

# ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО ОСЛОЖНЕННОГО КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА

А. А. Борщева

*Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования  
«Ростовский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
пер. Нахичеванский, д. 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Россия*

## Аннотация

**Цель.** Провести анализ течения беременности и родов у женщины после тяжелой травмы позвоночника.

**Материалы и методы.** Изучены медицинские документы (история болезни), индивидуальная карта течения беременности, проведено обследование и родоразрешение пациентки, беременность у которой наступила после тяжелой травмы позвоночника.

**Результаты.** Определен исход беременности и родов для пациентки и плода после тяжелой травмы позвоночника.

**Заключение.** Данный случай продемонстрировал течение беременности и родов у пациентки с серьезными осложнениями, возникшими после травмы позвоночника. Однако, несмотря на тяжелую экстрагенитальную патологию и благодаря усилиям соответствующих специалистов, пациентка выносила беременность и была родоразрешена путем кесарева сечения в сроке беременности 37 недель, с рождением живого доношенного новорожденного. Пациенток с посттравматическими изменениями опорно-двигательной системы необходимо выделять в отдельную группу риска. Такие беременные подлежат в ранние сроки беременности тщательному обследованию травматологом, неврологом и, по показаниям, другими специалистами. Тактика ведения данной категории женщин во время беременности и в родах должна быть строго индивидуализирована.

**Ключевые слова:** беременность, роды, закрытый осложненный перелом позвоночника, кесарево сечение

**Конфликт интересов:** автор заявил об отсутствии конфликта интересов.

**Для цитирования:** Борщева А.А. Исход беременности и родов после закрытого осложненного компрессионного перелома позвоночника. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2019; 26(1): 230–234. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-1-230-234>

*Поступила 22.10.2018*

*Принята после доработки 10.01.2019*

*Опубликована 25.02.2019*

# PREGNANCY AND CHILDBIRTH OUTCOME AFTER A CLOSED COMPLICATED VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURE

Alla A. Borshcheva

*Rostov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation,  
Nakhichevan lane, 29, Rostov-on-Don, 344022, Russia*

## Abstract

**The aim** was to analyze the course of pregnancy and childbirth in a woman after a severe spinal injury.

**Materials and methods.** A patient, who became pregnant after a severe spinal injury, was examined and provided with obstetric aid. Her medical documents (medical history) and an individual card of the pregnancy course were examined.

**Results.** The outcome of pregnancy and childbirth was determined for the patient and the fetus after a severe spinal injury.

**Conclusion.** This case demonstrated the course of pregnancy and childbirth in a patient with serious complications arising from a spinal injury. However, despite the severe extragenital pathology, and thanks to the efforts of relevant specialists, the patient endured the pregnancy and was delivered by cesarean section at 37 weeks of gestation, with the birth of a live full-term newborn. Patients with post-traumatic changes of the musculoskeletal system should be allocated to a separate risk group. Such pregnant women should be subject to a thorough examination in the early stages of pregnancy by a traumatologist and a neurologist, as well as, if indicated, by other specialists. The management tactics of this category of women during pregnancy and childbirth should be strictly individualized.

**Keyword:** pregnancy, childbirth, vertebral compression fracture, cesarean section

**Conflict of interest:** the author declares no conflict of interest.

**For citation:** Borshcheva A.A. Pregnancy and Childbirth Outcome after a Closed Complicated Vertebral Compression Fracture. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2019; 26(1): 230–234. (In Russ., English abstract). <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-1-230-234>

Submitted 22.10.2018

Revised 10.01.2019

Published 25.02.2019

## Введение

Снижение способности к самообслуживанию и передвижению, психологическая и социальная дезадаптация, значительное количество серьезных осложнений и высокий уровень инвалидизации у женщин детородного возраста в результате тяжелых травм позвоночника и спинного мозга — одна из актуальных проблем современного акушерства [1]. Значительное увеличение роста спинального травматизма отмечено в последние годы. В мире ежегодно от 250 000 до 500 000 человек получают травмы спинного мозга [2]. Чаще всего причиной такого травматизма являются транспортные происшествия, а также падения с высоты [3]. Клинические проявления поврежденного спинного мозга зависят от места травматического повреждения, а также от степени тяжести. Симптоматика может быть в виде полной или частичной утраты двигательной или сенсорной функции нижних или верхних конечностей или всего тела. В наиболее тяжелых случаях имеют место нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, а также мочевыделительной системы. В связи с вышесказанным вопросы вынашивания беременности, способы и сроки родораз-

решения у женщин репродуктивного возраста с посттравматическими осложнениями становятся актуальными среди экстрагенитальной патологии. Такие женщины, как правило, имеют также инфекции мочевыводящих путей, анемию, венозный тромбоз, мышечную гипотонию, нейропатию, ограничение движений, астено-депрессивные состояния и сенсорную недостаточность: недержание мочи, недержание кала или запоры и вегетативные дисрефлексии. Во время беременности у них может возникнуть ряд проблем, связанных с угрозой прерывания беременности, риском преждевременных родов, самопроизвольных аборт и осложнениями в родах (гипоксия плода, несвоевременное излитие околоплодных вод, кровотечения в послеродовом периоде) [5]. Такие акушерские осложнения создают потенциальную опасность как для здоровья новорожденного, так и для здоровья матери.

## Материалы и методы

По представленной медицинской документации изучено течение беременности, проведено обследование и родоразрешение пациентки, беременность у которой наступила после тяжелой травмы позвоночника.

### Клинический случай

Интерес представляет случай течения беременности и родов у женщины после закрытого осложненного перелома позвоночника. В 2017 году повторно беременная первородящая пациентка В., 38 лет, взята на учет в женскую консультацию в сроке 13–14 недель беременности со следующим диагнозом: беременность 13–14 недель, осложненный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) (миома матки, эрозия шейки матки, гиперплазия эндометрия); состояние после компрессионного перелома, вывиха позвоночника в 1997 году; болевой синдром.

*Из общего анамнеза:* в 1997 году, после падения с высоты, поступила в больницу скорой помощи с диагнозом: закрытый осложненный нестабильный компрессионный (3-й степени) перелом L3 позвонка, подвывих нижнего сегмента позвоночника, компрессия корешков конского хвоста с развитием нижней дистальной вялой парализации, дисфункция мочевого пузыря с полной задержкой мочи.

Произведена операция: реконструкция спинномозгового канала, металлоспондилодез пластинами. Послеоперационный период осложнился нагноением с фистулизацией, смещением металлоконструкции, травмой конского хвоста металлоконструкцией. Произведена повторная операция — удаление металлоконструкции, ламинэктомия L3, реконструкция спинномозгового канала — удаление вентральной компрессии, ревизия субарахноидального пространства. После проведенного соответствующего лечения состояние улучшилось, моторно-двигательные функции частично восстановились. Повторное обследование после травмы проведено в 2010 году.

*На МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника* выявлено: МР-признаки консолидированного перелома тела L3, состояние после металлоостеосинтеза (МОС). Дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника (остеохондроз). Кистозно-спаечный процесс на уровне L3, L4–L5. Протрузии дисков L2–L3, L3–L4, L4–L5. *Электронейромиография (ЭНМГ)* выявила значительное аксональное поражение малоберцовых, большеберцовых и левого икроножного нервов. *При игольчатом исследовании* левой передней большеберцовой мышцы выявлен текущий денервационный процесс. Снижено рекрутирование двигательных единиц, преобладают потенциалы двигательных единиц (ПДЕ) сниженной длительности и амплитуды, на их

фоне отдельные ПДЕ укрупнены. Картина соответствует аксонопатии. Более поздних обследований, до наступления данной беременности, у пациентки не было.

*Акушерско-гинекологический анамнез.* Первая беременность наступила в 1999 году, в сроке 8 недель по медицинским показаниям беременность была прервана. Вторая, настоящая беременность наступила в 2017 году на фоне нерегулярного приема орального контрацептива. Наследственный анамнез: сахарный диабет II типа у бабушки. Сопутствующие заболевания: хронический холецистит, синдром раздраженного кишечника с запорами, нейрогенный мочевого пузырь, хронический цистит, НЦД по гипертоническому типу. Беременная является инвалидом второй группы по причине наличия экстрагенитальной патологии (после травмы). От прерывания данной беременности по медицинским показаниям женщина категорически отказалась.

*Течение данной беременности:* в первом триместре беременности, со слов женщины, наблюдалось кровомазание в сроке 8 недель, за медицинской помощью не обращалась, лечение не проводилось, на тот момент на учете в женской консультации не состояла. При постановке на учет назначено обследование согласно приложению № 20 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Показатели ОАК, ОАМ, биохимического исследования крови, биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина были в пределах нормы. При определении антител к бледной трепонеме в крови, определении антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека, определении антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и С в крови получены отрицательные результаты. При микроскопическом исследовании мазка из влагалища и шейки матки патологии также не выявлено. Скрининговое УЗИ в сроке 13–14 недель выявило наличие миоматозного узла, расположенного по передней стенке матки, размером до 50 мм, патологии развития плода не выявлено. При доплерометрии (ДПМ) нарушений кровотока не выявлено.

Во втором триместре пациентка находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении со следующим диагнозом. Бере-

менность 15–16 недель. Угроза выкидыша. ОАГА (миома матки). Дорсопатия пояснично-крестцовая, люмбаишалгия слева; стойкий выраженный болевой, мышечно-тонический, корешковый L5, S1 слева синдромы на фоне посттравматического остеохондроза позвоночника, спинального арахноидита на уровне L3–L5 сегментов. Проводилась сохраняющая терапия (утрожестан); терапия, направленная на улучшение микроциркуляции (по рекомендации невролога — курантил), анальгетики (по требованию). Беременность сохранена.

В сроке 17 недель находилась в инфекционном отделении по поводу острого гастроэнтерита неуточненной этиологии, средней степени тяжести. Проведено лечение, выписана в удовлетворительном состоянии. На 21 неделе беременности, с целью уточнения метода родоразрешения, консультирована нейрохирургом, травматологом, урологом. Установлен диагноз: Последствия позвоночно-спинномозговой травмы. Застарелый перелом L3 с деформацией позвоночного канала. Нижний парапарез. Дисфункция тазовых органов. Нейрогенный мочевого пузыря. Рекомендовано родоразрешение путем кесарева сечения.

В сроке 25 недель почувствовала тянущие боли внизу живота, в связи с чем госпитализирована, находилась и получала сохраняющую терапию (гинипрал — длительный токолиз, утрожестан) в отделении патологии беременных. Диагноз при выписке: Беременность 25 недель. Угроза сверхранных преждевременных родов (беременность сохранена). ОАГА. Миома матки. Последствия позвоночно-спинномозговой травмы. Застарелый перелом L3 с деформацией позвоночного канала. Нижний парапарез. Дисфункция тазовых органов. Нейрогенный мочевого пузыря. Дорсопатия пояснично-крестцовая, люмбаишалгия слева.

В сроке 28–29 недель беременности, с жалобами на стреляющие боли в пояснице и ногах, онемение и слабость в нижних конечностях, онемение в промежности, затруднение при мочеиспускании поступила в неврологическое отделение с диагнозом: беременность 28–29 недель. ОАГА. Миома матки. Последствия позвоночно-спинномозговой травмы (1997 год). Выраженный нижний периферический парапарез. Выраженный полирадикулярный болевой нейропатический синдром. Нарушение функции тазовых органов (нейрогенный мочевого пузыря, запоры). Проведена противовоспалительная, симптоматическая терапия (анальгетики, спазмолитики, препараты, улучшающие микроциркуляцию). Однако, несмотря на проведенную

терапию, сухожильные рефлексы с рук были повышены, с ног отсутствовали. Не передвигалась из-за болей в пояснице и ногах, с трудом поднималась с кровати, в основном пребывала в анталгической позе. Из неврологического стационара пациентка выписана домой. Проводимые скрининговые ультразвуковые исследования и ДПМ в установленные сроки беременности (21 и 33 недели) патологии со стороны плода и нарушений маточно-плацентарной гемодинамики не выявляли. Клинико-лабораторные данные в динамике на протяжении всей беременности также оставались в пределах нормы.

В сроке 33 недели беременности выполнен патронаж беременной на дому в составе врачей — акушера-гинеколога, терапевта, невролога. Пациентка предъявила жалобы на чувство тяжести в области сердца, выраженные боли в позвоночнике, ногах, онемение и слабость в ногах, запоры, затрудненное мочеиспускание, отеки на ногах. После осмотра поставлен диагноз: беременность 33 недели. ОАГА. Последствия позвоночно-спинномозговой травмы. Выраженный нижний периферический парапарез. Выраженный полирадикулярный болевой нейропатический синдром. Нарушение функции тазовых органов (нейрогенный мочевого пузыря, запоры). Отеки нижних конечностей, лимфо-стаз. НЦД по гипертоническому типу.

В сроке 33 недели беременная с вышеуказанными жалобами госпитализирована в отделение патологии беременных для решения вопроса о необходимости досрочного родоразрешения. Проведено клинико-лабораторное обследование, консультации смежных специалистов, контроль внутриутробного состояния плода (КТГ и ДПМ в динамике), профилактика РДС плода (в 33 недели дексаметазон по схеме), симптоматическая терапия (анальгетики по требованию при выраженном болевом синдроме). Впервые выявлен гестационный сахарный диабет, назначена коррекция питанием. Пациентка от досрочного прерывания беременности категорически отказалась и находилась в стационаре (под наблюдением) до срока 37 недель.

В сроке гестации 37 недель, по рекомендации травматолога, была произведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Консервативная миомэктомия. Родился мальчик весом 2850 г, ростом 51 см. Оценка по шкале Апгар — 7–8 баллов. Послеоперационный период протекал без особенностей, шов зажил первичным натяжением. Тяжесть пациентки была обусловлена выраженной сочетанной экстрагени- тальной патологией. Родильница выписана на

7-е сутки после операции с ребенком и рекомендациями дальнейшего наблюдения и лечения у соответствующих специалистов.

### Заключение

Клинический случай продемонстрировал течение беременности и родов у пациентки с серьезными осложнениями, возникшими после травмы позвоночника. Однако, несмотря на тяжелую экстрагенитальную патологию, беременная категорически отказалась от прерывания беременности и благодаря усилиям соответствующих специалистов выносила беременность и была родоразрешена путем кесарева сечения в сроке беременности 37 недель с рождением живого доношенного новорожденного.

Пациенток с посттравматическими изменениями опорно-двигательной системы необходимо выделять в отдельную группу риска. Такие беременные подлежат тщательному обследованию травматологом, неврологом и, по показаниям, другими специалистами в ранние сроки беременности. Тактика ведения данной категории женщин во время беременности и в родах должна быть строго индивидуализирована.

Данный клинический случай также продемонстрировал отсутствие серьезного влияния вышеуказанной патологии на детородную функцию, то есть способность пациентки к зачатию, вынашиванию беременности и деторождению.

### Список литературы

- Eckert M.J., Martin M.J. Trauma: Spinal Cord Injury. *Surg. Clin. North Am.* 2017; 97(5): 1031–1045. DOI: 10.1016/j.suc.2017.06.008
- Повреждение спинного мозга. Всемирная Организация здравоохранения; 2013 [обновлено 01.04.2018]. Доступно: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/ru/>
- Sterling L., Keunen J., Wigdor E., Sermer M., Maxwell C. Pregnancy outcomes in women with spinal cord lesions. *J. Obst. Gynaecol. Can.* 2013; 35(1): 39–43. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)31046-X
- Буршинов А.О., Чукова Е.О., Порошниченко А.И. Последствия спинальной травмы и беременность. *Медицинский альманах*, 2015; 4(39): 178–181.
- Koch J., Hodge Z.T.R., Watson M., Hooper J. Pregnancy following a spinal cord injury: inpatient management of a paraplegic patient. *J. Obst. Gynecol. Neonat. Nurs.* 2013; 42 (Suppl. 1): S101. DOI: 10.1111/1552-6909.12200

### References

- Eckert M.J., Martin M.J. Trauma: Spinal Cord Injury. *Surg. Clin. North Am.* 2017; 97(5): 1031–1045. DOI: 10.1016/j.suc.2017.06.008
- Povrezhdenie spinnogo mozga. Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya; 2013 [updated 01.04.2018]. Accessed from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/ru/> (In Russ.).
- Sterling L., Keunen J., Wigdor E., Sermer M., Maxwell C. Pregnancy outcomes in women with spinal cord lesions. *J. Obst. Gynaecol. Can.* 2013; 35(1): 39–43. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)31046-X
- Burshinov A.O., Chukova E.O., Poroshnichenko A.I. Consequences of spinal trauma and pregnancy. *Meditsinskii al'manakh*. 2015; 4(39): 178–181 (In Russ., English abstract).
- Koch J., Hodge Z.T.R., Watson M., Hooper J. Pregnancy following a spinal cord injury: inpatient management of a paraplegic patient. *J. Obst. Gynecol. Neonat. Nurs.* 2013; 42 (Suppl. 1): S101. DOI: 10.1111/1552-6909.12200

### Контактная информация / Corresponding author

**Борщева Алла Александровна;** тел.: +7 (918) 554-01-83; пер. Братский, д. 48, кв. 13, г. Ростов-на-Дону, 344082, Россия.

e-mail: [Aborsheva@ctsnet.ru](mailto:Aborsheva@ctsnet.ru)

**Alla A. Borscheva;** tel.: +7 (918) 554-01-83; Bratskiy lane, 48-13, Rostov-on-Don, 344082, Russia.

e-mail: [Aborsheva@ctsnet.ru](mailto:Aborsheva@ctsnet.ru)