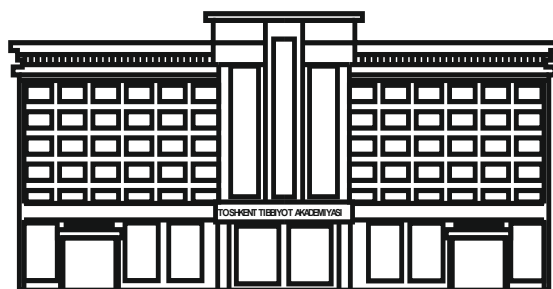


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ	CONTENT	
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ		NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES
Марасулов А.Ф., Бобожонов Б.О. РАЗРАБОТКА ИНТЕГРИРОВАННОГО УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МОДУЛЕЙ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО БИОМЕДИЦИНСКОЙ ИНЖЕНЕРИИ	Marasulov A.F., Bobozhonov B.O. DEVELOPMENT OF AN INTEGRATED EDUCATIONAL AND METHODOLOGICAL SUPPORT FOR TEACHING GENERAL PROFESSIONAL MODULES IN THE TRAINING OF A SPECIALIST IN BIOMEDICAL ENGINEERING	8
ОБЗОРЫ		REVIEWS
Башарова Л.М., Камилова Р.Т., Кузнецова В.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ ФАКТОРОВ РИСКА	Basharova L.M., Kamilova R.T., Kuznetsova V.V. HYGIENIC ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN PRESCHOOL CHILDREN, TAKING INTO ACCOUNT RISK FACTORS	15
Камилова Р.Т., Атамуратова А.С. МОДУЛЛИ ТИПДАГИ МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ ТАШКИЛОТЛАРИ ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАРИНИНГ ЖИСМОНИЙ ТАЙЁРГАРЛИГИНИ ГИГИЕНИК БАҶОЛАШ I – ҚИСМ	Kamilova R.T., Atamuratova A.S. HYGIENIC ASSESSMENT OF PHYSICAL FITNESS OF PUPILS IN MODULAR PRESCHOOL EDUCATIONAL ORGANIZATIONS. P. I	19
Каримов Ш.И., Ирнazarов А.А., Имамoв А.А. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ	Karimov Sh.I., Irnazarov A.A., Imamov A.A. HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF CAROTID SURGERY	22
Касимова М.С., Хамраева Г.Х., Турсунова Ф.А. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕТЧАТКИ И ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С ПОМОЩЬЮ ОКТАНГИОГРАФИИ ПРИ ГЛАУКОМАТОЗНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ	Kasimova M.S., Khamraeva G.Kh., Tursunova F.A. MORPHOFUNCTIONAL ANALYSIS OF THE RETINA AND OPTIC DISC USING OCT-ANGIOGRAPHY IN GLAUCOMATOUS OPTIC NEUROPATHY.	24
Мухамедова Н.Х., Бауетдинова Г.Д. ПОЧЕЧНЫЕ И ВНЕПОЧЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	Mukhamedova N.Kh., Bauetdinova G.D. RENAL AND EXTRARENAL DISEASES, THEIR ETIOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL MANIFESTATIONS	27
Розиходжаева Г.А., Юсупалиева Г.А., Назирхужаев Н.Ш. ЎЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА 0-14 ЁШЛИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ЭХОКАРДИОГРАФИК РЕФЕРЕНТ ЎЛЧАМЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ ЗАРУРАТИ	Rozikhodjaeva G.A., Yusupalieva G.A., Nazirkhujayev N.Sh. THE NEED TO DEVELOP REFERENCE PARAMETERS OF QUANTITATIVE ECHOCARDIOGRAPHY IN HEALTHY CHILDREN AGED 0-14 YEARS IN THE UZBEK POPULATION	30
Сайдалиходжаева С.З., Мирзаева А.Х., Фахриддинов Р.Ф., Бобоева З.Н. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ COVID-19	Saydalikhodjayeva S.Z., Mirzayeva A.X., Fakhriddinov R.F., Boboyeva Z.N. CORRELATION OF ANTHROPOMETRIC PARAMETERS IN COVID-19	33
Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Муртазаева З.Б., Имамoвa И.А., Шукуров Б.В. АКТУАЛЬНОСТЬ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	Tuychiev L.N., Tazhieva N.U., Murtazaeva Z.B., Imamova I.A., Shukurov B.V. THE RELEVANCE OF MENINGOCOCCAL INFECTION AT THE PRESENT STAGE	37
Усманходжаева А.А., Мирхамидова Н.А. СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Usmankhodzhaeva A.A., Mirkhamidova N.A. SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN WITH NEUROLOGICAL DISEASES	41
Фахрутдинова С.С., Хайдарова Ф.А., Тўраев Ф.Ф. ТУХУМДОН ЭРТА ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚ НОМЗОД ГЕНЛАР	Fakhrutdinova S.S., Khaidarova F.A., Turaev F.F. CANDIDATE GENES ASSOCIATED WITH PREMATURE OVARIAN FAILURE	45
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
Сабиров Д.Р. ОСНОВНЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМИ МОДЕЛЯМИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЕРЕМЕННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ	Sabirov D.R. STUDY OF THE MAIN HEMATOLOGICAL VALUES IN EXPERIMENTAL ANIMALS UNDER THE INFLUENCE OF AN ALTERNATING MAGNETIC FIELD ON TUMOR MODELS	48
Садьков Р.А., Хаялиев Р.Я., Рустамов А.Э., Эшмуродова Д.Б. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ЛАЗЕРНОЙ МУКОЭКТОМИИ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА	Sadykov R.A., Hayaliev R.Ya., Rustamov A.E., Eshmurodova D.B. MORPHOLOGICAL CHANGES IN TISSUES DURING LASER MUCOSECTOMY OF THE PARARECTAL FISTULA	51
Khaitbaev A.Kh., Nuraddinova M.B. THE PHYSICAL-CHEMICAL ANALYSIS OF COMPOUNDS IN TASHKENT AND FERGANA TYPES OF EUPHORBIA MILII	Xaitboev A.X., Nuraddinova M.B. TOSHKENT VA FARG'ONADA O'SUVCHI MOLOCHAY MILYA O'SIMLIGI TARKIBINING FIZIK-KIMYOVIY ANALIZLARI	57

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Усманходжаева А.А., Мирхамидова Н.А.

NEUROLOGIK KASALLIKLARGA CHALINGAN AYOLLARDA JINSIY DISFUNKTSIYALAR

Usmonxo'jaeva A.A., Mirxamidova N.A.

SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN WITH NEUROLOGICAL DISEASES

Usmankhodzhaeva A.A., Mirkhamidova N.A.

Ташкентская медицинская академия

Nevrologik patologiyalari bo'lgan ayollarda jinsiy buzilishlar bilan bog'liq nashrlar o'rganildi, ularning holatini baholash usullari, shuningdek, ushbu odamlar kontingentiga rehabilitatsiya xizmatlarini ko'rsatish imkoniyatlari tahlil qilindi. Parkinson kasalligi, ko'p skleroz, travmatik miya shikastlanishi, insult kabi kasalliklarga chalingan ayollar jinsiy faol bo'lib qoladilar. Biroq, ularning 85% jinsiy disfunktsiya bilan bog'liq turli muammolarga ega.

Kalit so'zlar: *rehabilitatsiya, jinsiy kasalliklar, insult, Parkinson kasalligi, tarqoq skleroz, bosh miya shikastlanishi, orqa miya shikastlanishi*

Publications related to sexual disorders in women with neurological pathologies have been studied, methods for assessing their condition, as well as the possibility of providing rehabilitation services to this contingent of people, have been analyzed. Women with diseases such as Parkinson's disease, multiple sclerosis, traumatic brain injuries, strokes remain sexually active. However, 85% of them have various problems associated with sexual dysfunctions.

Key words: *rehabilitation, sexual disorders, stroke, Parkinson's disease, multiple sclerosis, brain injury, spinal cord injury.*

Поиск научных статей был проведен в электронных базах MEDLINE через PubMed и Research 4 life за последние 10 лет. За эти годы было опубликовано 323 статьи о сексуальных дисфункциях у женщин после инсульта, 292 – при рассеянном склерозе (РС), 210 – при болезни Паркинсона, 293 – после травм головного мозга и 211 – после травм спинного мозга (ТСМ).

Только в конце 20-го века общество стало признавать, что сексуальность и репродуктивное здоровье оказывают глубокое влияние на качество жизни и участие в жизни общества, независимо от физического статуса или возраста [2,5]. Но степень, при которой сексуальная активность рассматривается как часть стандартного процесса реабилитации, ограничена как в клинической практике, так и в исследованиях [12]. Ранее обсуждение сексуальной и репродуктивной деятельности, особенно инвалидов или пожилых людей, считалось неуместным [3]. С осознанием сексуального благополучия как ключевого показателя качества жизни пациента и более эффективного лечения сексуальной дисфункции игнорирование сексуальности стало более неприемлемым, особенно в условиях нейрореабилитации [13].

Сексуальная дисфункция является осложнением широкого спектра неврологических расстройств, которые включают, но не ограничиваются периферической нейропатией, поражениями спинного и головного мозга [12]. Следовательно, сбор анамнеза больного должен включать и детали прошлых урологических/гинекологических, сердечно-сосудистых, эндокринных, психологических и психиатрических нарушений, травм и хирургических процедур, использования отпускаемых по рецепту лекарств, привычек к курению и алкоголю и возможного злоупотребления наркотиками. Прежде чем диагностировать дисфункцию половых органов, следует также установить уровень

фактического желания. Например, гипоактивное расстройство сексуального желания (HSDD) у женщин часто происходит с расстройством сексуального возбуждения (FSAD), которое представляет собой постоянную или рецидивирующую неспособность достичь или поддерживать достаточное сексуальное возбуждение, что вызывает личный стресс. К тому же при осмотре нужно отметить рост и массу тела, изменения пигментации и волос на теле, наличие галактореи, а наружные половые органы должны быть обследованы.

Вместе с тем рекомендуется пальпация периферических импульсов (рук, ног), аускультация сердца, измерение артериального давления. Стандартное неврологическое обследование с осмотром нижней части спины, стоп и аногенитальной области может выявить признаки основного неврологического заболевания [9]. Следует проверить бульбокавернозный и анальный рефлекс (сегменты S2-S4/5), в то время как прямыми и косвенными методами обнаружить наличие изменений кровотока в половых губах и влагалище. Неконтрастная динамическая магнитно-резонансная томография (МРТ) может количественно оценить сексуальное возбуждение женщины.

Однако все эти тесты представляют только исследовательский интерес. Если использовать функциональные тесты, то они являются прямым продолжением клинического обследования. Специальные устройства и алгоритмы могут применяться для количественной оценки сенсорного восприятия на половых органах и в промежности. Например, измерение вибрационного восприятия (биотезиометрия, оценка порога восприятия вибрации) было предложено для диагностики сенсорной нейропатии. А именно порог восприятия вибрации на клиторе (больших половых губах и промежности), являющийся у неврологически здоровых женщин аналогичным порогом рук.

В соответствии с этим было предложено несколько нейрофизиологических тестов для оценки крестцовых или супрасегментарных поражений. Следовательно, можно ожидать, что тесты, измеряющие проводимость через соматические нервные пути (двигательные, сенсорные и рефлекторные), будут полезны, потому что большинство поражений должны включать как соматические, так и вегетативные нервные пути, а аномалии, полученные при тестировании первых, могут быть экстраполированы на вторые.

Тем не менее, эти тесты чувствительны только к демиелинизации, а не к аксональным поражениям, которые преобладают в клинической практике. Например, электромиография может демонстрировать паттерны активации поперечно-полосатых мышц, но в основном используется для дифференциации нормальной и денервированной (реиннервированной) мышцы. Впрочем, продолжаются споры об источнике и характере сигналов, записанных в электромиографии клитора, и результаты не имеют диагностического значения. Пояснично-крестцовая симпатическая система может быть проверена симпатической реакцией кожи от промежности [9].

Возможно, роль в клинической практике этих и других тестов, ограничена, хотя с точки зрения валидности, опыта и доступных нормативных значений рекомендуется только электромиография (в мышцах нижних крестцовых миотом) и запись сакральных рефлекторных реакций и соматосенсорных вызванных потенциалов (SEP) на стимуляцию пудендального нерва. Соответственно пациентки с возможной или вероятной нейрогенной сексуальной дисфункцией, у которых такое тестирование может дать результат, это пациентки с подозрением на поражения в периферической крестцовой рефлекторной дуге. У этих пациенток может быть получен ответ на наличие или отсутствие неврологического поражения [9].

Если говорить о психологическом факторе, то для больного само ощущение того, что он отличается от других, и навязанные обществом восприятия, создающие ощущение меньшего «социального статуса», часто снижают самооценку, что приводит к гневу, тревоге и депрессии. Эти чувства, по отдельности или в сочетании, могут привести к социальной изоляции, потере либидо и беспокойству о сексуальной компетентности. К тому же проблемы с близостью редко ограничиваются пациентом; партнер может также испытывать некоторый сексуальный трепет и снижение желаний, особенно если он или она является основным лицом, осуществляющим уход за пациентом [13]. Более того, партнер может беспокоиться о способности пациентки дать согласие на сексуальную активность или о том, что сексуальная активность может быть вредной для партнера. Такие страхи должны быть развеяны открытым общением и консультированием, которое должно проводиться в форме личной беседы с каждым партнером в отдельности, без третьего лица. В результате, можно определить сексуальные ожидания и потребности пациента и его партнера, а также любые заблуждения по данному вопросу [9].

Сексуальная дисфункция, такая как отсутствие либидо, а также недостаточная смазка, диспареуния и проблемы с оргазмом у женщин, не является редкостью. Если брать популяцию пациентов с расстройствами ЦНС, то распространенность сексуальной дисфункции выше, несмотря на то, что было проведено мало сравнительных исследований. Например, Х. Робин, С. Энджелл, М. Скотт, Х. Флора, Д. Маэстас и др. показали, что до 71% больных полностью удовлетворены сексуальной жизнью. Напротив, Р. Алони и Ш.Кац сделали выводы, свидетельствующие о том, что причины и следствия полового функционирования после черепно-мозговой травмы очень запутаны и что у таких больных невозможно точно различать первичные и вторичные сексуальные проблемы. Поскольку многие неврологические заболевания поражают в первую очередь пожилых пациентов, а также несут бремя любого хронического поражения, сексуальная дисфункция, «специфичная» для неврологических поражений, должна быть установлена на фоне действительных контрольных групп. Например, некоторые когнитивные нарушения, изменение личности и сенсорная инвалидность могут остаться после черепно-мозговой травмы. Ведь сексуальная дисфункция (либо как следствие поражения головного мозга, либо психосоциальных факторов) встречается у этих людей со значительно большей частотой [12]. В частности, снижение или повышение сексуального желания могут возникать, по крайней мере, частично, как следствие посттравматической дисфункции гипофиза. Следует отметить, что лобные и височные поражения приводят к сексуальным нарушениям, по-видимому, чаще, чем парието-затылочные поражения. А такие симптомы, как гиперсексуальность, расторможенное и неадекватное сексуальное поведение, сексуально агрессивное поведение и изменения в сексуальных предпочтениях иногда следуют за базальной лобной и лимбической черепно-мозговой травмой и могут стать причиной сексуальных преступлений. Билатеральное переднетемное поражение может привести к синдрому Клювера – Бьюси с гиперсексуальностью и пансексуальностью (то есть сексуальным влечением, направленным не только на людей, но и на животных и неодушевленные предметы) [12].

В отличие от травм головного мозга, лучшим предиктором снижения сексуальности после инсульта между партнерами является степень зависимости в повседневной жизни. Такие ученые, как Я. Викан, Х. Снеккевик, М.Нильсон, Й. Стангелле, Э. Гейдрал, К. Фугль-Мейер пишут, что только до 35% больных после инсульта удовлетворены половой жизнью. При этом около 75% пациенток, которые были сексуально активны до инсульта, сообщают о последующем снижении коитальной частоты. Причем, плохое сексуальное функционирование может сохраняться даже при хорошей динамике заболевания. У таких женщин возникают уменьшение вагинальной смазки и невозможность достижения оргазма. Пациентки и их партнеры могут избегать половых сношений из-за опасений, что может быть ускорен еще один инсульт. Так, частота сердечных

сокращений во время полового акта может превышать 180 ударов в минуту; нагрузка во время сексуальной активности аналогична нагрузке при подъеме по лестнице или быстрой ходьбе. Хотя точный риск инсульта во время сексуальной активности не известен, он кажется низким.

Таким образом, пациентки и их партнеры могут быть уверены в том, что при возобновлении сексуальной активности выгоды, в большинстве случаев, перевешивают любые незначительные риски. Эти вопросы должны быть рассмотрены на консультации. Что касается гиперсексуальности после инсульта, она была описана, но встречается редко. Параллельно сексуальные проблемы после инсульта могут осложняться другим состоянием – депрессией. Так как депрессия является распространенным последствием после острых нарушений мозгового кровообращения, то можно ожидать, что сексуальная дисфункция и потеря либидо могут быть связаны именно с ней. Тем не менее, авторы отметили сексуальную дисфункцию у женщин после инсульта, независимую от эффекта депрессии. Так, например, сообщают, что 60,8% женщин после инсульта имели значительный уровень депрессии, но это, по-видимому, было недооценено и не лечилось [17]. Но все же взаимодействие депрессии и сексуального функционирования было тщательно изучено в других исследованиях [11]. Это указывает на необходимость оценки и устранения симптомов депрессии во время последующих посещений. Поэтому лечение депрессии может оказать благотворное влияние на пациенток с инсультом, которые испытывают сексуальную дисфункцию [10].

Из этого следует, что клиницисты должны быть осведомлены о потенциальных сексуальных побочных эффектах антидепрессантов и рассмотреть возможность выбора лекарств с наименьшими сексуальными побочными эффектами, а также сделать соответствующие направления на нефармакологические вмешательства [8].

Напротив, при болезни Паркинсона сексуальные расстройства связаны с дисфункцией мочевого пузыря и кишечника, что характеризуется специфическим вовлечением вегетативной нервной системы. Так, дофаминергическая система тесно связана с нейронными цепями, контролирующими желание и возбуждение. По этой причине у женщин с болезнью Паркинсона наблюдается снижение либидо, частоты половых актов и способности достигать оргазм. По данным Г. Броннер, В. Ройтер, А. Д. Корчин, Н. Гилады и др., у 43% женщин с болезнью Паркинсона наблюдается утрата либидо, которая коррелирует с возрастом, депрессией и когнитивными нарушениями. Поэтому женщины с паркинсонизмом сообщают о трудностях с возбуждением, стеснении влагалища, непроизвольном мочеиспускании и сексуальной неудовлетворенности. Мало того, депрессия, которая часто встречается у таких пациенток, может повлиять на сексуальную активность; лечение может еще больше поставить под угрозу сексуальную функцию. Тремор может усиливаться во время сексуального возбуждения, ограничивая больного. Вдобавок

мышечная ригидность и брадикинезия также могут затруднить сексуальную активность и ухудшаться поздним вечером, если планирование доз лекарств направлено на поддержку дневной деятельности.

Дофаминергическое лечение может привести к увеличению или нормализации либидо без соответствующего улучшения паркинсонизма. В противоположность истинное повышение желания и гиперсексуальности может возникать как неблагоприятная реакция на лечение Леводопой и, в частности, агонистами дофамина [17].

Нарушения половой функции часто встречаются у пациенток с рассеянным склерозом, независимо от пола. Например, Ф. Куртуа, М. Жерар, К. Шарвье, Д. Водушек, Ж. Амаренко в совместных работах отмечают, что в целом до 85% женщин с РС сообщают об одной или нескольких сексуальных дисфункциях. Связано это с тем, что большинство таких нарушений характеризуются вовлечением спинного мозга и, как правило, но не всегда, нарушениями мочеиспускания и поражением нижних конечностей. Сексуальная дисфункция также коррелирует с деструктивными поражениями в варолиевом мосту у пациенток с рецидивирующее ремиттирующим рассеянным склерозом. При этом интерес к возобновлению сексуальной активности сохраняется у большинства пациентов.

В то же время аноргазмия коррелирует с данными на МРТ: аномалий ствола мозга и кортикоспинальной артерии, а также с общей площадью поражений. При рассеянном склерозе у женщин снижение смазки влагалища и сенсорные нарушения, связанные с генитальной областью (гипестезия, гиперестезия, различные типы боли), являются общими и могут проявляться уже на ранних стадиях заболевания [10]. При этом дизестезии сакрального сегмента могут быть настолько серьезными, что пациенты не могут поддерживать прямой генитальный или не генитальный контакт. Например, электродиагностические данные – корковые вызванные потенциалы дорсального нерва клитора – позволяют предположить, что пудендальный соматосенсорный ввод необходим для женской оргазмической функции, и что это может быть нарушено даже при раннем РС. У некоторых пациенток наблюдается снижение либидо как исход эмоциональных и когнитивных нарушений. А повышенное сексуальное желание иногда представляет собой проблему.

Другие симптомы, связанные с рассеянным склерозом, такие как усталость, депрессия, когнитивная дисфункция, спастичность нижних конечностей, нарушения мочеиспускания и работы кишечника, а также использование вспомогательных средств для управления недержанием, могут препятствовать сексуальности, как и пароксизмальные двигательные и сенсорные нарушения, вызванные половым актом [8].

Травма или поражение спинного мозга могут привести к серьезному неврологическому дефициту. В подтверждение этому в различных научных публикациях, касающихся исследований женской сексуальности после ТСМ, отмечается, что число женщин, ведущих активную сексуальную жизнь по-

сле травмы, колеблется от 57 до 63% [6]. Также указывается на значительное сокращение частоты половых актов. К тому же для прогноза сексуальной активности значительными являются количество лет, прошедших после травмы, и уровень повреждения спинного мозга, но не степень повреждения [15]. Тем не менее, ученые отмечают, что у женщин с полной тетраплегией происходят более редкие сексуальные контакты, но все же без существенных отличий от женщин с параплегией или с неполным повреждением [7]. Сообщают о способности женщин с полным и неполным повреждением к достижению оргазма. Полагают, что люди с неполным повреждением спинного мозга более вероятно будут испытывать оргазм, чем люди с полным повреждением [15].

В противоположность сказанному, в некоторых научных статьях ученые обосновывают отсутствие какой-либо зависимости между уровнем повреждения и возможностью испытывать оргазм, хотя в некоторых случаях отмечают, что отсутствие повреждения в области крестцовых сегментов является необходимым условием для того, чтобы испытывать оргазм при стимуляции гениталий [1,4].

Таким образом, глубокое понимание психологических и социальных последствий, которые могут быть следствием нарушений половой функции, имеет решающее значение для процесса реабилитации при каждом неврологическом расстройстве. Честное общение и открытость пациента, партнера, их систем поддержки и врача являются важными инструментами для лечения. Эти инструменты оптимизированы благодаря надлежащему образованию и осознанию физических, эмоциональных, психосоциальных, интеллектуальных и духовных факторов, влияющих на сексуальность. Человек с неврологическим расстройством должен знать, что сексуальная дисфункция может возникать как один из симптомов их состояния, и что лечение бу-

дет доступно, когда они будут к нему готовы. Крайне важно, чтобы клиницист создал атмосферу принятия, чтобы пациент доверял ему свои опасения и инициировал общение. Важно решать эти проблемы на ранней стадии болезни и поддерживать возможность диалога на протяжении всего курса лечения [14]. В результате всех этих действий сексуальные проблемы, наконец, могут быть решены в реабилитационных отделениях, когда больным и лицам, осуществляющим уход, предоставляется правильная информация о сексуальности и инвалидности, а медицинские работники обучаются объективно оценивать сексуальную дисфункцию. Для достижения этой фундаментальной цели необходимо больше исследований, направленных на более глубокое изучение неврологических основ сексуального поведения и основных изменений, следующих за неврологическими расстройствами [16].

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Усманходжаева А.А., Мирхамидова Н.А.

Изучены публикации, связанные с сексуальными нарушениями у женщин с неврологическими патологиями, проанализированы методы оценки их состояния, а также возможности предоставления реабилитационных услуг данному контингенту лиц. Женщины с такими заболеваниями как болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, перенесшие черепно-мозговые травмы, инсульты остаются сексуально активными. Однако 85% из них имеют различные проблемы, связанные с сексуальными дисфункциями.

Ключевые слова: реабилитация, сексуальные расстройства, инсульт, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, травма головного мозга, травма спинного мозга.

