

Кухарчик В.И.<sup>1</sup>, Кухарчик Ю.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Санаторий «Неман-72»,

<sup>2</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

## ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Введение.** Особую группу беременных с экстрагенитальными заболеваниями составляют женщины с заболеваниями нервной системы, требующие своевременной диагностики и соответствующего мониторинга течения беременности акушером-гинекологом, неврологом, нейрохирургом и нейрохирургом с позиций комплексного, мультидисциплинарного подхода. Ведение беременности у таких пациентов может быть сложным из-за взаимно отягощающего влияния хронических заболеваний и самой беременности, а также сложности выбора методов аппаратной диагностики и фармакологического лечения с учетом соотношения польза/риск для женщины и плода [1, 3].

Следует отметить, что далеко не все женщины, планирующие родить ребенка, соматически здоровы. В настоящее время отмечается рост числа хронических заболеваний, возникающих в молодом возрасте. Значительную часть из них составляют заболевания нервной системы. Успехи фармакотерапии хронических неврологических заболеваний, достигнутые в последние годы, привели к значительному снижению стигматизации пациентов молодого возраста и появлению реальных перспектив для создания семьи и реализации деторождения. Так в последние годы отмечается неуклонный рост количества беременностей среди женщин, страдающих эпилепсией, рассеянным склерозом, миастенией [2, 3]. Подобная тенденция выводит проблему экстрагенитальной неврологической патологии на междисциплинарный уровень, что требует знаний об особенностях ведения такой группы женщин.

**Цель исследования:** провести анализ структуры, особенности ведения и результаты лечения беременных с экстрагенитальной неврологической патологией.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ 147 историй болезни беременных женщин, пролеченных в отделениях патологии беременности в стационарах города Гродно с 2021 по 2023 гг. Проанализированы результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Полученные результаты внесены в компьютерную базу данных и обработаны с использованием стандартных статистических программ Statistica 10.0.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 19 до 43 лет, средний возраст женщин составил  $28,6 \pm 2,8$  года. Нами установлено, что первое место в структуре заболеваний занимают дорсопатии - 72,79% человек, на втором месте первичные головные боли - 18,62% женщин, на третьем месте периферические невриты - 8,16% обследованных.

Следует отметить, что при беременности происходит повышение нагрузки на опорно-двигательный аппарат из-за повышения массы тела, происходит перенос центра силы тяжести. Помимо этого, беременность является провоцирующим фактором начала вертеброгенных болевых синдромов, обусловленных дегенеративными изменениями в позвоночнике. Вертеброгенные дорсопатии самая частая причина временной нетрудоспособности у беременных. Трудность в лечении таких женщин состоит в том, что большинство эффективных лекарственных препаратов противопоказаны во время беременности.

Болевые и мышечно-тонические синдромы шейного отдела позвоночника встречались у 27,89% женщин, пояснично-крестцового отдела позвоночника – 44,89% пациентов, из них с обострением радикулопатии – 4,76% обследованных, у 9 женщин острая радикулопатия началась на фоне беременности. Вертеброгенные люмбоишалгии обычно обостряются во II и III триместрах, сочетаются с нагрузочной дисфункцией крестцово-подвздошного сочленения и симфизопатией беременной, в 75% сопровождаются крампи нижних конечностей. В эти сроки беременности следует проводить дифференциальную диагностику с такими диагнозами, как компрессионно-ишемическими плексопатиями, гестационным пиелонефритом и гидронефрозом, тромбозом вен нижних конечностей.

Что касается декомпенсированной первичной головной боли, то интенсивность ее оценивали по визуально-аналоговой шкале. Были зафиксированы уровни 6–10 баллов, приступы мигрени с частотой 1–2 раза в неделю длительностью приступов от 18–64 часов. У 24 женщин декомпенсация приступов мигрени сочеталась с головной болью напряжения. 12 беременных с первичной головной болью имели лекарственно-индуцированную головную боль, обусловленную избыточным ежедневным употреблением в течение нескольких лет комбинированных анальгетиков.

Развитие компрессионно-ишемических невропатий периферических нервов во время беременности имеет высокую частоту и обусловлена рядом факторов: изменением гормонального фона, которое приводит к увеличению объема соединительной ткани в области сухожильных влагалищ; развивающиеся нарушения водно-электролитного обмена в результате гиперпродукции альдостерона, приводящие к задержке жидкости с увеличением тканевого давления в типичных местах компрессии; развивающийся гиповитаминоз витаминов группы В, витамина D, А. Дополнительными повреждающими факторами могут быть генерализованные сосудистые нарушения при преэклампсии, усугубляющие ишемическое повреждение центральной нервной системы и периферических нервов в условиях компрессии.

Анализ лабораторных исследований показал, что 21,77% пациентов была установлена легкая гипомагниемия, у 74,83% – умеренная гипомагниемия, а у 34,69% женщин – гипокальцемия. Медикаментозное лечение включает в себя: внутривенную магниевую терапию, per os прием препаратов цитрата магния; парентеральное введение витаминов группы В в средних терапевтических дозах. С учетом противопоказаний проводилось физиотерапевтическое лечение.

**Выводы.** Таким образом, этап планирования и ведения беременности у женщин с неврологической патологией должен сопровождаться не только врачом-акушером-гинекологом, но и врачом-неврологом. Обеспечение этой группы женщин специализированной, качественной, доступной медицинской помощью должно быть приоритетным направлением работы учреждений здравоохранения.

### Литература

1. Яковлева, А.Н. Миастения и беременность / А.Н. Яковлева // Проблемы беременности. – 2000. – №2. – С.68-70.
2. Browning, M.C. Low back and pelvic girdle pain of pregnancy: recommendations for diagnosis and clinical management / M.C. Browning // J Clin Chiropr Pediatr. – 2010. – №11(2). – P.775-779.
3. The treatment experience of patients with low back pain during pregnancy and their chiropractors: a qualitative study / S.Sadr [et al] // Man Therap. – 2012. – Vol. 20 (1). – P.32.

---

Лазута Г.С.<sup>1</sup>, Гурин А.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУЗ «Городская поликлиника №3 г. Гродно»,

<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Республика Беларусь

## МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ I-II СТЕПЕНИ

**Введение.** Одной из значимых проблем гинекологии является генитальный пролапс. В последние годы данное состояние выявляется гораздо чаще, а существующие научные исследования говорят о тенденции к его распространению. Согласно ряду публикаций, генитальный пролапс различной степени выраженности встречается во всех возрастных группах и вне зависимости от того, является ли женщина рожавшей. Кроме того, по прогнозам экспертов, уже к 2050 году частота выявления данного заболевания увеличится вдвое [1, 2].

В научной среде сегодня нет единого принятого мнения о том, какая стратегия ведения пациентки с пролапсом является оптимальной, что представляет существенную проблему как для врачей, так и для самих пациенток. Тем не менее на сегодняшний день в медицине преобладают тенденции к снижению инвазивности и травматичности лечения, поэтому на первый план выходят консервативные методы ведения пациенток с легкими формами пролапса. Это поднимает вопрос оценки эффективности существующих способов лечения ранних форм генитального пролапса и формирования единого подхода к проводимой у таких пациенток терапии [3–5].

Поскольку генитальный пролапс – это многофакторное полиэтиологическое состояние, то в его консервативной терапии можно выделить два глобальных компонента: работа, направленная на укрепление мышц тазовой диафрагмы и на устранение сопутствующего соматического заболевания, способствующего развитию и прогрессированию генитального пролапса.

**Цель исследования:** выполнить систематический анализ данных современной научной литературы о существующих методах лечения легких форм генитального пролапса и их эффективности.