

У 16 пациентов (80 %) наблюдается нормальная лобная функция. 20 % (4 человека) имеют умеренную лобную дисфункцию, которая более выражена в нарушении функции концептуализации и беглости речи (рисунок 2).



Рисунок 2 – Результаты FAB-теста

Выводы

У значительного числа пациентов после инфаркта миокарда имеются когнитивные нарушения, которые связаны с общностью факторов риска развития сосудистой деменции и ишемической болезни сердца.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Емелин, А. Ю. Когнитивные нарушения: руководство для врачей / А. Ю.Емелин, В. Ю. Лобзин, С. В. Воробьев. – М., 2019. – 7 с.
2. Щербакова, М. М. Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход) / М. М. Щербакова. – М. : Изд-во В. Секачев, 2021. – 16 с.

УДК 616.831-005.8:616.718.191

О. О. Якимович

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТАЗОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение

Одним из осложнений перенесенного острого инфаркта головного мозга является тазовые расстройства.

К тазовым расстройствам относится: нарушение функций мочевого пузыря, нарушение дефекации, нарушение сексуальной функций. Неврологические нарушения мочеиспускания встречаются у каждого второго-третьего больного, перенесшего инсульт, причем урологическая симптоматика чаще появляется у больных старше 60 лет. Также нередко встречаются нарушения функции желудочно-кишечного тракта, в частности, недержание или задержка стула [1].

Корковые центры, регулирующие тазовые органы представлены в лобной, височной (островке Рейля) и затылочной областях. Роль нервных центров, расположенных в лобных долях, состоит в подавлении позывов на мочеиспускание, координации полового и мочевого поведения. Поражение этих зон при инсульте, может приводить к императивному мочеиспусканию, императивному недержанию мочи, усилению либидо (полового влечения) вследствие утраты подавляющего влияния этих зон. Пациенты с указанной локализацией патологических процессов в головном мозге могут осуществлять мочеис-

пускание и дефекацию в необычных для себя местах, отмечается сексуальная расторможенность, что является проявлением лобной психики [2, 3].

Таким образом, тазовые расстройства при острых нарушениях мозгового кровообращения являются важным осложнением, требующим внимания и последующей коррекции.

Цель

Провести анализ частоты встречаемости и видов тазовых расстройств у пациентов с инфарктом головного мозга различной локализации.

Материал и методы исследования

Методической основой исследования стало выборочное единовременное наблюдение. Выборка исследования составила 27 пациентов (средний возраст $64,9 \pm 10,5$ лет), из них 16 мужчин (59,3 %) и 11 женщин (40,7 %) с инфарктом головного мозга различной локализации, находящихся на лечении в неврологическом отделении № 1 УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ».

Для исследования тазовых нарушений у пациентов использовалась анкета, состоящая из 3 блоков: состояние мочевого пузыря, состояние кишечника, сексуальная активность.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах MicrosoftOfficeExcel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При ответах на вопросы о состоянии мочевого пузыря пациенты указывали, что неотложные позывы к мочеиспусканию имелись у 20 пациентов (77 %). Частота мочеиспускания более 7 раз в сутки наблюдалась у 2 пациентов (8 %). При этом ночное мочеиспускание было у 19 пациентов (68 %). Ощущение, что мочеиспускание происходит недостаточно быстро, наблюдалось у 17 пациентов (65 %). Слабый напор струи и увеличение времени мочеиспускания выявлено у 15 пациентов (57,7 %). Прерывистое мочеиспускание встречалось в 7 случаях (27 %). Натуживание при мочеиспускании наблюдалось у 2 пациентов (7,7 %). Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания установлено в 20 случаях (77 %). Недержание мочи наблюдалось также у 20 пациентов (77 %), при этом оно происходило при срочном позыве (53,8 %), при кашле или вставании (3,8 %), произвольно при бодрствовании (11,5 %), произвольно во сне (30,7 %). Объем неудерживаемой мочи был следующим: ниже белье становилось слегка влажным (3,8 %), ниже белье было мокрым (34,6 %), промокали брюки/юбка (7,7 %). Удовлетворены работой мочевого пузыря 10 пациентов (38,5 %), почти удовлетворены – 4 случая (15,4 %), частично не удовлетворены – 3 пациента (11,5 %), крайне не удовлетворены – 9 пациентов (34,6 %).

При опросе о состоянии работы кишечника ответы распределились следующим образом. Стул реже чем раз в день наблюдался в 9 случаях (34,6 %), при этом в приеме слабительного периодически нуждались 25 пациентов (96,1 %). Трудности с опорожнением кишечника испытывают периодически 25 пациентов (96,1 %). Недержание кала установлено в 1 случае (3,8 %), оно происходило при срочном позыве на дефекацию, в небольшом объеме. Диарея беспокоила 2 пациентов (7,6 %), при этом диарея чередовалась с поносом в 16 случаях (61,5 %). Работой кишечника удовлетворены 9 пациентов (34,6 %), почти удовлетворены – 17 (65,4 %).

Также пациентам было предложено оценить сексуальную функцию. Снижение полового влечения и уменьшение частоты половых актов отмечалось во всех случаях. При этом у мужчин стала слабее эрекция и эякуляция. Ощущения при оргазме стали менее яркими у лиц обоих полов. При этом все пациенты были не удовлетворены своей сексуальной активностью и наблюдали снижение полового влечения.

Выводы

Таким образом, у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в большинстве случаев имеются различные нарушения функции тазовых органов. Нарушения мочеиспускания встречаются в 77 % случаев, нарушения дефекации у 96,1 % пациентов, а проблемы с сексуальной функцией возникали в 100 % случаев. Выявленные изменения нуждаются коррекции и внимания со стороны медицинских работников и ухаживающих лиц.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шварц, П. Г. Патогенетические механизмы нарушений мочеиспускания и эрекции у пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга и их фармакологическая коррекция / П. Г. Шварц // РМЖ. – 2015. – № 11. – С. 639–646.
2. Баранов, Ю. Реабилитация после инсультов / Ю. Баранов // Социальное обеспечение. – 2003. – № 12. – С. 15–16.

УДК 616.831.8-009.17(540)

Donepudi Ramya Krishna

Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor N. N. Usova

*Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus*

MYASTHENIA GRAVIS IN INDIA

Introduction

Myasthenia gravis is a potentially serious but treatable autoimmune disease which cause disturbance in neuromuscular junction, which results from formation of antibodies that block or destroy nicotinic acetylcholine receptors (AChR) or muscle specific tyrosine kinase at junction between nerve and muscle. This prevents the nerve impulses from triggering muscle contractions. Resulting pathological weakness and rapid fatigue of skeletal muscles, especially effects those that control the eyes, mouth, throat and limbs. About 10 % of patients with myasthenia gravis have thymoma, Usually thymomas aren't cancerous (malignant), but they can become cancerous. Researchers believe that the thymus gland triggers or maintains the production of the antibodies that block acetylcholine. Rarely, mothers with myasthenia gravis have children who are born with myasthenia gravis (neonatal myasthenia gravis). If treated promptly, children generally recover within two months after birth. Some children are born with a rare, hereditary form of myasthenia gravis, called congenital myasthenic syndrome. And most cases are however idiopathic. Muscle weakness caused by myasthenia gravis worsens as the affected muscle is used. Because symptoms usually improve with rest, muscle weakness can come and go. Half of the people with MG their first signs and symptoms involve eye problems, such as Drooping of one or both eyelids (ptosis), Double vision (diplopia). According to recent studies prevalence of disease is 2.1–5.0 cases in 1million population per year. It occurs more commonly in women under 40 years and men over 60 years.

Goal

To study the clinical presentation, age at onset, gender distribution, serological status and thymic pathology in patients with myasthenia gravis.

Material and methods of research

A retrospective study was carried out using records of patients with mayasthenia gravis from the years 1965 to 2008 collected over a period of 43 years from the Neurology Department in a tertiary referral center in India. All the patients included in the study were cases of myasthenia diagnosed on clinical basis and response to cholinesterase inhibitors (edrophonium