

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бедарева, Н. А. Опыт диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК / Н. А. Бедарева // Форум молодых ученых. – 2023. – № 1(77). – С. 33–36.
2. Нейрореабилитация при инсульте. / А.Е. Барулин [и др.] // Нервные болезни. – 2021. – № 1. – С. 72–76.

УДК 616.89-008.46 /.47+616.8:[616.98: 578.834.1 ]-06-052

**Е. В. Зайцева, А. В. Бенеш**

*Научные руководители: ассистент кафедры А. А. Барбарович*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ВЕГЕТАТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ С АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

### ***Введение***

Новая коронавирусная инфекция – заболевание, способное к пандемическому глобальному распространению. COVID-19 часто сопровождается высокой лихорадкой, тяжелой интоксикацией и может приводить к серьезным осложнениям с неблагоприятным прогнозом, особенно у пациентов из групп риска. Постковидный синдром (post-COVID-19 syndrome), обозначаемый также как Long COVID, является последствием коронавирусной инфекции, при котором до 20% людей, перенесших COVID-19, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель, а в 2–3% случаев и дольше [1, 2].

### ***Цель***

Оценка вегетативных и когнитивных изменений у пациентов с COVID-19. И выявить взаимосвязь между нарушениями когнитивных и вегетативных функций.

### ***Материал и методы исследования***

На базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельской областной клинической больницы № 2» было проведено исследование с участием 50 пациентов с жалобами на повышенную утомляемость, лабильность настроения, снижение памяти, внимания после перенесенной инфекции SARS COV-2, головные, суставные и мышечные боли, не имеющие иных объективных причин, кроме последствий перенесенной инфекции COVID-19, нарушения сна, депрессию и 17 пациентов, не имевших соответствующих жалоб.

Критериями включения в исследование были возраст от 18 до 65 лет, наличие признаков постковидного синдрома, отсутствие критериев исключения.

Синдром диагностировался клинически с учетом предшествующего инфекционного анамнеза.

К критериям исключения отнесены возраст моложе 18 и старше 65 лет; соматические заболевания в стадии декомпенсации; демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания центральной нервной системы; заболевания, сопровождающиеся выраженным когнитивным дефицитом, диагностированные до перенесенной инфекции COVID-19; диагностированные до инфекции COVID-19 расстройства поведения.

В исследуемой когорте преобладали женщины – 31 человек (62%), мужчин – 19 человек (38%). Медиана возраста для женщин составила 54 года±10,2, для мужчин – 48 лет±9,95.

Были выделены 3 возрастные группы: 18–30 лет; 31–45 лет; 46–65 лет. В первой возрастной группе находились всего 6 (12%) пациентов. Во второй группе – 16 (32%) пациентов. В диапазоне 46–65 года – 28 (56%) пациентов.

Для оценки астенического синдрома проводили анкетирование по шкале вегетативной дисфункции Вейна (0–10 баллов – низкая вегетативная дисфункция; 11–24 баллов – умеренная вегетативная дисфункция, более 25 баллов – выраженная вегетативная дисфункция) и краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE): 30–29 баллов – нет нарушений, 28 баллов – легкая когнитивная дисфункция, 27–25 балла – умеренная когнитивная дисфункция,  $24 \geq$  баллов – деменция.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводились с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. и Excel. Нормальность распределения показателей оценивали с помощью критерия Фишера. Данные, не соответствующие нормальному распределению, были представлены в виде медианы (Me) и нижнего-верхнего квартилей (LQ–UQ).

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

На первом этапе исследования были проанализированы анкеты по шкале вегетативной дисфункции Вейна. В основной группе пациентов, легкая вегетативная дисфункция наблюдалась у 15 (30%) пациентов, умеренная у 33 (66%) пациентов. В контрольной группе, 13 (76,5%) пациентов имели легкую вегетативную дисфункцию, 4 (23,5%) – умеренную. Статистическая значимость составила  $p=0,0019$ . По данным анкетирования выраженная дисфункция наблюдалась у 2 (4%) пациентов в основной группе и у 2 (3%) в контрольной.

Распределение пациентов по шкале вегетативной дисфункции Вейна представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов, по шкале вегетативной дисфункции Вейна

Степень вегетативной дисфункции	Основная группа	Контрольная группа	Всего	$\chi^2$ (таблицы 2×2)
Легкая	15 (30%)	13 (76,5%)	37 (55,2%)	$\chi^2 = 3,09$ ( $p=0,0032$ )
Умеренная	33 (66%)	4 (23,5%)	30 (41,8%)	
Тяжелая	2 (4%)	–	2 (3%)	
Всего	50 (100%)	17 (100%)	67 (100%)	

На втором этапе, с помощью шкалы (MMSE), показано распределение пациентов по их психическому статусу. В основной группе, у 14 (28%) пациентов нарушения не наблюдались, в контрольной у 16 (94%). Легкие когнитивные нарушения были выявлены у 12 (24%) человек в основной группе и всего у 1 (6%) в контрольной, что является статистически значимым  $p= 0,0063$ . Также в основной группе 22 (44%) пациента страдают умеренными когнитивными нарушениями и 2 (4%) тяжелыми.

Распределение пациентов по шкале когнитивной дисфункции MMSE представлено на таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациентов, по шкале когнитивной дисфункции MMSE

Степень когнитивной дисфункции	Основная группа	Контрольная группа	Всего	$\chi^2$ (таблицы 2×2)
Нет нарушений	14 (28%)	16 (94%)	30 (44,78%)	$\chi^2 = 7,9$ ( $p=0,0063$ )
Легкая	12 (24%)	1 (6%)	13 (19,42%)	
Умеренная	22 (44%)	–	22 (32,8%)	
Тяжелая	2 (4%)	–	2 (3%)	
Всего	50 (100%)	17 (100%)	67 (100%)	

На финальном этапе, пациентов распределили в зависимости от состояния вегетативных и когнитивных функций. У 6 (40%) пациентов без нарушений когнитивной

функции была выявлена легкая вегетативная дисфункция и умеренная у 8 (53,33%); 8 (24,24%) пациентов с легкой когнитивной дисфункцией также страдают легкой степенью нарушения вегетативной функции, а 4 (12,12%) – умеренной. Статистическая значимость составила  $p=0,0034$ . У 2 (100%) пациентов с тяжелой степенью нарушений когнитивной функцией также выявили тяжелую степень вегетативной дисфункции. Распределение пациентов, по шкале когнитивной дисфункции MMSE и шкале вегетативной дисфункции Вейна представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов, по шкале когнитивной дисфункции MMSE и шкале вегетативной дисфункции Вейна

Степень когнитивной дисфункции	Степень вегетативной дисфункции			Всего	$\chi^2$ (таблицы 2×2)
	Легкая	Умеренная	Тяжелая		
Нет нарушений	6 (40%)	8 (24,24%)	–	14 (28%)	* $\chi^2 = 7,33$ ( $p=0,0034$ )
Легкая	8 (53,33)*	4 (12,12%)*	–	12 (24%)	
Умеренная	1 (6,67)*	21 (63,64%)*	–	22 (44%)	
Тяжелая	–	–	2 (100%)	2 (4%)	
Всего	15 (100%)	33 (100%)	2 (100%)	50 (100%)	

### **Выводы**

Астено-вегетативный синдром является неврологическим осложнением перенесенной коронавирусной инфекции. Кроме нарушения вегетативных функций, пациенты испытывают когнитивные нарушения, такие как медлительность (заторможенность), снижение памяти, нарушение ориентации во времени и пространстве. Проведенное исследование показало, что есть прямая зависимость между степенью нарушения вегетативных и когнитивных функций, что отражает статистическая значимость. Также с целью дальнейшей верификации данных необходимо продолжить исследование в данном направлении.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Разумов, А. Н. Медицинская реабилитация пациентов с пневмониями, ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / А. Н. Разумов, Г. Н. Пономаренко, В. А. Бадтиева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2020. – Т. 97(3). – С. 5–13. – doi: <https://doi.org/10.17116/kurort2020970315> Википедия – свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Заглавная\\_страница](https://ru.wikipedia.org/wiki/Заглавная_страница) – Дата доступа: 07.03.2024.
2. Body temperature correlates with mortality in COVID-19 patients / S. Tharakan [et al.] // Crit Care. – 2020. – № 3. – С. 12–16.

**УДК 616.891.6-053.8**

**А. А. Захарова, А. В. Романькова**

*Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Барбарович*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

### **Введение**

Паническая атака (паника) представляет собой очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контро-