

## ЛИТЕРАТУРА

1. Горелик, Н. В. Исход родов для матери и плода у женщин с тенденцией к перенашиванию беременности / Н. В. Горелик // Сб. науч. статей IV Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых «Проблемы и перспективы развития современной медицины», 19–20 апр. 2012 г. (Гомель, 19–20 апреля 2012 г.). — Гомель: ГГМУ, 2012. — Вып. 4, Т. 1. — С. 149–151.
2. Дедов, И. И. Болезни органов эндокринной системы / И. И. Дедов, М. И. Балаболкин, Л. С. Марова. — М.: Медицина, 2000. — С. 433–447.
3. Гистологическая техника / М. Я. Субботин [и др.]; под ред. В. Г. Елисеева. — М.: Медгиз, 1954. — 167 с.
4. Райскина, М. Е. Статистическая обработка медицинских данных / М. Е. Райскина, Д.-М. А. Ацялене. — Вильнюс: Моклас, 1989. — 102 с.
5. Серов, В. В. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология) / В. В. Серов, А. Б. Шехтер. — М.: Медицина, 1981. — 312 с.

**УДК 618.3-06:616.853**

### **ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОГО ФОНА И ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Курильчик О. С.**

**Научный руководитель: к.м.н. Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### ***Введение***

Ежегодно увеличивается число беременных женщин с эпилепсией, составляя 0,5 % от всех беременных [1]. На сегодняшний день нет единого мнения об особенностях течения беременности и родов у таких женщин.

#### ***Цель***

Исследовать аспекты взаимного влияния беременности и эпилепсии и выявить особенности течения беременности у женщин с данной патологией.

#### ***Материалы и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (историй родов, карт диспансерного наблюдения за беременной) 60 беременных, родоразрешенных в УЗ «ГОКБ» за 2007–2012 годы. Основную группу составили 30 беременных с эпилепсией, в группу сравнения вошли 30 женщин без данной патологии. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «Statistica» 6.0 с использованием непараметрических статистических критериев. Для количественных признаков вычислялась медиана (Me) и 25,75 перцентили, для качественных признаков — доля (%) и 95 % доверительный интервал, рассчитанный с помощью метода Клоппера-Пирсона. Различия между группами рассчитывались с помощью критерия Манна-Уитни и  $\chi^2$ , и считались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

#### ***Результаты исследования***

Пациентки основной группы были значимо моложе, чем в группе сравнения. Средний возраст пациенток в группах составил 23 (22;25) и 25 (23;29) лет соответственно ( $p = 0,02$ ). Особенности социального паспорта пациенток с эпилепсией были: беременность вне брака у 18 (60,0 % (40,6–77,3)) пациенток с эпилепсией против 4 (13,3 % (3,8–30,7)) женщин из группы сравнения ( $p < 0,001$ ) и только 20 (66,7 % (47,2–82,7)) женщин основной группы имели постоянное место работы против 27 (90,0 % (73,5–97,9)) в группе сравнения. По возрасту начала половой жизни в основной группе у всех женщин эпилепсия была диагностирована до беременности. К моменту наступления беременности длительность эпилепсии составила от 1,5 до 30 лет. Большинство пациенток (70 %) имели идиопатическую форму эпилепсии, 10 % — криптогенную и 20 % — симптоматическую, обусловленную приемом высоких доз ал-

коголя, травмой или органическими заболеваниями головного мозга. У 28 (93,3 % (77,9–99,2)) пациенток эпилепсия проявлялась генерализованными эпилептическими приступами, из которых: у 24 (80 %) женщин данные приступы были редкими по частоте (до 4 раз в год), у 2 (6,7 %) пациенток средней частоты (до 12 раз в год) и у 2 (6,7 %) — частыми (более 1 раза в месяц). В 2 (6,7 % (0,8–22,1)) случаях эпилепсия проявлялась редкими по частоте парциальными приступами. На диспансерном учете у психиатра состояло 8 (26,7 % (12,3–45,9)) женщин, с различной степенью выраженности когнитивных расстройств и изменения личности. К моменту наступления беременности противоэпилептическое лечение получала 21 (70 %) пациентка. В состоянии ремиссии (отсутствие эпилептических приступов более 6 месяцев) находилось 14 (46,7 %) женщин, причем в 10 случаях оно было обусловлено приемом противоэпилептических препаратов, и в 4 случаях было немедикаментозным. Анализ влияния беременности на течение эпилепсии показал, что у большинства пациенток (80 %) течение эпилепсии при беременности не изменилось ( $p < 0,001$ ), у 4 (13,3 %) пациенток наблюдалось ухудшение течения эпилепсии (в виде срыва ремиссии или учащения приступов) и у 2 (6,7 %) женщин наблюдалось урежение приступов.

Соматоформная вегетативная дисфункция встретилась у 21 (70 % (50,6–85,3)) пациентки с эпилепсией, что в 5 раз выше, чем в группе сравнения, где данная патология наблюдалась у 4 (13,3 % (3,8–30,7)) пациенток ( $p < 0,001$ ). Увеличение частоты соматоформной вегетативной дисфункции может быть результатом формирования очага эпилептической активности в мозге, негативно влияющего на лимбико-ретикулярный комплекс через сосудистую систему.

Только у пациенток основной группы наблюдались такие заболевания, как язвенная болезнь желудка — у 2 (6,7 % (0,8–22,1)) пациенток, псориаз и дерматит у 6 (20 % (7,7–38,6)) пациенток, что может быть связано со снижением адаптивных механизмов нервной системы у женщин с эпилепсией.

Гинекологический анамнез пациенток основной группы в 14 (46,7 % (28,3–65,7)) случаях был отягощен вагинитом, против 1 (3,3 % (0,1–17,2)) случая у женщин из группы сравнения ( $p < 0,001$ ). Только у пациенток основной группы наблюдались хламидиоз (6,7 %), трихомониаз (3,3 %), что может быть связано с особенностями полового поведения женщин с эпилепсией. Урогенитальный уреоплазмоз чаще встречался среди женщин группы сравнения, 14 случаев (46,7 % (28,3–65,7)) против 5 (16,7 %) соответственно ( $p = 0,026$ ). По показателю самопроизвольных выкидышей и медицинских абортс сравниваемые группы значительно не различались.

Анализируя течение настоящей беременности, установлено, что у женщин основной группы несколько чаще беременность осложнялась анемией — у 19 пациенток (63,3 % (43,9–80,1)) против 13 (43,3 % (25,5–62,6)) в группе сравнения. Если в группе сравнения манифестация анемии наблюдалась в основном в III триместре (у 40 % женщин), то в основной группе анемия беременных имела более раннее начало, уже начиная с I триместра (у 23,3 % пациенток). Угрожающий самопроизвольный аборт с одинаковой частотой встречался среди пациенток обеих групп. Однако после 24 недель угрожающие роды в 2 раза чаще наблюдались в основной группе: у 11 пациенток (36,7 % (19,9–56,1)) против 6 (20 % (7,7–38,6)). Несмотря на то, что частота вагинита при беременности в сравниваемых группах не различалась и наблюдалась у 20 (66,7 % (47,2–82,7)) и 17 (56,7 % (37,4–74,5)) беременных соответственно, в основной группе вагиниты у 10 женщин (33,3 % (17,3–52,8)) носили рецидивирующий характер, в то время как в группе сравнения лишь у 1 (3,3 % (0,1–17,2)) пациентки наблюдался рецидив ( $p = 0,008$ ). У женщин с эпилепсией значительно чаще наблюдалась патология околоплодных вод в 9 (30 % (14,7–49,4)) случаях против 2 (6,7 % (0,8–22,1)) в группе сравнения ( $p = 0,045$ ).

### **Выводы**

1. Социальный паспорт пациенток с эпилепсией: более молодой возраст ( $p = 0,02$ ), в 60 % случаев беременность вне брака ( $p < 0,001$ ), нередко женщины без постоянного места работы.
2. Более половины женщин беременеют в отсутствии ремиссии эпилепсии и в 70 % на фоне приема противоэпилептических препаратов, что требует наблюдения за ними неврологов.
3. У женщин с эпилепсией соматический анамнез значимо чаще осложнен СВД ( $p < 0,001$ ), чаще наблюдаются псориаз и язвенная болезнь желудка.
4. В гинекологическом анамнезе пациенток с эпилепсией значимо чаще наблюдается вагинит ( $p < 0,001$ ), реже урогенитальный уреоплазмоз ( $p = 0,026$ ).
5. У значимого большинства пациенток беременность не влияет на течение эпилепсии ( $p < 0,001$ ), а течение беременности значимо чаще осложняется рецидивирующим вагинитом ( $p = 0,008$ ), патологией околоплодных вод ( $p = 0,045$ ), в 2 раза выше частота угрожающих преждевременных родов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпилепсия и беременность / И. Е. Повереннова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2008. — № 3. — Приложение к журналу (Эпилепсия). — С. 41–47.

**УДК 796:159.942.**

## **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ В СПОРТЕ**

**Курьян К.Н., Степанец О.В.**

**Научный руководитель: к.п.н., доцент Г. В. Новик**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Насыщенность спортивных действий сильными чувствами, их эмоциональная увлекательность — это одно из важнейших условий положительного влияния спорта на личность человека. Но эмоциональные переживания в спорте, как и все другие эмоции, могут быть стеническими и астеническими и оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на органические процессы и поведение человека [1].

### **Цель**

Проанализировать влияние спортивной деятельности на психологическую сферу человека.

### **Материалы и методы**

Анализ научно-методической литературы.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Среди большого разнообразия эмоций, проявляющихся в процессе спортивной деятельности можно отметить следующее.

Эмоциональные переживания, связанные со значительными изменениями, наступающими в жизнедеятельности организма в процессе спортивных занятий. Повышенная мышечная активность, составляющая характерную и необходимую особенность спортивных занятий, если они протекают нормально, всегда сопровождается образным состоянием эйфории (повышенной оживленности действий, речи и т. п.), стеническими чувствами бодрости и жизнерадостности. В случаях перетренировки та же мышечная активность вызывает астенические эмоции: упадок сил, эмоциональные переживания, связанные с высоким уровнем совершенства в выполнении технически сложных и трудных упражнений. Эти эмоции отражают состояние повышенной общей работоспособности организма, переживание успеха в выполнении дан-