

УДК 616.831.31-005.8:616.379-008.64

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТОВ МОЗГА У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Линков М. В., Довготелес Д. М.*

Научные руководители: к.м.н., доцент *Н. Н. Усова; Л. А. Лемешков*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Проблема цереброваскулярных заболеваний имеет большое медико-социальное значение, актуальность которого возрастает с каждым годом.

Сахарный диабет относят к одному из важнейших независимых факторов риска развития нарушений мозгового кровообращения [1]. Рядом эпидемиологических исследований было показано, что заболеваемость инфарктом мозга у пациентов с данной патологией составляет 62,3 на 1 тыс. человек, тогда как в общей популяции их частота равна 32,7 на 1 тыс. человек [2]. Примечательно, что при сахарном диабете II типа риск развития инсульта в 1,8–6,0 раза выше, чем у пациентов без него. У лиц с этим заболеванием почти втрое повышается риск смерти от всех типов нарушений мозгового кровообращения [2].

При кажущейся изученности данной проблемы остается ряд неразрешенных вопросов в плане установления клинических особенностей различных видов нарушения мозгового кровообращения при сахарном диабете, их терапии и реабилитации.

### **Цель**

Сравнить степень тяжести неврологического и функционального дефицита у пациентов в остром периоде инфаркта мозга с наличием сахарного диабета и без такового.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование выполнялось в 1-м неврологическом отделении (инсультное) Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ. Обследовано 12 пациентов с инфарктом головного мозга в остром периоде: 8 мужчин и 4 женщины, средний возраст —  $66,9 \pm 7,7$  лет. Из них у 6 пациентов был установлен сопутствующий инсульту сахарный диабет. Диагноз «инфаркт головного мозга» определялся врачами-неврологами госпиталя на основании жалоб, анамнеза, неврологического статуса и подтверждался результатами рентгеновской компьютерной томографии.

С целью определения динамики неврологического статуса и клинической эффективности терапии применялась шкала инсульта национального института здоровья США (NIHSS) [3]. При отсутствии симптомов выставлялась оценка 0, максимальное количество баллов по каждому из вопросов равнялось от 2 до 4 в зависимости от тяжести неврологической симптоматики. При большей выраженности неврологического дефицита сумма баллов по шкале NIHSS возрастала. Динамика функционального дефекта и степени нарушения жизнедеятельности оценивалась с помощью шкалы повседневной жизнедеятельности Бартела и модифицированной шкалы Ренкина [3]. По каждой позиции опросника Бартела выставлялся балл от 0 до 15. При меньших значениях оценки по шкале Бартела степень нарушения жизнедеятельности у пациента была более выражена. Шкала Ренкина определяла наличие двигательных нарушений, зависимость пациента от помощи окружающих, возможность себя обслуживать и выполнять повседневные действия, после чего выставлялась оценка от 0 до 5, где 0 баллов — отсутствие симптомов, а 5 баллов — это прикованность к постели и потребность в постоянной посторонней помощи.

Анализ показателей проводился при поступлении в стационар.

У всех пациентов либо их законных представителей было взято устное или письменное согласие на проведение исследования.

Обработка информации осуществлялась с помощью программы «Statistica» 7.0. Данные представлены в виде медианы (Med) и интерквартильного размаха (LQ; UQ), где LQ — 25-й процентиль, UQ — 75-й процентиль; среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ). Для проверки гипотезы о различии независимых выборок были использованы критерии Mann–Whitney U-test. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

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

В группе пациентов с инфарктом мозга при поступлении в стационар балл по шкале NIHSS составил 4,5 [4,0; 8,0], по шкале Бартела — 65,0 [65,0; 80,0] баллов и Ренкина — 2,0 [2,0; 3,0] баллов. У лиц с сахарным диабетом оценки по указанным шкалам равнялись: NIHSS 8,0 [5,0; 11,0] баллов, Бартела — 75,0 [60,0; 80,0] и Ренкин — 2,0 [2,0; 3,0] баллов.

Как видно из полученных данных, выраженность неврологического дефицита на 1 сутки от момента поступления при инфаркте мозга с сахарным диабетом была больше, однако не достигала статистически значимых различий при сравнении методами непараметрической статистики ввиду малого объема выборки.

#### **Вывод**

Таким образом, предполагается наличие клинических особенностей инфарктов головного мозга у пациентов с наличием сахарного диабета, что требует проведения дальнейшего исследования.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke / Edward C. Jauch [et al.]. — American Heart Association. — 2013. — 64 p.
2. Мохорт, Т. В. Цереброваскулярная патология при сахарном диабете / Т. В. Мохорт // Мед.панорама. — 2011. — № 6. — С. 15–18.
3. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике / Г. М. Кушнир [и др.]. — Минск, 2008. — 28 с.

**УДК 614.2-057.875**

## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО РЕАЛИЗАЦИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

*Лисицын А. Г.*

**Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Чевелев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Здоровье — бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Каждый человек имеет большие возможности для укрепления и поддержания своего здоровья, для сохранения трудоспособности, физической активности и бодрости до глубокой старости. Статистика, исследования, наблюдения, да и просто здравый смысл свидетельствуют о неопределимом положительном влиянии занятий оздоровительной физической культурой на организм человека, и, следовательно, на продолжительность человеческой жизни [1].

Состояние здоровья населения Республики Беларусь вызывает оправданную озабоченность специалистов. Особую тревогу вызывает молодежь. Число студентов отнесенных к специальным медицинским группам выросло в пять раз. Более 70 % студентов имеют отклонения в состоянии здоровья. Причин высказывается несколько: физическое бескультурье, неблагоприятная экологическая обстановка, снижение материального благосостояния, алкоголь, курение, неправильная организация труда и отдыха, питание. Вопросы оздоровления студенческой молодежи оказывают влияние на качество подготовки будущих специалистов, а значит и на экономическое развитие и благополучие нашей республики [2].