

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Рожков, Д. О. Нейрофизиологические аспекты патогенеза, вопросы диагностики и лечения боли в спине / Д. О. Рожков, О. Е. Зиновьева // Медицинский Совет. — 2015. — № 18. — С. 96–101.
2. Lings, S. Whole-body vibration and low back pain: a systematic, critical review of the epidemiological literature 1992–1999 / S. Lings, C. Leboeuf-Yde // International Archives of Occupational and Environmental Health. — 2000. — № 5. — P. 290–297.

**УДК 616.832-004.2:572-052**

**ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ  
С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ**

**Барбашова Е. М., Смирнов В. С.**

**Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов**

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

***Введение***

Рассеянный склероз (РС) — медленно протекающее демиелинизирующее заболевание, которое поражает центральную нервную систему, отличается течением с частыми обострениями и ремиссиями, проявляющееся множеством неврологических симптомов. Согласно авторам А. Ю. Куликовой и Д. Г. Тищенко в Республике Беларусь общая заболеваемость РС насчитывает 41 случай на 100 тыс. населения, что обеспечивает нашу страну местом в зоне среднего риска развития данного заболевания. Высокая социальная значимость свойственна РС ввиду преимущественного молодого контингента заболевших (15–45 лет), быстрой и стойкой инвалидностью. Несмотря на длительную историю существования термина «РС» и широкое внимание к его исследованию, в этиологии этого заболевания на сегодняшний день остаются до конца не выясненные аспекты. Выделяют четыре основные теории его возникновения: наследственная и средовая опосредованность, алиментарная, инфекционная. Определенная взаимосвязь для РС выявлена и с иными патологиями аутоиммунного характера. В литературных источниках при обострении РС выявляют повышенную активность гидролитических ферментов, который участвует в повреждении миелина. Описывается нарушение процесса перекисного окисления липидов при отсутствии увеличения уровня в крови малонового диальдегида и уменьшение концентрации диэтильных конъюгатов. Возможны, также доброкачественные формы РС, в проявлениях которых выявляется минимальный неврологический дефицит характеризующиеся редкими обострениями без остаточного неврологического дефекта [1].

***Цель***

Определение динамических изменений индекса массы тела и его влияния на показатели прогрессирования рассеянного склероза у пациентов, находящихся на лечении в условиях неврологического отделения.

***Материал и методы исследования***

Исследовательская работа проходила на базе II неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» и неврологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница». В обследование включено 30 пациентов с диагностированным рассеянным склерозом: 21 (70 %) женщина и 9 (30 %) мужчин, средний возраст составил 40 (21–61) лет.

Сбор информации осуществлялся из историй болезни (форма № 003/у Медицинская карта стационарного больного) в условиях медицинских архивов согласованно с администрациями вышеуказанных учреждений. Динамичность

исследования обеспечивается рассмотрением историй с промежутком в 1 год (13,3 %), 2–3 года (66,7 %) и более 3-х лет (20 %).

Изучению подверглись пациенты преимущественно с рецидивно-ремиттирующим течением 27 (90 %) и 3 (10 %) пациента с вторично-прогрессирующим РС со средним показателем ИМТ 25,4 (18,2–41,6) и EDSS 4 (1,5–6,5).

Предъявлялись различные жалобы: на головную боль и/или головокружение (36,7 %; 11 чел.), слабость в конечностях (70 %; 21 чел.), затруднение передвижения и координации движений (66,7 %; 20 чел.), онемение, чувства жжения в конечностях (26,7 %, 8 чел.), нарушения зрения, речи и других функций черепных нервов (33,3 %; 10 чел.), задержку или недержание мочи и/или стула (26,7 %; 8 чел.).

Объективно зафиксировано поражение пирамидной системы в виде широкой вариации парезов, пирамидной недостаточности (96,7 %; 29 чел.), нарушение функции мозжечка, проявляющееся мозжечковой атаксией легкой, умеренной, выраженной степеней (83,3 %; 25 чел.), повреждение стволовых структур и сенсорные нарушения (36,7 %; 11 чел.), а также проявления НФТО (33,3 %; 10 чел.).

### Результаты исследования и их обсуждение

Обследовано 30 пациентов (21 (70 %) женщина и 9 (30 %) мужчин) с диагнозом рассеянный склероз, из них 15 пациентов (11 (73,3 %) женщин, 4 (26,7 %) мужчин) неврологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» и 15 пациентов (10 (66,7 %) женщин и 5 (33,3 %) мужчин) 2-го неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны».

Общая динамика показателя EDSS преимущественно повышается, такой результат показало 19 (63,3 %) пациентов, показатель остался прежним у 6 (30 %) и только у 5 (16,7 %) он уменьшился. Более детальное изменение показателя представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Изменение показателя EDSS в зависимости от динамики ИМТ

Изменение показателя ИМТ	Количество пациентов и среднее значение изменения ИМТ	Изменение показателя EDSS	Количество пациентов и среднее значение изменения EDSS
↑ Увеличение	7 (1,6)	↑ Увел.	7 (1,3)
	2 (0,7)	= Неизм.	2
	3 (0,3)	↓ Уменьш.	3 (0,8)
= Не изменяется	5	↑ Увел.	5 (1,3)
	1	= Неизм.	1
	—	↓ Уменьш.	—
↓ Уменьшение	7 (2)	↑ Увел.	7 (0,9)
	3 (1,1)	= Неизм.	3
	2 (1,2)	↓ Уменьш.	2 (0,5)

Показатели индекса массы тела распределились следующим образом: 2 (6,7 %) пациента с недостаточной массой тела, 15 (50 %) — с нормальной, 4 (13,3 %) пациента — в предожирении, I степень ожирения — у 8 (26,7 %) человек и с III степенью — 1 (3,3 %) человек.

Исследование также проводилось с вычислением корреляции показателя EDSS в зависимости от абсолютной величины ИМТ на конечный момент динамического наблюдения и представлены по группам в таблице 2.

Таблица 2 — Динамическое изменение EDSS в зависимости от изменения ИМТ

Изменение показателя EDSS	Недостаточная масса тела (< 18,5) (ср. знач. EDSS, ср. знач. изменения)	Нормальная масса тела (18,5–24,9) (ср. знач. EDSS, ср. знач. изменения)	Повышенная масса тела (> 25) (ср. знач. EDSS, ср. знач. изменения)
↑ Увеличение	3,5 (1,5)	4,4 (1,2)	4,8 (1,1)
= Не изменяется	—	1,2	3,5
↓ Уменьшение	1,5 (1,5)	2,2 (0,5)	3,5 (0,5)
Всего человек	2	15	13

### **Выводы**

1. Результаты исследования указывают на связь между метаболическим состоянием организма и прогрессированием РС.

2. Изменение массы тела в сторону ожирения ассоциировано с возрастанием риска прогрессирования рассеянного склероза. Для подтверждения данной гипотезы необходимо проведение дополнительного исследования с большим количеством исследуемых. Предполагается что, в последующем коррекция массы тела позволит замедлить прогрессирование рассеянного склероза.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Смирнов, В. С. Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канащ, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № (2). — С. 52–60.

**УДК 616.8-06-052:617.57-001**

## **АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Беляева Е. А., Яковенко А. В., Флейтух Д. А.**

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

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

### **Введение**

Повреждение периферических нервов верхних конечностей является одним из частых и тяжелых видов травмы, не смотря на то, что в большинстве случаев не представляют угрозы для жизни, способны приводить к длительной потере трудоспособности с высокой частотой инвалидизации пострадавших [1].

В числе наиболее часто диагностируемых заболеваний периферической нервной системы человека выделяют несколько форм невропатий, плексопатий, а также всевозможные разновидности данных патологий, имеющие различную топографию и проявляющиеся чаще всего резкими, а иногда слабыми болями перманентного характера [2].

Болевой синдром значительно ограничивает двигательную активность и оказывает отрицательное действие на психоэмоциональное состояние пациента, что в высокой степени удлиняет период реконвалесценции [3].

Исследование проявлений периферических невропатий, возникших в результате травм верхних конечностей, поможет на ранних этапах обследования подобрать соответствующий комплекс лечебно-диагностических мероприятий [4].

### **Цель**

Провести анализ неврологических осложнений травматических повреждений верхних конечностей у пациентов, находившихся в отделении травматологической реабилитации.

### **Материал и методы исследования**

Изучен материал 30 карт стационарных пациентов, находившиеся на плановом лечении осложнений травм верхних конечностей в отделении реабилитации на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» в период с 2019 по 2020 гг.

Информацию о пациентах занесли в электронную базу данных, после чего осуществляли ее статистическую обработку с помощью программы «Statistica» 12.0.

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

Средний возраст пациентов —  $58,4 \pm 11,8$  лет, из них 27 женщин и 3 мужчины. Посттравматическая невропатия наблюдалась в 46 % случаев, посттрав-