

В таблице 1 указана выраженность симптомов астении, исходя из пройденных опросов MFI-20 и FSS.

Таблица 1 – Выраженность симптомов астении по опросникам MFI-20 (с субшкалами) и FSS, баллы, Me (Q1; Q3)

Шкалы/субшкалы	Выраженность астении
MFI-20	36 (31;40)
FSS	43 (38;46)
Общая астения	14 (11.0;17.0)
Пониженная активность	10 (8.0;11.0)
Снижение мотивации	10 (8.0;11.0)

Процентная составляющая пациентов выраженность симптомов астении, исходя из пройденных опросов MFI-20 и FSS.

Таблица 2 – Распределение пациентов по разным аспектам субшкал MFI-20

Субшкалы	Основная группа
Общая астения	13 (22%)
Пониженная активность	8 (13%)
Снижение мотивации	2 (3%)
Физическая астения	2 (3%)
Психическая астения	2 (3%)

Выводы

Астенический синдром снижает качество жизни постинсультного пациента, не позволяет в полной мере осуществлять реабилитационные мероприятия [3]. Возникающая усталость может стать препятствием для соблюдения правильного питания и физической активности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соколова, Л. П. Астенический синдром в общетерапевтической практике. / Л. П Соколова, Е. В Старых // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – № 122(4). – С. 44–51.
2. Социально-экономические факторы и церебральный инсульт. / А. Р. Рахматуллин, М. А. Кутлубаев, Р. Ф. Кутлубаева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – № 122. – С. 45–51.
3. Кутлубаев, М. А. Патологическая усталость и утомляемость после инсульта. / М. А Кутлубаев., Л. Р. Ахмадеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2016. – № 116. – С. 43–47.

УДК 616.831-005.8-07

Е. С. Денисович

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ГРУПП АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ

Введение

Мозговой инсульт во всем мире является актуальной медико-социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт является третьей по частоте причиной смерти после заболеваний сердца и новообразований [1].

Инсульт представляет собой разновидность острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и характеризуется внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений и/или общих мозговых нарушений (угнетение сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения [2].

Атеротромботический инсульт диагностируется при возникновении ишемии из-за образования тромба с перекрытием просвета средней или крупной артерии в месте локализации атеросклеротической бляшки.

Кардиоэмболический инсульт возникает при попадании в просвет артерии, питающей мозг, эмболов сердечного происхождения. Возникает эмболизация при остром инфаркте миокарда, мерцательной аритмии, хронической сердечной недостаточности, при пороках сердца и после протезирования клапана сердца [3].

Цель

Сравнить показатели пациентов групп атеротромботического и кардиоэмболического инсультов для выявления различий в характеристиках этих двух типов инсультов и причинах их возникновения.

Материал и методы исследования

Для данного исследования использовалась информация о пациентах, проходивших лечение во 2-м неврологическом отделении Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ за 2019-2020 годы. За этот период с диагнозом инсульт прошли лечение 480 человек, из которых 228 человек (48%) – мужчины, 252 человека (52%) – женщины. Среди них 368 человек (77%) с атеротромботическим инсультом, а 112 человек (23%) с кардиоэмболическим.

Сравнение проводилось по таким показателям как: пол, средний возраст, длительность лечения в стационаре, наличие сопутствующих заболеваний, которые привели к инсульту.

Эти данные позволили провести сравнительный анализ данных групп пациентов и оценить особенности клинического проявления каждого типа инсульта.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программ «Microsoft Office Excel» 2019 и «Statistica» 10.0 с использованием методов непараметрического статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе сравнительного анализа показателей пациентов, перенесших атеротромботический и кардиоэмболический инсульт, были выявлены следующие результаты:

1. Из 480 изученных эпикризов 368 человек (77%) перенесли атеротромботический инсульт, 112 человек (23%) – кардиоэмболический.

2. По половой принадлежности из 480 пациентов 252 человека (53%) – женщины, 228 человек (47%) – мужчины.

3. В группе пациентов с атеротромботическим инсультом 178 человек (48%) – мужчины, 190 человек (52%) – женщины (рис. 1.).

4. В группе пациентов с кардиоэмболическим инсультом 50 человек (45%) – мужчины, 62 человека (55%) – женщины (рис. 2.).

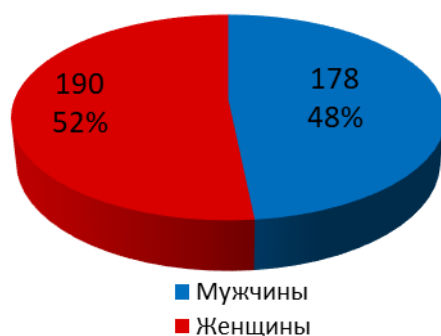


Рисунок 1 – Половая структура пациентов с атеротромботическим инсультом

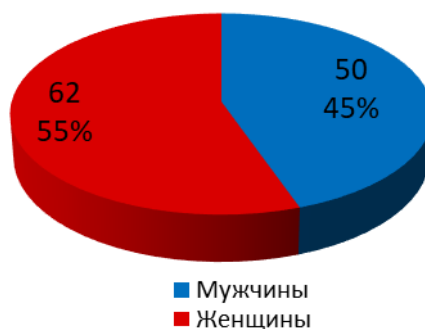


Рисунок 2 – Половая структура пациентов с кардиоэмболическим инсультом

5. Средний возраст пациентов в обеих группах различался:

– атеротромботический инсульт: мужчины – 62,6 лет, женщины – 70,6 лет.

– кардиоэмболический инсульт: мужчины – 71,3 лет, женщины – 75,2 лет.

6. Длительность нахождения в стационаре пациентов с атеротромботическим инсультом составило 14 дней, с кардиоэмболическим – 13 дней.

7. Пациенты обеих групп имели различия в установленных сопутствующих заболеваниях (рис. 3, рис. 4).



Рисунок 3 – Число пациентов с установленными сопутствующими заболеваниями при атеротромботическом инсульте, чел.



Рисунок 4 – Число пациентов с установленными сопутствующими заболеваниями при кардиоэмболическом инсульте, чел.

Эти результаты указывают на различия не только в клинических характеристиках, но и в эпидемиологии атеротромботического и кардиоэмболического инсультов. Выявленные различия в возрасте, половой структуре, сопутствующих заболеваниях и характере атеросклеротического поражения сосудов головного мозга свидетельствуют о том, что каждый из этих типов инсульта может иметь свои специфические патофизиологические особенности и факторы риска.

Выводы

Анализ данных показывает, что у пациентов с атеротромботическим инсультом наблюдается более высокая частота таких сопутствующих заболеваний как: артериальная гипертензия III степени, атеросклеротический кардиосклероз, повторный инсульт и сахарный диабет 2-го типа. Эти данные указывают на важность контроля этих факторов риска для предотвращения развития атеротромботического инсульта.

У пациентов с кардиоэмболическим инсультом наблюдается более высокая частота таких заболеваний как: фибрилляция предсердий и облитерирующий атеросклероз. Это свидетельствует о важности скрининга и лечения этих состояний для предотвращения развития кардиоэмболического инсульта.

Из выявленных различий в сопутствующих заболеваниях при разных типах инсульта можно сделать вывод о необходимости индивидуального подхода к профилактике, диагностике и лечению данного заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия: учеб. – пособие для студ. учреждений высш. образ. по мед. спец. / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотина, М. В. Олизарович. – Минск: Вышэйшая школа, 2018. – С. 71–73.
2. Неотложные состояния в неврологии и нейрохирургии: учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 “Лечеб. дело”, 1-79 01 04 “Мед.-диагност. дело” / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Гомел. гос. мед. ун-т, Каф. неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии; В. Я. Латышева [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2020. – С. 135–138.
3. Hryhorova, I. A. Neurology=Неврология / I. A. Hryhorova, L. I. Sokolova, R. D. Herasymchuk // AUS Medicine Publishing. – Kyiv, 2017. – С. 80–86.

УДК 616.831-005.8-07

А. В. Иванова, И. В. Игнатъева

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры В. С. Смирнов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В УЗИ-ДИАГНОСТИКЕ

Введение

Одна из частых форм цереброваскулярных расстройств – вертебрально-базилярная недостаточность (ВБН), рассматриваемая как обратимая ишемия мозговых структур, кровоснабжаемых из сосудов позвоночных и основной артерий.

Особенности кровообращения вертебробазилярной системы (ВБС). В систему входят: позвоночная артерия (ПА), основная артерия (ОА), задние мозговые артерии (ЗМА). В позвоночной артерии выделяют четыре сегмента: V1 – до входа в канал позвоночной артерии, V2 – позвоночная артерия проходит в костном канале, V3 – участок после выхода из канала, но до входа в череп и V4 – это интракраниальный сегмент. Обеспечивает кровоснабжение: сегментов спинного мозга от первого шейного (C1) до второго грудного (Th2) – верхний медуллярный сосудистый бассейн (преимущественно C1-C4); структуры мозгового ствола,