

- уровень 1 — ходьба без ограничения;
- уровень 2 — ходьба с ограничениями;
- уровень 3 — ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения;
- уровень 4 — самостоятельное движение ограничено, могут использоваться моторизованные средства передвижения.

- уровень 5 — перевозка в ручном инвалидном кресле.

Оценивается в возрастных группах: до 2-х лет, 2–4 года, 4–6 лет, 6–12 лет, 12–18 лет.

#### **Приоритеты реабилитации при ДЦП:**

GMFCS I–III: улучшения ходьбы и функции. GMFCS III–V: коррекции позы, профилактика контрактур GMFCS V: уменьшения выраженности болевого синдрома и (или) дискомфорта, а также облегчения ухода за пациентом.

Научные открытия происходят каждый день и меняют мир, в котором мы живем. На данный момент современная медицина включает в себя следующие новейшие методы лечения ДЦП: Роботизированные системы (Система Локомат), нейро-ортопедический пневмокоштом, баклофеновая помпа, пневмоботинки, инъекции Ботулотоксина, специальные компьютерные приложения.

#### **Выводы**

Лечение данной патологии является пожизненным многомерным процессом, направленным на поддержание и восстановление функций, которые были нарушены в результате болезни. Да и вообще понятие именно «лечение» здесь не является самым подходящим, так как заболевание не поддается полному излечению, прогноз полностью зависит от формы. ДЦП не лечится, но оно компенсируется. Инвалиды ДЦП во многих случаях способны к нормальной жизни в социуме.

УДК 616.89:616.1/4-052

### **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*Циркунова А. Г., Смекалова Е. А.*

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Одним из наиболее частых неврологических симптомов является нарушение когнитивных функций. Когнитивные расстройства — это специфические нарушения, происходящие в познавательной сфере индивида и включающие следующие симптомы: снижение памяти, интеллектуальной работоспособности и других когнитивных процессов головного мозга в сравнении с персональной нормой (исходным уровнем) каждого индивида [1, 2].

Так как когнитивные функции связаны с интегрированной деятельностью головного мозга в целом, когнитивная недостаточность закономерно развивается при самых разнообразных очаговых и диффузных поражениях головного мозга. Особенно часто когнитивные расстройства возникают в пожилом возрасте. Современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и соответственно к увеличению числа пожилых лиц в популяции делает проблему когнитивных нарушений крайне актуальной для неврологов и врачей других специальностей.

#### **Цель**

Установить распространенность когнитивных нарушений у пациентов соматического стационара.

### **Материал и методы исследования**

Исследование выполнено в 2018 г. на базе терапевтического отделения учреждения здравоохранения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов великой Отечественной войны».

Обследованы 49 пациентов, среди них 18 мужчин и 31 женщина. Средний возраст пациентов составил  $75,1 \pm 13$  лет.

Оценка когнитивных функций проводилась с помощью краткой оценки психического статуса (MMSE), которая используется для первичной оценки и скрининга когнитивных нарушений, в том числе деменции. Используются следующие критерии: ориентировка во времени, ориентировка в пространстве, восприятие, концентрация внимания, память, речь. Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. При этом оценка 28–30 баллов свидетельствовала об отсутствии нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов — предметные когнитивные нарушения; 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов — тяжелая деменция.

У всех пациентов получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica» 12.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Согласно полученным результатам, балл по шкале MMSE составил  $26,7 \pm 4,4$  баллов, что соответствовало предметным когнитивным нарушениям. При этом у 25 (51 %) пациентов когнитивные нарушения отсутствовали. У 13 (26,52 %) пациентов были зарегистрированы предметные когнитивные нарушения. Деменция легкой степени была выявлена в 20,4 % случаев (10 лиц), а у 1 пациента выявлена тяжелая деменция и оценка по шкале MMSE составила 7 баллов.

### **Выводы**

Таким образом, практически у половины пациентов терапевтического отделения были выявлены когнитивные нарушения разной степени выраженности, что указывает на значимость данной проблемы в соматической клинике и необходимость экспресс-психодиагностики даже на приеме у врача-терапевта.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The extent of neurocognitive dysfunction in a multidisciplinary pain center population. Is there a relation between reported and tested neuropsychological functioning / N. I. Landro [et al.] // Pain. — 2013. — № 154 (7). — P. 972–977.

**УДК 616.34-008.87:616.832-004.2-053**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

*Шабетник А. Н., Привалов П. А.*

**Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рассеянный склероз (РС) — заболевание центральной нервной системы, характеризующееся аутоиммунным поражением с вторичной нейродегенерацией [1]. На сегодняшний день, прямых доказательств вовлечения микробиоты кишечника в патогенез РС нет, хотя имеются данные о наличии у пациентов с РС воспалительных заболеваний