А.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

²*Городская клиническая больница № 3 г. Гродно, Гродно, Беларусь
catherine.antipina@gmail.com*

Введение. Тремор при полинейропатиях – редкий клинический феномен. Согласно литературным данным, дрожание описано при демиелинизирующих полинейропатиях, в частности аутоиммунного и парапротеинемического генеза, а также при наследственных формах

полинейропатий. Дрожание при полинейропатиях характеризуется чаще как сочетание постурального и других видов тремора действия с частотой от 2,5 до 9 Гц. Считается, что в указанных случаях тремор может быть либо проявлением основного заболевания, лежащего в основе полинейропатии, либо (с учетом значимости периферической гамма-петли в гене дрожательных осцилляций) следствием поражения собственно периферического нерва [1, 2, 3].

Цель исследования. Представить клинический случай развития постурально-кинетического тремора на фоне сенсомоторной полинейропатии у 30-летней пациентки.

Материалы и методы. Оценка клинико-anamnestических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования. Пациентка Р., 30 лет, поступила в неврологическое отделение в мае 2024 г. с жалобами на онемение в кистях, голених и стопах, слабость в левой руке, а также дрожание в левой руке и ноге. Данные симптомы развились у нее за 5 дней до госпитализации. Развитию вышеописанной клинической картины предшествовало появление высыпаний по типу «крапивницы» на конечностях (преимущественно в области кистей и стоп), туловище. На момент госпитализации сыпь отсутствовала. У пациентки отягощен аллергологический анамнез: непереносимость ряда пищевых продуктов. Со слов поступившей, накануне, до появления сыпи и онемения в конечностях, съела помидор. Профессионально-бытовой анамнез: сотрудник лаборатории предприятия пищевой промышленности, контакт с профессиональными вредностями отрицает. Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Перенесенные заболевания: сезонные респираторные инфекции. Лекарственные препараты на постоянной основе не принимает, ситуационно – антигистаминные средства. Акушерско-гинекологический анамнез: две беременности, завершившиеся естественными родами в срок. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными пациентами отрицает. Укусы клещей, насекомых также отрицает.

Соматический статус пациентки: без особенностей. Неврологический статус: в сознании, ориентирована верно. Глазные щели: D=S. Реакция зрачков на свет: D=S. Зрачки: равновеликие. Движения глазных яблок: в полном объеме. Нистагма: нет. Чувствительность на лице: не изменена. Лицо симметрично. Язык: по средней линии. Глоточный рефлекс: сохранен. Сухожильно-периостальные рефлексy: D=S, с рук отмечается снижение карпорадиального рефлекса с обеих сторон. Брюшные рефлексy сохранены. Патологические знаки: нет. Мышечный тонус: физиологичен. Мышечная сила: снижена дистально в руках – 4 балла (легкий дистальный верхний парапарез). Атрофии, гипотрофии мышц нет. Координаторные пробы (пальценосовая, пяточно-коленная): правыми конечностями выполняет удовлетворительно, левыми конечностями – неуверенно, с легкой интенцией. В позе Ромберга: пошатывается. Экстрапирамидная система: среднеамплитудный постурально-кинетический гемитремор слева. Поверхностная чувствительность: гипестезия «по типу перчаток, чулков»; глубокая

чувствительность (вибрационная, мышечно-суставное чувство): нарушена в ногах. Менингеальные симптомы: отрицательные. ФТО: контролирует. Вегетативная нервная система: без особенностей.

С целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний нервной системы, синдрома Гийена-Барре пациентке в день поступления выполнена люмбальная пункция. Общий анализ ликвора – без патологических изменений (прозрачный, белок – 0,33 г/л, глюкоза – 3,0 ммоль/л, цитоз – $2 \cdot 10 \times 6$ /л). В общеклинических методах исследования (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ) также не было выявлено отклонений от нормы. С целью исключения структурной патологии (в частности, очагов демиелинизации, неопластических, сосудистых очагов) выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, шейного отдела позвоночника. МРТ головного мозга – без патологии. МРТ шейного отдела позвоночника (ШОП): МР-признаки остеохондроза ШОП. Электронейромиография (ЭНМГ) показала снижение скорости проведения импульсов по сенсорным волокнам верхних и нижних конечностей, моторным волокнам верхних конечностей (ЭНМГ-признаки сенсомоторной полинейропатии). На 5-й день пребывания пациентки в стационаре (10-й день от момента развития симптомов) ей повторно была выполнена люмбальная пункция с целью динамической оценки общего анализа ликвора (исключения белково-клеточной диссоциации). Общий анализ ликвора, по данным лабораторного исследования, оказался без отклонений от нормы.

Учитывая анамнестические данные (отягощенный аллергоанамнез ввиду непереносимости ряда пищевых продуктов; появление высыпаний по типу «крапивницы», предшествующих развитию неврологической симптоматики) и отсутствие иных специфических провоцирующих факторов, в качестве триггера развития полинейропатии была определена аллергическая реакция. На фоне проводимой терапии, включающей десенсибилизирующие, противовоспалительные, сосудистые, нейротрофические и улучшающие нервно-мышечную проводимость препараты, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, отмечена положительная динамика: восстановление мышечной силы в верхних конечностях, регрессирование тремора, отсутствие расстройств чувствительности при объективном осмотре (субъективные ощущения «покалывания» в стопах). Регрессирование тремора на фоне лечения основного заболевания свидетельствовало о его вторичном характере и ассоциации с полинейропатией. При выписке пациентке рекомендовали соблюдение гипоаллергенной диеты, консультацию у врача-аллерголога.

Для постановки диагноза, выбора оптимального лечения, достижения благоприятного функционального исхода у пациента с клиническими симптомами полинейропатии и сопутствующим впервые возникшим тремором в практике врача-невролога имеет значение детально собранный анамнез заболевания и анамнез жизни, интерпретация неврологического статуса и данных лабораторно-инструментальных методов исследования, позволяющих исключить ряд

заболеваний (в частности, инфекционного, неопластического, сосудистого, дисметаболического генеза).

Выводы. Ведение пациентов с полинейропатией и ассоциированным с ней тремором предполагает первостепенное выявление этиопатогенетического фактора, лежащего в основе полинейропатии, и лечение основного заболевания, что сопровождается также уменьшением выраженности дрожательного гиперкинеза. При сохранении тремора с целью его коррекции могут быть назначены бета-блокаторы и антиконвульсанты.

Литература

1. Левин, О. С. Экстрапирамидные синдромы: руководство для врачей / О. С. Левин, С. Н. Иллариошкин, В. Л. Голубев. – Москва : МЕДпресс-информ, 2020. – 772 с.

2. Tremor in neuropathies of different origin / A. Wasielewska [et al.] // Neurol Neurochir Pol. – 2013. – Vol. 47(6). – P. 525–533.

3. Tremor in inflammatory neuropathies / T. A. Saifee [et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2013. – Vol. 84(11). – P. 1282–1287.

TREMOR ASSOCIATED WITH POLYNEUROPATHY (CLINICAL CASE)

Antipina E. O.¹, Bobrovich V. A.²

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno City Clinical Hospital №3, Grodno, Belarus

catherine.antipina@gmail.com

Tremor accompanies some polyneuropathies, but its prevalence and its clinical and electrophysiological manifestations are not well known. The article presents a clinical case of tremor associated with polyneuropathy in a 30-year-old woman with a burdened allergic history.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И АКТИВНОСТЬЮ КОМПЛЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ

Саттаров Р. М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

lomonosovolymp28@gmail.ru

Введение. На основании статистических данных Всемирной организации здравоохранения за 1990-2019 гг., количество людей, страдающий артериальной гипертензией, увеличилось с 650 млн до 1,3 млрд человек. Причем почти половина гипертоников в мире еще не знают о своем заболевании [1]. В настоящий момент принято считать, что артериальная гипертензия – это многофакторное заболевание, в патогенезе которого важную