

что вызывать первую помощь нужно сразу, не откладывая – 98,1 %. Таким образом, о том, как распознать инсульт студенты знали достаточно хорошо.

Следующие вопросы касались собственно помощи пострадавшему. Так, о том, что пострадавшему нельзя давать есть и пить, знают 94,2 % опрошенных. Однако о том, что голову пострадавшего нужно повернуть набок, чтобы он не захлебнулся рвотными массами (оказывающий помощь не может знать, что именно стало причиной болезненного состояния), осведомлены только 50 %. О том, что нельзя давать лекарства (опять же, оказывающий первую помощь может лишь предполагать, что у человека инсульт), знают только 67,3 % респондентов.

На вопрос о правильном положении пострадавшего (лежа с приподнятым головным концом кровати) верно ответили лишь 53,8 % студентов.

Выводы

Данное исследование выявило, что в целом студенты ГомГМУ достаточно осведомлены о вопросах оказания первой помощи. Однако о том, как распознать инсульт, студенты знают лучше, чем о правилах оказания первой помощи. Чаще всего студенты заблуждались в вопросах о том, можно ли поворачивать голову пациента набок, можно ли давать лекарства и о правильном положении его тела.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия: учебник для студентов 4–6 курсов лечеб., педиатр., медико-диагн. факультетов мед. вузов, клин. ординаторов, аспирантов и начинающих неврологов / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотинов, М. В. Олизарович. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 440 с.
2. Неврология и нейрохирургия: учебно-метод. пособие к практическим занятиям для студентов 4 курса лечеб. факультета, факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран и 5 курса медико-диагн. факультета мед. вузов / В. Я. Латышева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 152 с.
3. Латышева, В. Я. Краткий курс лекций по неврологии и нейрохирургии: учеб.метод. пособие для студентов 4 курса мед.-профилактич.и мед.-диагн. фак-тов / В. Я. Латышева, Е. А. Гуцева, О. А. Светляк. – Гомель: ГГМУ, 2009. – 81 с.

УДК 616.8-08:615.28

А. А. Кухарева

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. И. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Введение

Химиотерапия является одним из ведущих методов лечения злокачественных опухолей. Многие современные цитостатики вызывают проявления нейротоксичности, требующие модификации доз, отсрочки очередных циклов терапии и даже полного прекращения лечения [1]. Нейротоксичность является одним из специфических системных осложнений химиотерапии, затрагивающих как качество жизни онкологических пациентов, так и саму возможность проведения жизненно важного противоопухолевого лечения [2]. Одним из таких осложнений является возникающая после химиотерапии полинейропатия (ХПН). Степень выраженности ХПН находится в прямой зависимости от кумулятивной дозы химиопрепарата и применяемой схемы лечения [3].

Полинейропатия – системное заболевание периферической нервной системы, которое характеризуется диффузным поражением периферических нервных волокон, входя-

щих в состав различных нервов, и поэтому проявляется относительно симметричной симптоматикой [4]. Особенностью проявления постхимио-терапевтической полинейропатии, в отличие от других видов полинейропатий, является преимущественное вовлечение чувствительных и вегетативных волокон, зависимость от дозы и вида химиопрепаратов, ослабление симптомов после отмены вызвавшего ее агента [5].

Ранняя профилактика и коррекция осложнений химиотерапии являются обязательным условием адекватного лечения онкологических пациентов.

Цель

Выявить особенности течения полинейропатии после перенесенной химиотерапии.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинской документации 30 пациентов, в том числе 15 (50 %) женщин и 15 (50 %) мужчин, находившихся под наблюдением в УЗГГП № 1 г. Гомеля у врача невролога. Всем обследуемым был установлен диагноз полинейропатия и ее вид. Средний возраст пациентов составил 62 (49 ÷ 67) года. В исследование не были включены пациенты с ранее установленным диагнозом полинейропатия любого генеза. Пациенты были разделены на 4 группы по онкологическому заболеванию: рак молочной железы – 5 (16,7%), рак яичников – 9 (30%), рак предстательной железы – 7 (23,3%), нейробластома – 9 (30%). Пациенты всех групп при сравнении по ANOVA не имели статистически значимых различий по ИМТ, его среднее значение 22,5 (20,8 ÷ 25,6). Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Excel и Stat Tech v. 3.0.9 (разработчик: ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова – Смирнова.

В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3).

Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 – Анализ показателя «препарат» в зависимости от показателя «вид полинейропатии»

Показатель	Категории	Вид полинейропатии			p
		моторная	сенсорная	смешанная	
Препарат	винкристин	1 (25,0)	2 (25,0)	15 (83,3)	0,004* сенсорная – смешанная = 0,017
	иматиниб	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	
	карбопластин	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	
	паклитаксел	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	
	цисплатин	1 (25,0)	2 (25,0)	1 (5,6)	

* – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

В результате анализа показателя «препарат» в зависимости от показателя «вид полинейропатии», были выявлены статистически значимые различия (p = 0,004) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Результат исследования свидетельствует, что у пациентов, проходивших курс химиотерапии препаратом винкристин развилась преимущественно 83,3 % смешанная поли-

нейропатия. Сенсорная полинейропатия развилась в результате лечения паклитакселем в 37,5 % случаев.

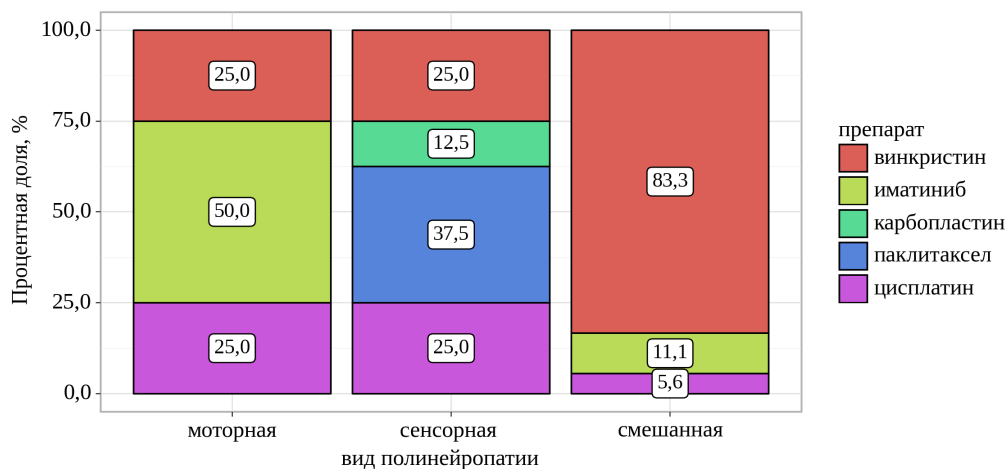


Рисунок 1 – Анализ показателя «препарат» в зависимости от показателя «вид полинейропатии»

Был проведен анализ показателя «время проявления» в зависимости от показателя «онкопатология».

Таблица 2 – Анализ показателя «время проявления» в зависимости от показателя «онкопатология»

Показатель	Категории	Время проявления			p
		Ме	Q ₁ –Q ₃	n	
Онкопатология	нейробластома	3	3–3	9	0,009* Рак предстательной железы – нейробластома = 0,012 Рак яичников – рак предстательной железы = 0,018
	рак молочной железы	3	3–3	5	
	рак предстательной железы	1	1–2	7	
	рак яичников	3	3–4	9	

* – различия показателей статистически значимы (p < 0,05)

Согласно представленной таблице при анализе показателя «время проявления» в зависимости от показателя «онкопатология», были выявлены существенные различия (p = 0,009) (используемый метод: Критерий Краскела – Уоллиса).

Результат исследования свидетельствует о том, что проявления полинейропатии индуцированной химиотерапией у пациентов с раком предстательной железы отмечаются раньше, в промежутке первого месяца, чем при других онкологических патологиях. В среднем время проявления полинейропатии составляет 2,75 месяца.

Выводы

Таким образом у пациентов, проходивших курс химиотерапии препаратом винкристин развилась преимущественно 83,3 % смешанная полинейропатия. Сенсорная полинейропатия развилась в результате лечения паклитакселем у 37,5 % пациентов, принимающих данный препарат. Проявления полинейропатии индуцированной химиотерапией у пациентов с раком предстательной железы отмечаются раньше, в промежутке первого месяца, чем при других онкологических патологиях. Полученные данные свидетельствуют об актуальности проблемы, требующей дальнейшего изучения на большей выборке пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cavaletti, G. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity / G. Cavaletti, P. Marmioli // Nat. Rev. Neurol. – 2010. – № 6(12). – P. 657. – doi: 10.1038/nrneurol.2010.160.

2. Данилов, А. Б. Нейропатическая боль / А. Б. Данилов, О. С. Давыдов. – М.: Боргес, 2007: 8–51. – С. 145–181.
3. Argyriou, A. A. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): an update / A. A. Argyriou, J. Bruna, P. Marmiroli, G. Cavaletti // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2012. – № 82(1). – P. 51–77.
4. Семенова, А. И. Кардио- и нейротоксичность противоопухолевых препаратов (патогенез, клиника, профилактика, лечение) / А. И. Семенова // Практическая онкология. – 2009. – № 10(3). – P. 168–76.
5. Bortezomib alters microtubule polymerization and axonal transport in rat dorsal root ganglion neurons / N. P. Staff [et al.] // Neurotoxicology. – 2013. – № 39(1). – P. 124–31.

УДК 616.831-005.8+616.133.33-005.755]-071/-078

Д. Д. Кухленкова¹, Н. И. Шаблюк¹, А. А. Корхова²

Научный руководитель: старший преподаватель В. С. Смирнов

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Учреждение здравоохранения*

«Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Введение

При цереброваскулярных болезнях атеротромботический подтип инфаркта головного мозга диагностируется наиболее часто и составляет до 35 % от всех острых нарушений мозгового кровообращения ишемического типа [1]. В основе патогенеза причины, обусловленные атеросклерозом, атеротромбозом, артерио-артериальной тромбоэмболией, кровоизлиянием в нестабильную атеросклеротическую бляшку и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы [3]. Основным компонентом поражения сосудов головного мозга является сочетание с артериальной гипертензией, характеризующееся деструктивно-репаративными изменениями церебральных артерий, которые вызывают сужение или облитерацию просвета сосудов [4]. Следует подчеркнуть, что атеротромботический тип инфаркта головного мозга встречается на фоне сахарного диабета 2-го типа и метаболического синдрома, патогенез которых очень тесно связан с атеросклерозом [5].

Цель

Определить изменения основных клинико-лабораторных показателей у пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга, находящихся в неврологическом отделении № 2 и отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» путем анализа индивидуальных историй болезни пациентов за 2022 г. Объект исследования – 60 пациентов с атеротромботическим инфарктом головного мозга, которые были разделены на 2 группы: 1-я (основная) – 45 пациентов, находящихся в неврологическом отделении № 2 и 2-я (группа сравнения) – 15 пациентов, переведенных в отделение реанимации и интенсивной терапии. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016, Statistica v. 10.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов в основной группе составил 68,87 лет, в контрольной группе 68,47 лет соответственно.