

виде более выраженного болевого синдрома и плохого физического функционирования. Это необходимо учитывать при проведении медицинской реабилитации с подбором индивидуальной программы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Евтушенко, С. К. Новые факторы риска развития инсульта у лиц молодого возраста / С. К. Евтушенко, Д. А. Филимонов, И. С. Евтушенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. – № 115(12–2):3–12. – С. 1–6.
2. Клинико-anamнестические данные, влияющие на исход реабилитации в виртуальной реальности у пациентов, перенесших церебральный инсульт / М. А. Шурупова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2021. – № 121(12–2) – С. 33–40.
3. Применение технологии виртуальной реальности для лечения болевого синдрома у детей / М. А. Шурупова [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2020. – № 4 – С. 19–29.

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

А. А. Горшкова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Введение

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, которое вызывает повреждение и гибель ткани головного мозга (нервных клеток). Инсульт еще называют сосудистой катастрофой, которая возникает в результате нарушения анатомического строения сосудов или вследствие других сосудистых заболеваний.

Инсульт является второй наиболее распространенной в мире причиной смерти после ишемической болезни сердца и основной причиной приобретенной инвалидности во взрослом возрасте, причем более половины пациентов остаются физически зависимыми после инсульта и примерно две трети имеют остаточный неврологический дефицит через пять лет после инсульта [1, 2].

Под термином «когнитивные» (познавательные), как правило, подразумеваются наиболее сложные функции головного мозга, участвующие в процессе рационального познания мира [3, 4]. К когнитивным функциям относится память (способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить нужную информацию), речь (способность к вербальной коммуникации как в устной, так и в письменной форме), праксис (способность приобретать, сохранять и использовать какие-либо двигательные навыки), гнозис (способность распознавать и интегрировать чувствительные образы различных модальностей), а также управляющие функции (способность контролировать свою познавательную деятельность и поведение). К управляющим (регуляторным, исполнительным) функциям тесно примыкает понятие «интеллект», суть которого в узком смысле заключается в способности к вынесению суждений и логических умозаключений. Нередко в качестве самостоятельной функции также выделяют внимание, произвольное и непроизвольное.

Проблема цереброваскулярной патологии, а особенно ишемического инсульта, является весьма актуальной. В Беларуси заболеваемость инсультами в 2–2,5 раза выше, чем в европейских странах. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. В острой стадии болезни погибают 25–30 % пациентов, к

концу первого года жизни – больше половины. Среди выживших до 80 % пациентов, в той или иной степени нуждаются в посторонней помощи из-за параличей, нарушения координации, речи. Лишь 20 % возвращаются к прежней работе.

Цель

Определить наличие когнитивных нарушений у пациентов постинсультного отделения.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе отделения медицинской реабилитации неврологического профиля УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ». Обследованы 25 пациентов (средний возраст $61,7 \pm 12,02$ лет), из них 18 мужчин (72 %) и 7 женщин (28 %) с инфарктом головного мозга различной локализации. Для уточнения нарушений когнитивных функций пациентам проводилось тестирование с помощью следующих опросников – Mini mental state examination (MMSE). Тест состоит из 11 заданий, за правильный ответ на которые присваивается определенное количество баллов. Результаты тестирования получаются путем сложения полученных результатов по каждому из пунктов. Максимально в данном тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат, тем больше выражен когнитивный дефицит: 28–30 – нет нарушений когнитивных функций; 24–27 – преддементные когнитивные нарушения; 20–23 – деменция легкой степени выраженности; 11–19 – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 – тяжелая деменция.

Также пациенты заполняли Монреальскую шкалу когнитивной оценки (MoCA), специально разработанную для пациентов с сосудистыми когнитивными нарушениями. Она оценивает различные когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и больше.

В обследование входила также батарея лобной дисфункции (FAB, Frontal Assessment Battery), результаты которой могут варьировать от 0 до 18 баллов; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям. О лобной деменции говорит крайне низкий результат FAB (менее 11 баллов) при относительно высоком результате MMSE. При деменции альцгеймеровского типа легкой степени снижается прежде всего показатель MMSE (20–24 балла), а показатель FAB остается максимальным или снижается незначительно (более 11 баллов). При умеренной и тяжелой деменции альцгеймеровского типа снижаются как показатель MMSE, так и показатель FAB.

Данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При выполнении MMSE средний балл опросника составил 24,0 (22,0; 27,0), что соответствует преддементным когнитивным нарушениям. Не было когнитивных нарушений у 6 пациентов (24 %), преддементные когнитивные нарушения выявлены в 10 случаях (40 %), деменция легкой степени выраженности установлена в 6 случаях (24 %), а деменция умеренной степени выраженности наблюдалась у 3 пациентов (12 %).

Медиана Монреальской шкалы когнитивной оценки у пациентов после инсульта равнялась 21,0 (18,0; 24,0), что также было значимо ниже нормы. При этом показатели ниже нормальных зарегистрированы у 21 пациента, что составило 84 % опрошенных.

Опросник FAB показал медиану балла, которая равнялась 16,0 (14,0; 17,0) и являлась также ниже нормы, но снижение балла данного опросника не было столь значимо как в случае MoCa теста.

Выводы

Таким образом, после перенесенного нарушения мозгового кровообращения когнитивные нарушения зарегистрированы в 84 % случаев по результатам МоСа теста и в 76 % случаях по данным MMSE. Показатели шкалы FAB изменялись в меньшей степени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдей, Г. М. Когнитивные нарушения у больных с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде / Г. М. Авдей // Неврология и Нейрохирургия. Вост. Европа. – 2012. – № 2. – С. 11–3.
2. Авдей Г. М. Цереброваскулярная патология и инсульт. Сообщение I. Мед новости. 2008;3:18-2.
3. Деменции / Н. Н. Яхно [и др.] – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 272 с.
4. Захаров, В. В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В. В. Захаров, Т. Г. Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 320 с.

УДК 616.833.17

А. В. Громыко

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Введение

Невропатия лицевого нерва является заболеванием периферической нервной системы, основные синдромы которого, независимо от уровня поражения, представлены прозопарезом и прозоплегией. Эти расстройства приводят к органическим, эстетическим и функциональным нарушениям. Поражение лицевого нерва приводит к асимметрии лица пациента, заметная в покое и резко усиливающаяся при мимических движениях, сглаженности на стороне поражения кожных складок, упущению угла рта, глазная щель становится шире, при зажмуривании век глаз не закрывается, а глазное яблоко отходит вверх и кнаружи, при этом становится видна белая полоска склеры, снижен надбровный и роговичный рефлекс [1].

Данное патологическое состояние характеризуется затяжным течением болезни с неполным восстановлением прозопареза с формированием косметического дефекта, также возможными рецидивами и осложнениями с появлением синкинезий или контрактур мимических мышц.

Цель

Изучить особенности течения и эффективность лечения невропатии лицевого нерва.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ стационарных карт 25 пациентов, находившихся на лечении в неврологических отделениях 1 и 2 учреждения здравоохранения «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» за период 2016 и 2019 годов с диагнозом невропатия лицевого нерва. Изучены пол и возраст пациентов, клиническая картина, степень повреждения, результат лечения, связь с временем года. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения MS Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

Были проанализированы истории болезней 25 пациентов находящихся на стационарном лечении. Разделение по полу в исследуемой группе следующее: 11 (44 %) мужчин и 14 (56 %) женщин. Средний возраст пациентов составил 58,6 лет.