

Среди пациентов женского пола тяжелым физическим трудом в случае стеноза занимался 1 (3,7 %) человек, наибольшая доля оперированных женщин выполняла умеренную физическую работу — 12 (37 %) случаев.

Особенности распределения лиц мужского пола по характеру труда представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Характеристика пациентов мужского пола по характеру труда в зависимости от возраста

Возраст, лет	Пациенты, n = 37	%, 95 % ДИ	Интеллектуальный		Умеренной тяжести		Тяжелый		Безработный	
			n	%, 95 % ДИ	n	%, 95 % ДИ	n	%, 95 % ДИ	n	%, 95 % ДИ
20–29	3	8,1 (2,1–22)	0	0	2	5,4 (0,6–18,6)	1	2,7 (-0,8–15,1)	0	0
30–39	9	24,3 (13,2–40,3)	2	5,4 (0,6–18,6)	5	13,5 (5,4–28,5)	1	2,7 (-0,8–15,1)	1	2,7 (-0,8–15,1)
40–49	6	16,2 (7,3–31,5)	1	2,7 (-0,8–15,1)	4	10,8 (3,7–25,3)	1	2,7 (-0,8–15,1)	0	0
50–59	18	48,7 (33,5–64,1)	5	13,5 (5,4–28,5)	8	21,6 (11,1–37,4)	4	10,8 (3,7–25,3)	1	2,7 (-0,8–15,1)
60 и старше	1	2,7 (-0,8–15,1)	0	0	1	2,7 (-0,8–15,1)	0	0	0	0
Всего	37	100	8	21,6 (11,1–37,4)	20	54,1 (38,4–69)	7	18,9 (9,2–34,5)	2	5,4 (0,6–18,6)

С учетом данных таблицы, среди пациентов мужчин тяжелым физическим трудом в случае стеноза занималось 7 (18,9 %) человек, наибольшая доля оперированных была представлена пациентами, занимавшихся умеренным физическим трудом — 20 (54,1 %) человек.

Выводы

1. В исследованной группе со стенозом поясничного отдела позвоночного канала преобладали лица от 50 до 59 лет — 34,4 % (95 % ДИ (23,9–46,6)), преимущественно мужчины — 57,8 % (95 % ДИ (45,6–69,1)).

2. Среди женщин преобладали городские жительницы — 18 (66,7%) человек. Среди мужчин незначительно преобладали сельские жители — 19 (51,4 %) человек.

3. Тяжелым физическим трудом занималась небольшая часть оперированных с преобладанием мужского пола над женским (соответственно 18,9 и 3,7 %). Наиболее типичным видом деятельности, как среди мужчин, так и женщин был умеренный физический труд (соответственно 54,1 и 37 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Педаченко, Ю. Е. Стеноз поясничного отдела позвоночного столба / Ю. Е. Педаченко // Нац. мед. акад. последипломного образования имени П. А. Шупика МЗ Украины. Укр. нейрох. журн. 2009. № 4. С. 9–14.
2. Osteoarthritis Cartilage. Prevalence of symptomatic lumbar spinal stenosis and its association with physical performance in a population-based cohort in Japan: the Wakayama Spine Study. / Y. Ishimoto [et al.]. M., 2012. № 20 (10). P. 1103–1108.
3. Исайкин, А. И. Стеноз поясничного канала / А. И. Исайкин, О. А. Черненко, А. И. Розен // РМЖ «Мед. обозрение». 2019. № 9. С. 40–43.

УДК 616.89-008.46/.47-052:616.831-005.8

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Жоголь П. А., Карбовский П. Е.

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

Учреждение образования

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

Введение

Инсульт — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний с высоким уровнем инвалидизации и смертности, что в настоящее время

представляет собой актуальную медико-социальную проблему. Клинически, инсульт в зависимости от характера и локализации вызывает широкий спектр как двигательных, так и разнообразных когнитивных нарушений, а также нейропсихиатрические расстройства [1].

Глобальные последствия ишемических инсультов почти в 4 раза больше, чем геморрагических. Когнитивные нарушения после инсульта являются частым, но довольно игнорируемым последствием по сравнению с сенсорными или моторными нарушениями.

Актуальные данные последних исследований свидетельствуют о том, что у 25–30 % пациентов выживших после инсульта развиваются немедленные или отсроченные сосудистые когнитивные нарушения или сосудистая деменция (риск возрастает в 3–5 раз).

Факторами риска когнитивных нарушений являются пожилой возраст, семейный анамнез, генетическая предрасположенность, низкий уровень образования, наличие в анамнезе сопутствующих сосудистых заболеваний, транзиторной ишемической атаки, повторного инсульта и депрессивных расстройств [2].

Цель

Определить степень когнитивных нарушений у пациентов после перенесенного инсульта. Проанализировать связь степени когнитивных нарушений в зависимости от патогенетического механизма, локализации очага поражения, кратности поражения, уровня образования, пола, шкалы Бека.

Материал и методы исследования

Обследование проводилось в период с декабря 2021 по февраль 2022 гг. на базе У «ГОКГИОВ», отделения реабилитации постинсультных больных во время восстановительного периода ОНМК. В ходе исследования были обследованы 32 пациента в восстановительном периоде ОНМК. Из них 26 (82,5 %) лиц мужского пола и 6 (18,75 %) женского. Средний возраст обследуемых составил $60,1 \pm 8,8$ лет. Атеротромботический инфаркт головного мозга (ИГМ) был диагностирован у 24 (75 %) пациентов, лакунарный инфаркт — у 2 (6,25 %) человек, мультифокальный инфаркт — в 4 (12,5 %) случаях, кардиоэмболический инфаркт — у 2 (6,25 %) пациентов. Поражение вертебро-базиллярного бассейна (ВББ) наблюдалось в 7 (21,88 %) случаях, правого каротидного (ПКБ) — в 12 (37,5 %) случаях, а левого каротидного (ЛКБ) — в 4 (12,5 %). Первичный ИГМ был диагностирован в 26 (81,25 %) случаях, повторный — в 6 (18,75 %) случаях. 12 (37,5 %) обследуемых пациентов имеют высшее образование, 20 (62,5 %) — среднее.

Исследование когнитивных функций пациентов проводилось с использованием теста для диагностики когнитивных расстройств MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE). Тест состоит из 11 заданий, за правильный ответ на которые присваивается определенное количество баллов. При абсолютно правильном выполнении теста возможно получить 30 баллов, что свидетельствует о высоких когнитивных способностях. Чем меньше количество баллов, полученных за тест обследуемым пациентом, тем более ярко выражены когнитивные нарушения.

У всех обследуемых пациентов было взято информированное согласие об участии в исследовании. Полученные данные были занесены в электронную базу данных, после чего данные были обработаны с помощью программы «Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Когнитивные нарушения разной степени выраженности были выявлены у всех обследуемых пациентов (таблица 1).

По патогенетическому критерию с минимальными когнитивными нарушениями протекал лакунарный ИГМ, с наиболее выраженными, соответствующими предметными когнитивными нарушениями — атеротромботический ИГМ. Среднее значение повторных ИГМ соответствует деменции легкой степени выраженности, тогда как при первичных ИГМ развились только предметные когни-

тивные нарушения. В зависимости от локализации очага поражения, уровня образования, гендерного признака и шкалы Бека значимых различий не выявлено.

Таблица 1 — Когнитивные нарушения обследованных пациентов

Признак	Балл по тесту MMSE
Вид инфаркта по патогенезу	
Атеротромботический	25,38 (19; 29)
Мультифокальный	26,75 (24; 30)
Лакунарный	29 (29)
Кардиоэмболический	26,5 (26; 27)
Локализация очага поражения	
ВББ	26,86 (25; 29)
ПКБ	25,17 (19; 30)
ЛКБ	26 (21; 29)
Кратность	
Первичный	26,38 (20; 30)
Повторный	23,4 (19; 29)
Уровень образования	
Среднее	25,45 (19; 29)
Высшее	26,5 (24; 30)
Пол	
Мужчины	25,65 (19,0; 30,0)
Женщины	26,67 (23,0; 29,0)
Шкала Бека	
Отсутствие депрессивных симптомов (0–9 б.)	25,95 (19; 30)
Субдепрессия (10–15 б.)	25,42 (20; 29)
Умеренная депрессия (16–19 б.)	24 (24)
Выраженная депрессия (20–29 б.)	25,75 (21; 28)
Тяжелая депрессия (> 30 б.)	—

Выводы

У всех обследованных пациентов перенесших ОНМК обнаружены когнитивные нарушения различной степени выраженности, что указывает на необходимость реабилитации и восстановления высших корковых функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стаховская, А. В. Инсульт: практ. руководство для врачей / А. В. Стаховская, С. В. Котова. М.: Медицинское информационное агентство, 2013. 391 с.
2. Kalaria, R. N. Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia / N. R. Kalaria // *Biochimica et Biophysica Acta*. 1862. 2016. С. 915–925.

УДК 616.831-007

РОМБЭНЦЕФАЛОСИНАПСИС: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Зубрицкая Е. В. Голик В. Я.

Научный руководитель: ассистент Д. А. Ярмолович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ромбоэнцефалосинапсис (RES) — редкий порок развития задней черепной ямки, впервые описанный в 1914 г. Obersteiner как находка при патологоанатомическом исследовании, проведенном у 28-летнего мужчины [1].

РЭС имеет широкий спектр клинического проявления, который включает мышечную гипотонию, атаксию разной степени выраженности, спастичность,