

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шабунько А. И.¹, Мулярчик Л. Е.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Второй по частоте среди нейродегенеративных прогрессирующих заболеваний после болезни Альцгеймера является болезнь Паркинсона. Начало заболевания чаще наблюдается в возрасте 55-60 лет, редко – до 40 лет и крайне редко до 20 лет. Клиническая картина сочетает моторные (олигобрадикинезия, экстрапирамидный гипертонус и тремор покоя) и немоторные симптомы. Из немоторных симптомов, вегетативные расстройства существенно нарушают качество жизни пациентов и иногда оказывают более выраженное влияние на их повседневную жизнь, чем моторные симптомы [1].

Цель. Представить клинический случай болезни Паркинсона с дебютом в виде вегетативных симптомов.

Методы исследования. Клинический случай.

Результаты и их обсуждение. Пациент Б., 1990 г.р., госпитализирован в неврологическое отделение Гродненской университетской клиники в ноябре 2025 года с жалобами на дрожание правой ноги в покое, скованность в ней, замедленность походки, скованность движений, снижение обоняния, частые запоры, сложность удержания мочи, вздутие живота. Считает себя заболевшим около 2 лет, когда появились жалобы на вздутие живота, длительные запоры. Неоднократно по данному поводу проходил обследования (УЗИ органов брюшной полости, почек, ФГДС, колоноскопия, лабораторные исследования), которые не обнаруживали патологии, обращался к терапевту, гастроэнтерологу, проктологу. Проходил симптоматическое лечение. Спустя 1,5 года стал замечать дрожание правой ноги в покое, замедленность ходьбы. Обратился за медицинской помощью к неврологу и был госпитализирован в неврологическое отделение университетской клиники для уточнения диагноза и тактики лечения. Объективно: в соматическом статусе – без отклонений. Сознание ясное. Ориентирован верно. ЧМН: зрачки равновеликие, реакция на свет живая, движения глазных яблок в норме, нистагма нет. Лицо симметрично, гипомимично. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус повышен в конечностях по экстрапирамидному типу, преимущественно справа. Тремор покоя в правых конечностях. Парезов нет. Сухожильные рефлексы равновеликие. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Координация не нарушена. Ахейрокинез справа. При ходьбе «шаркает» правой ногой. Менингеальных знаков нет. Пациент обследован, согласно клиническим протоколам, выполнено МРТ головного мозга: данных за очаговое и объемное поражение вещества головного мозга на момент исследования не получено. Учитывая обращение пациента к неврологу с уже двусторонними

проявлениями болезни, а также с учетом возраста, старт терапии был осуществлен препаратами прамипексол 1,5 мг и разагилин 1 мг в день. На фоне терапии у пациента отмечался регресс экстрапирамидного гипертонуса, улучшилась скорость ходьбы.

Выводы. Приведенный клинический случай отражает значимость немоторных (в частности, вегетативных) проявлений болезни Паркинсона, которые могут встречаться за 5 – 10 лет до начала моторных симптомов. В связи с недостаточной разработанностью методов коррекции немоторных симптомов, требуется дополнительное изучение и поиск диагностических критериев для наиболее ранней постановки диагноза болезни Паркинсона, своевременного старта терапии и улучшения качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каракулова, Ю. В. Взаимосвязь вегетативных и нервно-психических расстройств при болезни Паркинсона / Ю. В. Каракулова, Е. А. Гольченко, Т. В. Яковлева // Медицинский альманах. – 2022. – № 2 (71). – С. 34–38.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ: СТРАТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ИНДЕКСУ NNIS

Шайнурова Д. М., Маликова А. Р.

Ижевский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Михайлов А. Ю.

Актуальность. Послеоперационные инфекционные осложнения (ИО) составляют 20% всех внутрибольничных инфекций, увеличивая летальность в 11 раз, длительность госпитализации и стоимость лечения [1]. Внедрение лапароскопии снижает частоту ИО благодаря меньшей травме тканей, однако риск сохраняется, требуя совершенствования прогноза. Индекс NNIS (класс раны, ASA, длительность операции) – «золотой стандарт» стратификации риска, но лапароскопия модифицирует этот риск, что требует корректировки моделей [2].

Цель. Оценить влияние лапароскопического доступа на риск ИО на основе индекса NNIS в условиях ГКБ №6 г. Ижевска.

Методы исследования. Проанализировано 100 историй болезни (январь–февраль 2025). Критерии: возраст >18 лет, чистые и условно-чистые раны (по Альтмайеру). Индекс NNIS рассчитывали по сумме баллов: класс раны (чистая – 0 б, условно-чистая – 1 б), ASA (I–II – 0 б, III–V – 1 б) [3], длительность операции ($\leq$ Т-порога – 0 б, $>$ – 1 б). ИО подтверждали при наличии гноя, положительного посева, клинических признаков или назначения