Journal of Philosophy and Linguistics
Research Article Peer-review, Open Access

Лечение И Профилактика При Ущемлении Седалищного Нерва У Беременных

М.М.Мехмонов, [1]

Д.З.Тургунова [2]

Анататция: В современности ущемление седа лишнего нерва одно из распространённых заболеваний которое приносит дискомфорт и боль.

Ключевые слова: Седалищный нерв, гуморы , нейровизуализация, релаксин.

[1,2]*Кафедра «Естественных и медицинских наук» Андижанского филиала Какандского университета*

World of Semantics: Journal of Philosophy and Linguistics (2025)
http://wos.semanticjournals.org/index.php/JPL.org

Изложение основного материала статьи. Седалищный нерв – самый крупный нерв в нашем теле. Он начинается в нижней части спины, проходит через ягодицы и спускается по задней поверхности бедра, голени и до самой стопы. Ущемление (или ишиас) возникает, когда этот нерв сдавливается или раздражается, что приводит к боли, онемению, покалыванию или слабости в нижней части спины, ягодицах и ногах. Его начали изучать с древних времен. Первым ученным изучившим седалищный нерв был Гиппократ он связывал его с болю в спине. Еще один учёный который изучил седалищний нерв Доменико Котоньо. Он в 1764 году опубликовал работу "Deischiade nervosa commentarius" комментарий о невралгии седалищного нерва, в которой подробно описал клиническую картину ишиаса. Заболевание седалищного нерва тоист ущемление происходит очень часто у беременных женщин. Оно происходить в поясничном отделе позвоночника. Он берет начало от пояснично-крестцового сплетения (L4-S3) и проходит через ягодичную область, заднюю поверхность бедра и доходит до подколенной ямки, где разделяется на две основные ветви. Большеберцовый нерв (nervus tibialis): Эта ветвь продолжается по задней поверхности голени и стопы. Она иннервирует мышцы задней группы голени (икроножную, камбаловидную, подошвенную), мышцы подошвы стопы, а также кожу задней поверхности голени и подошвы стопы. Общий малоберцовый нерв (nervus fibularis communis): Эта ветвь проходит по латеральной стороне голени и делится на поверхностный и глубокий малоберцовые нервы.

Анатомия

Седалищный нерв (nervus ischiadicus) является самым крупным нервом в человеческом теле. Он берет начало от пояснично-крестцового сплетения (L4-S3) и проходит через ягодичную область,

заднюю поверхность бедра и доходит до подколенной ямки, где разделяется на две основные ветви:

Большеберцовый нерв (nervus tibialis): Эта ветвь продолжается по задней поверхности голени и стопы. Она иннервирует мышцы задней группы голени (икроножную, камбаловидную, подошвенную), мышцы подошвы стопы, а также кожу задней поверхности голени и подошвы стопы.

Общий малоберцовый нерв (nervus fibularis communis): Эта ветвь проходит по латеральной стороне голени и делится на поверхностный и глубокий малоберцовые нервы.

Поверхностный малоберцовый нерв (nervus fibularis superficialis) иннервирует латеральную группу мышц голени и кожу латеральной поверхности голени и тыла стопы.

Глубокий малоберцовый нерв (nervus fibularis profundus) иннервирует переднюю группу мышц голени и мышцы тыла стопы, а также кожу первого межпальцевого промежутка на тыле стопы.

Основные функции седалищного нерва и его ветвей:

Двигательная иннервация: Обеспечивает движения в тазобедренном, коленном, голеностопном суставах и суставах стопы и пальцев. В частности, отвечает за сгибание бедра, сгибание и разгибание голени, подошвенное и тыльное сгибание стопы, а также движения пальцев стопы.

Чувствительная иннервация: Обеспечивает чувствительность кожи ягодицы (частично), задней поверхности бедра, всей голени и стопы.

Ключевые моменты анатомии:

Седалищный нерв выходит из таза через подгрушевидное отверстие (foramen infrapiriforme), расположенное под грушевидной мышцей.

В ягодичной области нерв располагается под большой ягодичной мышцей.

В нижней трети бедра или в подколенной ямке седалищный нерв делится на большеберцовый и общий малоберцовый нервы. Однако место деления может варьироваться.

От седалищного нерва также отходят небольшие мышечные ветви к задней группе мышц бедра (двуглавой, полусухожильной и полуперепончатой мышцам) и суставные ветви к капсуле коленного сустава. Позднее ученый Доменико Котоньо. Также рассмотрим изучение этого нерва

история

Древние времена и Средневековье: Еще Гиппократ (V-IV веке дон.э.)в своих трудах описывал боли в пояснице, иррадиирующие в ногу, хотя и не связывал их напрямую с конкретным нервом. В средневековой медицине боли в пояснице и ногах часто объяснялись различными "гуморами" или дисбалансом в организме, без точного анатомического понимания. Эпоха Возрождения и развитие анатомии: Значительный прогресс в понимании анатомии произошел в эпоху Возрождения благодаря работам таких ученых, как Андреас Везалий (XVI век). Его подробные анатомические иллюстрации и описания заложили основу для изучения нервной системы. Хотя Везалий и другие анатомы того времени описывали седалищный нерв, связь между его поражением и характерной болью еще не была полностью установлена. XVII-XVIII века: Первые попытки связать симптомы с нервом: В XVII веке появились первые предположения о связи между болями в ноге и проблемами с нервами в нижней части спины. Однако эти идеи был и еще довольно расплывчатыми. В XVIII веке врачи начали более пристально изучать анатомию спинномозговых нервов и их ветвей, включая седалищный нерв. XIX век: Клинические наблюдения и первые описания:

Доменико Котоньо (Domenico Cotugno) в 1764 году опубликовал работу "Deischiade nervosa commentarius" ("Комментарий о невралгии седалищного нерва"), в которой подробно описал

клиническую картину ишиаса. Ономнимиз первых связал характерную боль с поражением именно седалищного нерва. Его работа считается важной вехой в изучении этого состояния.

В XIX веке с развитием клинической медицины и неврологии врачи стали лучше распознавать и описывать симптомы ущемления седалищного нерва. Улучшилось понимание анатомии и патофизиологии нервной системы. XX век: Дальнейшее изучение причин и механизмов: В XX веке значительный прогресс был достигнут в понимании причин ущемления седалищного нерва. Была установлена связь между асомитакими состояниями, как грыжа межпозвоночного диска, стеноз позвоночного канала, спондилолистез и другие структурные изменения в позвоночнике. Развитие методов нейровизуализации, таких как рентген, КТ и МРТ, позволило более точно диагностировать причины сдавления седалищного нерва.

Происхождение

Увеличение веса и смещение центра тяжести: Растущая матка увеличивает нагрузку на поясничный отдел позвоночника и мышцы таза. Это может привести к изменению осанки и дополнительному давлению

На нерв. Гормональные изменения: Гормоны беременности, такие как релаксин, делают связки более эластичными и расслабленными, что необходимо для подготовки к родам. Однако эта повышенная подвижность может привести к нестабильности в суставах таза и нижней части спины, что также может сдавливать нерв. Изменение положения плода: Иногда положение ребенка в матке может непосредственно давить на седалищный нерв. Задержка жидкости: Отеки, которые часто возникают во время беременности ,могут также способствовать сдавливанию нерва. Мышечное напряжение: Неправильная осанка, длительное сидение или стояние, а также физическое перенапряжение могут вызвать спазм мышц, окружающих седалищный нерв, что приводит к его ущемлению. Нужно знать симптомы чтобы предотвратить болезнь.

Симптомы

Боль: Обычно ощущается в нижней части спины, ягодице и распространяется по задней поверхности бедра, голени и иногда до стопы. Боль может быть острой, стреляющей, жгучей или ноющей. Онемение и покалывание: Часто ощущаются в ноге и стопе, могут напоминать "мурашки". Слабость в ноге: Может быть трудно поднимать ногу или стопу, иногда появляется ощущение "подкашивания" ноги. Усиление боли при определенных движениях: Кашель, чихание, длительное сидение или стояние, наклоны или повороты туловища могут усиливать боль. Боль может быть односторонней: Чаще всего симптомы проявляются только на одной стороне тела. А теперь рассмотрим как определяется это заболевание.

Диагностика

Обычно диагностика ущемления седалищного нерва у беременных основывается на описании симптомов и физическом осмотре, который проводит врач (невролог, ортопед или ваш акушер-гинеколог). Врач может провести ряд тестов, чтобы оценить силу мышц, рефлексии чувствительность в ногах. В большинстве случаев дополнительные методы исследования, такие как рентген или МРТ, во время беременности не рекомендуются из-за потенциального воздействия на плод. Однако в редких случаях, если есть подозрение на серьезную патологию, врач может принять решение о проведении безопасных методов диагностики. После выявления заболевания врач приступает к лечению и уменьшению боли рассмотрим каким образом это происходит у беременных.

Лечение и облегчение боли

Лечение ущемления седалищного нерва у беременных направлено на облегчение боли и других симптомов, а также на предотвращение их

повторного возникновения. Важно помнить, что многие медикаментозные методы лечения могут

быть противопоказаны во время беременности, поэтому основное внимание уделяется консервативным и безопасным методам:

Отдых: Избегайте длительного сидения или стояния в одной позе. Найдите удобное положение для сна (часто рекомендуется лежать на боку с подушкой между коленями). Тепло и холод: Прикладывание теплых или холодных компрессов на болезненную область может помочь уменьшить боль и воспаление. Чередуйте компрессы по 15-20 минут несколько раз в день. Легкие упражнения и растяжка: Специальные упражнения и растяжки, направленные на укрепление мышц спины и таза, а также на снятие напряжения с седалищного нерва, могут быть очень эффективны. Обязательно проконсультируйтесь с врачом или физиотерапевтом, чтобы подобрать безопасный комплекс упражнений.

Примеры упражнений:

Наклоны таза вперед и назад в положении стоя на четвереньках. Растяжка грушевидной мышцы (осторожно, без резких движений). Легкие вращения тазом. Массаж: Легкий массаж мышц спины и ягодиц может помочь снять мышечное напряжение и улучшить кровообращение. Обратитесь к специалисту, имеющему опыт работы с беременными. Поддерживающий бандаж для беременных: Ношение специального бандажа может помочь поддерживать живот и уменьшить нагрузку на поясницу. Правильная осанка: Следите за своей осанкой при ходьбе, сидении и стоянии. Используйте подушки для поддержки спины и поясницы при сидении.

Избегайте поднятия тяжестей: Старайтесь не поднимать тяжелые предметы, а если это необходимо, делайте это правильно, с прямой спиной и сгибая ноги в коленях. Акупунктура: Некоторые женщины находят облегчение симптомов с помощью акупунктуры. Медикаментозное лечение (только по назначению врача): В редких случаях, при сильной боли, врач может назначить безопасные для беременности обезболивающие препараты в минимальной эффективной дозе.

Профилактика

Поддержание физической активности: Регулярные умеренные физические упражнения, такие как ходьба, плавание или йога для беременных, могут помочь укрепить мышцы спины и таза и улучшить осанку. Правильное питание и контроль веса: Избыточный вес может увеличить нагрузку на позвоночник. Соблюдение правильной осанки: Следите за своей осанкой на протяжении всей беременности. Использование удобной обуви: Носите обувь на низком каблуке или плоской подошве с хорошей поддержкой стопы.

Летература

1. Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2019).
2. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology (11th ed.).
3. Elsevier. (Этот учебникпоэмбриологии объясняет гормональные изменения и физиологическиеадаптации во время беременности).
4. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021).
5. Textbook of Medical Physiology(14thed.). Elsevier. (Этот учебник по физиологии описывает работу нервной системы и причины возникновения боли).
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).
7. Анатомия челочека (Р.Д. СЕНЕЛЬНИКОВ, Я.Р СИНЕЛЬНИКОВ, А.Я СИНЕЛЬНИКОВ)