

УДК 616.89-02:616.831-005.8

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

*Карпенюк А. Г., Лазаренко Т. А.*

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

**Учреждение образования**

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

***Введение***

Когнитивные нарушения после перенесенного инсульта встречаются у 30–70 % пациентов [1].

Диагностические клинические критерии когнитивного расстройства сосудистого генеза включают временную связь развития когнитивного дефицита с перенесенным инсультом (3–12 месяцев) и преобладание замедления скорости усвоения информации, внимания, нарушений лобных исполнительных функций [2]. Когнитивный дефицит таких пациентов становится значительным препятствием в процессе реабилитации, снижая функциональные возможности, реабилитационный резерв пациента [3].

При ведении пациентов, перенесших инсульт и имеющих как следствие когнитивные нарушения, целесообразно прибегнуть к использованию диагностических тестов, которые помогут своевременно диагностировать когнитивные нарушения и в последующем проводить соответствующие лечебные мероприятия.

***Цель***

Определить степень когнитивных нарушений у пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК); проанализировать связь с наличием и интенсивностью постинсультного болевого синдрома и локализацией очага повреждения.

***Материал и методы исследования***

Обследование проводилось на базе отделения реабилитации постинсультных пациентов учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны». Обследованы 96 пациентов в раннем и позднем восстановительном периоде ОНМК, находившиеся на плановом лечении в отделении реабилитации. Средний возраст пациентов составил  $61,5 \pm 10,8$  лет. При этом инфаркт головного мозга был диагностирован у 88 (91,7 %) пациентов, а внутримозговое кровоизлияние — у 8 (9,3 %) человек. Повреждение правого каротидного бассейна наблюдалось в 42 (43,8 %) случаях, левого каротидного — в 36 (37,5 %) случаях, а в вертебробазилярном — в 18 (18,7 %).

Исследование когнитивных функций проводилось с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination) (MMSE). Тест состоит из нескольких вопросов, за правильность ответа каждого из вопросов присваивается определенное количество баллов. Максимально возможное число баллов — 30, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражены когнитивные нарушения.

У всех пациентов было взято информированное согласие. Информацию о пациентах заносили в электронную базу данных, после чего осуществляли ее статистическую обработку с помощью программы «Statistica» 12.0.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Когнитивные нарушения различной степени выраженности были выявлены у 44,7 % пациентов. Оценка когнитивных функций у разных групп пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Когнитивные нарушения при постинсультной боли

Группы	Балл по шкале MMSE
<b>Вид ОНМК</b>	
ИГМ, n = 88	28,0 (24,0;30,0)
ВМК, n = 8	28,5 (25,5;29,5)
<b>Локализация очага поражения</b>	
ЛКБ, n = 36	27,0 (20,0; 30,0)
ПКБ, n = 42	28,0 (24,0; 30,0)
ВББ, n = 18	29,5 (27,0; 30,0)
<b>Интенсивность боли по ВАШ</b>	
Слабая, n = 28	25,0 (20,5;28,5)
Умеренная, n = 16	27,5 (19,0;28,5)
Сильная, n = 9	30,0 (29,0;30,0)
<b>Патогенетический подтип боли</b>	
Нет боли, n = 37	29,0 (26,0;30,0)
Ноцицептивная боль, n = 29	26,0 (21,0;29,0)
Нейропатическая боль, n = 30	28,0 (20,0;30,0)

Таким образом, значимых различий по степени выраженности когнитивных нарушений выявлено не было.

**Выводы**

У 44,7 % пациентов, перенесших ОНМК, наблюдались когнитивные нарушения различной степени выраженности. Значимых различий по степени выраженности когнитивных нарушений у пациентов с различной интенсивностью и патогенетическим типом болевого синдрома установлено не было.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта / В. В. Захаров [и др.] // Журнал Медицинский совет. — 2015. — № 10. — С. 14.
2. Яцкова, Л. А. Когнитивные нарушения и деменция как осложнение цереброваскулярной недостаточности в период ишемического инсульта / Л. А. Яцкова, А. А. Вдовина // Журнал StudNet. — 2021. — № 2.
3. Антипенко, Е. А. Когнитивные и эмоциональные нарушения после инсульта: возможности медикаментозной коррекции / Е. А. Антипенко, М. Н. Ерохина, Д. А. Фаткина // Нервные болезни. — 2020. — № 2. — С. 58–60.

**УДК 616.711.6:616.721-007.681-007.43]-052-036.82**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Кириленко М. С.<sup>1</sup>, Гаруля И. А.<sup>2</sup>**

**Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Н. Усова.<sup>1</sup>,  
к.м.н., врач-нейрохирург С. И. Кириленко<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

По данным литературы, около 80 % населения в течение жизни предъявляет жалобы на боль и скованность в поясничном отделе позвоночника с или без боли в ноге, которая во многих случаях обусловлена грыжей межпозвонковых дисков. В 48 % случаев грыжи локализуются на уровне межпозвонкового диска L5-S1, в 46 % случаев — на уровне диска L4-L5, остальные 6 % — на других уровнях или на нескольких уровнях поясничного отдела позвоночника [1].

Учитывая, что обычно жалобы появляются у трудоспособного населения в возрасте от 30 до 50 лет, данная тема имеет большую медицинскую и социально-экономическую значимость [2].