

45 (61,64%) человек отметили, что тики локализуются на верхнем веке; 14 (19,18%) – мышцы лица; 12 (16,44%) – мышцы конечностей; и лишь у 2 (2,74%) отмечалась локализация на нижнем веке.

У 11 (11%) человек родители страдают нервными тиками, и 10 (10%) человек отмечают нервные тики и у себя; у 54 (54%) респондентов родители не страдают нервными тиками; 35 (35%) затруднились ответить.

45 (45%) опрошенных отмечали у себя панические атаки, из них у 41 (91,11%) человека наблюдались нервные тики; 48 (48%) не отмечало, а 7 (7%) затруднились ответить.

Из опрошенных студентов, лишь 18 (18%) человек наблюдается у невролога: 2 (11,11%) студента наблюдаются один раз в месяц; 5 (27,78%) раз в полгода; 8 (44,44%) раз в год; 3 (16,67%) давно не посещали, оставшиеся 82 (82%) человека не посещают.

По результатам таблиц по оценке уровня тревоги: у 23 (23%) человек выявилась субклинически выраженная тревога, у 26 (26%) клинически выраженная тревога, а у оставшихся 51 (51%) студентов явлений тревоги установлено не было.

По результатам таблиц по оценке уровня депрессии: у 11 (11%) человек субклинически выраженная депрессия, у 9 (9%) клинически выраженная депрессия, а у оставшихся 80 (80%) студентов депрессии не выявлено.

При проведении корреляционного анализа установлена слабая значимая корреляционная связь между наличием тиков и уровнем тревоги у студентов ($r=0,29$; $p<0,05$).

Выводы

Исходя из результатов опроса, можно сделать вывод, что проблема нервных тиков среди студентов ГомГМУ действительно актуальна, а также у студентов отмечается повышенная тревожность. Наличие нервных тиков связано с повышенным уровнем тревоги у студентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Левин, О. С. Особенности клинической картины и течения тиков у взрослых / О. С. Левин, Ж. М. Московцева // Альманах клинической медицины. – 2001. – № 4. – С. 189.
2. Особенности количественных и качественных показателей мигательного рефлекса и патологической системы у больных тиком / Р. А. Мавлютова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2017. – № 3. – С. 71.

УДК 616.89-008.46/.47:616.12-008.331.1

А. Ю. Воробей, А. А. Шупило, В. М. Сивченко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Введение

Гипертонический криз – острое состояние, характеризующееся резким повышением артериального давления. Высокое артериальное давление может привести к нарушению мозгового кровообращения и повреждению нейронов, понимание влияния гипертонии на функцию мозга критически важно для предотвращения серьезных последствий.

Таким образом, у пациентов с гипертоническим кризом может наблюдаться нарушение когнитивных функций, устойчивость внимания и работоспособность. Для их оценки

используются невропсихологические тесты, нейрообразовательные методики и нейрофизиологические исследования.

Цель

Оценить когнитивные функции и внимание у пациентов после гипертонического криза.

Материал и методы исследования

На базе Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи в отделении краткосрочного пребывания методом опроса пациентов и тестированием по Шульте и Монреальскому тесту было обследовано 30 пациентов с диагнозом гипертонический криз мужского и женского пола. В зависимости от пола было выделено две группы. В мужчины в возрасте от 47 до 67 лет, n=10. Во вторую группу вошли женщины в возрасте от 58 до 81 года, n=20.

Обследование проводилось в состоянии покоя, с помощью таблиц Шульте и Монреальского теста и обработки данных. В последующем были проанализированы показатели тестов.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Excel и Statistica (v. 10.0). Полученные данные представлены в формате Me – медиана, 25 % – нижний перцентиль, 75 % – верхний перцентиль. При сравнении независимых групп использовали непараметрический метод – U-критерий Манна – Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

В опросе приняли участие 20 женщин (66,6%) и 10 мужчин (33,3%).

Средний возраст первой группы составил 61 (47÷69), второй группы 70 (58,5÷81,5).

При анализе показателей текстов пациентов группы 1 и группы 2, гендерных различия были найдены по обоим тестам, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Возраст и результаты тестов у пациентов (Me (25÷75 перцентиль))

Показатели	Группа 1	Группа 2
	Мужчины (n =10)	Женщины (n = 20)
Возраст, года	61 (47÷69)	70 (58,5÷81,5)
Шульте, сек	87,5 (76÷100) P = 0,01	127 (100÷192) P = 0,01
Монреальский, баллы	25 (24÷26) P = 0,03	22,5 (19,5÷26) P = 0,03

Найдены гендерные различия между мужчинами и женщинами среди показателей обоих тестов.

У мужчин показатель теста Шульте составил Me=87,5 (от 76 до 100), что на 31% ниже, чем у женщин Me=127 (от 100 до 192), ($p=0,01$) соответственно.

У мужчин показатель Монреальского теста составил Me=25 (от 24 до 26), что на 10% выше, чем у женщин Me=22,5 (от 19,5 до 26), ($p=0,03$).

Наиболее частые жалобы среди пациентов мужского пола были: 80,0% жаловались на головную боль, 20% на головокружение, 30,0% на слабость, 32,5% на шум в ушах, 40,0% на тошноту. Жалобы среди пациентов женского пола были: 27,0% жаловались на головную боль, 24 % на головокружение, 45,0% на слабость, 32,5% на шум в ушах, 74,0% на тошноту.

Выводы

По результатам теста Шульте было выявлено, что у мужчин показатель составил Me=87,5 (от 76 до 100), что на 31 % ниже, чем у женщин Me=127 (от 100 до 192), ($p=0,01$)

соответственно. По результатам Монреальского теста выявлено, что у мужчин показатель составил $Me=25$ (от 24 до 26), что на 10% выше, чем у женщин $Me=22,5$ (от 19,5 до 26), ($p=0,03$). Наиболее часто встречаемыми жалобами пациентов были: головная боль (80%), тошнота (40%) и шум в ушах (32,5%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баев, В. М. Когнитивные функции и экстракраниальный кровоток у больных с гипертоническим кризом / В. М. Баев, Д. Б. Козлов, М. Ю. Березан // Клиническая медицина. – 2013. – №1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-funktsii-i-ekstrakranialnyu-krovotok-u-bolnyh-s-gipertonicheskim-krizom> (дата обращения: 13.03.2024).
2. Клементьева, А. И. Особенности изменения когнитивных функций пациентов старшего возраста при гипертонической болезни / А. И. Клементьева, Д. М. Гойтмирова // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 4–10. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=17759> (дата обращения: 13.03.2024).
3. Решетникова, А. С. Гипертонический криз: определение и классификация, клинические проявления и диагностика, неотложная помощь / А. С. Решетникова, М. В. Симонова // Международный студенческий научный вестник. – 2022. – № 5. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=20998> (дата обращения: 13.03.2024).

УДК 616.832-005.8-036.11-08

Н. В. Глушаков, Г. А. Ковзик

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА СПИННОГО МОЗГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

Спинальный инсульт – заболевание, возникающее в результате окклюзии сосудов спинного мозга. В результате развивается острая ишемия определенного участка спинного мозга с дальнейшей гибелью нервных клеток. Основными этиологическими факторами являются: атеросклеротическое поражение, закупорка просвета сосуда тромбом, сдавливание спинного мозга патологически измененными межпозвонковыми дисками или опухолью. Является довольно редкой формой инсульта (1–2% от числа всех инсультов), развивается внезапно и имеет неблагоприятный прогноз.

Патофизиология инсульта спинного мозга заключается в уменьшении кровотока, и, как следствие, уменьшении выработки АТФ и дисфункции кальциевого насоса. Эти процессы активируют выработку ферментов: фосфолипаза А2, ЦОГ-2, кальциневрин и синтазу оксида азота. Данные ферменты непосредственно влияют на выработку провоспалительных и проапоптотических веществ. Стоит отметить, что глутамат, связывающийся с AMPA-рецепторами, способствует выработке активных форм кислорода и оказывает большое влияние в развитии эффекта эксайтотоксичности [2].

Клинические проявления спинального инсульта зависят от участка повреждения спинного мозга. При данном состоянии выделяют следующие синдромы:

1. Синдром переднего отдела спинного мозга, признаками которого являются: потеря двигательных функций, ноцицепции и термоощущения в результате прерывания спинального тракта.
2. Синдром заднего отдела спинного мозга, который проявляется нарушениями осязания и проприоцептивной чувствительности.
3. Синдром центрального отдела спинного мозга, проявляющийся нарушением двигательной функции верхней части тела, дисфункцией мочевого пузыря и потерей чувствительности.