

К тому же, пациенты пожилого возраста, как в группе с диагностированным рассеянным склерозом, так и в группе здоровых лиц, показали более низкие результаты в сопоставлении с лицами 18–29, 30–59 лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смирнов, В. С. Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № (2). – С. 52–60.
2. Kiely, K. M. The Symbol Digit Modalities Test: Normative Data from a Large Nationally Representative Sample of Australians / K. M. Kiely, P. Butterworth, N. Watson, M. Wooden // Archives of Clinical Neuropsychology. – 2014. – Vol. 29, № 8. – P. 767–775.

УДК 616.831-005.4-005.6-071/-078

Д. А. Дятлова, Е. Д. Зайцева

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ КАРТИНА АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ПОДТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Введение

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – патологическое состояние, которое представляет собой не отдельное или самостоятельное заболевание, а эпизод, развивающийся в рамках прогрессирующего общего или локального сосудистого поражения при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Во многих случаях ишемический инсульт сопутствует следующим заболеваниям: артериальная гипертензия, атеросклероз, ревматический порок сердца, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и иные формы патологии с поражением сосудов [1]. Мировой показатель заболеваемости инсультами варьирует от 1 до 4 случаев на 1000 населения в год, значительно возрастая с возрастом. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется примерно 6 млн случаев инсульта, при этом каждый третий из них заканчивается летальным исходом [2].

Актуальность данной темы обусловлена широкой распространенностью острых цереброваскулярных заболеваний, а также повышением риска развития инвалидирующих постинсультных расстройств [2].

Цель

Изучить и сравнить между собой клинические проявления и лабораторные показатели пациентов с атеротромботическим и кардиоэмболическим инфарктом головного мозга.

Материал и методы исследования

Работа была проведена на базе У «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны». Был проведен ретроспективный анализ 136 историй болезней пациентов, среди которых 74 (54,41±4,27%) пациента женского пола и 62 (45,59±4,27%) – мужского. Средний возраст пациентов составил года 71,8±9,58. В зависимости от подтипа ишемического инсульта пациенты были разделены на две группы: в первую группу включены пациенты с кардиоэмболическим инфарктом головного мозга – 48 (35,29±4,1%) человек, во вторую – пациенты с атеротромботическим инфарктом головного мозга – 88 (64,71±4,1%) человек. Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2018.

Для сравнения показателей использовались критерий χ^2 с поправкой Йейтса, уровень значимости p . Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования была составлена клиническая характеристика пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом головного мозга, которая представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнение клинических характеристик пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом головного мозга

Характеристика	Кардиоэмболический инфаркт			Атеротромботический инфаркт		
	Абс. число, чел.	Уд. вес, %	Ст. ошибка доли, %	Абс. число, чел.	Уд. вес, %	Ст. ошибка доли, %
Возраст, годы	70,2 (42–92)	–	–	77,3(66–93)	–	–
Соотношение по полу (мужчины/женщины)	17/31	35,42/64,58	6,9	45/43	51,14/48,86	5,33
Факторы риска: артериальная гипертензия	39	81,25	5,63	72	81,82	4,11
1-й степени	1	2,08	2,06	8	9,09	3,06
2-й степени	21	43,75	7,16	35	39,77	5,22
3-й степени	17	35,41	6,9	29	32,95	5,01
Сахарный диабет 2-го типа*	8	16,67	5,38	13	14,77	3,78
Ишемическая болезнь сердца*	48	100	0	79	89,77	3,23
Атеросклеротический кардиосклероз*	43	89,58	4,41	69	78,41	4,39
Фибрилляция предсердий*	21	43,75	7,16	5	5,68	2,47

Примечание: * – статистически значимые показатели при сравнении двух групп пациентов.

При оценке показателей биохимического анализа крови было выявлено, что у пациентов с кардиоэмболическим инфарктом снижение уровня белка наблюдалось чаще – у 14 (29,16±6,56%) пациентов, по сравнению с пациентами, перенёвшими атеротромботический инфаркт – 7 (7,95±2,88%) пациентов ($\chi^2 = 6,24$; $p = 0,013$). Показатели мочевины были одинаково повышены в обеих группах – у 16 (33,33±6,8%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и у 28 (31,82±4,97%) пациентов с атеротромботическим ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,958$). Повышение креатинина преобладало в группе с кардиоэмболическим инфарктом – 16 (33,33±6,8%) пациентов, по сравнению с пациентами с атеротромботическим инфарктом – 9 (10,23±3,23%) человек ($\chi^2 = 6,12$; $p = 0,013$). Холестерин выше нормы был выявлен у 22 (45,83±7,19%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и у 46 (52,27±5,32%) пациентов с атеротромботическим ($\chi^2 = 0,07$; $p = 0,794$). Повышение АЛТ наблюдалось у 11 (22,92±6,07%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и у 13 (14,77±3,78%) – с атеротромботическим ($\chi^2=0,57$; $p=0,449$), а повышение АСТ – у 19 (39,58±7,06%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и 23 (26,14±4,68%) – с атеротромботическим ($\chi^2=0,96$; $p=0,327$). Повышенный показатель ЛПНП был выявлен у 12 (25±6,25%) пациентов с кардиоэмболическим и у 49 (55,68±5,29%) – с атеротромботическим инфарктом ($\chi^2=4,14$; $p=0,042$).

Анализируя показатели общего анализа крови, было выявлено, что увеличение количества эритроцитов наблюдалось только в группе пациентов с кардиоэмболическим ин-

фарктом – у 11 (22,91±6,07%) человек ($\chi^2 = 15,14$; $p < 0,001$), а снижение – у 8 (16,67±5,38%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и 29 (32,95±5,01%) – с атеротромботическим ($\chi^2 = 1,9$; $p = 0,168$). Повышение нормальных показателей гемоглобина было выявлено у 13 (27,08±6,41%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и у 12 (13,64±3,66%) – с атеротромботическим ($\chi^2 = 1,84$; $p = 0,174$), снижение – у 8 (16,67±5,38%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и у 27 (30,68±4,92%) – с атеротромботическим ($\chi^2 = 1,43$; $p = 0,232$). Снижение гематокрита превалировало в группе с атеротромботическим инфарктом – 28 (31,82±4,97%) пациентов, по сравнению с группой пациентов с кардиоэмболическим инфарктом – 5 (10,42±4,41%) человек ($\chi^2 = 4,11$; $p = 0,043$), повышение гематокрита наблюдалось у 12 (25±6,25%) и 13 (14,77±3,78%) пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом соответственно ($\chi^2 = 0,97$; $p = 0,326$). В обеих группах наблюдалось снижение уровня тромбоцитов – у 18 (37,5±6,99%) пациентов с кардиоэмболическим и у 28 (31,82±4,97%) пациентов с атеротромботическим инфарктом ($\chi^2 = 0,08$; $p = 0,771$), а повышение – лишь в группе с атеротромботическим инфарктом – у 4 (4,55±2,22%) пациентов ($\chi^2 = 0,87$; $p = 0,352$). Повышенное количество лейкоцитов в крови было выявлено у 19 (39,58±7,06%) пациентов с кардиоэмболическим инфарктом и у 12 (13,64±3,66%) пациентов с атеротромботическим инфарктом ($\chi^2 = 6,06$; $p = 0,014$), ускорение СОЭ – у 9 (18,75±5,63%) пациентов с кардиоэмболическим и у 22 (25±4,62%) – с атеротромботическим ($\chi^2 = 0,21$; $p = 0,650$), повышение уровня глюкозы – у 14 (29,17±6,56%) и у 29 (32,95±5,01%) пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом соответственно ($\chi^2 = 0,02$; $p = 0,885$).

При оценке коагулограммы было выявлено снижение АЧТВ у 12 (25±6,25%) и 4 (4,55±2,22%) пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом соответственно ($\chi^2 = 7,86$; $p = 0,005$), а повышение – у 8 (16,67±5,38%) пациентов с кардиоэмболическим и у 4 (4,55±2,22%) пациентов с атеротромботическим инфарктом ($\chi^2 = 3,38$; $p = 0,066$). Протромбиновое время было увеличено у 10 (20,83±5,86%) пациентов с кардиоэмболическим и у 13 (14,77±3,78%) – с атеротромботическим инфарктом ($\chi^2 = 0,27$; $p = 0,603$). Снижение фибриногена А в крови наблюдалось у 4 (8,33±3,99%) и 9 (10,23±3,23%) пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом соответственно ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,982$), а повышение – у 6 (12,5±4,77%) и 2 (2,27±1,59%) пациентов с кардиоэмболическим и атеротромботическим инфарктом соответственно ($\chi^2 = 3,53$; $p = 0,06$). Снижение МНО было выявлено у 26 (54,17±7,19%) пациентов с кардиоэмболическим и у 3 (3,41±1,93%) – с атеротромботическим инфарктом головного мозга ($\chi^2 = 26,4$; $p < 0,001$).

Выводы

Таким образом, при сравнении двух групп пациентов были получены следующие результаты: такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет 2 типа ($\chi^2 = 14,49$; $p < 0,001$), ишемическая болезнь сердца ($\chi^2 = 11,86$; $p = 0,001$), атеросклеротический кардиосклероз ($\chi^2 = 6,37$; $p = 0,012$) и фибрилляция предсердий ($\chi^2 = 10,56$; $p = 0,001$) статистически значимо чаще встречались у пациентов с кардиоэмболическим инфарктом головного мозга.

Среди лабораторных показателей стоит отметить, что у пациентов с кардиоэмболическим инфарктом статистически значимо чаще встречались снижение общего белка ($\chi^2 = 6,24$; $p = 0,013$), повышение креатинина ($\chi^2 = 6,12$; $p = 0,013$), снижение количества эритроцитов в крови ($\chi^2 = 15,14$; $p < 0,001$) и гематокрита ($\chi^2 = 4,11$; $p = 0,043$), повышение количества лейкоцитов ($\chi^2 = 6,06$; $p = 0,014$), снижение АЧТВ ($\chi^2 = 7,86$; $p = 0,005$) и МНО ($\chi^2 = 26,4$; $p < 0,001$). Повышение такого показателя, как ЛПНП ($\chi^2 = 4,14$; $p = 0,042$) преобладало в группе пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бедарева, Н. А. Опыт диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК / Н. А. Бедарева // Форум молодых ученых. – 2023. – № 1(77). – С. 33–36.
2. Нейрореабилитация при инсульте. / А.Е. Барулин [и др.] // Нервные болезни. – 2021. – № 1. – С. 72–76.

УДК 616.89-008.46 /.47+616.8:[616.98: 578.834.1]-06-052

Е. В. Зайцева, А. В. Бенеш

Научные руководители: ассистент кафедры А. А. Барбарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ С АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Введение

Новая коронавирусная инфекция – заболевание, способное к пандемическому глобальному распространению. COVID-19 часто сопровождается высокой лихорадкой, тяжелой интоксикацией и может приводить к серьезным осложнениям с неблагоприятным прогнозом, особенно у пациентов из групп риска. Постковидный синдром (post-COVID-19 syndrome), обозначаемый также как Long COVID, является последствием коронавирусной инфекции, при котором до 20% людей, перенесших COVID-19, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель, а в 2–3% случаев и дольше [1, 2].

Цель

Оценка вегетативных и когнитивных изменений у пациентов с COVID-19. И выявить взаимосвязь между нарушениями когнитивных и вегетативных функций.

Материал и методы исследования

На базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельской областной клинической больницы № 2» было проведено исследование с участием 50 пациентов с жалобами на повышенную утомляемость, лабильность настроения, снижение памяти, внимания после перенесенной инфекции SARS COV-2, головные, суставные и мышечные боли, не имеющие иных объективных причин, кроме последствий перенесенной инфекции COVID-19, нарушения сна, депрессию и 17 пациентов, не имевших соответствующих жалоб.

Критериями включения в исследование были возраст от 18 до 65 лет, наличие признаков постковидного синдрома, отсутствие критериев исключения.

Синдром диагностировался клинически с учетом предшествующего инфекционного анамнеза.

К критериям исключения отнесены возраст моложе 18 и старше 65 лет; соматические заболевания в стадии декомпенсации; демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания центральной нервной системы; заболевания, сопровождающиеся выраженным когнитивным дефицитом, диагностированные до перенесенной инфекции COVID-19; диагностированные до инфекции COVID-19 расстройства поведения.

В исследуемой когорте преобладали женщины – 31 человек (62%), мужчин – 19 человек (38%). Медиана возраста для женщин составила 54 года±10,2, для мужчин – 48 лет±9,95.

Были выделены 3 возрастные группы: 18–30 лет; 31–45 лет; 46–65 лет. В первой возрастной группе находились всего 6 (12%) пациентов. Во второй группе – 16 (32%) пациентов. В диапазоне 46–65 года – 28 (56%) пациентов.