

Д. Р. Давлетьярова

Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Барбарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ MMSE

Введение

Заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2), получившее название «инфекция COVID-19», привело к масштабной пандемии, объявленной Всемирной организацией здравоохранения 11 марта 2020 г. [1]. На сегодняшний день мы продолжаем ежедневно сталкиваться с последствиями данного инфекционного процесса, но уже в виде постковидного синдрома.

Длительность данного синдрома может составлять от 2–3 до 10–24 недель. Клинически он может проявляется усталостью, беспокойством, депрессией, нарушениями памяти, головной, мышечной и суставной болью, онемением конечностей, одышкой, нарушением сердечного ритма, ухудшением качества жизни [2, 3].

У многих пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции отмечаются симптомы постинфекционного астенического синдрома, развивается комплекс когнитивных расстройств с преобладанием нарушений исполнительских функций и кратковременной памяти. **Последние в научной литературе получили название «мозговой туман».** MMSE-тест (Mini Mental State Examination – тест Фольштейна) применяется для скрининга возможных когнитивных нарушений, в частности, деменции. Нарушения отмечаются у большинства числа людей, переболевших SARS COV-2 инфекцией, отличаются длительным персистирующим характером и имеют неоднородную структуру.

Цель

Оценка состояния когнитивных функций у пациентов с постковидным синдромом с помощью опросника MMSE.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница № 2». Основными жалобами, согласно заполнению чек-листа, были снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, лабильность настроения, нарушение сна, повышенная тревожность и утомляемость, головокружение, депрессия. При опросе пациенты указывали на наличие суставных, мышечных и головных болей без видимых на то причин.

По результатам исследования была сформирована основная группа из 120 пациентов, среди них: 50 мужчин и 70 женщин; медиана возраста – 46 [39; 54] лет. Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц, у которых не было в анамнезе явного заболевания инфекцией COVID-19 и признаков постковидного синдрома по данным чек-листа. В этой группе также не было отмечено сопутствующих сердечно-сосудистых, нейродегенеративных заболеваний.

Были исключены пациенты моложе 18 лет и старше 65 лет, а также пациенты с когнитивными нарушениями, выявленными до перенесенного заболевания COVID-19, диагностированными до инфекции SARS COV-2 расстройствами поведения, с наличием

в анамнезе дегенеративных патологий центральной нервной системы, а также соматических заболеваний в стадии декомпенсации.

На первом этапе выполнения исследования пациентам было предложено заполнить короткий чек-лист неврологических и нейропсихологических нарушений и скрининговую анкету для выявления признаков постковидного синдрома. Далее с целью объективизации нарушений когнитивного спектра исследователем заполнялся бланк-опросник шкалы MMSE.

Состоял бланк шкалы MMSE из 11 пунктов, заполнялся данными, полученными в результате опроса пациента. Максимальная оценка, которую можно получить при выполнении анкеты, составляет 30 баллов, и это соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Результат в 28 баллов говорит о легких когнитивных нарушениях, от 25 до 27 баллов свидетельствует о умеренных когнитивных нарушениях. Результат исследования более низкий показывают наличие дементных нарушений: от легкой степени выраженности при результате равном 20–24 балла, до умеренной при 10–19 баллах и тяжелой при результате менее 10 баллов.

Можно сказать, что чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит.

Обработка и статистика данных производилась с помощью Microsoft Excel – компьютерной программы для работы с табличными данными, Statistica 10 – программного пакета для статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе исследования было проведено распределение образованной группы пациентов графически по данным заполнения чек-листа опросника неврологических и нейропсихологических нарушений (рисунок 1).

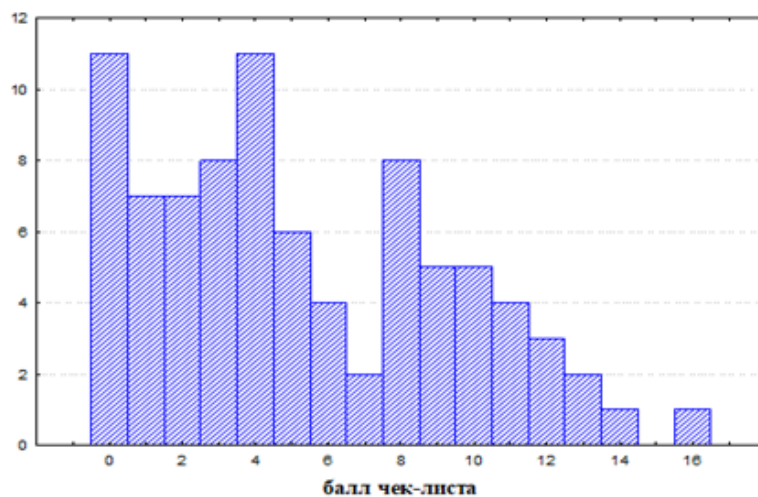


Рисунок 1 – Результаты графического анализа распределения пациентов с постковидным синдромом по данным заполнения чек-листа

Как следует из представленной диаграммы, всех пациентов по спектру жалоб можно было разделить на три подгруппы, распределение в которых приближалось к нормальному. Первую подгруппу составили лица с нулевым баллом чек-листа, вторую с баллом от 1 до 6, третью – от 7 до 16.

Далее нами были проанализированы функциональные характеристики пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, поделенных на подгруппы с применением кластерного анализа на основании балла чек-листа и данных экспресс-теста MMSE (таблица 1).

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов с постковидным синдромом

Параметр	Здоровые	Группа 1	Группа 2	Группа 3	p
	10 жен./3 муж.	8 жен./6 муж.	18 жен./12муж.	11 жен./15муж.	
1	2	3	4	5	6
Возраст, год	29 [21;46]	43 [37;49]	52,5 [52;57]	50 [42;56]	<0,001
Бал чек листа	0	3 [2;5]	10 [8;11]	3,5 [3;4]	<0,001
MMSE, балл	30 [30;30]	29 [28;29]	28 [25;27]	28 [27;29]	<0,001

Балл MMSE различался на единицу в каждой группе и не достигал значимых когнитивных нарушений, однако в группе имеет место уменьшение балла опросника MMSE по мере увеличения выраженности симптомов.

Выводы

Как следует из представленных данных, в образованных подгруппах имело место различия по возрастному статусу, что соотносится с полученными ранее данными [4]. Имело место также снижение балла MMSE, что подтверждает предположение о тесной связи постковидного синдрома с когнитивным дефицитом.

Таким образом, при сопоставлении результатов теста MMSE и чек-листа опросника, отражающего значимость постковидных нарушений, было показано, что в третьей группе при сохраняющейся общей тенденции к наличию жалоб астенического круга присоединяется когнитивный дефицит.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. COVID-19 (Novel Coronavirus): [web]. – Overview and Recommendations / DynaMed. – URL: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1579903929505> (date of access: 06.03.2025).
2. Acute Ischemic Stroke and COVID-19 / A. I. Qureshi, W. I. Baskett, W. Huang [et al.] // Stroke. – 2021. – Vol. 52, № 3. – P. 905–912.
3. Age at symptom onset and death and disease duration in genetic frontotemporal dementia: an international retrospective cohort study / K. M. Moore, Nicholas J, M. Grossman [et al.] // Lancet Neurol. – 2020. – Vol. 19, № 2. – P. 145–156.
4. Распространенность симптомов инфекции COVID-19 через 9 месяцев после перенесенного заболевания / О. Л. Никифорова, Н. В. Галиновская, Е. В. Воропаев [и др.] // Здоровоохранение. – 2023.

УДК 616.8-009.17:616.831-005.8-06-036.82

Д. Р. Давлетьярова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ АСТЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Введение

После перенесенного инсульта у большого числа лиц старше 50 лет отмечаются когнитивные нарушения, которые чаще всего сочетаются с астеническим синдромом.

Постинсультная астения представляет собой патологическое состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, лабильностью настроения, непереносимостью громких звуков, резких запахов, яркого света, нетерпеливостью, ослаблением самообладания, нарушением сна, неусидчивостью, а также утратой способности к длительному физическому и умственному напряжениям [1]. Они составляют ядро клинической картины