



Актуальные вопросы практической неврологии



Сборник трудов

по материалам
Всероссийской
конференции,
посвященной памяти
профессора Виталия
Борисовича Ласкова

Курск, КГМУ,
29-30 сентября 2022 г.

**ФГБОУ «КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Минздрава России**

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ПО МАТЕРИАЛАМ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ»,
ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ
ПРОФЕССОРА ВИТАЛИЯ БОРИСОВИЧА ЛАСКОВА**



Курск – 2022

**УДК 617-089(063)
ББК 54.5я43**

**Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России**

Актуальные вопросы практической неврологии: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции, посвященной памяти профессора Виталия Борисовича Ласкова (Курск, 29-30 сентября 2022 года) / Курский гос. мед. ун-т, сост. А.А. Денисов; отв. ред. В.А. Липатов. – Курск: КГМУ, 2022. – 1 CD-ROM. – Текст: электронный. – 162 с.

Редакционная коллегия:

проректор по научной работе

и инновационному развитию **В.А. Липатов;**

заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии, к.м.н., доцент **Т.В. Шутеева**

Составитель: **А.А. Денисов**

Компьютерная верстка: **А.А. Денисов**

Рецензент: **Т.В. Шутеева**

В сборнике опубликованы материалы **Всероссийской научно-практической конференции «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ»**, посвященной памяти профессора Виталия Борисовича Ласкова и проходившей в Курском государственном медицинском университете 29-30 сентября 2022 г.

ISBN 978-5-7487-2907-9

DOI 10.21626/cb.22.neurology

© ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

INFLUENCE OF INJECTION OF GASDERMIN D INHIBITOR MOLECULE ON NEURONAL SURVIVAL RATE DURING CEREBRAL STROKE	
<i>Hovhannisyan A.A., Navasardyan G.A.</i>	8
INHIBITION OF ABERRANT TAU PHOSPHORYLATION AS A POSSIBLE WAY OF TREATMENT OF VASCULAR DEMENTIA	
<i>Hovhannisyan A.A., Navasardyan G.A.</i>	10
МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕЗА ПАТОЛОГИИ	
<i>Куликова Н.Г. (1,2), Кончугова Т.В. (1), Мустафа Аль-Замиль (2), Кульчицкая Д.Б. (1), Тинатин Чхеидзе (2)</i>	12
ПОСТКОВИДНАЯ АСТЕНИЯ	
<i>Абрамова А.Е.</i>	16
АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СТУДЕНТОВ КГМУ ПО СУБЪЕКТИВНОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ АСТЕНИИ (MFI-20)	
<i>Абрамова А.Е.</i>	18
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОЙ АСТЕНИИ	
<i>Адамова А.Э., Лазарев А.Ю.</i>	22
ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)	
<i>Алфимова К.А., Рымарова Л.В.</i>	24
ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ. СОВРЕМЕННОЕ ВИДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ	
<i>Алябьева А.А.</i>	27
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
<i>Асадчих А.Д.</i>	31
КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	
<i>Бабаскина М.Р.</i>	36
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	
<i>Бондаренко А.А.</i>	39
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19	
<i>Бычкова К.В., Тарасова Ю.Ю.</i>	42
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЗА 2019-2021 ГГ (ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ Г. КУРСКА)	
<i>Ватутина А.С.</i>	45

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	
<i>Волохова А.Н.</i>	48
ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	
В АНАМНЕЗЕ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
<i>Дубинина М.С., Масалева И.О.</i>	52
ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СКЛОННОСТИ К ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ КГМУ	
<i>Дубинина М.С., Рымарова Л.В.</i>	55
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА И МИЛДРОНАТА В ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОГО ГЕНЕЗА	
<i>Дудченко О.В.</i>	58
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ НАРУШЕНИЯ СНА У СТУДЕНТОВ КГМУ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	
<i>Журбенко Е.Ю., Рымарова Л.В.</i>	61
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	
<i>Казакова А.А.</i>	64
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	
<i>Карасёва В.И.</i>	67
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19	
<i>Ким Н.В.</i>	70
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	
<i>Кустова Е.Ю.</i>	72
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ ОБУЗ «КОМКБ»	
<i>Ласкова А.В.</i>	75
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ	
<i>Малеева М.В.</i>	78
ДЕПРЕССИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У СТУДЕНТОВ, ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА	
<i>Малеева М.В.</i>	80
ДОСТИЖЕНИЯ И НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В ТЕРАПИИ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ	
<i>Миненок В.А.</i>	82

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ РЕВАКЦИНАЦИИ ВАКЦИНОЙ «СПУТНИК – V»	
<i>Мустафин Р.А.</i>	86
ИЗУЧЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И РИТМОВ МОЗГА СТУДЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	
<i>Немова А.А.</i>	90
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В ОТНОШЕНИИ ФУНКЦИЙ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	
<i>Падалкина О.В., Рымарова Л.В.</i>	92
ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	
<i>Панарина Н.В., Масалева И.О.</i>	95
ИНСОМНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ	
<i>Панарина Н.В., Рымарова Л.В.</i>	98
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ	
<i>Пеньков А.Д., Масалева И.О.</i>	101
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Перепечко Д.Д., Масалева И.О.</i>	105
АНОСМИЯ И АПАТИЯ КАК ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	
<i>Плохих А.Б.</i>	108
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
<i>Порядина А.М., Крапива А.Б., Андреева Д.В.</i>	111
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
<i>Потолов И.Р.</i>	114
НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	
<i>Прокофьева А.А., Масалева И.О., Люберцева Ю.О.</i>	117
ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19	
<i>Рахматуллин А.Р., Кутлубаев М.А., Хайруллин А.Т.</i>	120
ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ Ч.Д. СПИЛБЕРГЕРА	
<i>Родина Е.И., Рымарова Л.В.</i>	123

«МЕЛОДИЯ СНА» – СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БЕССОННИЦЫ <i>Рубцова Е.А., Пожидаева М.Н.</i>	125
ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ КГМУ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ <i>Сазонова Д.С., Рымарова Л.В.</i>	128
АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ <i>Сасова Н.А., Масалева И.О.</i>	131
ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Стукалова Д.С.</i>	135
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ ОБУЗ КОМКБ <i>Филина Д.О.</i>	138
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ <i>Финошина Ю.В.</i>	141
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДОГО ИНСУЛЬТА (ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ НА БАЗЕ КОМКБ) <i>Фомкина А.А.</i>	144
РАССТРОЙСТВА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА <i>Фролова Е.Д., Рымарова Л.В.</i>	147
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>Шутеева Т.В., Музалева Ю.А., Бирюков А.Е.</i>	150
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ <i>Щукина Е.В.</i>	153
ТРЕВОЖНОСТЬ В ПЕРИОД СЕССИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Щукина Е.В., Рымарова Л.В.</i>	155
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА <i>Яшина Д.С.</i>	157
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Омаров З.З.</i>	160

INFLUENCE OF INJECTION OF GASDERMIN D INHIBITOR MOLECULE ON NEURONAL SURVIVAL RATE DURING CEREBRAL STROKE

Hovhannisyan A.A., Navasardyan G.A.

Yerevan State Medical University Department of Pathophysiology, Yerevan, Armenia

Relevance.

Revealing of mechanisms of development and progression of cerebrovascular diseases is important issue of neuroscience [1]. Despite present pandemic state, other diseases are possessing to show statistic based progress which is associated with endangered and low quality medical assistance to other groups of patients as well as people suffering from cancer, diabetes, cardiovascular and cerebrovascular diseases. From this point of view revealing of new medications for treatment of cerebrovascular diseases possesses unique importance. The significance of finding of new medications for effective treatment of ROS mediated brain damage during ischemia becomes more important issue [2, 3]. Present medications for treatment of stroke are directly influencing on activity of clotting factors while there are no candidate molecules which are influencing on specific pathways as well as ET-1, platelet activator factor and sphingosine 1-phosphate mediated damage cascade on brain during stroke and vascular dementia [4]. In past scientific community was recognizing just the role of disruption of cerebral blood flow in pathogenesis of stroke, but now facts are testifying the role of endothelial dysfunction and inflammation in pathogenesis of development and progression of cerebral stroke and vascular dementia [5]. Specific proteins which are responsible for development of chronic inflammation as well as PYCARD and Gasdermin subfamily members are responsible for activation of microglia in brain after cerebrovascular event which leads to progression of gliosis and development of vascular dementia after stroke and during atherosclerosis [6, 7]. Pro-inflammatory cascade stimulates lipid peroxidation and extra damage of neurons after cerebrovascular event which increases morbidity rate. Chronic inflammation triggers damage of blood brain barrier which increases risk of extra damage of neurons by migration of cytotoxic immune cells during cerebral stroke.

Purpose of Research.

Purpose of research was to show the influence on changes of expression of survival markers during injection of experimental molecule which is responsible for blocking major inflammatory pathway in brain. Gasdermin subfamily proteins are suspected in role of inflammatory diseases and their role in pathogenesis of cerebral stroke mediated dementia is purely new idea in neuroscience. For markers of interest were chosen CCS protein which is a co-chaperone for SOD1 enzyme and IAP subfamily proteins which are major regulators of neuronal survival during physiological state and disease.

Materials And Methods.

Experiments were carried out on 60 white male rats (n=15). Animals were kept in general vivarium states with free access to food and water. Model of cerebral stroke was developed by middle cerebral artery occlusion. Experimental molecule BAY 11-7821 (Chemical name (2E)-3-[(4-Methylphenyl)sulfonyl]-2-propenenitrile) was injected by 5mg/kg dosage. Anesthesia was performed by intraperitoneal injection

of 40 mg/kg Nembutal. After decapitation brain tissue extracted and centrifuged according to current protocols 6000 g 60 min 4°C. Detection of CCS, XIAP XIAP associated factor 1 and Transmembrane Bax inhibitory motif containing protein 1 was performed by ELISA. Statistics was performed by SPSS 21.0 program

Results.

Results are marking that CCS protein increased by 27,2% 44% and 55,1% on 40th 60th and 90th days, while XIAP increased by 22,4% 37% and 41% during experiment ($p \leq 0.01$). Therefore XIAP associated factor 1 increased by 27% on 90th day while Transmembrane Bax inhibitory motif containing protein 1 increased by 23% 39,25% and 52% on 40th 60th and 90th days ($p \leq 0.001$).

Conclusion

Stimulation of expression of anti-apoptotic proteins promises more effective results for treatment of cerebrovascular diseases. Due to the fact that IAP subfamily proteins are possessing housekeeping functions in brain and organism in whole they are effective targets for drug candidate molecules for treatment of cerebral stroke by stimulation of survival of neurons under biochemical mess during ischemia. From the other hand modulation of expression of CCS protein in brain is important for direct influence on ischemia-reperfusion mediated damage processes and prevention of generation of reactive oxygen species in damaged brain.

References.

1. Yang G. Significance of Complement System in Ischemic Stroke: A Comprehensive Review / Yang G. // Aging and Disease-2019- No10(2)-p429-462.
2. Zacharia B.E. Complement inhibition promotes endogenous neurogenesis and sustained anti-inflammatory neuroprotection following reperfused stroke/Zacharia B.E.// Aging and Disease-2019- No11(4)-p462-475.
3. Meng H. FasL-PDPK1 Pathway Promotes the Cytotoxicity of CD8 + T Cells During Ischemic Stroke/Meng H. // Translational stroke research-2020- No11(4)-p747-761.
4. Brown S.C. Andexanet Alfa Versus 4-Factor Prothrombin Complex Concentrate for Reversal of Factor Xa Inhibitors in Intracranial Hemorrhage/Brown S.C.//Neurocritical Care-2021- No35(1)-p255-261.
5. Rosenberg G.A. Neuroinflammation: friend and foe for ischemic stroke/Rosenberg G.A. // Journal of neuroinflammation-2019- No16(1)-p142-167.
6. Chen J. AIM2 deletion promotes neuroplasticity and spatial memory of mice / Chen J. // Brain Research Bulletin-2019- No15(2)-p85-94.
7. Fang B. Knockdown of the AIM2 molecule attenuates ischemia-reperfusion-induced spinal neuronal pyroptosis by inhibiting AIM2 inflammasome activation and subsequent release of cleaved caspase-1 and IL-1 β /Fang B. // Neuropharmacology-2019- No16(2)-p160-172.

INHIBITION OF ABERRANT TAU PHOSPHORYLATION AS A POSSIBLE WAY OF TREATMENT OF VASCULAR DEMENTIA

Hovhannisyan A.A., Navasardyan G.A.

Yerevan State Medical University Department of Pathophysiology, Yerevan, Armenia

Relevance.

Neurodegenerative diseases are a group of diseases which are developing with different pathogenetic mechanisms, for the treatment of which it is necessary to identify the involvement of all molecular chains and the experimental molecules necessary to influence them [1]. Different types of neurodegenerative diseases have unique mechanisms of development, which determine the complexity and relative inefficiency of treatment. Apoptosis, lipid peroxidation and disruption of synthesis of anti-apoptotic proteins are increasing risk of progression of dementia and increased brain damage volume [2]. From the other side of view cytoskeletal damage of neurons stimulates progression of dementia via structural damage and switch on apoptosis mechanisms in brain. Increased ceramide levels and cholesterol epoxides are stimulating brain damage and progression of dementia [3, 4] In past there was popular that specific structural proteins as well as tau protein are involved in development of certain type of neurodegenerative disease. Aggregated tau protein in small amounts is able to promote pathological activity of microglial cells and stimulate development of post stroke dementia or its mild form as well as vascular dementia [5]. Decreased phosphorylation level of microtubule proteins or increased rate of phosphorylation leads to disruption of neuronal homeostasis and apoptosis of damaged neurons. Generally tau protein is involved in development and progression of Alzheimer's disease while it's specific mutations are involved in progression of vascular dementia via disruption of integrity of microtubule structures in neurons. GSK3 β and Syk kinases are possessing properties of phosphorylation of tau protein which increases the possibility of involvement of current enzymes in development and progression of vascular dementia [6].

Purpose of Research.

Purpose of research was to find out the effect of inhibition of aggregation of tau protein during experimental model of vascular dementia. In some cases the aggregation of tau protein and other proteins of cytoskeleton in brain stimulates apoptosis of damaged neurons and progression of dementia. Aggregated tau proteins are able to bind specific receptors as well as protein sensing TLR receptors and stimulate activation of microglial cells. Aggregated proteins are stimulating pathological activity of microglial cells and activation of apoptosis of damaged neurons after stroke which leads to progression of dementia.

Materials and Methods

Experiments were carried out on 60 white male rats (n=15). Animals were kept in general vivarium states with free access to food and water. Model of vascular dementia was developed by bilateral occlusion of a. carotis interna pars cerebralis . Experimental molecule INDY (Chemical name (1Z)-1-(3-Ethyl-5-hydroxy-2(3H)-benzothiazolylidene)-2-propanone) was injected by 5mg/kg dosage. Anesthesia was performed by intraperitoneal injection of 40 mg/kg Nembutal. After decapitation brain tissue extracted

and centrifuged according to current protocols 6000 g 60min 4 oC. Detection of CCS, tau XIAP and XIAP associated factor 1 was performed by ELISA. Statistics was performed by SPSS 21,0 program.

Results.

Results are marking that CCS protein increased by 25,1% 44% and 52,25% on 40th 60th and 90th days, while phosphorylated tau protein decreased by 34% on 90th day ($p \leq 0.001$). From the other hand XIAP increased by 22% 31,4% and 40% on 40th 60th and 90th days, while XIAP associated factor increased by 17% on 90th day ($p \leq 0.02$)

Conclusion.

Prevention of aggregation of phosphorylated forms of tau protein is extremely important for direct influence on treatment of dementia. Pathological phosphorylation of tau protein increases its ability of aggregation and binding capabilities to microglial PAMP receptors which triggers progression of dementia. Decrease of phosphorylated tau levels in brain in low amounts marks about the secondary mechanisms of regulation of phosphorylation rate of cytoskeletal proteins in brain during dementia. Experimental molecule stimulated expression of anti-apoptotic protein XIAP and anti-oxidant protein CCS which is a co-chaperone for SOD1 enzyme and this facts are remarking about effectivity of research on this pathway for treatment of dementia

References.

1. Raz M. The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia // Raz M. // *Journal of Cerebral Blood Flow And Metabolism*-2017- No37(1)-p172-186.
2. Peterson L.R. Duncan M.S. Circulating ceramide ratios and risk of vascular brain aging and dementia // Peterson L.R. Duncan M.S. / *Annals of Clinical And Translational Neurology*-2020- No7(2)-p160-168.
3. Cutler R.G. Kelly J. Storie K. Involvement of oxidative stress-induced abnormalities in ceramide and cholesterol metabolism in brain aging and Alzheimer's disease. // Cutler R.G. Kelly J. Storie K. / *Journal Of Alzheimer's Disease*-2020- No60(3)-p809-817.
4. Grimm M.O. Michaelson D.M. Hartmann T. Omega-3 fatty acids, lipids, and apoE lipidation in Alzheimer's disease: a rationale for multi-nutrient dementia prevention // Grimm M.O. Michaelson D.M. Hartmann T. / *Journal Of Alzheimer's Disease*-2021- No59(1)-p819-828.
5. Sinsky J. Hanes J. Tau Protein Interaction Partners and Their Roles in Alzheimer's Disease and Other Tauopathies // Sinsky J. Hanes J. / *International Journal Of Molecular Sciences*-2021- No22(17)-p920-928.
6. Naylor C. The presenilin loop region is essential for glycogen synthase kinase 3 β (GSK3 β) mediated functions on motor proteins during axonal transport // Naylor C. / *Human Molecular Genetics*(Oxford Journals)- 2021- No27(17)-p298-311.

МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕЗА ПАТОЛОГИИ

*Куликова Н.Г.^(1,2), Кончугова Т.В.⁽¹⁾, Мустафа Аль-Замиль⁽²⁾,
Кульчицкая Д.Б.⁽¹⁾, Тинатин Чхеидзе⁽²⁾*

¹ – Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

² – Российский университет дружбы народов (РУДН) Минобрнауки России, Москва, Россия

Периферическая полинейропатия (ПНП) наиболее часто является развивающимся осложнением сахарного диабета (СД II типа), но не только, поскольку специалисты верифицируют данное заболевание и при травматических повреждениях периферических нервных структур, в том числе обусловленных опухолевым процессом и как осложнение длительного применения противоопухолевых препаратов и химиотерапии [1-5]. Дистальная полинейропатия (ПНП) представляет собой серьезную проблему, затрагивающую как качество жизни пациентов, так и саму возможность проведения жизненно важного специализированного лечения, что оказывает непосредственно отрицательное влияние на продолжительность жизни больных [6-7]. Многофакторный характер патогенеза ПНП, обусловленный не только спецификой механизмов формирования патологии (при СД – истощение ферментных систем и альдозоредуктазы, сорбитолдегидрогеназы в нервных клетках на фоне гипергликемии и оксидантного стресса [8], при травме или опухолях – механическим препятствием [9], при опухолях с индуцированием химио- и цитостатиками – разрушение внутриклеточного белка тубулина и других его аналогов, микротрубочек аксонов и дистальных их отделов, включая дорсальные ганглии [10]), требует изыскания новых путей по устранению болевого синдрома и коррекции быстро нарастающих процессов демиелинизации нейронов и дегенерации их тел, что определяет актуальность и высокую практическую значимость проводимого исследования.

Цель: получить сравнительную оценку эффективности от применения немедикаментозных методов лечения пациентов ПНП с учетом разного патогенеза патологии.

Материалы и методы:

Обследованы 102 пациента с ПНП (40-50 лет), в том числе методами электронейромиографии (ЭНМГ), с оценкой болевого синдрома по аналоговой шкале (VAS) и опроснику болевого синдрома Макгилла (MPQ) по шкале DN4 [11] до и после лечения разными методами физиотерапии в ближайший и отдаленный период (4 месяца) наблюдения. Акцент делали на верификацию патогенетической разницы ПНП: при СД II типа и при онкологической патологии, индуцированной химиотерапией и цитостатическим воздействием.

Для немедикаментозного лечения применяли широко рекламируемый метод прямой транскожной электронейростимуляции периферических нервов (ТЭНС) от аппарата «Стимул-2», Россия [12] и метод высокоинтенсивной магнитной импульсной стимуляции (ВИМТ) от аппарата «SIS», BTL [13]. Все

пациенты методом рандомизации были распределены на 4 группы в зависимости от метода физиотерапии: в группе Ia (Основная – 1, n=28) пациенты с СД получили воздействие высокочастотным TENS (HF); в группа Ib (Основная – 2; n=28) пациенты с СД получили низкочастотный метод TENS (LF); в группа Ic (Основная – 3; n=29) онкологические пациенты НПП получили метод высокоинтенсивной магнитной импульсной стимуляции (ВИМТ); контроль (К; n=17) составили пациенты, получившие стандартный метод фармакологической терапии без физиотерапевтического воздействия. Интенсивность болевого синдрома при ПНП оценивали до и после курсового лечения, используя визуальную аналоговую шкалу (VAS), опросник болевого синдрома Макгилла (MPQ) и графический линейный анализ болевого синдрома по шкале DN4 [14].

Результаты и обсуждение: получены сравнительные научные данные о достоверном влиянии высокочастотной низкоамплитудной ТЭНС, высокоамплитудной низкочастотной ТЭНС и высокоинтенсивной магнитной импульсной стимуляции (ВИМТ) на пациентов с ПНП с различным механизмом патогенеза патологии. Отмечены принципиальные различия как в отношении скорости снижения болевого синдрома, так и в отношении передачи нервного импульса в зоне патологического повреждения в периферических нервных структурах, коррелирующих с показателями на электронейромиограмме, значимо зависящих от методов физиотерапии.

Применение TENS у пациентов с ПНП при СД II типа обеспечивает более значимый обезболивающий эффект, который может превысить фармакотерапию по эффективности и безопасности, что значимо выше, чем у онкологических пациентов с ПНП. Выявлено снижение невропатической боли по VAS на 65,9% после курсового применения TENS с сохранением эффектов до 34% в течение 6 месяцев отдаленного периода наблюдения ($p \leq 0,01$). Применение электростимуляции HF TENS у пациентов с ПНП при СД II типа обеспечивает более значимые обезболивающие эффекты, прежде всего, в условиях применения LF TENS в виде снижения болевого синдрома по VAS на 25,8% ($p \leq 0,01$). У онкологических пациентов с ПНП после применения ВИМТ получены достоверные эффекты по коррекции характеристик по данным шкал MPQ (S) и DN4: общих оценочных – на 38,5% ($p \leq 0,01$), сенсорных – на 64,5% ($p = 0,001$) и DN4 – на 28,5% ($p = 0,007$).

Выводы: выявлены достоверные отличия в качественных и количественных индексах болевого синдрома у больных ПНП в зависимости от патогенеза патологии, и которые существенно различались по эффективности курсового воздействия методами физиотерапии, включающих высокоинтенсивную (ВН) и низкоинтенсивную (НВ) ТЭНС и ВИМТ. Так, у больных ПНП, получивших НВ ТЭНС, анальгезирующий эффект был значимо выше, чем после применения ВИМТ, прежде всего, у пациентов СД II типа, что обусловлено избирательным воздействием ТЭНС на центральные механизмы болевого контроля. После применения ВИМТ у онкологических пациентов с ПНП отмечали достоверное снижение болевого синдрома и улучшение физической компоненты КЖ в 76% случаев с сохранением эффектов в среднем до 4-го месяца отдаленного периода, как потенцирование секреции эндорфиноподобных веществ в структурах

головного мозга (при диапазоне частот от 2 до 10 Гц), так и активации паттернов (при диапазоне частот 120-140 Гц), что обусловлено эффектами деполяризации клеточной мембраны в невральных клетках зоны патологического поражения.

Список литературы.

1. Аль-Замиль М.Х. Результаты сравнительного анализа между чрескожной электронейростимуляцией и иглоукалыванием при лечении 548 пациентов с диабетической дистальной полинейропатией нижних конечностей. Клиническая неврология. 2019; 4(1):9-17 [Al Zamil M.Kh. Results of a comparative analysis between percutaneous electroneurostimulation and acupuncture in the treatment of 548 patients with diabetic distal polyneuropathy of the lower extremities. Clinical Neurology. 2019; 4(1):9-17]. (In Russ.).

2. Davoudi M., Rezaei V., Rajairamsheh F., Ahmadi S., Taheri A.A. Predicting quality of life based on pain measurements and psychiatric symptoms in patients with painful diabetic neuropathy: a cross-sectional prevalence study in Iranian patients. Health-Life. Results. 2021; 9.19(1):49. doi: 10.1186/s12955-021-01697-w.

3. Сергеенко Е.Ю., Ромашина О.М., Лобышева А.А., Житарева И.В., Барышева О.В. Сочетанное применение импульсного тока низкой частоты и вакуумного воздействия в реабилитации пациентов с диабетической полинейропатией. Вестник восстановительной медицины. 2019; 5 (93):40-46 [Sergeenko E.Yu., Romashina O.M., Lobysheva A.A., Zhitareva I.V., Barysheva O.V. Combined use of low-frequency pulse current and vacuum exposure in the rehabilitation of patients with diabetic polyneuropathy. Bulletin of Restorative Medicine. 2019; 5 (93):40-46]. (In Russ.).

4. Куликова Н.Г., Дерягина Л.Е., Безрукова О.В. Экогенные риски дискогенной регенерации и современные пути гомеостазиологической физиотерапевтической коррекции. Экология человека. 2018; 2 (1): 124-129 [Kulikova N.G., Deryagina L.E., Bezrukova O.V. Ecogenic risks of discogenic regeneration and modern ways of homeostasis physiotherapeutic correction. Human Ecology. 2018; 2 (1): 124-129.] (In Russ.).

5. Кончугова Т.В., Куликова Н.Г., Астахова К.А., Грушина Т.И. Методы физиотерапии периферической полинейропатии индуцированной цитостатиками. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2021; 98:3(2): 94 [Konchugova T.V., Kulikova N.G., Astakhova K.A., Grushina T.I. Methods of physiotherapy of peripheral polyneuropathy induced by cytostatics Questions of balneology, physiotherapy and physical therapy. 2021; 98:3(2): 94.] (In Russ.).

6. Singh-Franco D., Jacobs R.J. Patient perspectives on peripheral neuropathic pain in the community. Diabetes and the metabolic syndrome: reviews of clinical trials. 2017; 11(1): S243-S246.

7. Аль-Замиль М.Х., Куликова Н.Г., Безрукова О.В., Волкова И.В., Стахурлова В.Е. Эффективность чрескожной электрической нейростимуляции для лечения диабетической дистальной полинейропатии. Европейский журнал неврологии. 2019; 26(1): 552-744. [Al-Zamil M.Kh., Kulikova N.G., Bezrukova O.V., Volkova I.V., Stakhurlova V.E. Effectiveness of percutaneous electrical neurostimulation for the treatment of diabetic distal polyneuropathy. European Journal of Neurology. 2019; 26(1): 552-744.]. (In Russ.).

8. Moisset X., Bouhassira D., Couturier J.A., Alchaar H., Conradi S., Delmotte M.H., Lanteri-Minet M., Lefaucheur J. P., Mick G., Piano V., Pickering G., Piquet E., Regis C., Salvat E., Attal N. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: a systematic review and French guidelines. *Rev Neurol*. 2020; May;176(5):325-352.
9. Аль-Замиль М.Х., Куликова Н.Г., Миненко И.А., Васильева Е.С. Прямая чрескожная электронейростимуляция при лечении патологий периферической нервной системы. *Физиотерапевт*. 2020; 3(1): 57-69. [Al-Zamil M.Kh., Kulikova N.G., Minenko I.A., Vasilyeva E.C. Direct percutaneous electroneurostimulation in the treatment of pathologies of the peripheral nervous system. *Physiotherapy*. 2020; 3(1): 57-69.] (In Russ.).
10. Gozani S.N. Remote analgesic effects of conventional percutaneous electrical nerve stimulation: a scientific and clinical review with emphasis on chronic pain. *Pain Res*. 2019; 26(1); 12:3185-3201.
11. Didangelos T., Dupis J., Vevey A. Painful diabetic neuropathy: clinical aspects. *Handb Clin Neurol*. 2014; 126:53-61.
12. Миненко И.А., Аль-Замиль М.Х. Динамика качества жизни пациентов с диабетическим нейропатическим болевым синдромом на фоне комплексного применения чрескожной электростимуляции нервов и иглоукалывания. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2017; 37 (5): 62-67 [Minenko I.A., Al-Zamil M.Kh. Dynamics of quality of life of patients with diabetic neuropathic pain syndrome against the background of complex application of percutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture. *Siberian Scientific Medical Journal*. 2017; 37 (5): 62-67.] (In Russ.).
13. Kutlu A.K., Cechen D., Gürgen S.G., Sayin O., Cetin F. Comparative study of growth factor expression after treatment with percutaneous electrical nerve stimulation, saline, povidone iodine and lavender oil in wound healing. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 2013: 361832.
14. Nabi B.N., Saberi A., Eghbali B.B., Hosseininejad M., Gelareh Biazar G. Efficacy and safety of TENS and duloxetine in patients with painful diabetic neuropathy: a single blind randomized clinical trial. *J Adv Med Biomed Res*. 2021; 29(136): 286-292.

ПОСТКОВИДНАЯ АСТЕНИЯ

Абрамова А.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. После перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией COVID-19, большинство людей имеют стойкие остаточные явления, проявляющиеся постковидным синдромом. Основными проявлениями данного синдрома являются астенический синдром, одышка при физических нагрузках, эмоциональное перенапряжение, нарушение биологических ритмов человека, мышечные и суставные боли, головокружение, снижение памяти и внимания [2]. Одним из значимых аспектов болезни является потеря обоняния и вкуса, что достаточно длительно остается нарушенным и плохо поддается восстановлению [1]. Также неблагоприятным последствием коронавирусной инфекции является усугубление уже имеющихся хронических заболеваний и триггером новых болезней. Наиболее частое проявление – это астения, развивающаяся вследствие первичного воздействия вируса на нервные клетки, вторично – гипоксией [4]. Распространенность астении обусловлена непосредственным проникновением вируса через обонятельные пути в лимбические отделы мозга [3].

Цель исследования – провести и изучить социологический опрос студентов лечебного факультета КГМУ, переболевших новой коронавирусной инфекцией, по поводу проявлений осложнений, в частности, астенического синдрома.

Материалы и методы исследования. В ходе анкетирования были обработаны ответы 50 студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета по поводу астенического синдрома, проявившегося после перенесенной новой коронавирусной инфекции. В роли объекта данного исследования выступили студенты лечебного факультета КГМУ, в качестве предмета – их ответы на анкетирование.

Результаты исследования. В ходе анкетирования были получены ответы 50 студентов КГМУ, из которых 20% – мужчины (10 человек), а 80% – женщины (40 человек). Были произведены расчеты не только по полу, но и по возрасту у лиц, имеющих постковидный астенический синдром: 19-21 год – 60% (30 человек), 22-24 года – 40% (20 человек). В анкетировании участвовали все студенты, которые переболели новой коронавирусной инфекцией и у которых наблюдались различные осложнения. На вопрос о мышечной слабости и боли после незначительной физической нагрузки ответили положительно 30% – 15 респондентов. Проблемы снижения выносливости возникли у 50% учащихся (25 человек), а вот снижение аппетита практически не наблюдается у опрашиваемых, лишь у 2 студентов – 10%. Расстройство сна является одним из наиболее распространенным проявлением – 60% (30 человек). Со 100% вероятностью были получены положительные ответы на 2 вопроса: первый – наблюдались ли у вас головные боли напряжения, а второй – была ли или есть лабильность настроения. Все 50 студентов положительно ответили на представленные выше вопросы. Далее был рассмотрен вопрос о проявлениях гиперестезии и разнообразных вегетативных симптомах. Ответили так: 60%

(30 человек) – не наблюдали данных проявлений, а 40% (20 человек) – имели беспокойство. У 70% (35 человек) в постковидный период проявились нарушения концентрации и снижение памяти, что привело к неблагоприятным последствиям. Особенным проявлением постковидной астении считается развитие ангедонии – снижение способности получать удовольствие от жизни, которое возникло у 40% опрошенных (20 человек).

Выводы. В результате исследования необходимо отметить, что постковидная астения – это не усталость, устраняющаяся отдыхом, а это – патологическое состояние, которое нельзя запускать и необходимо соответствующее лечение – как медикаментозное (метаболические препараты, ноотропы, нейропротекторы), так и немедикаментозное (прогулки на свежем воздухе, соблюдение режима труда и отдыха, умеренная физическая нагрузка). Такое непростое состояние человека приводит к нарушению привычного образа жизни, осложняющегося более тяжелыми психическими нарушениями.

Список литературы.

1. Депрессия и когнитивные расстройства при старческой астении и без нее / Е. Голованова, А. Винокурова, Е. Мизева, А. Григорьева // Врач. – 2019. – Т. 30, № 6. – С. 64-67.
2. Силина, Е.В. Нарушение памяти и астении / Е.В. Силина, С.А. Румянцева, А. С. Орлова. – М.: Тактик-Студио, 2015. – 180 с.
3. Храмелашвили, В.В. Астения как раннее проявление дезадаптации / В. В. Храмелашвили // Гуманитарный вестник. – 2013. – № 3. – С. 1-10.
4. Шутеева, Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные методы коррекции / Т.В. Шутеева // РМЖ. – 2018. – Т. 26, № 4-2. – С. 80-84.

АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СТУДЕНТОВ КГМУ ПО СУБЪЕКТИВНОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ АСТЕНИИ (MFI-20)

Абрамова А.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Каждый день человек сталкивается с различными проблемами, что пагубно сказывается на его психоэмоциональном состоянии. Как известно, астения наблюдается у многих лиц в современном мире [4]. Повышенная утомляемость, повышенные физические нагрузки, эмоциональные проблемы, нарушение сна и аппетита, снижение работоспособности и повышение раздражительности – все это ведет к астеническим расстройствам. Развивается астения – общая реакция организма на любое состояние, угрожающее истощению энергетических ресурсов [2]. У многих, страдающих астенией, наблюдается слабость, раздражительность, недомогание, перепады настроения, капризность, неудовольствие, плаксивость [1].

Цель исследования - изучить по субъективной шкале оценки астении (MFI-20) влияние различных факторов жизни на студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета (КГМУ) и наличие у них астенических расстройств.

Материалы и методы исследования. 50 студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, прошедших анкетирование по астеническим расстройствам. Было изучено их мнение по поводу астении, для которой характерна раздражительность, усиленная утомляемость, перепады настроения, нарушение сна: бессонница ночью, вялость днем, также у некоторых студентов были выявлены астенические расстройства.

В роли объекта данного исследования выступили студенты лечебного факультета КГМУ, в качестве предмета – их ответы на анкетирование.

Результаты исследования. По результатам анкетирования был проведен статистический анализ астенических расстройств студентов лечебного факультета КГМУ по субъективной шкале оценки астении (MFI-20), а также были учтены такие показатели, как пол и возраст студентов (табл. 1). Благодаря исследованию были выявлены астенические расстройства различного генеза как у женщин, так и у мужчин.

Таблица 1 – Распределение респондентов по возрастному цензу

№ п/п	Возраст, годы	Кол-во человек	Относительная доля пациентов, %
1.	19-21	30	60
2.	22-24	20	40
Всего:		50	100

Таблица 2 – Распределение респондентов по полу

№ п/п	Пол	Кол-во человек	Относительная доля пациентов, %
1.	Женский	40	80
2.	Мужской	10	20
Всего:		50	100

В результате опроса 50 студентов лечебного факультета КГМУ на тему астении были получены ответы на представленные 20 вопросов:

1. Я чувствую себя здоровым(-ой)
2. Физически я способен(-а) на немногое
3. Я чувствую себя активным
4. Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие
5. Я чувствую себя усталым(-ой)
6. Мне кажется, я многое успеваю за день
7. Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом
8. Физически я способен(-а) на многое
9. Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать
10. Я думаю, что за день выполняю очень мало дел
11. Я могу хорошо концентрировать внимание
12. Я чувствую себя отдохнувшим(-ей)
13. Мне требуется много усилий для концентрации внимания
14. Физически я чувствую себя в плохом состоянии
15. У меня много планов
16. Я быстро устаю
17. Я очень мало успеваю сделать
18. Мне кажется, что я ничего не делаю
19. Мои мысли легко рассеиваются
20. Физически я чувствую себя в прекрасном состоянии

В каждом вопросе необходимо было оценить степень применимости данного утверждения к своему состоянию по пятибалльной шкале. Затем был произведен анализ всех полученных ответов по субшкалам: общая астения (оценивали вопросы № 1, 5, 12, 16); пониженная активность (вопросы № 3, 6, 10, 17); снижение мотивации (вопросы № 4, 9, 15, 18); физическая астения (вопрос № 2, 8, 14, 20); психическая астения (вопросы № 7, 11, 13, 19), а также суммарный общий балл не должен был превышать 20-30 единиц. Если студент набирает более 12 баллов по какой-либо субшкале, то предварительно можно говорить о том, что у человека наблюдается «астенический синдром». В ходе исследования было выявлено, что у участников анкетирования под порядковыми номерами: 5, 6, 14, 15, 24, 25, 36, 40, 41 (9 человек) наблюдается астения различного генеза (табл. 3). Возможно, это начальные стадии астении – астенические расстройства. Также результаты могли быть получены в стрессовых ситуациях студентов, например, сессия, что пагубно сказывается на психологическом состоянии студентов. Если рассматривать результаты исследования, доля респондентов по полу, то можно сделать вывод, что

у студентов мужского пола из 10 человек – 30% (3 человека) с астеническим расстройством, у женского пола обстановка результатов благоприятнее: лишь 15% (6 человек из 40) имеют астенические расстройства.

Таблица 3 – Наличие астении у студентов по субшкалам

Порядковый номер участника	Итоговый балл	Общая астения (пункты: 1, 5, 12, 16)	Физическая астения (пункты: 2, 8, 14, 20)	Пониженная активность (пункты: 3, 6, 10, 17)	Снижение мотивации (пункты: 4, 9, 15, 18)	Психическая астения (пункты: 7, 11, 13, 19)
5	60	13	11	12	12	13
6	60	12	12	12	12	12
14	52	11	10	9	10	12
15	67	15	15	12	11	14
24	62	12	13	12	12	13
25	64	15	13	14	12	10
36	62	12	5	14	14	17
40	56	10	9	15	9	13
41	62	12	12	13	11	14

Выводы. В результате исследования мы пришли к выводу, что астенические расстройства – это комплекс расстройств, проявляющихся нарушением физиологических параметров, физической активности, эмоциональной лабильностью. Многие студенты, участвующие в анкетировании, имеют астению различного происхождения, нельзя сказать, что у кого-то, например, ярко выраженная астения по субшкале – снижение мотивации или психическая астения. Все из 9 участников, у которых проявились астенические расстройства, имеют комплекс из всех субшкал. Необходимо помнить, что астения является патологическим состоянием и требует особого внимания специалистов, поскольку именно астенические расстройства считаются начальной стадией более сложных психических и неврологических расстройств [3]. При отсутствии должного лечения астении могут возникнуть депрессивные состояния и истерии [5]. Самое главное, что своевременное обращение человека с астенией к врачу и правильно подобранное лечение вернут к обычной жизни в короткий срок.

Список литературы.

1. Гречко, Т.Ю. Современные тенденции диагностики и терапии астении / Т.Ю. Гречко, Ю.Е. Васильева // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1. – С. 63-67.

2. Гутник, В.В. Распространенность признаков астенического синдрома у студентов медицинского университета / В.В. Гутник // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 1. – С. 98-101.

3. Тараканова, Е.А. Возможности коррекции когнитивных нарушений при астении / Е.А. Тараканова, М.Н. Волков // Вестник академии знаний. – 2014. – № 4(11). – С. 91-96.

4. Фаустова, Ю.П. Взаимосвязь депрессии и астении у студентов / Ю.П. Фаустова // Аллея науки. – 2020. – Т. 1, № 12(51). – С. 183-189.

5. Шутеева, Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные методы коррекции / Т.В. Шутеева // РМЖ. – 2018. – Т. 26, № 4-2. – С. 80-84.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОЙ АСТЕНИИ

Адамова А.Э., Лазарев А.Ю.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Коронавирусная инфекция является весьма релевантной проблемой, приводящей к ряду осложнений и летальным исходам по всему миру. Данный вирус оказывает повреждающее воздействие на центральную и периферическую нервную систему, способствуя возникновению астенического синдрома. Постковидная астения или астенический синдром представляет собой патологическое состояние, не устраняющееся отдыхом, проявляющееся значительным снижением работоспособности, нарушением привычной жизнедеятельности. Также упомянутое состояние инициирует более тяжелые психические и соматические нарушения, сочетающиеся с депрессией, тревогой и стрессом, которые представляют долгосрочные последствия от перенесенного COVID-19. Понятие постковидной астении ни что иное, как субъективный феномен, диагностика которого на сегодняшний день вызывает некоторые затруднения и соответственно представляет большой интерес.

Цель исследования – изучение и систематизация особенностей проявления постковидной астении в зависимости от возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на 30 переболевших подтвержденным COVID-19 пациентах мужского и женского пола на основании амбулаторного приема на базе ОБУЗ «КГБ № 2» в возрасте от 18 до 75 лет при использовании анкетирования с помощью HADS и SF-36. Оценивались следующие характеристики: тяжесть перенесенного COVID-19, появление тревоги и депрессии, физическое и психическое здоровье и другие проявления постковидного периода. Для статистической обработки данных использовали корреляционный анализ.

Результаты исследования. В данном исследовании участвовали 30 переболевших подтвержденным COVID-19 пациентов. Для удобства оценивания тяжести перенесенного вируса пациенты были распределены по возрасту следующим образом: 18-29 лет – 6 человек (20%), 30-55 лет – 11 человек (38%), 56-75 – 10 человек (34%), 75 и более – 2 человека (7%). При использовании анкетирования с помощью HADS и SF-36 были рассмотрены следующие показатели: депрессия, тревога, физическое и психическое здоровье относительно возраста.

Вследствие проведенного опроса было выявлено, что в возрасте 18-29 лет все опрошенные данной группы перенесли коронавирус в легкой форме, лечась в домашних условиях или амбулаторно. По данным HADS, ни один из этих пациентов не имеет симптоматики тревоги и депрессии. Можем сделать вывод, среди опрошенной группы в возрасте 18-29 лет неврологических осложнений не выявлено. В результате анкетирования было выявлено, что в возрасте 30-55 лет 4 человека (36%) были госпитализированы в специализированный стационар, одному пациенту приходилось оказывать реанимационные мероприятия, что свидетельствует о тяжелой форме заболевания. Пациенты, участвующие в исследовании, в возрасте 30-55 лет переносят COVID-19 в

среднетяжелой форме, с более выраженными постковидными симптомами тревоги и депрессии. Причинами более тяжелого периода болезни и периода после нее, могут быть хронические заболевания (сахарный диабет 2 тип, артериальная гипертензия, эпилепсия), присутствующие у рассмотренных нами переболевших, однако не обнаруженные в возрастной группе 18-29 лет.

В возрасте 56-75 лет госпитализировано 40% опрошенных. Заболевание протекало в тяжелой форме, в реанимации нуждалось 75% госпитализированных. 4 человека (44%) имеют признаки постковидной астении, включающие тревогу и депрессию. У двух пациентов (22%) были выявлены тревожные расстройства, у одного пациента наблюдается выраженная депрессия. Резко сниженные показатели психического здоровья у пациентов этого возраста говорят об их психической истощенности и тяжести их эмоционального состояния. Предполагаем, что такие цифры были обусловлены тем, что в возрасте 56-75 лет встречается еще больше коморбидных состояний, таких как артериальная гипертензия (60% от общего числа), сахарный диабет 2 типа (67% от общего числа). В данной возрастной группе встречаются также ухудшение состояния болезни Паркинсона, повторные инсульты. В результате проведенного исследования было выявлено, что среди участвующих в исследовании пациентов в возрасте более 75 лет COVID-19 протекал в среднетяжелой форме, все опрошенные отказывались от госпитализации. Постковидная астения у этих пациентов не так выражена и находится в субклиническом состоянии из-за более выраженной основной патологии. Однозначно ответить ухудшилось ли их состояние после COVID-19 эти пациенты не могут. Однако показатели их психического здоровья резко снижены, что было выявлено в результате анкетирования.

Выводы. Таким образом, установлено, что постковидная астения является частым осложнением у пациентов, переболевших COVID-19, выраженность которой зависит от возраста пациентов и наличия у них коморбидных патологий.

Список литературы.

1. Белопасов В.В. Поражение нервной системы при COVID-19 / В.В. Белопасов, Я. Яшу, Е.М. Самойлова, В.П. Баклаушев // Клиническая практика. – 2020. – № 11(2). – С. 60-80.
2. Камчатнов П.Р. Астенические и когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19 / П.Р. Камчатнов, Э.Ю. Соловьева, Д.Р. Хасанова, В.В. Фатеева // Медицинское обозрение. – 2021. – № 10. – С. 636-641.
3. Петрова Л.В. Астения в структуре постковидного синдрома: патогенез, клиника, диагностика и медицинская реабилитация / Л.В. Петрова, Е.В. Костенко, М.А. Энеева // Доктор.Ру. – 2021. – № 20(9). – С. 36-42.
4. Шишкова В.Н. Весенний сезон острых респираторных инфекций: что это означает для коморбидного пациента и как к нему подготовиться / В.Н. Шишкова // Лечебное дело. – 2019. – № 4. – С. 122.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Алфимова К.А., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Дизосмия, протекающая как моносимптом, либо ассоциированная вместе с дисгевзией, являются одними из первичных патогномичных симптомов коронавирусной инфекции [2]. Некоторые клинические базы, например, Центры по контролю и профилактике заболеваний в США уже включили anosmia в перечень скрининговых симптомов при COVID-19. Распространенность дизосмии на фоне коронавирусной инфекции достаточно вариабельна. Так, по данным Huang L., Yao Q., Gu X., через полгода после перенесенной вирусной инфекции дизосмия встречалась у 11% переболевших COVID-19, а спустя год – у 4% пациентов. В 60-80% зарегистрированных случаев коронавирусной инфекции дизосмия диагностировалась среди европейского населения. В Восточной Азии данный симптом наблюдался в 30% всех выявленных случаев у пациентов с COVID-19 [3]. Обонятельная дисфункция на фоне коронавирусной инфекции существенно снижает качество жизни пациентов.

Цель исследования – изучение механизмов, клинических проявлений и возможных методов лечения и реабилитации при дизосмии, ассоциированной с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования явились актуальные данные зарубежных литературных источников. Методами исследования послужили анализ и синтез полученных данных.

Результаты исследования. Нейроэпителий носовой полости состоит из нескольких функциональных типов клеток: чувствительные биполярные обонятельные нейроны с концевыми жгутиками; поддерживающие клетки (суспендакулярные и микроворсинчатые клетки); базальные клетки, обеспечивающее физиологическую регенерацию в течение 60 дней; секреторные клетки (железы Боумена) [1, 5].

Доказано, что в основе взаимодействия вируса COVID-19 и клетки обонятельного эпителия лежит рецепторное взаимодействие, которое базируется на связывании спайкового белка SARS-CoV-2 с ангиотензинпревращающим ферментом 2 (АПФ-2) на поверхности мембраны клетки. Известно, что основными клетками-мишенями коронавируса являются поддерживающие клетки слизистой оболочки (суспендакулярные и микроворсинчатые клетки), так как именно на них в большем количестве экспрессируется АПФ-2. Поэтому при контакте вируса с рецепторным аппаратом клеток запускается механизм разрушения чувствительных биполярных нейронов, и развивается дизосмия [3, 4].

Иным механизмом, приводящим к обонятельной дисфункции, может быть разрушение базальных клеток, на поверхности которых также выявлен АПФ-2. Вследствие этого нарушается процесс физиологического нейрогенеза. Именно поэтому у некоторых пациентов может быть достаточно долгий период восстановления обоняния [2]. Немаловажна эндотелиальная дисфункция

сосудистых перицитов микрососудов слизистой носа и обонятельной луковицы, так как стремительно развивается местная воспалительная реакция с выделением большого количества провоспалительных цитокинов (ИЛ 1,6,10; ФНО-альфа; гамма-ИФН), ведущая к нарушению обонятельной функции [6].

При сочетанном механизме повреждения разных клеток нейроэпителия, в том числе и сосудов, развивается определенная клиническая картина. Основными жалобами могут быть снижение обоняния различной интенсивности (гипосмия) или его полное отсутствие (аносмия), а также извращение обоняния – паросмия. Важной клинической особенностью является отсутствие признаков ринореи и отека слизистой оболочки полости носа в отличие от типичной обонятельной дисфункции при других вирусных заболеваниях, таких как ОРВИ, грипп, риновирус, аденовирус и другие. Ввиду топографо-анатомического близкого расположения органов чувств помимо вышеуказанных симптомов пациентов может беспокоить полное отсутствие вкусовых ощущений (агевзия), либо изменение их в различной степени (дисгевзия) [6].

При диагностике дизосмии, ассоциированной с COVID-19, важен факт выяснения недавнего контакта обследуемого пациента с больным коронавирусной инфекцией, или хотя бы имеющего характерные симптомы, либо недавно переболевшим. Широко применяются как лабораторные, так и инструментальные методы диагностики при подозрении на поражение обонятельного анализатора. В качестве лабораторного исследования обязательен результат ПЦР-анализа мазка из носа и ротоглотки или экспресс-теста на выявление антигена. В практике зарубежных коллег широко применяется обонятельный тест (University of Pennsylvania Smell Identification Test – UPSIT), состоящий из 40 различных одорантов [1]. В качестве инструментального исследования наиболее информативно проведение МРТ головного мозга с визуализацией обонятельной луковицы. В таком случае визуализируется характерная прямоугольная структурная деформация обонятельной луковицы [2, 4].

Лечебные мероприятия по поводу дизосмии сводятся к специфической терапии самой коронавирусной инфекции. Описаны случаи возможного самостоятельного улучшения обонятельной функции и полное ее восстановление. При неэффективности в течение первых 14 дней со дня назначенной терапии пациентам рекомендован обонятельный тренинг, который заключается в самостоятельном регулярном (от 2 до 4 раз в день) вдыхании каждой носовой пазухой различных интенсивных ароматических пахучих веществ, среди которых могут быть масло лимона, розы, эвкалипта и другие. Процедура, как правило, проводится на протяжении 20 секунд. Спустя 3 месяца набор одорантов следует менять [1, 6]. В комплексной терапии показаны интраназальный витамин А и системные омега-3, способствующие восстановлению и усилению процесса обонятельного нейрогенеза. При паросмии пациентам следует принимать пищу комнатной температуры. В случае непереносимости запаха и/или вкуса мясных продуктов для профилактики возможного белкового дефицита нужно придерживаться белковой диеты. При anosмии предлагается употреблять в пищу острые приправы, перец чили, чеснок и т.п. [3, 4].

Выводы. В ходе проведенного исследования было выяснено, что патогенетические механизмы дизосмии при новой коронавирусной инфекции многовариантны, так как могут участвовать различные морфологические структуры как эпителия носовой полости, так и микрососудистого русла, что обуславливает клинический исход. Клинические проявления достаточно специфичны, поэтому их нетрудно дифференцировать от иных инфекционных патологий, сопровождающихся каким-либо нарушением обонятельной функции. Вопросы терапии и реабилитации пациентов требуют более тщательного экспериментального и клинического исследования, потому как обоняние для человека является одним из пяти основных сенсорных чувств, обеспечивающих восприятие окружающего мира.

Список литературы.

1. An analysis of patients' perspectives on qualitative olfactory dysfunction using social media / J.K. Parker, C.E. Kelly, B. Smith [et all] // JMIR formative research – 2021. – № 5 (12). – P. 7.
2. Juvekar, M. Olfactory and Taste Dysfunction in Coronavirus Disease 2019 Pandemic / M. Juvekar, B. Sarkar // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. – 2021. – P. 1-8.
3. Mastrangelo, A. Smell and taste disorders in COVID-19: From pathogenesis to clinical features and outcomes / A. Mastrangelo, M. Bonato. – Neurosci Lett. – 2021. – P. 748.
4. Olfactory Bulb MRI and Paranasal Sinus CT Findings in Persistent COVID-19 Anosmia / S.G. Kandemirli, A. Altundag, D. Yildirim [et all] // Acad Radiol. – 2021. – № 28(1). – P. 28-35.
5. The olfactory nerve is not a likely route to brain infection in COVID-19: a critical review of data from humans and animal models / Butowt R., Meunier N., Bryche B., von Bartheld C // Acta Neuropathol. – 2021. – №141 (6). – P. 809-822.
6. Whitcroft, K.L. Olfactory dysfunction in COVID-19: diagnosis and management / K.L. Whitcroft, T. Hummel // JAMA. – 2020. – № 323. – P. 2512-2514.

ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ. СОВРЕМЕННОЕ ВИДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Алябьева А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Дегенеративные изменения межпозвоночного диска представляют собой важную причину заболеваемости и инвалидизации населения, что существенно влияет на качество жизни, особенно среди молодого и активного поколения [1].

Цель исследования. Обзор и систематизация имеющихся данных литературы о процессах, причинах и механизмах дегенерации межпозвоночных дисков.

Материалы и методы. Отобраны и проанализированы публикации электронных платформ PubMed, e-Library и Medline за последние 5 лет.

Результаты. Клинически дегенеративное заболевание межпозвоночных дисков проявляется болью в спине, усиливающейся при движении и нагрузках, нейрогенной перемежающейся хромотой, миелопатией, нарушением функций тазовых органов по периферическому типу, сегментарными и корешковыми расстройствами чувствительности и некоторыми другими рефлекторными синдромами. Дегенерация ткани межпозвоночного диска начинается раньше, чем дегенерация других мышечных и скелетных тканей, и во многих случаях протекает бессимптомно [2].

Частота возникновения болей в пояснице сильно варьируется по данным разных источников. В структуре заболеваемости взрослого населения РФ дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника составляют 48–52% и занимают первое место по числу дней утраты трудоспособности и занимают первое место (41,1%) среди причин первичной инвалидности [3]. Временная нетрудоспособность, обусловленная некомпрессионными синдромами дегенеративно-дистрофических поражений, составляет около 40% неврологических болезней. В общей структуре инвалидности от заболеваний костно-суставной системы дегенеративные заболевания позвоночника составляют 20,3%. По данным разных исследований, в хирургическом лечении нуждаются от 5% до 33% больных с данной проблемой. Это пятая по распространенности причина обращения к врачу и затрагивает от 7,6 до 37% пациентов [1]. Сообщается, что начальная дегенерация межпозвоночного диска может наблюдаться уже в подростковом возрасте, когда у 20% молодых людей появляются легкие признаки заболевания (4, 5). С возрастом заболеваемость растет.

В течение жизни высота межпозвоночной щели постепенно снижается, это ускоряет дегенерацию близлежащих сегментов, а также других структур позвоночника (связки, суставы и мышцы). В дальнейшем это приводит к сужению позвоночного канала и сдавлению нервных тканей, что и является основной причиной дорсалгии, особенно у пожилых людей [4].

Межпозвоночный диск состоит из трех слоев: I) фиброзного кольца с его внешней и внутренней частью, II) центрального пульпозного ядра и III) концевых

пластинок. Микроскопически он состоит из редких фибробластоподобных клеток, расположенных во внеклеточном матриксе, составляющих большую часть структуры диска. Как клетки, так и матрикс имеют основополагающее значение для нормального функционирования межпозвоночного диска [1].

Многие механические факторы в зависимости от продолжительности, тяжести, типа и положения нагрузки влияют на состояние межпозвоночного диска и, следовательно, изменяют физиологическую реакцию на эти факторы [5]. Граница между кольцом межпозвоночного диска и его ядром становится все более отчетливой по мере роста организма. При старении и прогрессирующей дегенерации в первую очередь поражается ядро. Оно становится более волокнистым и менее эластичным. Мелкие разрывы появляются во внешней части диска, откуда они простираются в ядро.

Увеличивается количество фиброзной ткани, изменяется состав и количество протеогликанов, а количество клеток изменяется из-за апоптоза. Различные факторы, такие как механические, травматические, генетические и пищевые, играют важную роль в дегенеративном процессе [5]. Волокна в фиброзном кольце становятся все более дезориентированными, и сеть, состоящая из эластиновых и коллагеновых волокон, постепенно разрушается. Клетки в ядре поражаются апоптозом, а затем некрозом, с другой стороны, они имеют тенденцию к чрезмерному размножению. Эти дегенеративные каскады встречаются часто, и во взрослом межпозвоночном диске до 50% клеток могут быть некротическими [3].

Основным фактором дегенерации межпозвоночного диска является распад протеогликанов на более мелкие фрагменты и последующая их элиминация из ткани диска. Следствием этого является падение осмотического давления в матрице диска и потеря молекул воды. Дегидрированные межпозвоночные диски обладают меньшей способностью выдерживать давление, что повышает риск образования грыж. Потеря протеогликана влияет также на движение других молекул в матрицу диска и из нее. Сывороточные белки и цитокины диффундируют в матрикс, воздействуют на клетки и ускоряют процесс дегенерации [6].

С дегенерацией матрикса связано также количество коллагена и его состав. В условиях дегенерации межпозвоночных дисков общее количество коллагена изменяется незначительно или не изменяется вовсе, однако ориентация, расположение и типы коллагеновых волокон претерпевают более существенные изменения (5, 6). Процессы распада протеинов начинают преобладать над их синтезом. Матриксные металлопротеиназы и катепсины являются наиболее важными ферментами в процессе денатурации белковых молекул [6].

Дегенеративные изменения межпозвоночного диска связаны с повреждением близлежащих структур, таких как связки, суставы и позвоночные мышцы. Это приводит к функциональным изменениям и большей восприимчивости к травмам. Прочность желтых связок уменьшается, что приводит к их гипертрофии и выпячиванию связок в позвоночный канал с последующим сужением и сжатием нервных структур [5]. Причины боли в ходе дегенеративного процесса сложны и во многих случаях представляют собой

справедливое сочетание структурных и механических деформаций, а также активности медиаторов воспаления. Часто пучки спинномозговых нервов вовлечены в дегенеративный каскад, который вызывает хроническую боль, главным образом, из-за их сжатия и частично из-за врастания крошечных нервных окончаний в дегенерированный диск и их активации из-за постоянного высвобождения медиаторов воспаления [3, 5].

Аномальные механические нагрузки и непрерывные микроскопические повреждения приводят к дегенерации диска из-за более быстрого износа как клеточных, так и внеклеточных компонентов. Пациенты предъявляют жалобы на хроническую боль, сопутствующую данному состоянию [2]. Наиболее важными факторами риска являются тяжелый физический труд, ожирение, нарушения осанки и недостаток физической активности [1, 2, 4].

Определенные генетические полиморфизмы молекул матрикса определяют целостность внеклеточного матрикса, и эти полиморфизмы также могут влиять на течение дегенеративного процесса [1, 7].

Снабжение межпозвоночного диска питательными веществами и кислородом зависит главным образом от диффузии. Снижение поступления питательных веществ приводит к снижению количества кислорода и повышению концентрации лактата с последующим изменением pH, что влияет на функцию клеток и синтез внеклеточного матрикса. В долгосрочной перспективе это приводит к дегенеративному процессу [1].

Регенеративная консервативная терапия направлена на восстановление дегенерированного матрикса диска с помощью двух подходов: с помощью факторов роста, усиливающих синтез внеклеточного матрикса клетками диска, и с помощью агентов, ингибирующих цитокины, которые обычно вызывают потерю матрикса. Рекомендуется применение нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов центрального действия, антиконвульсантов и антидепрессантов с целью купирования болевого синдрома. Помимо симптоматической терапии лечение должно включать соблюдение ортопедического режима, применение физиопроцедур, мануальные техники, оптимальный режим двигательной активности [2, 7].

Выводы. Дегенеративное заболевание межпозвоночного диска остается серьезной проблемой здравоохранения и усиливает экономическую нагрузку. Различные факторы, такие как механические, травматические, генетические и пищевые, играют важную роль в развитии данной патологии. От 5% до 33% больных с данной проблемой нуждаются в хирургическом лечении.

Консервативное лечение заключается в восстановлении дегенерированного клеточного матрикса, симптоматическом лечении, проведении физиопроцедур, использовании массажа и соблюдении корректного ортопедического режима и умеренной физической активности.

Список литературы.

1. Systematic Review of Decision Analytic Modelling in Economic Evaluations of Low Back Pain and Sciatica / Hall J.A., Konstantinou K., Lewis M., Oppong R., Ogollah R., Jowett S. // Appl Health Econ Health Policy: 2019. – № 17(4). – 467-491 p.

2. Клинические рекомендации «Дегенеративные заболевания позвоночника» / под ред. Межрегиональной общественной организации «Ассоциация хирургов-вертебрологов». – 2021.

3. Computed tomography-evaluated features of spinal degeneration: prevalence, intercorrelation, and association with self-reported low back pain / Kalichman L., Kim D.H., Li L., Guermazi A., Hunter D.J. // Spine Journal: 2010. – № 10(3). – 200-208 p.

4. Effects of Modic Type 1 Changes in the Vertebrae on Low Back Pain / Hanımoğlu H., Cevik S., Yılmaz H., Kaplan A., Çalış F., Katar S. et al. // World Neurosurg: 2019. – № 121. – 426-432 p.

5. Gender and Lumbar Level on T1p Magnetic Resonance Imaging of Lumbar Discs in Healthy Asymptomatic Adults / Gubitza R., Lange T., Gosheger G., Heindel W., Allkemper T., Stehling C. et al. // Rofo. – 2018. – № 190(2). – 144-151 p.

6. Черепанов, Е.А. Распространенность заблуждений о болях в спине в медицинской среде / А.В. Гладков, Е.А. Черепанов // Травматология и ортопедия России, 2012. – № 3 (65). – 111-117 с.

7. Никифоров, А.С., Гусев Е.И. Частная неврология: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Асадчих А.Д.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. В современном мире большое число пациентов обращаются к врачам разных специальностей с жалобами на слабость, головную боль, тремор, сильную усталость, снижение жизненных сил, рассеянность, раздражительность, неспособность длительно заниматься умственной и физической деятельностью, вегетативные расстройства, нарушения сна, что характерно для астении. Астенический синдром и синдром хронической усталости — два наиболее используемых термина в научной литературе для обозначения астении [2], которая встречается, по различным данным, более чем у 15% пациентов на первичном приеме, что неудивительно, ведь данный синдром может сопровождать различные соматические заболевания.

Специалисты выделяют шесть форм астении в зависимости от вызвавшей ее причины: экзогенно-органическая, психогенно-реактивная, конституциональная, эндогенная, астеническая депрессия и астения, связанная с употреблением психотропных веществ [1].

В свою очередь, экзогенно-органическая форма подразделяется на две одинаково часто встречающиеся формы.

Функциональная астения – обратимая реакция организма на перенапряжение и сильный стресс, не связанная с органической патологией и возникающая чаще всего при синдроме отмены, после родов, перенесённых психических заболеваний и сильного стресса [4]. По длительности течения относится к острой форме.

Органическая астения возникает при неврологических, эндокринных, гепатологических, сердечно-сосудистых, гематологических и психиатрических заболеваниях, после перенесенных ДТП и операций. Является хронической и длительной [4].

Для организма пациента большую опасность представляет как реальное уменьшение энергетических ресурсов, так и любая угроза их снижения. Ретикулярная формация – совокупность клеточных образований, расположенных на всем протяжении ствола мозга и в центральных отделах спинного мозга, регулирующих уровень возбудимости и тонууса различных отделов ЦНС – играет важную роль в процессах сознания, мышления, памяти, восприятия, в системе сон–бодрствование. Ретикулярная формация, получая информацию от всех органов чувств, оценивает ее, фильтрует и передает в лимбическую. Лимбическая система мозга – функциональное объединение переднего, промежуточного и среднего мозга, обеспечивающее эмоционально-мотивационное поведение человека. Получая информацию о внешней и внутренней среде организма, лимбическая система обрабатывает ее и запускает вегетативные, соматические и поведенческие реакции, которые приспособливают организм к изменениям внешней среды и обеспечивают сохранение внутренней среды организма на определенном уровне. При изменениях в активности лимбической системы

и ретикулярной формации возникают сбои в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, являющейся главной составляющей в работе механизмов стресса [2]. Именно эти изменения вызывают астению.

Разнообразие и изменчивость клинической картины при астеническом синдроме обуславливается балансом процессов торможения и возбуждения [2], ввиду чего с нейрофизиологической точки зрения специалистами выделяются три степени выраженности синдрома:

1. Астения с гиперстенией – характеризуется ярко выраженной гиперестезией, повышенной раздражительностью, неустойчивостью внимания, в связи с чем пациенты отмечают заметное снижение работоспособности. При этой степени пациенты могут не предъявлять жалобы на слабость и отсутствие сил.

2. Степень «раздражительной слабости» – ярко выражены вспышки раздражительности, сохраняется гиперестезия, быстрая смена настроения, проблемы с концентрацией внимания. Пациенты с такой степенью астении быстро утомляются при занятиях физическим или умственным трудом.

3. Гипостеническая астения или «чистая» – у пациентов на данной стадии наблюдается истощение всех психических процессов, адинамия, неспособность заниматься какой-либо деятельностью.

Лечение астении во многом зависит от причины, вызвавшей ее, и клинической картины. При назначении лечения, врач должен обратить внимание на наличие каких-либо основных заболеваний или расстройств, обусловивших проявления астении. Для лечения данного синдрома используются медикаментозные и немедикаментозные методы [4].

Немедикаментозная терапия. Множество проведенных исследований доказывают, что, хотя при астении больным тяжело даются физические нагрузки, именно они являются эффективным способом лечения [1]. После контролируемых и индивидуализированных физических нагрузок большинство пациентов отмечает повышение настроения, прилив энергии и уменьшение чувства усталости. Также физические нагрузки можно использовать в комплексе с психотерапией. Есть несколько психологических подходов при астеническом синдроме: симптоматический, воздействующий как на отдельные невротические симптомы, так и общее состояние пациента; терапия, направленная на коррекцию восприятия болезненных ощущений самим пациентом; реконструктивная психотерапия с коррекцией базовых мотиваций личности, которые при астении искажаются [1]. Также большое внимание нужно уделить коррекции режима труда и отдыха пациента, посоветовав по возможности снизить рабочую нагрузку, делать небольшие перерывы во время работы, как можно больше гулять на свежем воздухе, нормализовать режим сна, бросить вредные привычки.

Медикаментозная терапия. Практикующие врачи единогласны касательно эффективности немедикаментозной терапии, однако целесообразность применения фармакологических препаратов вызывает споры, также, как и выбор лекарственных препаратов. Многие клиницисты выбирают препараты, комплексно оказывающие нейропротекторное и мембранопротекторное действие, однако на практике также используются психотропные (преимущественно

антидепрессанты) препараты, психостимуляторы, иммуностимуляторы, анксиолитики, комплексы витаминов и БАДы [5]. Так как астенический синдром тесно связан с нарушениями сна, проявлениями депрессии и тревоги, при которых эффективность антидепрессантов доказана, это объясняет активную применяемость препаратов этой группы при астенических расстройствах [5]. Фармакодинамика психотропных препаратов направлена на ускорение в головном мозге метаболизма серотонина и норадреналина, недостаток которых и вызывает подобные симптомы.

Препараты цитиколинового ряда ввиду особенностей своего строения аналогичны предшественникам главных ультраструктурных компонентов мембраны клеток – фосфолипидам [4]. Органическое соединение холин участвует в синтезе очень важного для патогенеза астении медиатора ацетилхолина, входит в состав данной группы препаратов, благодаря этому они обладают широким спектром действия.

Цитиколин (Нейпилепт) является ярким представителем этой группы препаратов. Препарат повышает уровень внимания и концентрации, способствует повышению памяти [3]. Эффективен в лечении чувствительных и двигательных неврологических нарушений дегенеративной и сосудистой этиологии. При использовании цитиколина в остром периоде инсульта он уменьшает объем поражения ткани головного мозга и улучшает холинергическую передачу. При хронической гипоксии головного мозга цитиколин эффективен в лечении когнитивных расстройств, таких как ухудшение памяти, безынициативность, трудности при выполнении повседневных действий и самообслуживании. Цитиколин, являясь источником холина, принимает участие в синтезе нейромедиатора ацетилхолина, стимулирует активность тирозингидроксилазы и секрецию дофамина. Стрессопротекторное действие цитиколина проявляется в нормализации соматовегетативных расстройств, нормализации сна, улучшении настроения [3]. Антидепрессивный эффект связан со способностью цитиколина активизировать норадренергическую, дофаминергическую и серотонинергическую системы.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины функциональной астении у пациентов молодого возраста и эффективности применения цитиколина (Нейпилепта) с целью купирования ее проявлений.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 50 пациентов с функциональной астенией: 20 (40%) мужчин и 30 (60%) женщин. 25 пациентов с функциональной астенией составили основную группу, и 25 пациентов составили группу контроля. У каждого участника собрали анамнестические данные, в том числе данные о пережитых стрессовых ситуациях, провели тщательное физикальное исследование по системам органов, уделив особое внимание неврологическому статусу. У пациентов обеих групп определили уровень тревожности и выраженности депрессивных состояний, используя шкалы Гамильтона HARS и HDRS, определили выраженность астенических проявлений по шкале астенического состояния (ШАС). Возраст пациентов колебался от 28 до 38 лет, средний возраст – 34 года. В неврологическом статусе не было выявлено патологий. При физикальном исследовании у 15% пациентов были

выявлены тахикардия и незначительное повышение артериального давления. У трети мужчин и 65% женщин в анамнезе присутствовали значительные психоэмоциональные и физические перегрузки, у оставшейся части исследуемых развитию заболевания предшествовала неправильная организация труда – ненормированный рабочий день, постоянные ночные смены, большой объем работы без выходных, напряженная обстановка в коллективе. Группа контроля состояла из 25 пациентов с функциональной астенией, которая соответствовала пациентам основной группы по возрасту, характеру предъявляемых жалоб, состоянию здоровья и неврологическому статусу, уровню образования. Исследуемые и из основной, и из контрольной группы жаловались на выраженную эмоциональную неустойчивость и тревожность, резкое снижение памяти и внимания, снижение концентрации, нарушение сна, проявляющееся в виде бессонницы ночью и сонливости днем, депрессивные и суицидальные мысли, раздражительность, обидчивость, головные боли, непереносимость резких звуков. Для терапии проявлений астенического синдрома исследуемым пациентам основной и контрольной групп назначили одинаковые по составу и фармакологическому действию поливитаминные комплексы и биологически активные добавки. Однако только пациентам из основной группы в дополнение был назначен Цитиколин (Нейпилепт) в форме раствора для перорального применения в течение 30 дней в дозировке по 500 мг/сут.

Результаты исследования: согласно полученным результатам, мы видим, что в основной группе применение Нейпилепта за месяц существенно снизило проявление тревоги – до лечения показатель тревоги по шкале Гамильтона составлял 22,4 балла, после лечения этот показатель составил 12,4 балла. После лечения пациенты основной группы заметили исчезновение тревожности, раздражительности, отметили повышение настроения и улучшение сна. В контрольной же группе, пациенты которой не принимали Нейпилепт, данный показатель снизился существенно меньше – с 22,1 балла до 19,9 балла. Пациенты контрольной группы после лечения также отмечали за собой проявления тревожности, сон по-прежнему был нестабилен. Также в основной группе после лечения резко снизился показатель депрессии – с 16,5 балла по шкале Гамильтона в начале лечения до 11,5 балла после лечения. В контрольной группе существенных изменений не было – показатель депрессии с 16,4 изначальных баллов снизился до 16,0 баллов в конце лечения. После лечения пациенты основной группы не предъявляли жалоб на проявления депрессии, в то время как у пациентов контрольной группы, не принимавшей Нейпилепт, жалобы оставались практически без изменений. Об эффективности Нейпилепта также можно судить по результатам шкалы астенического состояния (ШАС). До лечения показатели основной группы составляли 88,7 балла, после лечения – 58,3 балла в отличие от показателей контрольной группы, где до лечения общий балл был 89,5, а после лечения – 71,2 балла, что говорит о том, что у пациентов основной группы лечение проходило быстрее и эффективнее. После лечения Нейпилептом пациенты основной группы субъективно отмечали прилив сил, исчезновение слабости, появление желания к активной деятельности, чего не было у пациентов контрольной группы.

Кроме того, уже в середине лечения Нейпилептом пациенты основной группы предъявляли меньше жалоб на усталость, раздражительность, непереносимость резких звуков, плохое настроение, нарушения сна и головную боль, что позволяет судить о тесной связи между приемом Нейпилепта и регрессом нейросоматической дисфункции.

Вывод: результаты исследования наглядно демонстрируют нам эффективность применение Нейпилепта для коррекции проявлений функциональной астении у лиц молодого возраста. Данный препарат оказал существенное улучшение качества жизни пациентов, ускорив процессы адаптации к психическим, физическим и эмоциональным нагрузкам. После применения Нейпилепта у пациентов улучшилась память, концентрация, снизилась раздражительность, исчезли слабость, тревожность и депрессивные мысли, улучшился сон.

Список литературы.

1. Гусев, В.В. Современные подходы к терапии астенического синдрома / В.В. Гусев, О.А. Львова // *Consilium Medicum*. – 2013. – № 1. – С. 60-64.
2. Шутеева, Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции / Т.В. Шутеева // *РМЖ*. – 2018. – Т. 26. – № 4-2. – С. 80-84.
3. Шутеева, Т.В. Применение нейпилепта для коррекции проявлений астенического синдрома / Т.В. Шутеева // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2018. – Т. 118. – № 2. – С. 81-84.
4. Путилина, М.В. Астенические расстройства в общей медицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии / М.В. Путилина // *Нервные болезни*. – 2013. – № 4. – С. 26-33.
5. Шутеева, Е.Ю. Мемопрув в коррекции симптомов функциональной астении / Е.Ю. Шутеева, Т.В. Шутеева // *Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Курск, 26–27 ноября 2020 года*. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 263-269.

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Бабаскина М.Р.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. В современном мире отмечается тенденция старения населения, что является результатом многочисленных демографических сдвигов в отношении показателей рождаемости, смертности, уровня жизни населения. Несмотря на общее увеличение рождаемости детей в России, количество детей в возрасте от 0 до 5 лет составляет 19,1% от общей численности населения, а доля пенсионеров – 15,8%, что является показателем демографического кризиса и старения населения.[3] Вместе с увеличением численности населения в возрасте от 65 лет растет показатель увеличения нейродегенеративных заболеваний. Одним из самых распространенных причин деменции, которой страдает около 50 миллионов людей во всем мире, является болезнь Альцгеймера (60-70%). На втором месте по распространенности среди нейродегенеративных заболеваний находится болезнь Паркинсона (БП).[2] В мире насчитывается 6,3 млн человек, страдающих болезнью Паркинсона, в России же заболеваемость БП составляет порядка 200 случаев на 100 000 населения. В пересчете на население Курской области (по данным Росстата, в 2022 году оно составило 1 081 905 чел.) заболеваемость равна примерно 2163,83 человек, что составляет 0,2% населения области.[4] На данный момент почти все симптомы болезни Паркинсона изучены достаточно хорошо. Однако многие двигательные проявления при данной патологии сопровождаются различными немоторными симптомами.[1] Они снижают качество жизни самих пациентов, их родных, именно поэтому изучение данной патологии, ее взаимосвязи с когнитивно-эмоциональными расстройствами является как никогда актуальным.

Цель исследования – использование лекарственного препарата «Церебролизин» для коррекции когнитивных нарушений в сочетании с эмоционально-поведенческими расстройствами, характерных для болезни Паркинсона, при взаимодействии с комплексной терапией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 человек, обладающих когнитивно-эмоциональными расстройствами, когнитивными изменениями и тревожно-депрессивным синдромом. У всех пациентов была диагностирована изучаемая патология – болезнь Паркинсона. Чаще всего заболеванием страдают люди в пожилом возрасте (старше 60 лет), средний возраст пациентов, составивших выборку, был $62,5 \pm 3,9$ года. Для расчета стадии заболевания использовалась шкала Хен-Яра (где стадия 0.0 характеризует пациента без признаков паркинсонизма, стадия 5.0 – пациента, прикованного к креслу или кровати, не способного жить без посторонней помощи), для оценки эффективности терапии использовалась шкала краткого исследования психического статуса – MMSE (опросник, включающий в себя 30 пунктов, для выявления когнитивных нарушений, где от 28 до 39 баллов присуждается пациентам, не обладающим когнитивными нарушениями, от 0 до 10 – пациентам с тяжелой деменцией) и шкалам депрессии и тревоги Гамильтона – HDRS

и HARS. Шкала HDRS состоит из 21 пункта, затрагивающего такие аспекты, как депрессивное состояние, психическая и соматическая тревога, ранняя, средняя и поздняя бессонница, потеря в весе, деперсонализация, обсессивные и компульсивные симптомы. Суммарный балл в пределах от 0 до 7 баллов считается нормальным, более 23 баллов – признаком депрессии крайне тяжелой степени. Шкала HARS используется для оценки тревоги у пациентов с диагностированным тревожным расстройством или депрессией и является клинической рейтинговой шкалой, состоит из 14 вопросов, затрагивающих проявление тревожности как в повседневной жизни, так и при осмотре. В результате беседы ответ испытуемого по теме каждого вопроса оценивается от 1 до 5 баллов.

Результаты исследования. Стадия заболевания исследуемых пациентов составила 2,5-3, причем среди них наибольшее количество пациентов страдали ригидно-дрожательной формой заболевания. Все пациенты принимали препарат «Леводопа» (бенсеразид) в средней дозе равной $593,2 \pm 77,3$ мг/сут. Кроме того, 18% пациентов принимали также препарат «Амантадин», обладающий не только противовирусным, но и антипаркинсоническим дофаминэргическим эффектом. [5]. Среди принявших участие в исследовании пациентов лекарственных дискинезий не наблюдалось.

Были сформированы две равные по количеству пациентов группы испытуемых: контрольная группа, не получавшая терапию церебролизином, основная – получавшая церебролизин в течение 20 дней в дозировке 5 мл. 1 раз в сутки в/м. Испытуемые не отличались образовательным уровнем, сопутствующими соматическими патологиям, противопаркинсоническому лечению. В результате исследования было отмечено, что у 100% (40 человек) испытуемых была выявлена гипокинезия и ригидность, у 32,5% (13 человек) – тремор покоя, примерно у такого же количества испытуемых 30% (12 человек) – изменение осанки с повышением тонуса в мышцах сгибателях, формирование «позы просителя». Также у 17 пациентов, что составляет 42,5%, обнаруживались проблемы, связанные с опорно-двигательным аппаратом, проявляющиеся нарушением ходьбы.

Продолжительность тревожно-депрессивных расстройств отмечалась особой стойкостью и соответствовала легкой и умеренно-легкой степени депрессии. Кроме того, почти у 100% испытуемых отмечалось тревожное состояние. Во время терапии церебролизином оказал положительное влияние по показателям соматической и психической тревоги. В первой, основной группе пациентов, получавших терапию церебролизином, наблюдалось улучшение нейрокогнитивных показателей по сравнению с контрольной группой (по шкале HARS – $22,5 \pm 2,4$ до лечения (средняя выраженность) и $12,9 \pm 1,8$ после лечения (отсутствие тревоги); по шкале HDRS – $17,9 \pm 1,6$ (средняя выраженность) до лечения и $12,2 \pm 1,9$ после лечения (легкое депрессивное расстройство); по шкале MMSE – $25,6 \pm 1,2$ до лечения и $27,6 \pm 0,9$ после лечения (умеренные когнитивные нарушения до и после лечения). В контрольной группе результаты были следующие: по шкале HARS – $22,3 \pm 1,7$ до лечения и $20,3 \pm 1,6$ после лечения (средняя выраженность до и после лечения); по шкале HADS – $17,5 \pm 2,1$ до

лечения и $16,8 \pm 2,1$ после лечения (средняя выраженность до и после лечения); по шкале MMSE – $25,4 \pm 1,1$ до лечения и $25,4 \pm 1,4$ после лечения (умеренные когнитивные нарушения до и после лечения).

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о положительной динамике лечения и целесообразности использования препарата «Церебролизин» именно в составе комплексного противопаркинсонического лечения болезни Паркинсона с целью коррекции когнитивных и тревожно-депрессивных нарушений. У больных, получавших терапию церебролизином, отмечалось отсутствие тревоги по шкале HARS (до лечения – средняя выраженность), легкое депрессивное расстройство по шкале HDRS (до лечения – депрессивное расстройство средней выраженности) и умеренные когнитивные нарушения до и после лечения.

Список литературы.

1. Дескрипторы болевых ощущений и чувствительность при болезни Паркинсона / В.Б. Никишина, Т.В. Шутеева, И.В. Запесоцкая, Е.А. Петраш // Неврологический вестник. – 2018. – № 1 (50). – С. 21-27.

2. Шутеева, Т.В. Коррекция тревожно-депрессивных расстройств при болезни Паркинсона / Т.В. Шутеева, Н.К. Горшунова // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 5. – С. 765-769.

3. Субъективная оценка боли в структуре немоторных проявлений болезни Паркинсона / В.Б.Никишина, Т.В. Шутеева, И.В. Запесоцкая, Е.А. Петраш // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2017. – № 4. – С. 67-76.

4. Шутеева, Т.В. Немоторные проявления болезни Паркинсона и способы их коррекции / Т.В. Шутеева // Региональный вестник. – 2020. – № 16(55). – С. 12-14.

5. Применение церебролизина в комплексной терапии болезни Паркинсона / Е.П. Луханина, Н.В. Карабань, Н.А. Мельник [и др.] // Украинский вестник психоневрологии, 2006. – Т. 49, № 4. – С. 91-95.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Бондаренко А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Ежегодно, по данным ВОЗ, от депрессий и тревожных состояний страдают 25% населения [1]. Каждый 5-й житель планеты хотя бы раз в жизни перенес тревожное расстройство. Однако в настоящее время глобальной проблемой всего земного шара является пандемия новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, способная вызывать тяжелые многочисленные осложнения и ухудшать психическое здоровье населения [4]. Не склонные к излишним переживаниям и беспокойствам люди чаще стали испытывать психологические проблемы и обнаруживать у себя симптомы тревоги, нарушение сна, депрессии. Пациенты переживают не только за себя, но и за своих близких, ведут себя настороженно, опасаются риска повторного заражения. Анализ публикаций по поводу проблемы возникновения тревожно-депрессивных расстройств на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 является одной из важнейших клинических задач, направленных на их своевременное выявление и коррекцию.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у пациентов на фоне новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2.

Материалы и методы. В ходе работы был проведен анализ доступных литературных источников на тему особенностей клинического проявления и течения тревожно-депрессивных расстройств на фоне новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Результаты исследования. По многочисленным данным исследователей, после введения режима самоизоляции частота тревожных расстройств возросла более чем на 20% [3]. Доказано, что больше всего тревожно-депрессивными расстройствами страдают пациенты с подтвержденной инфекцией COVID-19 в возрастной категории 50-59 лет (62%), меньше всего в возрасте 18-29 лет (3,9%). Стоит отметить, что данные психические проявления встречаются как среди женщин (51,1%), так и мужчин (48,9%) [5]. В группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами данные нарушения встречались чаще у больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 (86,4%), чем без нее (13,6%) [5].

Во многих работах отмечается, что тревожное состояние обусловлено не только внешними факторами быстро меняющихся условий среды, но и внутренними (детские травмы, наличие в семейном анамнезе психических заболеваний, высокий уровень стресса). Основными предпосылками для увеличения тревожно-депрессивных расстройств являются кардинальное изменение образа жизни в результате карантинных мер, лишение работы, привычного уклада жизни, эмоциональные состояния и переживания по поводу угрозы жизни и здоровья, ситуация полной неопределенности, значительное влияние средств массовой информации, эмоциональных рассказов людей о перенесенном заболевании, соблюдение рекомендации по предотвращению

коронавирусной инфекции (ношение масок и перчаток, соблюдение дистанции, частое мытье рук).

Несмотря на большое количество исследований по изучению психических нарушений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вопрос их патогенеза остается спорным и до конца неизвестным. В одних работах психические расстройства являются следствием органической патологии головного мозга, в других же они связаны непосредственно со стрессовыми факторами.

В условиях пандемии COVID-19 чаще всего диагностируются расстройства адаптации с тревожно-депрессивной реакцией, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), COVID-фобия, характеризующаяся постоянным страхом инфицирования, панические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство [4].

В ходе клинико-психопатологических исследований было выяснено, что при тревожно-депрессивных расстройствах преобладают симптомы тревоги, однако при ее длительности и высокой степени выраженности отмечаются и симптомы депрессии. Клинические симптомы тревожных расстройств многообразны, чаще всего они проявляются беспокойством по мелочам, о своем будущем, раздражительностью и нетерпеливостью, чувством одиночества, суетливости, ощущением напряжения, взвинченности, скованности, невозможностью сконцентрироваться, ухудшением памяти, страхами и навязчивыми мыслями.

Клиника депрессивных расстройств очень разнообразна и может проявляться астеноипохондрическим, дисфорическим или астеническим вариантом как легкой, так и средней степени тяжести. Так, например, у пациентов с вирусной инфекцией COVID-19 астеноипохондрическая депрессия сопровождалась жалобами на соматический дискомфорт, проявляющийся неприятными мучительными ощущениями в виде распирания, давления, тяжести в голове и в других частях тела, возникающих в результате воздействия любых отрицательных эмоций. При астенической депрессии отмечались жалобы на раздражительность, быструю утомляемость, слабость, вегетативные нарушения (учащенное сердцебиение, колебание АД, потливость). Нередко возникала и дисфорическая депрессия, основными проявлениями которой являлись раздражительность, вспыльчивость, ворчливость. Чаще всего такие пациенты бурно выражают свое недовольство по незначительному поводу, жаловались на своих родственников.

Также стоит упомянуть, что за помощью к специалистам стало обращаться огромное количество людей с паническими атаками. Психологи цифровых медицинских центров сообщают, что количество дистанционных обращений с начала 2021 г. выросло на 47% относительно весны и на 30% относительно лета [2]. Усиление частоты пульса, потливость, ощущение страха смерти или вреда здоровью – все эти симптомы возникают одновременно, пугают человека и сильно ухудшают его самочувствие. Основная причина возникновения панических атак на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 связана с гипоксией, способствующей повреждению сосудов малого круга кровообращения, головного мозга и некоторых нейронов.

Выводы. Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 является достаточно актуальной проблемой в современном мире, приносящей колоссальный ущерб психическому здоровью людей. С учетом высокой представленности тревожных расстройств возрастает актуальность их современного выявления и коррекции. Многочисленные данные, полученные в ходе исследований, могут послужить основой для разработки эффективных методов терапии пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Список литературы.

1. Депрессия в Европе: факты и цифры. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures> (дата обращения 01.04.2022).
2. Клиники на фоне новой волны ковида фиксируют рост обращений пациентов с паническими расстройствами. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2021/10/27/893152-kliniki-volni> (дата обращения 01.04.2022).
3. Корабельникова, Е.А. Тревожные расстройства в условиях пандемии COVID-19 / Е.А. Корабельникова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2021. – Т.16, № 1. – С. 79–85. URL: <https://medvestnik.stgmu.ru/files/articles/1148.pdf> (дата обращения 01.04.2022).
4. Мосолов, С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120. – № 5. – С. 7-15.
5. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с COVID-19 / С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, А.К. Дуйсенова и др. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2021. № 4. – С. 176-182. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhno-depressivnye-rasstroystva-u-patsientov-s-covid-19/viewer> (дата обращения 01.04.2022).

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19

Бычкова К.В., Тарасова Ю.Ю.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Почти с самого начала пандемии COVID-19 стали появляться данные о неврологических осложнениях перенесенной коронавирусной инфекции, которые наблюдались у более 30% пациентов. Появление неврологических осложнений можно объяснить тем, что SARS-CoV-2 обладает высоким сродством к рецептору ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2), который также экспрессируется в нейронах и глиальных клетках. При патологоанатомических исследованиях в спинномозговой жидкости, а также в цитоплазме нейронов неокортекса и гипоталамуса были обнаружены вирионы, наблюдались отек и дегенерация нейронов. Среди неврологических осложнений новой коронавирусной инфекции можно выделить anosmia, периферическую невропатию, мозговые расстройства [4].

Цель исследования – проанализировать неврологические осложнения после COVID-19.

Материалы и методы. Материалами для настоящего исследования послужил анализ научных статей отечественных и зарубежных ученых на тему неврологических осложнений после COVID-19.

Результаты. Рецепторы ACE2, к которым SARS-CoV-2 обладает сродством, встречаются в легких, сердце, слизистой оболочке полости рта, почках, скелетных мышцах, ЦНС. Данный факт позволяет говорить о том, что вирус COVID-19 может поражать сразу несколько систем органов человека.

Возникновение anosmia и dysosmia является самым частым осложнением перенесенной коронавирусной инфекции, с которым сталкивается более 53% переболевших пациентов. Основным местом внедрения SARS-CoV-2 является эпителий дыхательной системы, именно поэтому воздействие вируса на обоняние и вкус не вызывает удивления [3]. При COVID-19 наблюдается нейросенсорный механизм возникновения anosmia и dysosmia. Частицы вируса способны поражать опорные клетки обонятельного эпителия, имеющие на своей поверхности ACE2 рецепторы. После связывания с этим рецептором вирусные частицы путем эндоцитоза проникают в опорные клетки, которые выполняют защитную и трофическую функцию. Гибель опорных клеток в свою очередь ведет к нарушению функционирования рецепторных клеток обонятельного эпителия [1].

В многочисленных исследованиях была установлена взаимосвязь между перенесенным COVID-19 и возникновением инсульта. Согласно результатам, полученным американскими учеными, частота возникновения инсульта у пациентов с коронавирусной инфекцией в 8 раз выше, чем у пациентов с гриппом. Развитие инсульта при COVID-19 можно объяснить тем, что SARS-CoV-2 способен осуществлять инвазию стенки сосуда и тем самым провоцировать коронавирус-индуцированную коагулопатию вследствие возникновения воспаления эндотелия (возникает эндотелиальная дисфункция). Существуют данные о том, что приблизительно у 20-50% пациентов, заболевших COVID-19, в первую неделю болезни происходит повышение содержания

D-димера в крови в 2 раза, также наблюдается увеличение протромбинового времени приблизительно на 1-3 секунды, а на более поздних сроках заболевания происходит снижение уровня фибриногена крови.

Так, в исследовании S. Yaghi и соавт. у пациентов с ишемическим инсультом и коронавирусной инфекцией уровень D-димера был выше по сравнению с пациентами без ишемического инсульта. S. Yaghi и соавт. выдвинули предположение о том, что гиперкоагуляция послужила причиной большой частоты встречаемости ишемического инсульта у пациентов с коронавирусной инфекцией. Стоит отметить, что у пациентов, страдающих COVID-19 и инсультом, смертность составляет порядка 39%, что существенно выше, чем у пациентов с инсультом без коронавирусной инфекции [2, 4].

Большой интерес вызывает развитие синдрома Гийена-Барре у пациентов, страдающих COVID-19. В исследовании Whittaker et al. среди 2504 пациентов с COVID-19 наблюдалось 11 случаев синдрома Гийена-Барре (0,4%). Несмотря на столь небольшую частоту встречаемости данного синдрома, у пациентов наблюдаются долгосрочные неврологические последствия и летальные исходы. Появление синдрома Гийена-Барре при заражении SARS-CoV-2 связано с возникновением сильного иммунного ответа, который способствует активации провоспалительных цитокинов. Следует отметить, что у пациентов может наблюдаться различная клиническая картина: от снижения мышечной массы в конечностях и парестезий до паралича дыхательной мускулатуры [4].

У пациентов, страдающих тяжелой формой COVID-19, может развиваться энцефалопатия. Так в исследовании Panda и соавт., в котором приняло участие 3707 пациентов у 25 пациентов (0,7%) наблюдалась энцефалопатия. Возникновение энцефалопатии может быть обусловлено взаимодействием ACE2 и SARS-Cov-2 на эндотелии капилляров и нейронах. Повреждение нейронов ведет к иммуноопосредованному повреждению нервной ткани. У более трети пациентов, страдающих тяжелой формой COVID-19, может возникать нарушение сознания, бред во время острого или подострого течения заболевания, что может спровоцировать коматозное состояние и поставить под угрозу всю функциональную способность индивида [4].

Выводы. Неврологические осложнения, возникшие при COVID-19, встречаются достаточно часто. Эти осложнения способны поставить жизнь и функциональные способности человека под угрозу. Раннее выявление постковидного неврологического синдрома, контроль факторов риска, процесс реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции является актуальной и сложной задачей.

Список литературы.

1. Нарушение обоняния и вкуса на фоне COVID-19. Часть 1: [сайт]. URL: <https://medvestnik.by/konspektvracha/narushenie-obony..> (дата обращения: 19.05.2022).

2. COVID-19 и инсульт: возможные причины и патогенез развития (литературный обзор) / А.Е. Кожашева [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2021. – № 1. – С. 103-106.

3. Mechanism of Anosmia Caused by Symptoms of COVID-19 and Emerging Treatments / Raziye Najafloo [et al.] // ACS Chemical Neuroscience. – 2021. – № 12. – P. 3795-3805.

4. Post-COVID 19 neurological syndrome: Implications for sequelae's treatment / William Camargo-Martínez [et al.] // Journal of clinical neuroscience. – 2021. – Vol. 88. – P. 219-225.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЗА 2019-2021 гг. (ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ Г. КУРСКА)

Ватутина А.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. На протяжении последних лет во всем мире зарегистрирован неуклонный рост случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульт входит в тройку основных причин смерти взрослого населения, а также занимает лидирующую позицию среди основных причин длительной нетрудоспособности и инвалидизации. Согласно статистическим данным только на период 2020 года на территории Российской Федерации смертность от ОНМК составила 92,4 на 100000 человек населения, что значительно превышает показатели предыдущих лет [5].

По классификации МКБ-10 в категорию инфаркт мозга (I63) включены: закупорка и стеноз церебральных и прецеребральных артерий (включая плечеголовной ствол), исключая возникающие впоследствии осложнения.

Среди всех видов острого нарушения мозгового кровообращения на долю ишемического инсульта (ИИ) приходится около 80% случаев, а соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет 1:5. Среди пациентов, в анамнезе у которых перенесенный ишемический инсульт, риск развития повторных эпизодов ОНМК достаточно высок и составляет около 25%, что объясняет важность своевременности вторичной профилактики, которая должна быть начата не позднее 48 часов [1]. Отталкиваясь от данных клинических наблюдений, риск повторного инсульта в течение первых 30 суток заболевания наиболее высок при атеротромботическом типе по сравнению с остальными патогенетическими вариантами [2].

На основании стандартов оказания медицинской помощи больным с ОНМК, все пациенты с развитием клиники острого нарушения мозгового кровообращения подлежат экстренной госпитализации, оптимальный срок поступления в стационар варьирует в пределах 3 часов от момента развития первых симптомов [4]. Данные сроки оптимальны для возможности реперфузионной терапии, которая при ишемическом инсульте, связанном с тромбозом или эмболией, решается проведением тромболитической терапии. В настоящее время «золотым стандартом» системного тромболитика является препарат Алтеплаза (0,9 мг/кг внутривенно, максимально до 90 мг, где 10% дозы вводятся болюсом, а оставшаяся часть – в течение 1 часа) [3].

Одной из приоритетных задач системы здравоохранения является как снижение случаев острого нарушения мозгового кровообращения путем первичной профилактики, так и увеличение показателей ранней госпитализации пациентов с ОНМК, в период «терапевтического окна», что обеспечивается оптимизацией работы служб скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических организаций и приемного отделения специализированного учреждения. Ишемический инсульт остается одной из самых важных медико-социальных проблем настоящего времени, что подчеркивает актуальность и важность данной темы.

Цель исследования – провести анализ заболеваемости ишемическим инсультом за период 2019-2021 гг.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе регионального сосудистого центра и отделения плановой неврологии (данные за 2020-2021 гг.) ОБУЗ «КОМБ» г. Курска. Был осуществлен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ишемическим инсультом за период 2019-2021 гг. Для проведения которого было выделено три исследуемые группы, полностью соответствующих критериям отбора по нозологической форме. В первую группу вошли данные о пациентах, перенесших ишемический инсульт в 2019 году (n=938), во вторую – данные за период 2020 года (n=1305) и в третью группу выделены данные за 2021 год (n=1718). Статистическая обработка результатов исследований выполнена с помощью параметрических методов описательной статистики.

Результаты. За период 2019-2021 гг. в региональный сосудистый центр, включая отделение плановой неврологии ОБУЗ «КОМБ», поступили 3961 человек с диагнозом ОНМК, из них 2925 человек с ишемическим инсультом, что составило 73,8% от общего количества пациентов с ОНМК.

По данным 2019 года число госпитализаций с ишемическим инсультом достигло 71,5% от общего количества пациентов, из них в первые 12 часов от появления симптомов госпитализировано 367 человек (54,7%), в том числе в сроки от 6 до 9 часов – 30%, в сроки от 3 до 6 часов – 34%, а в период до 3 часов – 24% поступивших. Системная тромболитическая терапия препаратом Алтеплаза в дозировке 0,9 мг/кг внутривенно проводилась 21 пациенту (3,1% от общего количества поступивших больных с ИИ), геморрагическая трансформация инсульта наблюдалась у 4 пациентов. Было выписано 95,5% пациентов. Летальный исход был зарегистрирован среди 84 пациентов, из них 16,7% умерли в первые 24 часа. Средний возраст умерших составил $73,8 \pm 1,7$ года.

Показатели госпитализации по данным 2020 года возросли в 1,4 раза (1305 случаев), где 78% пациентов госпитализированы в первые 24 часа, а именно 678 человек (66,5%) в первые 12 часов от развития клинических проявлений, в том числе 169 пациентов (24,9%) в сроки от 6 до 9 часов, 33% – в сроки от 3 до 6 часов и 148 человек (21,8%) до 3 часов от момента развития первых симптомов ОНМК. Из них 3,7% был проведен тромболизис, геморрагическая трансформация инсульта выявлена у 4 пациентов. Выписано 85,2% поступивших. Летальный исход зарегистрирован у 136 человек, что превышает показатели предыдущего года в 1,6 раза. В первые сутки умерло 13,2% больных, в первую неделю – 53,7% от общего числа. Средний возраст умерших $70,2 \pm 1,3$ года.

В 2021 году зарегистрирован рост числа госпитализаций, данный показатель вырос в 1,3 раза относительно данных 2019 года. Подавляющее число пациентов госпитализированы в первые 24 часа (65,8%). Из них 696 человек – в первые 12 часов от начала первых симптомов, 32,6% – в сроки от 6 до 9 часов, 39,7% – в сроки от 3 до 6 часов и 19,4% поступивших были госпитализированы в первые 3 часа. Системный тромболизис в группе наблюдения проводился 3,3% поступивших, случаи геморрагической трансформации инсульта зарегистрированы у 3 человек. Выписано 81,4% госпитализированных. Общая смертность от ишемического инсульта составила 11,9%, где 20 человек умерли в первые сутки и 95 (62,9%) в первую неделю госпитализации. Средний возраст умерших пациентов составил $73,7 \pm 1,6$ года.

Выводы. Согласно данным ретроспективного анализа за период 2019-2021 гг., подавляющему числу пациентов (74%) от общего числа госпитализированных с ОНМК был выставлен диагноз ишемический инсульт, в то же время наблюдалось снижение случаев с летальным исходом (на 2%), где средний возраст пациентов был в пределах $72,6 \pm 1,1$ года, отягощающим фактором в данной возрастной группе выступало наличие высокого коморбидного фона, большинство данных больных было госпитализировано в отделение РСЦ через противошоковую палату.

За исследуемый период времени отмечен неуклонный рост случаев госпитализаций пациентов с ишемическим инсультом (на 52,9%), в то время как показатели ранней госпитализации (в первые 24 часа), а соответственно и показатели проведения тромболитической терапии (в период окна терапевтических возможностей) сохранялись на прежнем уровне без значимой динамики (целевой показатель 5%). Данную закономерность, в первую очередь, характеризует довольно позднее обращение пациентов за медицинской помощью на фоне малой информированности как о клинических проявлениях инсульта, так и о важности своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи для достижения целей на выздоровление и высокого результата реабилитации, а также подчеркивает важность и необходимость оптимизации работы первичного звена с целью улучшения профилактики и своевременной терапии основных групп заболеваний, повышающих риск возникновения ОНМК.

Список литературы.

1. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишемический инсульт, с учетом профиля латерализации / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 3. – С. 10-16.
2. Исследование взаимосвязи I/D полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России / Т.А. Стецкая, Е.К. Вялых, И.В. Булгакова [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 33-36.
3. Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» / Всероссийское общество неврологов [и др.] // Профессиональные ассоциации. – 2020. – С. 53
4. Логачева, Е.А. Прогноз и исходы ишемического инсульта (по данным регионального сосудистого центра Курской областной клинической больницы) / Е.А. Логачева, Т.В. Шутеева, М.А. Гриднев // Университетская наука: взгляд в будущее : Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета: в 2-х томах, Курск, 02 февраля 2018 года / под редакцией В.А. Лазаренко. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2018. – С. 56-61.
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения за 2021 год [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Режим доступа: URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения 25.04.2021).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Волохова А.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. ОНМК – серьезнейшая медико-социальная проблема. Ежегодно в России подвержены ОНМК более 450 тыс. человек. В течение первого месяца умирает около 25%, а к концу первого года с момента заболевания умирает еще 25-30% человек. Возвращаются к полной трудовой деятельности примерно 15-20% человек, перенесших ОНМК, остальные остаются инвалидами, требующими постоянной медико-социальной поддержки. Вследствие перенесенного ОНМК значительно ухудшается качество жизни семьи, так как больной нуждается в повышенном внимании и присмотре со стороны родных и близких.

В последние годы число больных с ОНМК значительно увеличилось. Участились геморрагические формы инсульта, но с периода 2019-2021 гг. в связи с появлением новой коронавирусной инфекции COVID-19, увеличение случаев ОНМК по ишемическому типу, в основе которых лежали тромбозы [5, 1].

Среди различных видов инсульта кровоизлияние в мозг – наиболее тяжелые и инвалидизирующие. Частота их варьируется от 10-20 случаев на 100 000 населения, они чаще встречаются у мужчин, но смертельные исходы выше

у женщин. Кровоизлияния в мозг составляют не более 15% от общего числа всех инсультов. Летальность при геморрагических инсультах колеблется от 25% лиц не нуждающихся в искусственной вентиляции легких (ИВЛ), до 70-80% у лиц находящихся на ИВЛ [1, 2].

У пациентов с кровоизлиянием в головной мозг не травмирующей этиологии причиной является артериальная гипертензия, врожденные, приобретенные аневризмы сосудов головного мозга, атеросклероз, артериовенозная мальформация, васкулиты, церебральная амилоидная ангиопатия, прием антикоагулянтов и др.

Патогенетически кровоизлияние в головной мозг развивается либо вследствие разрыва сосуда, либо диапедеза, обычно это происходит на фоне предшествующей артериальной гипертензии.

Наиболее часто кровоизлияние происходит в доли мозга, мост, мозжечок, таламус, базальные ганглии.

Для ГИ характерно острое начало, чаще всего на фоне высокого артериального давления. Кровоизлияние сопровождается острой головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой, быстрым развитием очаговых симптомов, после чего следует прогрессирующее снижение уровня бодрствования – от умеренного оглушения до развития коматозного состояния.

Характер очаговых неврологических симптомов зависит от локализации гематомы. Среди наиболее частых симптомов следует отметить гемипарезы, лобный синдром (в виде нарушения памяти, поведения, критики), нарушения чувствительности и речи.

Большую роль в состоянии пациента сразу после кровоизлияния, а также в последующие дни играет выраженность общемозговых и дислокационных симптомов, обусловленных объемом внутримозговой гематомы и ее локализацией. В случае обширного кровоизлияния и кровоизлияния глубинной локализации в клинической картине весьма быстро проявляется вторичная стволовая симптоматика. При кровоизлиянии в ствол мозга и обширных гематомах мозжечка наблюдается быстрое нарушение витальных функций и сознания. Тяжелее других протекают кровоизлияния с прорывом в желудочковую систему, когда проявляются менингеальные симптомы гипертермии, горметонические судороги, быстрое угнетение сознания, развитие стволовых симптомов [1, 3, 5].

Важное место в диагностике геморрагического инсульта занимает КТ. При проведении данного исследования следует определить: наличие и топическое расположение патологического очага (очагов); объем каждого вида очага (гипо-, гиперденсивной части), положение срединных структур мозга и степень их смещения в мм; состояние ликворосодержащей системы мозга (величина, форма, положение, деформация желудочков) с определением вентрикуло-краниальных коэффициентов; состояние цистерн мозга; состояние борозд и щелей мозга.

По характеру кровоизлияния по данным КТ в ряде случаев следует подозревать наличие сосудистой аномалии с разрывом, как причины кровоизлияния. Для артериовенозных мальформаций характерно субкортикальное кровоизлияние, наиболее часто на стыке лобной и теменной, височной и затылочной долей; для артериальной аневризмы – в области основания лобной доли, сильвиевой щели, на стыке лобной и височной долей.

Рекомендуется выполнение одного из видов церебральной ангиографии (КТА или МРА или ЦСА) при подозрении на разрыв АГМ или артериовенозной мальформации по данным КТ (МРТ), а также у больных моложе 45 лет и отсутствии гипертонического анамнеза.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) по сравнению с КТ более надежна при диагностике мелких гематом, локализующихся в области моста и продолговатого мозга, а также гематом, рентгенологическая плотность сгустков крови внутри которых выравнивалась с плотностью мозговой ткани. МРТ позволяет установить также доступные хирургическому вмешательству артериовенозные мальформации, которые очень трудно диагностируются при КТ, особенно без контрастного усиления [4, 5].

При отсутствии возможностей для проведения нейровизуализации необходимо выполнить люмбальную пункцию для определения крови в цереброспинальной жидкости.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости геморрагическим инсультом за 2019-2021 гг. по данным работы регионального сосудистого центра КОМКБ

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе регионального сосудистого центра КОМКБ г. Курска. Был проведен анализ историй болезни выживших и умерших пациентов с геморрагическим инсультом за период

2019-2021 гг. Анализировались пол, возраст, тип геморрагического инсульта, факторы риска.

Результаты. За период 2019-2021 гг. в РСЦ КОКБ поступил 1451 пациент с ОНМК; за 2019 год 651 пациент с ОНМК, из них 170 пациентов с внутримозговым кровоизлиянием (26,2% от всех нарушений мозгового кровообращения).

В 2020 году поступило 506 пациентов с ОНМК, из них 140 человек (27,5%) с внутримозговым кровоизлиянием. В 2021 году количество пациентов с ОНМК составляло 294 человека, из них 80 человек (26,9%) были пациенты с внутримозговым кровоизлиянием. Мужчины было 211 человек, женщин – 177 за период 2019-2021 гг.. Наиболее часто данная патология развивалась в возрастных группах 55-64 и 70-80 лет (30% и 25% соответственно). В большинстве возрастных групп преобладают мужчины.

Было установлено, что наиболее значимыми факторами риска являются: артериальная гипертензия (70-90%), АГМ (46%), церебральная амилоидная ангиопатия (12%-13%), артериовенозная мальформация (40-50%), васкулиты (3%); примерно 10% геморрагического инсульта обусловлено приемом антикоагулянтов.

Выводы. Таким образом, в структуре заболеваемости геморрагического инсульта преобладают мужчины. Наиболее часто инсульт развивается в возрастных группах 55-64 и 70-80 лет. Наиболее частой причиной является артериальная гипертензия, врожденные приобретенные аневризмы сосудов головного мозга, атеросклероз, артериовенозная мальформация, васкулиты, церебральная амилоидная ангиопатия, прием антикоагулянтов и др.

Следует отметить, что в структуре инсульта в 2021 г. произошло уменьшение составляющей геморрагического инсульта (80 пациентов) в сравнении с 2019 г. (170 пациентов), что можно объяснить, вероятнее всего, эпидемией COVID-19 и увеличением ОНМК по ишемическому типу, в основе которых лежали тромбозы.

Список литературы.

1. Исследование взаимосвязи I/D полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России / Т.А. Стецкая, Е.К. Вялых, И.В. Булгакова [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 33-36.

2. Шутеева, Т.В. Клинико-эпидемиологические особенности инсульта у лиц молодого возраста / Т.В. Шутеева // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: материалы VII Всероссийской конференции с международным участием, Курск, 23-25 ноября 2017 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2017. – С. 374-379.

3. Miller E.J., Patell R., Uhlmann E.J., Ren S., Southard H., Elavalakanar P., Weber G.M., Neuberg D., Zwicker J.I., Miller E.J. et al. Blood Adv. 2022 Mar 8;6(5):1559-1565.

4. Dong H., Liu S., Jing L., Tian M., Sun J., Pang Y., Xing L., Xu Y., Dong H. et al. *Med Sci Monit.* 2020 Dec 30; 26:e926581.

5. Sex-related disparities in the incidence and outcomes of hemorrhagic stroke among type 2 diabetes patients: a propensity score matching analysis using the Spanish National Hospital Discharge Database for the period 2016-18. Lopez-de-Andres A., Jimenez-Garcia R., Hernández-Barrera V., Jiménez-Trujillo I., de Miguel-Yanes J.M., Carabantes-Alarcon D., de Miguel-Diez J., Lopez-Herranz M., Lopez-de-Andres A. et al. *Cardiovasc Diabetol.* 2021 Jul 9;20(1):138.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дубинина М.С., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Риск развития ишемического инсульта (ИИ) на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 (НКВИ) составляет около 5%, что может быть обусловлено факторами, лежащими в основе патогенеза данной инфекции - дыхательная недостаточность, гипоксия, нарушения реологических свойств крови, общеинфекционными процессами в организме пациента [4]. При этом в литературе редко встречается описание влияния НКВИ на изменение неврологической симптоматики при наличии неврологического дефицита, после перенесенного ишемического инсульта, что обуславливает актуальность этого исследования.

Цель – изучить влияние новой коронавирусной инфекции на неврологический статус пациентов, ранее перенесших ишемический инсульт, а также описать клинические случаи сочетанного с новой коронавирусной инфекцией ишемического инсульта.

Материалы и методы. Работа проводилась на кафедре неврологии и нейрохирургии КГМУ, источником данных стала Солнцевская центральная районная больница Курской области, где проводилось исследование историй болезни пациентов с лабораторно подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. Предметом исследования являлось влияние НКВИ на неврологический статус больного, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), а также на случаи инсультов, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией.

Результаты исследования. Представлены данные за период январь - март 2022 г. Было проанализировано 64 случая заболевания новой коронавирусной инфекцией среднетяжелого и тяжелого течения с развитием пневмонии. Среди них 47% – мужчины, 53% – женщины, средний возраст пациентов $71 \pm 4,1$ года.

После детального изучения историй болезни было выяснено, что у 57,8% пациентов в анамнезе выявлен ишемический инсульт. Среди них у 56% больных ишемический инсульт был выявлен более 10 лет назад, у 44% – менее 10 лет назад, 86% больных перенесли острое нарушение мозгового кровообращения в период от 6 месяцев до 2 лет назад (поздний восстановительный период), а 2,7% – менее 6 месяцев назад (ранний восстановительный период). В свою очередь по патогенетическому типу у 86,4% пациентов был диагностирован инсульт по атеротромботическому варианту, у 10,9% – по кардиоэмболическому, у 2,7% – по смешанному типу.

Из сопутствующей соматической патологии были выявлены: у 100% пациентов артериальная гипертензия (II стадия, 1 степень – 10,9%, II стадия, 2 степень – 41,9%, III стадия, 2 степень – 41,2%,) и дислипидемия, сахарный диабет 2 типа у 56% пациентов, хроническая сердечная недостаточность – у 10,9% пациентов (2Б, IV ФК), ХОБЛ у 8,1% пациентов (ДН II). Среди

исследуемых пациентов у 37,8% ОНМК произошло в бассейне средней мозговой артерии, у 10,9% – в передней мозговой артерии, у 24,3% – в задней мозговой артерии и у 27% больных ишемический инсульт был выявлен в вертебробазиллярном бассейне.

Среди исследуемой группы пациентов 10,8% больных полностью восстановились после перенесенного ишемического инсульта, 83,3% восстановились частично, остался небольшой неврологический дефицит; 5,4% пациентов после перенесенного ОНМК прикованы к постели, утратили возможность самостоятельно перемещаться и обслуживать себя. Очаговая неврологическая симптоматика у исследуемых пациентов представлена бульбарными нарушениями (29,7%), мозжечковой симптоматикой (40,5%), глазодвигательными расстройствами (10,9%), чувствительными нарушениями (гемигипестезия (27%), гемипарезами (54,1%), монопарезом верхней конечности (24,3%), монопарезом нижней конечности (10,9%)).

Во время нахождения пациентов в стационаре по поводу лечения новой коронавирусной инфекции в 54,1% случаев наблюдалось прогрессирование неврологической симптоматики, а именно, выросла мышечная спастика (48,6%), мозжечковая атаксия (24,3%), двигательные нарушения (трудность передвижения – 5,4%), расстройство самообслуживания (8,1%). Прогрессирование неврологической симптоматики может быть обусловлено влиянием общей инфекционной симптоматики и дыхательной недостаточности на фоне коронавирусной пневмонии [2]. Нельзя исключать тот факт, что ключевыми звеньями патогенеза при COVID-19 являются развитие цитокинового дисбаланса, эндотоксикоза, различных типов гипоксии, нарушения в системе гемостаза, которые усугубляют тяжесть расстройств гомеостаза организма в целом и создают благоприятный фон для развития и прогрессирования церебральных форм патологии [3]. Это обуславливает тот факт, что на фоне новой коронавирусной инфекции отмечается декомпенсация уже имеющихся у пациента хронических форм патологии, в том числе и ишемического инсульта.

Стоит отметить, что за исследуемый период в стационаре был диагностирован один случай сочетания ОНМК с НКВИ. Острое нарушение мозгового кровообращения развилось у пациентки 75 лет во время пребывания в стационаре по поводу лечения лабораторно подтвержденной новой коронавирусной инфекции среднетяжелого течения, осложненной внебольничной двусторонней нижнедолевой пневмонией, средней степени тяжести, дыхательной недостаточностью II. Лечение проводилось в полном объеме, согласно клиническим рекомендациям, в том числе с применением антикоагулянтной и глюкокортикостероидной терапии. В сопутствующих заболеваниях у пациентки наблюдались артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень в течение 15 лет, сахарный диабет 2 типа, на момент поступления гипергликемия – 20,1 ммоль/л, купирована инсулинотерапией, ожирение II степени, гиперхолестеринемия, дислипидемия. Через 10 дней пребывания в стационаре развился ишемический инсульт по атеротромботическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии, сопровождающийся сенсомоторной афазией, умеренным левосторонним монопарезом, триггерным фактором могла стать нарастающая гипоксия на фоне

тяжелого течения НКВИ, сопровождающегося дыхательной недостаточностью и низкой сатурацией (SpO₂ в среднем 88-90, на 10 литрах O₂ – 94-95). Пациентка в острейшем периоде ишемического инсульта была маршрутизирована в инфекционный стационар ОБУЗ КОМКБ. Стоит отметить, что при изучении данного клинического случая отсутствуют достоверные данные, указывающие на более тяжелое течение инсульта на фоне новой коронавирусной инфекции с внебольничной пневмонией, что было ранее подтверждено по шкале NIHSS, шкале комы Глазго и шкале Рэнкина и описано в клинических исследованиях [1].

Выводы. Таким образом, НКВИ ухудшает процесс реабилитации пациентов, перенесших ОНМК в восстановительном периоде и в периоде отдаленных последствий. Данная инфекция утяжеляет имеющуюся неврологическую симптоматику у пациентов с ОНМК в анамнезе, нарушая двигательные функции в виде нарастания мышечной спастичности при центральных параличах и выраженности мозжечковых расстройств.

Список литературы.

1. Андреев, В.В. Клинико-патогенетические особенности церебрального инсульта у больных с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) / Андреев В.В., Подунов А.Ю., Лапин Д.С., Гиляева З.Л. // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2020. – Т. 19. – № 3 (75). – С. 46-56.
2. Долгова, Н.И. Особенности течения и лечения инсультов при COVID-19 / Долгова Н.И. // Вселенная мозга. – 2020. – Т. 2. – № 4 (7). – С. 32-34.
3. Кириллюк, Е.В. Особенности клинического течения, диагностики и лечения острого инсульта, развившегося на фоне новой коронавирусной инфекции / Кириллюк Е.В., Кучава Г.Р., Голонзко В.А. // Диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции. Организация работы в условиях многопрофильного стационара. – 2020. – С. 169-176.
4. Надеждина, М.В. Ишемический инсульт в дебюте коронавирусной инфекции / Надеждина М.В., Прохорова Т.В. // Уральский медицинский журнал. – 2021. –Т. 20. – № 6. – С. 63-68.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СКЛОННОСТИ К ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ КГМУ

Дубинина М.С., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Введение. Тревожность и депрессия, а также их предпосылки, существенно ухудшают качество жизни человека, снижая работоспособность, мотивацию и заинтересованность в происходящем. Принимая во внимание то, что в современном мире большое число факторов риска и предрасполагающих к этим заболеваниям факторов, в частности в студенческой жизни, необходимо вовремя выявлять первые проявления тревожности и депрессии для грамотной, своевременной и эффективной помощи человеку, что обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования – провести оценку уровня ситуативной и личностной тревожности и склонности к депрессии среди студентов Курского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на кафедре неврологии и нейрохирургии КГМУ, проведение социологического опроса осуществлялось онлайн посредством сети интернет, для распространения среди респондентов использовалась ссылка: <https://forms.gle/kLv9HTos1g33GjcW6>. Анкета включала 5 блоков: портрет студента, определение уровня ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, определение уровня личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, оценка уровня депрессии по шкале Бека и блок описывающих возможные предрасполагающие к текущему состоянию студентов факторов, в том числе данные за перенесение новой коронавирусной инфекции.

Выбор методики исследования обусловлен доступностью используемых шкал, их простота прохождения для респондента и удобство анализа. Шкала ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него. Шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина анализирует личностную тревожность как конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. Шкала Бека благодаря ранжированным по удельному весу в общей клинической картине симптомам и жалобам позволяет достоверно оценить уровень депрессии или склонность к депрессивному состоянию.

По итогам времени, отведенного на анкетирование, в опросе приняли участие 30 студентов КГМУ, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки согласно цели исследования.

Подсчет результатов тестирования по шкалам Спилбергера-Ханина и Бека производился вручную для каждого респондента для того, чтобы избежать вероятных ошибок и неверной интерпретации результатов программой.

Стоит отметить, что исследуемые респонденты были разделены на 2 группы: 1 группа – лица, перенесшие новую коронавирусную инфекцию,

2 группа – респонденты, которые не переболели COVID-2019, с целью оценки возможного влияния факта перенесения заболевания на уровень тревожности и депрессии. Респонденты были отобраны так, чтобы группы были равными по числу и половозрастной структуре, в каждой группе было по 15 студентов, среди них 20% – юноши и 80% – девушки.

Результаты исследования. 80% респондентов – девушки, 20% – юноши, как в общей выборке, так и в каждой из исследуемых групп, что вполне коррелирует с отношением общего числа студенток и студентов КГМУ. Средний возраст респондентов $20,3 \pm 1,6$ года. 93,3% опрошенных, принявших участие в исследовании, являются студентами лечебного факультета, 6,7% – факультета клинической психологии. 50% студентов, составляющих исследовательскую группу № 1, достоверно перенесли лабораторно подтвержденную новую коронавирусную инфекцию в средне-легкой степени тяжести.

При детальном исследовании характера перенесения COVID-2019 студентами 1 группы было выяснено, что у 100% респондентов наблюдались такие симптомы как аносмия, слабость, головная боль, артралгия и лихорадка более 3 дней, опрошенные отмечали также такие симптомы как паросмия (80%), миалгия (66,6%), кашель (33,3%) и одышку при легкой нагрузке (6,3%). Примечательно то, что все студенты, переболевшие COVID-2019, для лечения использовали такие препараты как умифеновир и препараты витаминов группы В и С.

Также всем студентам вне зависимости от исследуемой группы был задан вопрос: «Отмечаете ли вы наличие каких-либо стрессовых ситуаций или предрасполагающих факторов к повышению уровня тревожности и депрессии?». 100% студентов обеспокоены внешнеполитической обстановкой, 80% респондентов выразили свою обеспокоенность по поводу текущей учебы и приближающейся сессии, 66,6% признались, что имеют напряженные отношения с родителями и родственниками, 36% среди причин, предрасполагающих к депрессии и повышенной тревожности, назвали сложности в отношениях с партнером.

При оценке результатов по шкалам Спилбергера-Ханина и Бека 1 группы у 60% студентов выявлен низкий уровень ситуативной тревожности (из них 11% – респонденты мужского пола, 89% – женского пола), у 33% опрошенных средний уровень ситуативной тревожности (20% – юноши, 80% – девушки), а у 6,6% (1 студента мужского пола) выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. Схожее распределение результатов было получено и относительно личностной тревожности. Так, у 66,6% студентов выявлен низкий уровень личностной тревожности (из них 10% – респонденты мужского пола, 90% – женского пола), у 26,6% опрошенных средний уровень личностной тревожности (25% – юноши, 75% – девушки), а у 6,6% (1 студента мужского пола) выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. Исходя из результатов по шкале Бека, у 93% респондентов отсутствуют признаки депрессивного состояния, тогда как у 6,6% (1 студента мужского пола) выявлена лёгкая степень депрессии. Стоит отметить, что результат этого студента по шкале Бека – 17 баллов, тогда как клинически значимая депрессия, исходя из интерпретации по шкале, начинается с 19 баллов,

что говорит скорее о предрасположенности к началу депрессии, чем о развивающемся состоянии.

При оценке результатов по шкалам Спилбергера-Ханина и Бека 2 группы у 73,3% студентов выявлен низкий уровень ситуативной тревожности (из них 27% – респонденты мужского пола, 73% – женского пола), у 26,6% опрошенных средний уровень ситуативной тревожности (25% – юноши, 75% – девушки), абсолютно такие же результаты получены и по шкале личностной тревожности. По результатам исследования по шкале Бека у 100% респондентов отсутствуют признаки депрессии.

Для доказательства наличия достоверной связи между фактом перенесения COVID-19 и повышением уровня тревожности и депрессии была проведена статистическая обработка данных, в ходе которой были определены среднеквадратичные отклонения (λ) для обеих исследуемых групп ($\lambda_1=1,4$; $\lambda_2=2,7$). Это позволило рассчитать среднюю ошибку средней величины (m_1 , m_2). В ходе расчетов было выявлено, что в группе студентов № 1 наблюдается большая неоднородность показателей, поэтому для выявления достоверности было решено использовать критерий Стьюдента, который рассчитывается как отношение разности средних величин ($M_1 - M_2$) к квадратному корню из суммы средних ошибок (m_1 , m_2). После необходимых вычислений было получено, что критерий Стьюдента составляет 2,3 по модулю. Таким образом, статистически доказано, что с вероятностью безошибочного прогноза 85% перенесения COVID-19 в средне-легкой степени тяжести достоверно влияет на повышение уровня личностной и ситуативной тревожности.

Выводы. В ходе исследования выяснено, что средний уровень ситуативной тревожности в исследуемой выборке – 22%, личностной тревожности – 18%. Выявлена достоверная связь между фактом перенесения COVID-19 и повышением уровня депрессии и тревожности. Безусловно, нельзя отрицать прямое влияние стрессовых факторов, таких как волнение по поводу геополитической обстановки (100%) и учебы (80%) на уровень тревожности и депрессии.

Список литературы.

1. Воробьев, П.А. Постковидный синдром. [Электронный ресурс] // Лекция профессора Воробьева П.А. – 2021. URL: <https://youtu.be/FB4EGWgb4VQ> (дата обращения 17.02.2022).
2. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 14 (27.12.2021).
3. Соловьева, Н.В. Коронавирусный синдром: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 / Н.В. Соловьева, Е.В. Макарова, И. В. Кичук // Российский медицинский журнал. – 2020. – № 9. – С. 18-22.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА И МИЛДРОНАТА В ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОГО ГЕНЕЗА

Дудченко О.В.

Белгородский государственный университет, Белгород, Россия

Актуальность. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – распространенная патология, сопровождающая многие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Это хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, поражающей головной мозг очагово или диффузно, проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических симптомов. Как правило, она сопровождается когнитивными нарушениями (КН), которые существенно ухудшают качество жизни пациентов. Самой распространенной жалобой у таких больных является снижение памяти. Ввиду гипомнезии они меньше привержены терапии, что еще более ухудшает их состояние и прогноз. Также в перечне жалоб часты головные боли, головокружение, шум в ушах. Все они неспецифичны, что затрудняет постановку правильного диагноза на предварительном этапе. В связи с сохраняющейся актуальностью и важностью проблемы хронической ишемии головного мозга целесообразен поиск новых методов лечения когнитивной дисфункции (КД).

Одним из таких препаратов можно предложить этилметилгидроксипиридина сукцинат. Одна из его распространенных форм, мексидол, был создан в 1980-х годах в ГУ НИИ фармакологии РАМН Л.Д. Смирновым и В.И. Кузьминым. После клинических испытаний препарат стал активно использоваться в клинической практике. Согласно инструкции препарат оказывает мембраностабилизирующее, антиоксидантное, антигипоксантное, нейроцитопротективное действие. Может быть применен при хронической ишемии головного мозга и в раннем восстановительном периоде после острого нарушения мозгового кровообращения.

Еще одним из препаратов для рассмотрения выбран мельдоний. Его история начинается с 1970-х годов, когда он был синтезирован в Риге в институте органического синтеза Латвийской ССР. Изначально он позиционировался в качестве стимулятора роста растений и животных. Затем выявили его кардиопротективные свойства, он был зарегистрирован в СССР в 1984 году. Затем в его инструкции появились и свойства улучшения мозгового кровотока, возможность использования при дисциркуляторных нарушениях.

Цель исследования. Исследовать использование этилметилгидроксипиридина сукцината и милдроната в терапии когнитивных нарушений дисциркуляторного генеза.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода». Произведен анализ медицинской документации 68 амбулаторных пациентов с признаками КД. Факторами, исключающими пациента из исследования, были перенесенные инсульты, наличие психиатрической патологии, онкозаболевание, анемия. Все пациенты

перед обследованием и лечением дали свое согласие на медицинское вмешательство.

Возраст пациентов составил от 65 до 82 лет ($M=74,5$). Пациенты предъявляли жалобы на снижение памяти, периодические головные боли, головокружение, усталость или снижение толерантности к физическим нагрузкам. Произведен общетерапевтический минимум обследований для представления о состоянии пациента при начале терапии. В исследование включены больные примерно одного функционального класса сердечной недостаточности, одной степени гипертензии, с одинаковыми показателями гликемии, липидов, диапазона частоты пульса. Решение принято, чтобы сравнивать работу препаратов в примерно равных «прочих» условиях.

Оценку когнитивной функции производили при помощи теста MMSE (mini-mental state examination), шкалы оценки психического статуса. Тест представляет собой несколько вопросов по оценке ориентации, запоминания, внимания, счета, воспроизведения слов, оценке речи. Максимально по данному тесту можно получить 30 баллов. При получении 28-30 баллов можно сделать вывод об отсутствии нарушений, 24-27 баллов – преддементные нарушения, 20-23 – легкая степень тяжести нарушений, 11-19 – среднетяжелые, 0-10 – тяжелые нарушения.

Оценку когнитивных нарушений производили до начала терапии препаратами и после. Затем сравнивали результат.

Пациенты были поделены на 3 группы. Первая группа получала таблетированные формы этилметилгидроксипиридина сукцината пролонгированного действия (для повышения приверженности) 250 мг в два приема в течение 6 недель. Вторая группа получала милдронат 500 мг два раза в сутки в течение 6 недель. Третья группа не получала терапии, это группа сравнения.

Сбор и обработку материала производили с помощью таблиц Excel методом непараметрической оценки данных «U-критерий Манна-Уитни».

Результаты. Всего было 68 пациентов. Из них в первую группу вошло 23 человека, во вторую – 24 человека, в третью – 21 человек. Результаты теста до приема препарата составили 21 (15;27) для первой группы, $p=0,05$, 18,5 (13;24) для второй группы, $p=0,048$, 21 (16;26) для третьей группы, $p=0,63$. После приема препарата результаты улучшились для первой (23 (18;28)) и второй групп (20 (14;26)), остались без изменений для третьей группы – 21,5 (17;26). $P=0,07$.

Произведено сравнение результатов методом непараметрической оценки данных. U-критерий Манна-Уитни равен 183,5. $P=0,645$.

На фоне приема препаратов этилметилгидроксипиридина сукцината и милдроната пациенты отмечали улучшение общего состояния. Жалобы на снижение памяти, периодические головные боли уменьшились. Также можем наблюдать рост баллов по тестированию по сравнению с отсутствием препарата.

Выводы. При сравнении действия препаратов этилметилгидроксипиридина сукцината и милдроната между собой статистически значимой разницы не обнаружено. На фоне их приема выявлено уменьшение клинических проявлений и улучшение объективных показателей пациентов. Это может

позволить включать их использование в терапии когнитивных расстройств дисциркуляторного генеза.

Список литературы.

1. Дудченко О.В., Ефремова О.А., Камышникова Л.А., Павлова Ю.С., Паюдис А.Н. Когнитивные нарушения при хронической сердечной недостаточности // Дальневосточный медицинский журнал. – № 4 – 2021. – С. 76-81. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-4-16>

2. Дудченко О.В., Бондаренко Е.В., Павлова Ю.С. Распространенность когнитивных нарушений при хронической сердечной недостаточности // Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования: сборник тезисов VI Междисциплинарного медицинского форума (г. Белгород, 10-11 марта 2021 г.) / под ред. Н.И. Белоусова, Н.И. Жернаковой, О.А. Ефремовой. – Белгород: ИД «БелГУ» НИУ «БелГУ», 2021. – С. 48.

3. Бойцов С.А., Демкина А.Е., Ощепкова Е.В., Долгушева Ю.А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе. Кардиология. – 2019;59(3):53-59.

4. Есин Р.Г., Есин О.Р., Хайруллин И.Х. Дисциркуляторная энцефалопатия и болезнь мелких сосудов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016;116(8):109-115.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ НАРУШЕНИЯ СНА У СТУДЕНТОВ КГМУ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Журбенко Е.Ю., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Большой научный и практический интерес представляют последствия новой коронавирусной инфекции. Это связано с так называемым «постковидным синдромом», который проявляется появлением разнообразных жалоб у людей, переболевших COVID-19. Наиболее частым проявлением данного синдрома служат нарушения сна, преимущественно в виде бессонницы (инсомнии). Увеличение распространенности нарушений сна, наблюдаемое в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, имеет комплексную природу и включает в себя как непосредственно связанные с заболеванием факторы, так и изменение внешних условий. К факторам, не связанным с болезнью, можно отнести, прежде всего, изменение стиля жизни в условиях самоизоляции, которое сопровождается снижением физической активности и нарушением гигиены сна. Кроме того, отдельным негативным фактором выступает повышение уровня стресса в связи с угрозой жизни и здоровью, а также в связи с экономическими последствиями пандемии. Непосредственные эффекты новой коронавирусной инфекции в отношении центральной нервной системы изучены в настоящий момент неполно, однако есть основания полагать, что в увеличении распространенности психической и неврологической патологии вообще и нарушений сна в частности после перенесенного COVID-19 играют роль малоизученные нейротропные свойства вируса [1-3].

Цель исследования – выявить и оценить взаимосвязь психологических и неврологических аспектов нарушения сна у студентов КГМУ, которые перенесли COVID-19.

Материалы и методы. Для данного исследования использовались опросы, в которых указывались данные по реконвалесцентам новой коронавирусной инфекции, с различными нарушениями сна. В исследовании был задействован 71 человек.

Результаты.

1. Распределение реконвалесцентов по степени боязни заболеть COVID-19 повторно:

На вопрос «Если вы перенесли COVID-19 один раз, то боитесь ли вы заболеть повторно?» получили следующее процентное соотношение:

- 65% – да, постоянно думаю об этом
- 30% – да, но не зацкливаюсь на этом
- 5% – нет, не боюсь

2. Распределение реконвалесцентов по степени боязни последствий заражения COVID-19:

На вопрос «Какие мысли беспокоили вас после заражения новой коронавирусной инфекцией?» получили следующее процентное соотношение:

- 48% – я заражу своих родных
- 34% – я не выздоровею и умру
- 18% – никакие мысли меня не беспокоили

3. Наличие проблем со сном у реконвалесцентов COVID-19:

На вопрос «Наблюдали ли вы у себя проблемы со сном после перенесенного COVID-19?» получили следующее процентное соотношение:

- 86% – да
- 14% – нет

4. Распределение реконвалесцентов по частоте возникновения расстройств сна:

На вопрос «Через какой промежуток времени после выздоровления у вас появились проблемы со сном?» получили следующее процентное соотношение:

- 37% – через месяц
- 28% – 3 месяца
- 35% – полгода

5. Распределение реконвалесцентов по разновидностям расстройств сна:

На вопрос «Какие изменения со стороны сна вы у себя наблюдаете после перенесенного COVID-19?» получили следующее процентное соотношение:

- 81% – бессонница
- 3% – синдром беспокойных ног
- 8% – увеличение дневного сна
- 1% – апноэ во сне
- 5% – ночные кошмары
- 2% – ночной террор

Выводы. В ходе исследования было установлено, что наиболее частым видом расстройства сна является бессонница – 81% (58 человек) (пункт 5), проявляется расстройство сна чаще через месяц после выздоровления – 37% (26 человек) (пункт 4), что расценивается согласно Британскому национальному институту здоровья как продолжающийся симптоматический COVID-19 [4]. Также был выявлен возможный психологический генез расстройств сна, а именно 65% (46 реконвалесцентов) очень боятся заболеть новой коронавирусной инфекцией второй раз, 30% (21 реконвалесцент) боятся, но стараются не заикливать на этом (пункт 1), 48% (34 человека) боятся заразить своих родных и близких и 34% (24 человека) переживают, что не выздоровеют и умрут (пункт 2). На развитие тревожных и депрессивных расстройств огромное влияние оказывают внешние стрессовые факторы, связанные с пандемией. К ним можно отнести наличие угрожающей жизни ситуации с неопределенной продолжительностью; ограниченный доступ к медицинской помощи людям, имеющим заболевания, не связанные с COVID-19; вынужденная самоизоляция; изменение привычного жизненного уклада – изменения уровня физической активности, пищевых привычек, использования электронных устройств, режима сна (увеличение времени дневного сна, более поздний отход ко сну).

Список литературы.

1. Амиров, Н.Б. Постковидный синдром: мультисистемные «дефициты» / Н.Б. Амиров, Э.И. Давлетшина, А.Г. Васильева // Вестник современной клинической медицины. – 2021. – Т.14. – № 6. – С. 94-104.

2. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна. Практическое руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 476.
3. Мосолов, С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-COV-2 // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 3. – С. 2-23.
4. Спектор, Е.Д. Психиатрические и неврологические аспекты нарушения сна после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) / Е.Д. Спектор, М.Г. Полуэктов // Медицинский совет. – 2022. – Т.16. – № 2. – С. 70-75.
5. Тардов, М.В. Бессонница при COVID-19 / М.В. Тардов, М.Г. Полуэктов // Эффективная фармакотерапия. – 2021. – Т. 17. – № 33. – С. 36-41.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Казакова А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, для которого характерно тяжелое течение и симптоматика в виде двигательных, чувствительных расстройств, нарушений когнитивной сферы и расстройств тазовых органов – рассеянный склероз (РС) [1]. Отличимой чертой является для данных пациентов не только нейродегенерация, но и достаточно высокий показатель распространенности нарушений нервно-психического характера в виде повышенной утомляемости, тревожно-депрессивных расстройств, нарушений сна, что является следствием психологической реакции в ответ на развитие тяжелого заболевания центральной нервной системы, результатом побочных действий применяемых для лечения лекарственных средств [4]. Тревожно-депрессивные проявления являются проблемой для пациентов с РС: усугубляют тяжесть течения заболевания, влияют на прогрессирование инвалидизации, ухудшают качество жизни пациентов [1-3].

Для решения вышеприведенного вопроса наиболее актуальной является грамотная терапия тревожно-депрессивных нарушений. Данное лечение должно обладать следующими характеристиками: комплексностью, эффективностью, быть достаточной по продолжительности; лечение должно осуществляться с применением медикаментозных и немедикаментозных методов. Среди лекарственных препаратов, устраняющих тревожно-депрессивные расстройства и достаточно часто принимаемых у пациентов, значимое место занимают трициклические антидепрессанты (ТЦА). Однако, обладая рядом побочных эффектов, таких как когнитивные нарушения, нарушения работы сердечно-сосудистой системы, ортостатическая гипотензия, ТЦА не являются препаратами первой линии применения среди пациентов с рассеянным склерозом. Преимущество отдается другим препаратам, минимальные побочные действия которых связаны с отсутствием активных метаболитов в процессе их обмена. Примером таких препаратов с антидепрессивным эффектом, представителем которых является сертралин, являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Сертралин повышает уровень серотонина путем блокирования в нейронах центральной нервной системы обратного захвата серотонина (5–НТ), что и объясняет антитревожный эффект. Селективность данного лекарственного препарата в отношении серотонина и низкое сродство к рецепторам ГАМК, дофаминовым, гистаминовым, адренергическим, бензодиазепиновым, холинергическим, серотониновым рецепторам предопределяет минимальную возможность возникновения негативных действий на сердечно-сосудистую систему, вероятность возникновения седативных побочных действий [5].

Цель исследования. Определение действенности и безопасности сертралина (серената) среди пациентов с рассеянным склерозом, страдающих тревожно-депрессивными проявлениями.

Материалы и методы. Участниками исследования стали 55 пациентов с диагнозом рассеянный склероз, у которых основное заболевание сочеталось с тревожно-депрессивным синдромом (среди обследованных мужчины составили 20 человек, женщины – 35). Средний возраст принявших участие в исследовании варьировал $43,2 \pm 7,5$ года. Диагноз РС выставлен в соответствии с критериями Мак Дональда. Оценка степени выраженности неврологического дефекта проводилась по шкале оценки тяжести состояния пациентов Expanded Disability Status Scale (EDSS). Следует отметить, что в данном исследовании не было пациентов с первично-прогрессирующим типом течения рассеянного склероза. По результатам исследования степень выраженности неврологической клиники имела следующие закономерности: средний показатель EDSS – $4,3 \pm 1,8$. У 45% пациентов впервые симптоматика возникла в форме пирамидных проявлений, симптомы со стороны зрительного анализатора наблюдались у 20% пациентов, неврологическая симптоматика в виде атаксии была выявлена среди 17% больных, расстройства чувствительности наблюдались у 12% исследованных. Только у 6% манифестировал рассеянный склероз с комплексных проявлений: прочие нарушения присоединялись у данных пациентов к симптомам поражения черепных нервов. Большая часть исследованных (их число составило 38) имели перемежающееся (волнообразное) течение заболевания, меньшее число пациентов (17 человек) – прогрессирующее. 30 пациентов принимали иммуномодулирующие препараты, такие как бета-интерферон и др. Следует отметить, что абсолютно все испытуемые прошли курсовое лечение (симптоматически) стандартными препаратами, широко применяемыми в неврологической практике (нейрометаболические средства вазоактивные препараты, антиоксиданты). Была проведена оценка проведенного лечения с использованием шкал депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS). Обследуемые были поделены в нашем исследовании на 2 группы: основная группа в количестве 36 пациентов принимала сертралин (серенату) в течение 2 месяцев в дозе 100 мг для устранения депрессивной симптоматики. Контрольная же группа пациентов, не принимающих серенату, составляла 19 человек.

Обработка полученных в результате исследования результатов была произведена программным пакетом для статистического анализа Statistica 6.0.

Результаты. По результатам исследования ни в одной из групп обследованных признаков тяжелой депрессии отмечено не было. По шкале Гамильтона тревога была выявлена практически в 100% случаев, не менее важным будет отметить, что подавляющее большинство страдало тревожно-фобическими расстройствами, болевым синдромом, повышенной утомляемостью, имело трудности со сном. Процент степеней выраженности депрессии варьировал и составил: умеренная степень – у большей части пациентов и составила 76,4%, 23,6% соответственно – страдали от депрессии в легкой степени. Характерные проявления у исследованных нашли также отражение в отношении повседневной жизни и проявлялись негативным отношением к жизни, умалением собственных возможностей и положительных сторон, большая часть пациентов чувствовала себя виноватой перед собственными родственниками. Сертралин показал себя как препарат с противотревожным эффектом за период проведенного обследования: исследованная группа пациентов отметила существенное

снижение тревожно-депрессивных расстройств, анальгетическую эффективность к концу 2-го месяца приема данного препарата. Так, в группе пациентов, принимающих сертралин, уровень тревоги (HARS) до лечения составил $23,2 \pm 2,4$. После приема препарата было отмечено уменьшение тревожности до $13,5 \pm 2,5$. Также был отмечен положительный эмоциональный фон пациентов, отсутствие негативизма в отношении здоровья и своей будущей жизни, улучшение качества сна, появилась более рациональная оценка собственного состояния здоровья. Однако в контрольной группе пациентов, не принимающих препарат, существенного изменения показателей не произошло (до лечения – $22,7 \pm 1,7$, после – снижение уровня тревоги до $22,4 \pm 1,6$). Подобные закономерные изменения по снижению уровня депрессии (HDRS) также можно проследить в группе пациентов, принимающих сертралин: до лечения – $17,8 \pm 2,3$, после приема препарата – уменьшение уровня депрессии до $12,1 \pm 2,1$. В контрольной группе показатели были аналогичны изменениям пациентов, оцененных в контрольной группе по уровню тревоги – существенных изменений не произошло и составило уменьшение с $17,4 \pm 2,3$ до $16,7 \pm 2,3$.

Выводы. Таким образом, полученные в результате проведенного исследования данные позволяют сделать вывод о важности выявления и оценки у пациентов с рассеянным склерозом показателей тревоги и депрессии с целью дальнейшей коррекции их, что позволяет существенно улучшить качество ведения больных с данным заболеванием, сделать оптимальными характеристики жизни данных пациентов.

Список литературы.

1. Шутеева Т.В., Логачева Е.А., Полякова Е.Л. Нарушения астенического круга у больных с рассеянным склерозом // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход : материалы VI Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Курск, 2016. – С. 322-324.

2. Логачева Е.А., Шутеева Т.В., Толмачева А.А. Астения и качество жизни у больных рассеянным склерозом // Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета в 3-х томах. – Курск, 2016. – Т. 2. – С. 229-232.

3. Логачева Е.А., Шутеева Т.В., Толмачева А.А. Тревожно-депрессивные расстройства и их динамика у больных рассеянным склерозом // Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета в 3-х томах. – Курск, 2016. – Т.2. – С. 226-229.

4. Лукина Е.В. Оценка уровня тревожности и депрессии у больных рассеянным склерозом // Саратовский научно-медицинский журнал. . – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 484-488.

5. Шутеева Т.В., Горшунова Н.К. Коррекция тревожно-депрессивных расстройств при болезни Паркинсона // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 5. – С. 765-769.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Карасёва В.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) занимает ведущее место в структуре цереброваскулярных заболеваний. Она является одной из главных причин инвалидизации и смерти [6]. Число пациентов трудоспособного возраста, проходящих лечение в связи с цереброваскулярной патологией, выявляется в 20-30% случаев и увеличивается год от года, что связывают с увеличением выявляемости и все более частыми случаями развития заболевания в молодом возрасте.

ХИМ это медленно прогрессирующее диффузное и/или мелкоочаговое поражение головного мозга на фоне длительной недостаточности кровообращения. Для него характерны нарушения эмоциональной, двигательной, чувствительной сферы, а также когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства [1]. В основе патогенеза нарушение гемодинамики и изменение вегетативной направленности из-за висцероэндокринных и метаболических сдвигов [2].

Когнитивные нарушения могут варьироваться по степени выраженности от легких форм, проявляющихся депрессией, до тяжелой (деменция). Так, пациенты с легкими и умеренными когнитивными расстройствами могут вести активную социальную и трудовую жизнь, однако прогрессирование нарушений затрудняет лечение, в первую очередь из-за снижения заинтересованности и часто неадекватной оценки ситуации.

Основа комплексной консервативной терапии ХИМ – медикаментозная терапия, направленная на улучшение метаболических процессов и нормализацию мозгового кровотока, так возможно использование препаратов цитиколинового ряда [5].

Цитиколин – эндогенный мононуклеотид, ингибирующий фосфолипазы. Один из основных механизмов действия – улучшение церебральной гемодинамики, также способствует уменьшению объема поврежденной ткани за счет восстановления клеточных мембран. Доказан положительный эффект на серотонин / норадреналин / дофаминергическую системы, у пациентов увеличивается нейропластичность и стрессоустойчивость, в связи с чем рекомендовано применение цитиколина при инсультах и нарушениях когнитивных функций, связанных в результате дегенеративными и сосудистыми заболеваниями [5].

Цель исследования. Исследование терапевтического эффекта цитиколина у больных с ХИМ с целью дальнейшего использования для коррекции клинической картины заболевания.

Материалы и методы. Было исследовано 40 больных от 55 до 79 лет, получающих стационарное или амбулаторное лечение, сформировано две сопоставимые группы (возраст, пол, сопутствующая патология и жалобы). Рассматривались больные с артериальной гипертензией, атеросклерозом,

ишемической болезнью сердца, а также с сочетанными формами атеросклероза и артериальной гипертензии. Из исследования исключили пациентов с почечной и печеночной недостаточностью, сахарным диабетом, эндокринной и онкопатологией, психическими расстройствами, а также деменцией.

Среди пациентов проводился опрос, оценивался их неврологический, нейрокогнитивный и соматический статус по шкалам Тинетти, лобной дисфункции и краткой оценки психологической сферы. Терапевтический эффект оценивали по шкале Гамильтона.

Обеим группам пациентов была назначена стандартная комплексная терапия. Ежедневный прием раствора цитиколина в течение 30 дней в дозе 1000 мг/сут был назначен в дополнение только основной группе.

Результаты были обработаны в программе Statistica 6.0.

Результаты. Больные предъявляли жалобы на головокружения, головные боли, снижение памяти, концентрации, работоспособности и быструю утомляемость, в связи с чем испытывали эмоциональные переживания и тяжелое моральное состояние. При оценке неврологического статуса у пациентов отмечались рефлексы орального автоматизма, атаксия, незначительная несоразмерность движений правой и левой конечностей.

Субъективная оценка когнитивных показателей в основной группе выявила значительное улучшение качества жизни и общего состояния пациентов, отмечалось значительное уменьшение интенсивности и частоты головных болей. В контрольной группе уменьшилось количество жалоб, однако улучшения когнитивных и статодинамических функций не выявлено.

Так, по шкале Тинетти ($M \pm m$) в основной группе показатель увеличился с $15,5 \pm 0,7$ до $20,2 \pm 0,9$ баллов, в то время как в контрольной группе не наблюдалось значительного изменения показателей (с $15,3 \pm 0,65$ до $17,5 \pm 0,7$).

Динамика показателей по шкале лобной дисфункции ($M \pm m$) и краткой шкале оценки психологической сферы ($M \pm m$) в основной группе составила с $14,4 \pm 1,2$ до $16,9 \pm 1,3$ и с $27,2 \pm 1,3$ до $29,5 \pm 0,8$ соответственно. В контрольной группе динамика незначительна (с $14,3 \pm 1,1$ до $16,1 \pm 1,3$ и с $27,1 \pm 1,3$ до $28,4 \pm 1,4$).

Важно, что отличие $p \leq 0,05$ является достоверным.

Таким образом, исходя из полученных данных, мы видим положительную динамику на фоне терапии цитиколином в основной группе, при незначительном улучшении показателей в контрольной при использовании только комплексной терапии.

Выводы. Данные комплексного исследования и их анализ указывают на неоспоримый эффект в коррекции клинических проявлений ХИМ при использовании цитиколина. Препараты цитиколинового ряда уменьшают проявления когнитивных нарушений, одновременно повышая уровень жизни пациентов.

Так, использование цитиколина оказывает благоприятное действие на течение ХИМ, рекомендованная продолжительность курса 30 дней в дозировке 1000 мг/сут.

Список литературы.

1. Звягинцева Е.И. Хроническая ишемия мозга: патогенетические вопросы терапии / Е.И. Звягинцева, В.О. Силакова, Е.Ю. Шутеева // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход: материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. Курск, КГМУ. – 2018. – № 3. – С. 120-126.
2. Ключников С.А. Нейропротективные и нейрорепаративные эффекты Цераксона (цитиколина): обзор экспериментальных и клинических исследований. Нервные болезни. – 2012. – № 3. – С. 13-20.
3. Формирование навыков самообслуживания в программе восстановительного обучения пациентов молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 1. – С. 47-53.
4. Шутеева Т.В. Способы коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией // Трудный пациент. – 2015. – № 5-6. – С. 18-21.
5. Шутеева Т.В. Применение нейпилепта для коррекции проявлений астенического синдрома // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 2. – С. 81-84.
6. Features of prognostic function in patients with ischemic stroke of frontal localization in the early recovery period / E.I. Nikishina, A.E. Danilova, V.B. Nikishina [et al.] // Russian Neurological Journal. – 2021. – Vol. 26. – No 4. – P. 31-38. – DOI 10.30629/2658-7947-2021-26-4-31-38.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19

Кум Н.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность темы. Пандемия COVID-19 стала огромной проблемой для современного общества, которая за рекордно короткое время изменила жизнь миллионов людей по всему миру. В данной работе рассматривается проблема влияния COVID-19 на социально-психологическое состояние жизни людей.

Цель работы - выявить «психологические последствия» после коронавирусной инфекции: эмоциональное расстройство, депрессию, стресс, плохое настроение, бессонницу, эмоциональное истощение и раздражительность.

Материалы и методы исследования. В 2019 году весь мир столкнулся с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Изначально заболевание было связано с респираторными осложнениями, но позже научное сообщество всего мира смогло доказать огромный диапазон органов-мишеней данного заболевания. В их числе оказались не только органы дыхания, но и сердце, кровеносные сосуды, ЖКТ, почки, мозг и другие жизненно важные органы и системы органов. Стало ясно, что классифицировать COVID-19 исключительно как респираторное заболевание не совсем корректно, поэтому на сегодняшний день COVID-19 является мультисистемным, так как может поражать абсолютно любой орган. С осложнениями и последствиями инфекции столкнулись многие врачи от пульмонологов и кардиологов до неврологов и психиатров.

Каждый пациент имеет собственную клиническую картину проявления заболевания и его последствий, возникают множество различных жалоб и вопросов на тему их состояния. Стоит отметить, что жалобы на здоровье не уходят так просто, а продолжают тревожить людей и после выздоровления. Таким образом, в данной статье я хочу остановиться на осложнениях после перенесения COVID-19.

Помимо ухудшения состояния населения, вынужденной массовой изоляции и мировой неопределенности, люди находились на грани нестабильного эмоционально-психического состояния.

После выздоровления в большинстве психологически пострадали люди более старшего возраста, особенно мужчины. Безработица, напряженность ситуации, карантин, остаточные симптомы заболевания – все эти факторы приводили к депрессивным состояниям населения.

Люди обращаются к неврологам и психологам с запросом о повышенной тревожности касаясь всех сфер жизни: работа, боязнь заразиться повторно, постоянное желание спать, проблемы с учебной/работой, постоянно проявляющиеся симптомы заболевания и т.д..

Заинтересовавшись данной проблемой, я провела опрос небольшой группы людей разных возрастных групп, переболевших COVID-19 в 2019-2021 годах. В ходе исследования были использованы: шкала сонливости Эпворта, шкала вегетативных изменений Вейна, шкала астении MFI-20, шкала тревоги Гамильтона и шкала депрессии Бека.

Результаты исследования. Всего в опросе участвовало 20 человек.

Шкала сонливости Эворта – 80% опрошиваемых с умеренным уровнем сонливости, 13% со значительной и 7% с повышенным уровнем сонливости.

Шкала вегетативных изменений Вейна – 87% опрошиваемых не имели вегетативные изменения и 13% с признаками вегетативных изменений.

Шкала астении MFI-20 – 87% без признаков астении, 13% с признаками астении.

Шкала тревоги Гамильтона – 27% не имели симптомов тревоги, 13% с тревожными расстройствами, 27% с тревогой, 27% с симптоматической тревогой и 6% с выраженным тревожным состоянием.

Шкала депрессии Бека – 27% без симптомов депрессии, 7% с легкой степенью, 13% с умеренной степенью, 33% с депрессией средней тяжести и 20% с тяжелой.

Выводы. Из результатов данного анкетирования можно сделать вывод, что эмоционально-психическое состояние респондентов ухудшилось после перенесённой инфекции, так как людей тревожило их физическое состояние во время заболевания и последующие постковидные симптомы. Также на людей значительное влияние оказали средства массовой информации и мировая обстановка. У многих стали появляться депрессивные и навязчивые мысли касательно их здоровья и жизни в дальнейшем, ухудшилось качество внимания и стрессоустойчивости. Подводя итоги, стоит отметить, что COVID-19 оставил большой след на физическом и эмоциональном здоровье людей, поэтому помимо основного лечения врачам следует обратить внимание и на психологическое состояние пациентов.

Список литературы.

1. URL:<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43364720> (дата обращения 04.05.2022)
2. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/postkovidnye-nevrologicheskie-sindromy> (04.05.2022)
3. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46479876> (04.05.2022).

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Кустова Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Рост числа острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), главным образом инсультов, является важной медико-социальной проблемой. ОНМК приводит к стойкой инвалидизации и смертности без своевременного обращения в медицинские учреждения. Поэтому необходимо осуществлять реабилитацию больных, перенесших инсульт, для восстановления нарушенных функций, социально-бытовых контактов и, возможно, последующим возвращением к своим профессиональным обязанностям.

Цель – изучение теоретического материала о возможности реабилитации и восстановлении функций пациентов, перенесших геморрагический инсульт.

Комплекс реабилитационных мероприятий должен быть составлен в соответствии с состоянием пациента после перенесенного инсульта, ответной реакцией организма на лечение. Возраст пациента играет большую роль, так как с возрастом способность организма к регенерации уменьшается. Успешность реабилитации зависит от соблюдения следующих принципов: своевременное обращение за медицинской помощью и быстрое начало реабилитационных мероприятий (реабилитация после инсульта процесс длительный – около 12 месяцев, речь восстанавливается около 2 лет); комплексность и разнообразие восстановительных процедур, участие многопрофильных специалистов (терапевтов, кардиологов, психологов, логопедов и др.); нагрузка на пациента должна быть адекватной состоянию пациента в настоящее время; пациент должен быть сам заинтересован в своем восстановлении. Поддержка родственников и друзей также является немаловажным фактором [2].

Задачей реабилитации, в основном, является восстановление работы пораженных конечностей для сохранения навыков ухода за собой (приема пищи, умывание, одевание), речи, зрительной функции, памяти. Эти мероприятия осуществляются как в стационарных условиях в больницах и санаториях, так и на дому (врач-реабилитолог посещает пациента). Родственники также самостоятельно могут участвовать в реабилитации и выполнять упражнения с больным. При отсутствии противопоказаний реабилитационные мероприятия можно начинать сразу после купирования острого периода инсульта. В ходе реабилитации на ранних этапах необходимо устранить повреждающие факторы, сохранить поврежденные нейрональные связи, улучшить кровообращение в зоне пенумбры. Поскольку восстановить погибшие нейроны невозможно, нужно их компенсировать развитием сохранившихся нейронов. Это возможно благодаря такому свойству мозговой ткани как нейропластичность [1].

Для более успешного восстановления необходимо не просто выполнять упражнения, но и сопровождать их применением медикаментозной терапии (ноотропы, нейропротекторы и др.). Весь комплекс упражнений и лекарственных средств подбирается строго индивидуально, в зависимости от того в каких сферах произошли большие нарушения.

Для восстановления двигательной функции необходимо на ранних этапах применять пассивные упражнения, массаж отдельных пораженных участков, лечение положением (укладка в постели на спине и здоровом боку, противоспастическая укладка конечностей). Выполнение активных движений и подъем с кровати возможен только при восстановлении гемодинамических показателей (артериального давления и пульса) и отсутствии противопоказаний по результатам анализа ЭКГ (ИБС: стенокардия, артериальная гипертония). Самостоятельная активизация пациента должна сопровождаться выполнением лечебной гимнастики. На данном этапе нужно восстановить навыки к самообслуживанию. Для восстановления парализованного нервно-мышечного аппарата конечностей используют электростимуляцию, кинезиотерапию. В ситуации, когда пациент не способен самостоятельно подниматься используют вертикализаторы. Функцию передвижения поможет восстановить современный реабилитационный комплекс «Локомат». Ходить на ранних этапах реабилитации пациент может с использованием ходунков. Применение физиотерапевтических процедур (электрофорез, ультравысокочастотная терапия, магнитотерапия, дарсонвализация, криотерапия, парафино-озокеритовые аппликации, вихревые ванны для рук и ног) способствует более легкой реабилитации. Дыхательная гимнастика помогает предупредить застойные явления в легких. В качестве медикаментозного лечения используют миорелаксанты.

Восстановить речевую функцию позволяет привлечение к реабилитации логопедов, нейропсихологов. Большую роль играет и общение на бытовом уровне с родственниками без применения специальных методик. Речь по сравнению с другими функциями восстанавливается дольше. На ранних этапах применяют специальные стимуляционные методики (многократное произношение простых звуков и слов). Восстановление речи является не единственной задачей, ведь нужно, чтобы пациент понимал и воспринимал речь окружающих, мог вступить в диалог. К лекарственным средствам, способным улучшить данную функцию относятся ноотропы. Нарушение речи, связанное с дизартрией, восстанавливается с помощью лечебной гимнастики и массажа для мышц глотки и зева, электростимуляции мышц гортани и глотки.

Восстановление других когнитивных функций (памяти, праксиса, гнозиса, внимания, интеллекта) возможно благодаря лекарственным средствам (нейропротекторы, средства улучшающие метаболизм). Такие упражнения как чтение, изучение новых слов, изучение новых языков помогают в восстановлении. Для улучшения состояния больного проводят психолого-коррекционные занятия. Необходимо убедить пациента в том, что большинство нарушений возможно восстановить, если следовать указаниям врача и самостоятельно выполнять упражнения. Пациент должен понять, что привело его к такому состоянию. Ведь для инсультов и большинства других заболеваний должны быть какие-либо предрасполагающие факторы, такие как вредные привычки, неправильное питание, стрессы. Психолог должен убедить пациента избавиться от пагубных привычек, сменить образ жизни и что только тогда возможна полноценная жизнь. Пациента нужно подготовить к возможному изменению трудового (профессионального) статуса.

Вывод. Результат реабилитации зависит не только от медикаментозного лечения, но и в большей степени от уровня мотивации и стимула самого пациента. Благодаря мультидисциплинарному подходу к реабилитации возможно восстановление нарушенных функций, и пациент может вернуться к полноценной жизни.

Список литературы.

1. Орлова, А.Д. Прогностические маркеры исхода геморрагического инсульта / А.Д. Орлова, М.А. Евзельман // Современные научные исследования и разработки. – 2018. – Т. 1, № 12. – С. 479-480.

2. Пирадов, М.А. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение / М.А. Пирадов, З.А. Суслина, Н.В. Верещагин // Consilium Medicum. – 2013. – Т. 3. – С. 218–221.

3. Скоромец, А.А. Нервные болезни: учебное пособие / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – М:МЕДпресс-информ, 2012. – 554 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАТАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ ОБУЗ «КОМКБ»

Ласкова А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Мозговой инсульт является часто встречающимся и очень тяжёлым заболеванием, которое приводит к инвалидизации населения во всём мире. Насколько известно, основная причина смертности в нашей стране – сердечно-сосудистые заболевания. В эту группу входит инсульт [1]. Несмотря на усиление материально-технической базы и научно-методического обеспечения, проблема фатальности инсульта продолжает оставаться актуальной в стране и в нашей области в частности [2].

Среди стран Европы показатель смертности от цереброваскулярной патологии в нашей стране один из самых высоких [5]. Смертность от инсульта составляет 175 случаев на 100000 населения в год. Для сравнения более чем на половину этот показатель ниже в таких странах как Дания, Норвегия, Швеция, Австралия. Показатель летальности в остром периоде инсульта (до 21 дня) составляет 35%, к концу первого года он уже равен примерно 50%. Примерно треть от числа больных с ОНМК составляют люди трудоспособного возраста. После курса стационарного лечения и реабилитации к труду может вернуться только каждый четвертый.

Профилактика инсульта – это проблема медицинская, социальная. Основное направление для работы в данном направлении – это коррекция факторов риска. Это приводит к снижению риска не только инсульта, но и других заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Профилактика фатального инсульта особенно актуальна у лиц пожилого и старческого возраста в связи с высокой частотой поражения этой группы населения. Поэтому проводятся исследования, в том числе направленные на изучение влияния атеросклеротического поражения различных сосудистых бассейнов на отдалённый прогноз и оптимизация прогнозирования фатальных и нефатальных случаев инсульта у больных с периферическим атеросклерозом [4]. Важной характеристикой атеросклероза выступает его мультифокальность в одном или нескольких сосудистых бассейнах. Эта особенность рассматривается как отдельный критерий неблагоприятного отдалённого прогноза.

Другим критерием такого исхода является неконтролируемая артериальная гипертензия. Она осложняет течение и повышает риск фатальных исходов новообразований и иной сердечно-сосудистой патологии. Неадекватные и недостаточные дозы антигипертензивных препаратов, несвоевременный переход от монотерапии к комбинированной терапии, позднее обращение за медицинской помощью и вследствие этого длительно существующая гипертензия зачастую приводят к возникновению осложнений в виде мозгового инсульта. Предотвращение такого серьёзного инвалидизирующего осложнения является одной из доминирующих целей в медицинском сообществе.

Важно проводить анализ статистических данных по смертности от инсульта и предпринимать эффективные и своевременные меры профилактики фатальных исходов мозгового инсульта [3].

Цель исследования – анализ смертности от инсульта в РСЦ ОБУЗ «КОМКБ» за период 2019-2021 гг.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе регионального сосудистого центра ОБУЗ «КОМКБ» г. Курска за период 2019 – 2021 годов. Были проанализированы истории болезни умерших пациентов с различными видами ОНМК. Учитывались возраст, виды инсульта, летальность в первые сутки, количество вскрытий, совпадения и расхождения диагнозов.

Результаты исследования. За 2019-2021 годы в региональное сосудистое отделение ОБУЗ «КОМКБ» г. Курска были госпитализированы 3216 пациентов с различными видами ОНМК. Большую часть из которых составляет группа лиц старше 70 лет. Из числа поступивших – 592 человека (18%) умерли. Средняя летальность за эти годы составила 18,2%.

Летальность в первые сутки определялась возрастной группой лиц старше 70 лет и преимущественно пациентами с геморрагическим инсультом.

Вскрытие было произведено у 296 человек (50% от числа умерших). Совпадение диагнозов выявлено у 286 человек (97%), расхождение диагнозов 1 категории у 12 человек, 2 категории у 1 человека. Ятрогении среди них выявлено не было.

Число умерших больных с геморрагическим инсультом в первые 24 часа составило 35 человек, в первые 7 суток – 113 человек. Количество умерших больных с ишемическим инсультом в первые 24 часа составило 52 человека, в первые 7 суток – 214 человек.

Средняя летальность за период 2019-2021 гг. от геморрагического инсульта (I60-I62) составила 32,7%; от ишемического инсульта (I63) – 13%; общая летальность (I60-I64) – 16,4%.

Выводы. Таким образом, большую часть госпитализированных больных с ОНМК составляет возрастная группа старше 70 лет. Высокая летальность в первые сутки определялась данной возрастной категорией, этиологически – геморрагическим инсультом.

Процент умерших пациентов от числа поступивших составляет 18%. Средняя летальность за 2019-2021 гг. составила 18,2%. Вскрытие производилось в половине случаев. Совпадение диагнозов после патологоанатомического вскрытия было в 97% случаев.

Список литературы.

1. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишемический инсульт, с учетом профиля латерализации / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 3. – С. 10-16. – DOI 10.21626/vestnik/2018-3/02. – EDN YNMNXV.

2. Исследование взаимосвязи I/D полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей Центрально-

Черноземного региона России / Т.А. Стецкая, Е.К. Вялых, И.В. Булгакова [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 33-36. – EDN SXULBV.

3. Features of prognostic function in patients with ischemic stroke of frontal localization in the early recovery period / E.I. Nikishina, A.E. Danilova, V.B. Nikishina [et al.] // Russian Neurological Journal. – 2021. – Vol. 26. – No 4. – P. 31-38. – DOI 10.30629/2658-7947-2021-26-4-31-38. – EDN FKIAVE.

4. Пути оптимизации прогнозирования фатальных и нефатальных случаев инсульта у больных с периферическим атеросклерозом / Н.Д. Кобзева, А.И. Мартынов, В.П. Терентьев // Терапия. – 2022. – № 1. – Т.8. – С. 21-27. – DOI: 10.18565/therapy.2022.1.21-27. – EDN: OUDYGG

5. Приходько, А.Е. Региональные особенности распространения фатальных исходов мозгового инсульта: дис. ...канд. мед. наук: 14.01.11 / Приходько А. Е. – СПб., 2012. – 85 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ «ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ»

Малеева М.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой заболевание нервной системы новорожденных детей, которое может проявляться нарушением работы многих систем в организме – опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мозговой. Детский церебральный паралич является одной из самых часто встречающихся неонатальных патологий [1]. Психические проявления синдрома ДЦП могут варьировать от легкой патологии (нестабильность эмоционального фона) до тяжелых интеллектуальных нарушений [3]. В большинстве случаев нарушения носят комплексный характер и проявляются приступами эпилепсии, умственной отсталостью, нарушениями движения, возможны изменения со стороны органов слуха, зрения и органов чувств. Согласно литературным данным, форма спастической диплегии встречается у 40% пациентов с ДЦП, гемиплегическая форма у 32%, дискинетическая форма – 11%, атаксическая форма – 15%, спастическая тетраплегия у 2% пациентов. Выявлена корреляция низкой массы тела ребенка при рождении и возможным диагнозом ДЦП. Так, распространенность ДЦП составляет 59,5 на 1000 детей, родившихся с массой тела ниже 1500 г; 6,2 на 1000 детей с массой тела при рождении от 1500 до 2499 г; 1,1 на 1000 детей с массой тела 2500 г и более [2].

Цель исследования – оценить имеющиеся варианты реабилитации детского населения с диагнозом «детский церебральный паралич» для выявления наиболее эффективного.

Материалы и методы. Анализ полученных данных, изучение литературных источников по выбранной теме, обобщение полученной информации.

Результаты. Одной из самых важных задач при реабилитации детей является сохранение и развитие новых двигательных навыков, профилактика развития ортопедических осложнений, уменьшение болевого дискомфорта. Вследствие такого многозадачного решения проблемы необходим комплексный подход.

Говоря о качественном лечении, необходимо установить тот факт, что чем раньше будет поставлен диагноз ДЦП, тем благоприятнее будет прогноз жизни у ребенка. Но многие родители замечают патологии в развитии детей ближе к году жизни ребенка, когда он уже значительно отстает в развитии от сверстников.

Затрагивая вопрос непосредственно реабилитационных мероприятий, говорим о многоуровневой системе. Первый этап заключается в амбулаторном лечении пациента с участием таких медицинских работников как педиатр, ортопед, невролог, логопед и психолог. Второй этап включает оказание помощи в стационарных условиях отделения неврологии. Специализированные детские сады, школы-интернаты входят в третий этап реабилитации детей

с диагнозом детский церебральный паралич. Данные образовательные учреждения проводят с детьми психологическую, учебно-воспитательную работу.

Раннее начало реабилитационных мероприятий, комплексность (совместное использование медикаментозного лечения и физической реабилитации), этапность, социальная направленность, непрерывность, индивидуальный подход в лечении и проверка эффективности проводимых мероприятий – это основные принципы реабилитации детей с диагнозом детский церебральный паралич. Лекарственные средства помогают пациентам в нормализации мышечного тонуса, коррекции психо-эмоциональных нарушений и профилактике возникновения рубцово-спаечных процессов. Физиопроцедуры включают в себя занятия лечебной физкультурой, массаж.

В современном подходе в лечении детского церебрального паралича специалисты стали прибегать к помощи животного мира. Иппотерапия (лечебная верховая езда) доказывает свою актуальность на практике. В данном случае лошадей рассматривают не только как средство передвижения, но и как вспомогательный элемент в лечении ДЦП. Верховая езда оказывает стимулирующее действие на мышцы нижних конечностей (усиливая кровообращение), также пациенты тренируют свой вестибулярный аппарат, стараясь держать равновесие.

Канистерапия – отрасль медицинской науки, которая занимается реабилитацией детей с диагнозом ДЦП с помощью специально обученных собак. Проводя время с собаками, дети развивают свои эмоциональные и умственные способности, тренируют мелкую моторику и улучшают свои двигательные способности.

Дельфинотерапия также является развивающимся направлением в лечении заболеваний детским церебральным параличом. С помощью данного метода мы оказываем медико-психологическую помощь детям (вследствие общения с животными), но также развиваем их физические качества, обучая плаванию.

Закключение. Реабилитация детей с диагнозом ДЦП с помощью животных положительно сказывается на динамике протекания данного заболевания. Дети быстрее социализируются и восстанавливаются. Также отмечается положительный факт, что общение с животными улучшает эмоциональный фон детей. Вопрос реабилитации детей с диагнозом ДЦП остро стоит в современном мире и, возможно, требует новых решений.

Список литературы.

1. Воронин, Д.М. Концепция физической реабилитации больных ДЦП / Д.М. Воронин // Проблемы и инновации спортивного менеджмента, рекреации и спортивно-оздоровительного туризма. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2017. – С. 218-221.
2. Корольков, А.И. Оценка эффективности применения технологии одномоментных многоуровневых хирургических вмешательств у детей с ДЦП / А.И. Корольков, П.М. Рахман // Травма. – 2018. – Т. 19, № 6. – С. 61-70.
3. Скоромец, А.А. Нервные болезни: учебное пособие / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – М:МЕДпресс-информ, 2012. – 554 с.

ДЕПРЕССИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У СТУДЕНТОВ, ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА

Малеева М.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Одной из самой распространенной психической патологией в мире является депрессивное расстройство. К наиболее ярко выраженным симптомам депрессии относят апатию, потерю интереса к любимым занятиям, усталость, слабость, бессонницу, возникающие сложности в принятии решений, мысли о смерти и самоубийстве.

Депрессия является одной из нерешенных вопросов в медицине, так как проявление депрессивного состояния встречается при различных заболеваниях и состояниях. Чаще всего депрессия встречается в комплексе с такими заболеваниями как инсульт, болевой синдром, наследственные неврологические заболевания. И нередко депрессия наблюдается у достаточно молодого населения – студентов [1].

Студенты медицинских университетов сталкиваются с огромными трудностями в учебе, быту, формировании новых знакомств и перестройке жизни. Депрессивное состояние ухудшает жизнь людей в целом – снижается рабочая способность, желание к коммуникации, и жизнь человека как будто стоит на месте, хотя даже может происходить регресс социальной функции человека [2].

Цель исследования – изучение теоретического материала вопроса депрессивного состояния у студентов и оценка их состояния по шкале Гамильтона.

Материалы и методы исследования. Практические: анкетирование, статистическая обработка данных. Теоретические: анализ полученных данных, изучение литературных источников по выбранной теме, обобщение полученной информации.

Результаты исследования. В опросе приняли участие 50 студентов Курского государственного медицинского университета, из них у 18 респондентов (36%) отсутствует пониженное настроение (переживания беспомощности, малоценности, печали), 28 студентов (56%) сообщают о своих переживаниях только при детальном расспросе, 4 человека (8%) спонтанно сообщают о своих переживаниях вербальным способом.

У 19 опрошенных (52%) имеется чувство вины – идеи самоуничтожения, самоупреки, у 5 опрошенных (10%) присутствует чувство вины и наказания за ошибки и грехоподобные поступки в прошлом, у 19 опрошенных (38%) чувство вины отсутствует.

У 38% студентов (19 человек) психическая тревога отсутствует, у 48% студентов (24 человека) отмечается субъективно напряжение и раздражительность, 12% студентов (6 человек) беспокоятся по незначительным поводам, у 2% (1 человека) наблюдаются признаки особого беспокойства в мимике и речи.

У 52% респондентов (26 студентов) суицидальные наклонности отсутствуют, 42% (21 человек) информируют о наличии мыслей

о бессмысленности их жизни и только 6% (3 человека) высказывают мысли о своей смерти или другие идеи о нежелании жить.

Выводы. Таким образом, на основе полученных результатов можем сделать вывод, что большинство студентов КГМУ не подвержены такому состоянию как депрессия (56%), но часть все-таки испытывает необходимость в медицинской психологической помощи для улучшения своего состояния.

Депрессия является вопросом в медицинской практике, который требует постоянного внимания к себе. Профилактика и ранняя диагностика этой психической патологии должны осуществляться на специализированном уровне с целью предотвращения осложнений.

Список литературы.

1. Казарина, А.П., Селиханова, В.М. Постковидные депрессии / А.П. Казарина, В.М. Селиханова // Наука и Здоровоохранение. – 2021. – Т. 23, № 3. – С. 16-23.
2. Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: диссоциированная постприступная депрессия с негативной аффективностью / Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Паляева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2018. – Т. 20, № 1. – С. 7-15.

ДОСТИЖЕНИЯ И НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В ТЕРАПИИ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ

Миненок В.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Спинальная мышечная атрофия (СМА) представляет собой группу аутосомно-рецессивных заболеваний, вызванных мутациями в гене SMN1, и проявляющихся прогрессирующей мышечной слабостью вследствие дегенерации двигательных нейронов передних рогов спинного мозга и ствола мозга. Частота встречаемости самого тяжелого фенотипа (СМА 1 типа) колеблется от 1:6000 до 1:10000 [4]. СМА 1 типа остается одной из ведущих генетических причин детской смертности вследствие паралича дыхательной мускулатуры. Без медикаментозного лечения и дополнительной вентиляции легких ожидаемая продолжительность жизни при данной патологии не превышает 2 лет [4]. На сегодняшний день СМА неизлечима, однако по всему миру ведутся многообещающие исследования, направленные на открытие принципиально новых методик терапии спинальной мышечной атрофии, а также на разработку новых препаратов, улучшающих работу гена SMN2, берущего на себя функции по синтезу SMN при мутации в гене SMN1.

Цель исследования – проанализировать существующие подходы к методам терапии спинальной мышечной атрофии.

Материалы и методы. Материалами для настоящего исследования послужили научные труды отечественных и зарубежных ученых.

В ходе работы использовались следующие методы: анализ публикаций по теме исследования, обобщение и синтез.

Результаты исследования. Все терапевтические подходы к лечению СМА можно разделить на методы, направленные на изменение сплайсинга SMN2, замену гена SMN1, увеличение мышечной массы и улучшение функций мышц [4].

Первым препаратом, одобренным для лечения спинальной мышечной атрофии, является Нусинерсен («Спинраза»), разработанный компанией Biogen (США). Данный препарат является антисмысловым олигонуклеотидом, который усиливает включение экзона 7 в транскрипты м-РНК SMN2. Нусинерсен способен связываться с интронным сайтом сплайсинга-сайленсинга в интроне 7 SMN2 и тем самым подавлять прикрепление других сплайс-факторов, что способствует сохранению экзона 7 в м-РНК SMN2, а это, в свою очередь, приводит к увеличению доли последовательно более функционально полноразмерного белка SMN2 [2, 3, 4].

Эффективность Нусинерсена в терапии спинальной мышечной атрофии была подтверждена в нескольких исследованиях. В исследовании ENDEAR (принимал участие 121 младенец в возрасте до 7 месяцев с СМА 1 типа,) у детей, которым проводились интратекальные инъекции Нусинерсена, наблюдалась более высокая выживаемость по сравнению с контрольной группой. Развитие двигательных навыков в группе Нусинерсена было выполнено на 51% по шкале HINE-2 (Hammersmith) по сравнению с 0% в группе плацебо. Однако в группе, получавших терапию Нусинерсеном, только 6 из 73 детей достигли возможности

самостоятельно сидеть, при этом длительность терапии составляла около 1 года [2, 4]. Испытание препарата среди детей более старшего года проводилось в исследовании CHERISH, в котором приняли участие 126 детей со СМА 2 типа, средний возраст участников исследования составил около 4 лет, проявление СМА наблюдалось в возрасте старше 6 месяцев. По результатам исследования было установлено, что группа детей, которым проводилась терапия Нусинерсена, продемонстрировала улучшение моторных навыков (+4,0 балла по шкале HFMSE) по сравнению с группой-плацебо, в которой наблюдалось ухудшение клинической картины (-1,9 балла по шкале HFMSE). Оба вышеописанных исследования после получения очевидных результатов в промежуточном анализе были досрочно окончены, все дети получили терапию Нусинерсеном [4]. Изучение пресимптоматической терапии Нусинерсена было проведено в исследовании NURTURE у 25 детей в возрасте до 6 недель с 2 (15 человек) или 3 (10 человек) копиями SMN2. По результатам лечения все участники исследования приобрели способность самостоятельно сидеть, а 22 ребенка из 25 детей смогли самостоятельно ходить [4].

Экспериментальными препаратами для лечения СМА являются RG7916 (Рисдиплам) и LMI070 (Бранаплам), которые способны проходить через гематоэнцефалический барьер и увеличивать количество полноразмерного SMN-белка. Эффективность RG7916 (Рисдиплам) в настоящее время изучается в нескольких исследованиях. Исследование FIREFISH проводится на детях (21 человек) в возрасте от 1 до 7 месяцев (средний возраст 6,7 мес.), страдающих СМА 1 типа. Промежуточные результаты 1 части исследования FIREFISH продемонстрировали увеличение в крови количества белка SMN в среднем в 3,2 раза по сравнению с исходным уровнем до терапии RG7916, также у всех участников наблюдалось развитие двигательных навыков. В первой части исследования было установлено, что у детей улучшались двигательные функции на 5,5 балла по шкале CHOP-INTEND через 8 недель после терапии RG7916 (приняли участие 20 человек); на 12,5 по шкале CHOP-INTEND – на 17 неделе лечения (приняли участие 16 человек). Вторая часть исследования FIREFISH находится в стадии реализации [1, 4]. Пациенты со СМА 2 и 3 типов в возрасте от 2 до 25 лет получали терапию RG7916 в исследовании SUNFISH, по итогам которого было установлено, что у пациентов, получавших RG7916, наблюдалось статистически значимое улучшение двигательных функций (средняя разница – 1,55 баллов, $p=0,0156$; результат оценивался по шкале MFM-32), причем самые лучшие результаты по MFM-32 были в группе 2-5 лет (78,1% против 52,9%, достигли увеличения на 3 и более баллов). В самой старшей возрастной группе (18-25 лет) была отмечена стабилизация СМА, что и является целью терапии данного заболевания в позднем возрасте [1,4]. На сегодняшний день ведется исследование JEWELFISH, в котором принимают участие пациенты в возрасте от 6 месяцев до 60 лет со всеми типами СМА, ранее получавшие таргетную терапию, а также исследование RAINBOWFISH, в котором примут участие младенцы с пресимптоматической СМА [1, 4].

Принципиально новой методикой лечения СМА является генная терапия, предложенная сотрудниками университета штата Огайо и опубликованная

в журнале Nature Biotechnology. Предполагается что Онасемноген абепарвовек (генная терапия с использованием AAV9) позволит воздействовать напрямую на поврежденный ген SMN1. Доставленный путем внутривенной инъекции аденоассоциированный вирусный вектор серотипа 9 (AAV9) способен проходить через гематоэнцефалический барьер, переносить двигательные нейроны и обеспечивать пролонгированное выживание SMA-мышей. Данные результаты позволили перейти к клиническим испытаниям. В I фазе исследования (приняли участие 15 младенцев) все участники дожили до 20 месяцев без ИВЛ, 11 пациентов смогли самостоятельно ходить, а 2 пациента – самостоятельно сидеть. В III фазе исследования 13 из 22 младенцев со СМА 1 типа смогли самостоятельно сидеть в 18 месяцев, в возрасте 14 месяцев 91% младенцам не требуется постоянной вентиляции легких по сравнению с 26% в контрольной группе. На сегодняшний день основным побочным эффектом Онасемногена является высокая гепатотоксичность, для смягчения которой большинству пациентов требуется терапия преднизолоном [4].

Существуют также симптоматические подходы к лечению СМА. Для этих целей используют агонисты (ингибиторы) миостатина и активаторы тропонина быстрых мышц. В опытах установлено, что использование ингибитора миостатина SRK-015 (Апитегромаб) у мышей со СМА приводит к увеличению их мышечной массы и улучшению функций мышц. Активатор тропонина быстрых мышц СК-2127107 (Релдесемтив) способствует замедлению высвобождения кальция и приводит к улучшению сократимости мышечных волокон. В клинических исследованиях была выявлена статистически значимая прямая корреляционная связь между пиковой концентрацией препарата и улучшением результата теста 6-минутной ходьбы. Кроме того, было выявлено улучшение максимальной силы выдоха по сравнению с контрольной группой [5].

Следует отметить, что результаты многочисленных исследований позволяют утверждать, что польза от терапии зависит от того, когда было начато лечение. Самые лучшие результаты наблюдаются на доклинической стадии СМА. Однако, как правило, диагноз СМА 1 типа ставится не раньше 6-месячного возраста, когда уже наблюдается быстрое прогрессирование денервации [4], поэтому большую ценность в выявлении СМА 1 типа играет неонатальный скрининг новорожденных.

Выводы. Спинальная мышечная атрофия 1 типа остается одной из самых распространенных генетических причин детской смертности. Открытие препаратов, изменяющих сплайсинг SMN2, и генная терапия существенно изменили клиническое течение СМА. На сегодняшний день по всему миру проводятся многообещающие исследования, направленные на разработку методов лечения данной патологии, большое число препаратов находится на этапе исследований. Наиболее лучшие результаты терапии СМА наблюдаются на доклиническом этапе, что позволяет судить о важности неонатального скрининга новорожденных на СМА.

Список литературы.

1. Компания Roche распространила обновление информации по программам исследований препарата Рисдиплам (RG7916): [сайт]. – URL: <https://f-sma.ru/issledovaniya/kompaniya-roche-rasprostranila-obnovlenie-informacii-po-programmam-issledovaniy-preparata-risdiplam-rg7916/> (дата обращения: 05.04.22)
2. Пилипенко, Е.Б. Актуальные методы лечения спинальной мышечной атрофии и перспективы развития новых терапевтических направлений / Е.Б. Пилипенко, ЕЕ. Игнатикова, Р.К. Дорожкин // Инновации. Наука. Образование – 2022. – № 51. – С. 1304-1322.
3. Mercuri, E. Spinal muscular atrophy: from rags to riches / E. Mercuri // *Neuromuscular Disorders*. – 2021. № 10. – P. 998-1003.
4. Schorling, D. Advances in Treatment of Spinal Muscular Atrophy – New Phenotypes, New Challenges, New Implications for Care / D. Schorling, A. Pechmann, K. Janbernda // *Journal of Neuromuscular Diseases* – 2020. – V. 7, № 1. – P. 1-13.
5. Specific inhibition of myostatin activation is beneficial in mouse models of SMA therapy / Kimberly K Long [et al] // *Human Molecular Genetics*. – 2019. – V. 28, № 7. – P. 1076-1089.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ РЕВАКЦИНАЦИИ ВАКЦИНОЙ «СПУТНИК–V»

Мустафин Р.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Резюме: клинический случай описывает развитие неврологических расстройств на следующие сутки после введения вакцины «Спутник–V». После того, не значит вследствие того. Однако в совокупности клинических случаев с похожей картиной развития неврологической симптоматики после введения вакцины следует учесть этот факт для оптимальной дозы, медицинских отводов и иных процедур организационно-медицинского характера.

Ключевые слова: клинический случай, неврологические расстройства после вакцинации, вакцина «Спутник-V».

Summary: a clinical case describes the development of neurological disorders on the next day after the introduction of the Sputnik–V vaccine. After that, does not mean in consequence of that. However, in the aggregate of clinical cases with a similar pattern of neurological symptoms after the introduction of the vaccine, this fact should be taken into account for the optimal dose, medical taps and other organizational and medical procedures.

Keywords: clinical case, neurological disorders after vaccination, Sputnik-V vaccine.

Цель работы. Описать реальный клинический случай развития неврологических расстройств на следующие сутки после введения первого компонента вакцины «Спутник-V».

Пациент А., 52 года. Поступил в стационар 16 июля 2021 года в 13.53.

Дата выписки: 22 июля 2021 г. Диагноз по МКБ: М53.0 Шейно-черепной синдром.

Данные анамнеза: госпитализирован в экстренном порядке с жалобами на несистемное головокружение, усиливающееся при смене положения тела, головную боль, тошноту, шаткость походки. Заболел 16.07.2021 г., когда на фоне относительного благополучия появились вышеуказанные жалобы. Отмечалась рвота. В течение дня работал на даче.

На приемном покое осмотрен дежурным неврологом, выполнена СКТ ГМ, госпитализирован в неврологическое отделение.

Проживает с семьей. Работает оператором котельной. Эпиданамнез неотягощен. Аллергии нет. В январе 2021 года переболел ОРВИ «Covid-19» без поражения легких. Лечение осуществлялось в амбулаторных условиях.

15 июля 2021 года введен первый компонент вакцины «Спутник-V».

Состояние при поступлении. Состояние средней тяжести. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 60, АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 минуту. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме. Нормотермия.

Неврологически: сознание ясное, менингеальных знаков нет. Зрачки равные, фотореакция живая, слабость конвергенции, нистагмозид в крайних отведениях глазных яблок. Оскал S≤D, язык по средней линии, парезов,

патологических стопных знаков нет. Нарушений чувствительности нет. Покачивается в позе Ромберга без латерализации, ПНП, ПКП выполняет удовлетворительно с двух сторон.

СКТ ГМ: срединные структуры мозга обычно расположены. Субарахноидальные пространства и боковые желудочки умеренно расширены. Участков патологической плотности в ткани мозга не выявлено. Кости свода и основания черепа без видимых изменений.

Заключение: умеренная генерализованная гипотрофическая гидроцефалия.

Rg позвоночника. На спондилограммах шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях без достоверных деструктивных и травматических изменений. Высота межпозвонковых дисков сохранена. При проведении функциональных проб листеза позвонков достоверно не определяется.

Окулист: пресбиопия обоих глаз.

УЗДГ: БЦА: атеросклероз артерий шеи без гемодинамически значимых препятствий.

ЭКГ: ЧСС – 55 в минуту. Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси. Без патологии.

ОАМ: уд. вес 1014, белок отрицательный, сахар отрицательный, лейкоциты: единичные в поле зрения, эпителий: единичный в поле зрения.

ОАК: эритроциты: $5,38 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 166,0 г/л, лейкоциты $14,80 \cdot 10^9$, тромбоциты $129,00 \cdot 10^9$.

ОАК в динамике: $5,02 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 142,00 г/л, лейкоциты $6,433 \cdot 10^9$, СОЭ 13,00 мм/ч, тромбоциты $261,00 \cdot 10^9$.

НВsAg – не обнаружен, АТ к ВИЧ-1,2 и p24-АГ – не обнаружены, реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном – отрицательно.

Сахар крови – 5,35 ммоль/л.

Липидограмма: холестерин: 5,71 ммоль/л, ЛПНП – 3,78 ммоль/л, ЛПВП – 1,31 ммоль/л, триглицериды – 1,24 ммоль/л.

Биохимия крови: общий белок – 63,20 г/л, креатинин 96,00 мкмоль/л, мочевины 4,87 ммоль/л, билирубин общий – 7,70 ммоль/л, Na – 144,60 ммоль/л, K – 4,95 ммоль/л, АСТ – 18,00 ед/л, АЛТ – 9,00 ед/л, альфа-амилаза 34,00 ед/л.

Коагулограмма: протромбин по Квику 114,00%, МНО – 0,96. Протромбиновое время 10,40 сек. АЧТВ – 29,40 сек. Фибриноген – 4,13 г/л.

Антиген SARS-CoV-2 – отрицательный.

Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия I ст., декомпенсация в вертебро-базиллярном бассейне.

Сопутствующие: дислипидемия. Атеросклероз артерий шеи без гемодинамически значимых последствий.

Консервативная терапия: ацекардол, оmez, К-поляризирующая смесь, цитофлавин, церукал.

Особенности течения, динамика основных симптомов: состояние с положительной динамикой. Симптоматика регрессировала, диспепсии нет, соматически компенсирован.

Неврологически: без грубой очаговой симптоматики. Менингеальных знаков нет.

Рекомендации: наблюдение у невролога по месту жительства, диета с ограничением животных жиров, кардиомагнил 75 мг утром длительно. Розувастатин 5 мг вечером (контроль трансаминаз, липидного спектра через 3 месяца), мексидол 125 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца.

Катамнез: в ноябре 2021года пациент провел вакцинацию «Спутник–Лайт» с однократным подъемом температуры до фебрильных цифр. Далее повторных эпизодов неврологических проявлений не наблюдалось. По состоянию на май 2022 года пациент чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет.

Вывод: развитие патологической неврологической симптоматики после осуществления вакцинации само по себе не может однозначно говорить за то, что именно факт вакцинной нагрузки подготовил «сбой» организма пациента к болезни, точно так же как не может и исключить полностью причинно-следственную связь возникшего расстройства. Накопление описаний клинических случаев с поствакцинальными расстройствами поможет получить статистически значимую картину и сделать правильные выводы о природе реализуемых эффектов.

Список литературы.

1. Авдеев С.Н. Пневмония и острый респираторный дистресс-синдром, вызванные вирусом гриппа А / H1N1. Пульмонология. Приложение. – 2010. – № 1. – С. 32-46.
2. Амлаева К.Р. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К.Р. Амлаева, В.Н. Муравьевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 32 2018. – 512 с.
3. Временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, Департамента здравоохранения г. Москвы, 2020.
4. Зайцев А.А. Письмо в редакцию. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2020. – Том 22. – № 2; 84–86.
5. Калюжин, О.В. Острые респираторные вирусные инфекции. Современные вызовы. Противовирусный ответ. Иммунопрофилактика. Иммунотерапия / О.В. Калюжин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 144 с.
6. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа в 2015-2016 и 2016-2017 гг. / Брико Н.И., Салтыкова Т.С., Герасимов А.Н., Суранова Т.Г., Поздняков А.А., Жигарловский Б.А. / Ж. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы № 4. – 2017. – С. 4-13.
7. Краткие клинические рекомендации. Тактика ведения беременных, рожениц и родильниц с подозрением или подтвержденной инфекцией COVID-19. МКБ-10: U07.2, U07.1 / В.Ф. Беженарь, Э.К. Айла мазян, И.Е. Зазерская и др. – Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2020. – 47 с.
8. Кузьков В.В., Киров М.Ю. Инвазивный мониторинг гемодинамики в интенсивной терапии и анестезиологии. Архангельск, 2015. – 392 с.
9. Лобзин Ю.В., Черкашина И.В., Самойлова И.Г. Медицинская реабилитация детей, перенесших COVID-19. Журнал инфектологии. – 2020; 3 (12):64-74.

10. Мартынова, А.В. Бактериальные инфекции респираторного тракта у пожилых пациентов / А.В. Мартынова, О.А. Чулакова, А.А. Шепарев. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. – 108 с.
11. Методические рекомендации «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей, версия 2. 03.07.2020. – С. 4-8.
12. Острые респираторные инфекции у детей и подростков. – М.: ИнформМед, 2010. – 222 с.
13. Покровский В.И., Малеев В.В., Киселев О.И. Коронавирус SARS – возбудитель атипичной пневмонии. Временные методические рекомендации. – М.; 2003.
14. Противозидемические мероприятия в очагах важнейших инфекционных заболеваний: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности: 060101 – Лечебное дело / Федоровых Л.П., Шибачева Н.Н., Орлова С.Н., Федосеева Е.С. // Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2010. – 110 с.
15. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по тактике ведения тяжелой острой респираторной инфекции при подозрении на COVID-19: временное руководство, Версия от 13.03.2020. – 44 с.
16. Руководство по профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19. Первая академическая клиника Университетской школы медицины провинции Чжэцзян. Составлено на основе клинической практики. – 2020. – С. 96.
17. Тромбо-воспалительный синдром при COVID-19. Место и роль антикоагулянтной терапии в лечении COVID-19 / Сугралиев А.Б., Plinio Cirillo // Ж. Медицина (Алматы), № 3 (213), 2020.
18. Усков А.Н., Лобзин Ю.В., Рычкова С.В., Бабаченко И.В., Федоров В.В., Улуханова Л.У., Починяева Л.М. Течение новой коронавирусной инфекции у детей: некоторые аспекты мониторинга и анализа летальности. Журнал инфектологии. – 2020; 3 (12): 12-21.
19. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2015. – Т. 17, № 2. – С. 84-126.
20. Эпидемиология инфекционных болезней : учебное пособие / Н.Д. Ющук [и др.]. 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с.

ИЗУЧЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И РИТМОВ МОЗГА СТУДЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Немова А.А.

Медицинский институт Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

Актуальность. Когнитивные расстройства и снижение работоспособности стали по настоящему большой проблемой для перенесших COVID-19. Выявление значимых изменений ритмов мозга и работоспособности может являться маркером для назначения реабилитационной терапии в постковидном периоде.

Цель исследования. Выявить наличие когнитивных нарушений у студентов, переболевших COVID-19.

Материалы и методы. Нами проведено исследование работоспособности и биоэлектрической активности мозга при помощи программно-аппаратного комплекса «Омега». В исследовании приняли участие 38 студентов: 9 не болевших и 29 переболевших COVID-19. Статистическая обработка результатов проведена с помощью пакета программ «Microsoft Excel».

Результаты. Работоспособность у не болевших в норме (0,60-1) как до ($0,81 \pm 0,04$), так и после дыхательных упражнений ($0,94 \pm 0,02$), что статистически значимо выше, чем у переболевших ($0,65 \pm 0,1$) ($p \leq 0,05$). После выполнения упражнений у не болевших наблюдается повышение работоспособности. А у переболевших наоборот происходит снижение ($0,62 \pm 0,09$) ($p \leq 0,01$). Таким образом, мы видим, что корректирующая дыхательная программа улучшает общую работоспособность у не болевших испытуемых. А для испытуемых, по-видимому, дыхательная нагрузка становится значимым испытанием, что может говорить о снижении адаптационных способностей организма после перенесенного COVID-19. Альфа-ритм у не болевших в норме (20-70%) как до ($18,82 \pm 3,14$), так и после дыхательных упражнений ($25,02 \pm 9,1$) и статистически значимо выше, чем у переболевших ($14,57 \pm 2,25$) ($p \leq 0,05$). После выполнения упражнений у не болевших наблюдается повышение. А у переболевших наоборот происходит снижение ($13,64 \pm 4,82$) ($p \leq 0,05$). Бета-ритм у не болевших в норме (10-80%) как до ($26,37 \pm 5,79$), так и после дыхательных упражнений ($32,88 \pm 8,36$) и статистически значимо выше, чем у переболевших ($18,35 \pm 4,86$) ($p \leq 0,05$). После выполнения упражнений у не болевших наблюдается значительное повышение в отличие от переболевших ($20,67 \pm 6,23$) ($p \leq 0,05$). Тета-ритм в норме составляет 10-40%. До дыхательных упражнений у не болевших тета-ритм ниже ($12,16 \pm 3,84$), чем у болевших ($14,25 \pm 3,87$). После дыхательных упражнений наблюдается значительное повышение у болевших ($16,07 \pm 2,84$) и незначительное снижение у здоровых ($11,41 \pm 2,94$) ($p \leq 0,05$). Дельта-ритм у не болевших ($29,69 \pm 4,52$), и у переболевших ($37,99 \pm 3,84$) превышал норму (0-25%), причем у переболевших было статистически значимо, чем у не болевших ($p \leq 0,05$). После дыхательных упражнений мы видим, что дельта-ритм у не болевших снизился и пришел в норму ($18,54 \pm 4,59$), а у переболевших снизился, но так и не нормализовался ($28,11 \pm 6,95$) ($p \leq 0,01$). В результате проведенного исследования и анализа полученных результатов мы видим, что у переболевших НКИ и исходно и после управляемого дыхания

наблюдается повышение тета- и дельта-ритмов мозга, характеризующих сонливость, тогда как альфа- и бета-ритмы, характеризующие умственную деятельность, недостаточны, что может проявляться в сонливости, заторможенности, вялости мыслительных процессов, трудности запоминания, т.е. отразиться на когнитивной способности человека. Упражнения по управляемому дыханию оказывают положительное воздействие на биоэлектрическую активность мозга, а значит мы можем продолжить изучение использования ПАК «Омега-М» для реабилитации после перенесенного COVID-19.

Выводы. Своим исследованием мы подтвердили, что перенесенное заболевание вызывает сильные изменения общей работоспособности и ритмов мозга студентов, что может отражаться на общей интеллектуальной способности. Мы планируем продолжить начатую работу и посмотреть, как будут меняться показатели у переболевших через год и через два при условии регулярных занятий по управляемому дыханию на ПАК «Омега-М». Надеемся на полное восстановление здоровья у наших ребят.

Список литературы.

1. Adam Hampshire, William Trendera, Samuel R. Chamberlainb, Amy E. Jollya, Jon E. Grantd, Fiona Patricke, Ndaba Mazibukoe, Steve CR Williamse, Joseph M. Barnbye, Peter Hellyera,e , Mitul A Mehtae Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 / EClinicalMedicine. – 2021. – № 39. – 101044.

2. Новикова, С.И. Ритмы ЭЭГ и когнитивные процессы / С.И. Новикова // Электронный журнал «Современная зарубежная психология». – 2015. – Том 4, № 1. – С. 91-108.

3. Архипов, А.П. Особенности активности функциональных систем и мощности ритмов мозга у студентов и школьников старших классов / А.П. Архипов, Н.Л. Ильина, М.И. Скорodelова, Н.И. Микуляк // Вестник Пензенского государственного университета. – 2019. – № 1 (25). – С. 59-63.

4. Ильина, Н.Л. Альфа-ритм мозга как показатель адаптированности к спортивной деятельности и влияние индивидуальной дыхательной программы «Омега» на его стабилизацию / Н.Л. Ильина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Естественные науки. – 2013. – № 4 (4). – С. 18-24.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В ОТНОШЕНИИ ФУНКЦИЙ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Падалкина О.В., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Неврологические симптомы наблюдаются у трети пациентов с новой коронавирусной инфекцией, и чаще всего – у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами заболевания [3].

Как известно, структуры центральной нервной системы имеют хорошую защиту от большого количества инфекционных возбудителей, в особенности – от вирусных [2]. Однако, как показывают многочисленные исследования, гематоэнцефалический и гематоликворный барьеры не всегда способны предотвратить проникновение SARS-CoV-2 в структуры ЦНС. Помимо этого влияние на функционирование некоторых структур головного мозга оказывает не только сам вирус, но и чрезмерный иммунный ответ макроорганизма. Так, нарушение обоняния при COVID-19 происходит в результате двусторонней обструкции обонятельной расщелины, чему предшествует так называемый «цитокиновый шторм» [1]. Эта же особенность иммунной системы обуславливает и повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера для вируса.

Также отмечается, что вирус способен проникать в структуры ЦНС непосредственно через обонятельный тракт и черепно-мозговые нервы (тройничный, блуждающий). Нарушение обоняния при данной инфекции напрямую связано с повреждением опорных клеток обонятельного нейроэпителлия, так как на их поверхности располагаются рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа, которые способствуют более быстрому и свободному проникновению SARS-CoV-2 в клетки [4].

Нарушение в функционировании вкусового анализатора можно объяснить трансневральным распространением вируса по волокнам языкоглоточного нерва (IX пара) и барабанной струны – ветви лицевого нерва (VII пара) [4].

Нарушения со стороны вкусового и обонятельного анализатора клинически могут проявляться в виде аносмии, гипосмии, паросмии, фантосмии, агевзии, гипогевзии. Причём, время возникновения указанных нарушений варьирует у лиц разных возрастных групп, а сами симптомы подвержены индивидуальным сочетаниям. Симптомы ковид длительностью от 4 и свыше 12 недель считают постковидным синдромом.

Цель исследования – на основании результатов опроса лиц разных возрастных групп, переболевших новой коронавирусной инфекцией, выявить и проанализировать особенности постковидного синдрома в отношении функций обонятельного и вкусового анализатора.

Материалы и методы. Для данного исследования был разработан опросник на платформе Google. Последующее его применение помогло осуществить получение необходимой для анализа информации. Также в основу статьи включены материалы научной литературы и интернет-ресурсов.

Результаты. С целью оценки функций обонятельного и вкусового анализаторов проведён анонимный опрос пятидесяти человек, которые перенесли ковид. Респондентам необходимо было ответить на 14 вопросов. Однако для данного исследования ключевыми из них стали те, которые помогли выяснить следующее: возраст опрашиваемых, приблизительное время выздоровления, характерная симптоматика. Особое внимание отведено вопросам с развёрнутым ответом, в которых участникам опроса было предложено охарактеризовать их состояние и описать имеющиеся у них нарушения.

Так, в опросе приняло участие 35 женщин и 15 мужчин. В 2020 году новую коронавирусную инфекцию перенесли 18 человек, в 2021 году – 21 человек, в 2022 году – 11. Возрастные группы респондентов распределены следующим образом: «20-25 лет» – 28 человек, «26 лет-31 год» – 7 человек, «32 года-37 лет» – 3 человека, «38 лет-43 года» – 3 человека, «44 года-59 лет» – 6 человек, «60 лет и старше» – 3 человека. 38 респондентов перенесли заболевание в лёгкой форме, 11 – в среднетяжёлой, 1 – в тяжёлой.

На вопрос о наличии изменений во вкусовых предпочтениях, а также в предпочитаемых запахах во время болезни утвердительно ответили 28 опрошенных, 22 – не отмечали у себя подобных изменений.

Нарушение обоняния в виде гипосмии/аносмии составило 43% (37 опрошенных), паросмии – 17% (15 опрошенных). Нарушение вкусовых ощущений в виде гипогевзии/агевзии отмечалось у 27 (31%) человек, парагевзия – у 8 человек (8%). Также стоит отметить, что после выздоровления явление паросмии сохранилось у 13 человек, а у 10 опрошенных – появилось спустя некоторое время после выздоровления. В отношении парагевзии распределение следующее: симптом сохранился у 6 респондентов, а появился после выздоровления – у 16 человек. Таким образом, можно судить о проявлении постковидного синдрома у лиц, принявших участие в опросе.

Парагевзия у опрошенных лиц развилась преимущественно к следующим продуктам: мясо (6 чел.), куриные яйца (5 чел.), куриное мясо (4 чел.), молочные продукты (3 чел.), зелень (петрушка, укроп, кинза) – у 3 человек. Кофе показался неприятным на вкус двум из числа опрошенных, репчатый лук и каши так же стали вызывать неприятные ощущения у двух респондентов.

Паросмия проявилась к запаху готового (преимущественно варёного) мяса у семи человек, куриных яиц – у четырёх, дыма от сигарет/коистра – у трёх. Отношение к ранее любимому парфюму изменилось у пяти человек. Резкий запах/пот стал вызывать неприятные ощущения у двух человек. Отвращение к запаху бананов, лука, молочнокислых продуктов также имело место быть у трёх разных респондентов.

Немаловажными оказались данные о полном восстановлении функции вкусового и обонятельного анализатора у опрошенных с учётом времени проявления постковидного синдрома. Так, 38 человек (76%) уверены, что их обоняние и вкус после выздоровления полностью восстановились, 12 человек (24%) отмечают наличие у себя в той или иной степени симптомы, в отношении которых проводился опрос. При этом для восстановления своих ощущений 43 респондента (86%) никаких попыток не предпринимали, четверо (8%) принимали

лекарственные препараты (в основном витаминные комплексы). Два респондента (4%) пытались восстановить/тренировать свои вкусовые ощущения путём представления вкуса продукта во время его употребления, 1 респондент (2%) использовал эфирные масла для тренировки/восстановления обоняния.

Выводы. На основе проведённого исследования можно сделать следующее заключение: новая коронавирусная инфекция вызывает осложнения не только со стороны внутренних органов. Опасными и непредсказуемыми последствиями грозит поражение центральной и периферической нервной системы. Проблема нарушения обоняния и вкусовой чувствительности у лиц, которые перенесли COVID-19, является весьма актуальной, особенно в условиях настороженности населения в отношении постковидного синдрома и возможных его проявлениях в будущем.

Список литературы.

1. Ветрова, Т.В. Постковидная паросмия в практике клинического психолога / Т.В. Ветрова. – СПб : Вестник психотерапии, 2020. – № 76(81). – 123-133 с.
2. Войтенков, В.Б. К вопросу о нейротропности и нейроинвазивности коронавирусов / В.Б. Войтенков, Е.В. Екушева. – М : Клиническая практика, 2020. – 81-86 с.
3. Голохвастов, С.Ю. Механизм церебральных осложнений новой коронавирусной инфекции / С.Ю. Голохвастов, И.В. Литвиненко, С.Н. Янишевский и др. – СПб : Известия Российской Военно-медицинской академии, 2021. – Т. 40. – № S4. – 20-26 с.
4. https://lor.recipe.by/ru/?editions=2020-tom-10-n-4-3&group_id=item_1&article_id=line_0.

ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Панарина Н.В., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Мигрень – это хроническое неврологическое заболевание, проявляющееся периодическими приступами боли, как правило, локализованными в одной половине головы (гемикрания) в сочетании с другими не болевыми проявлениями (тошнота, рвота, фото- и фонофобия, психоэмоциональная лабильность, вегетативные симптомы), склонное к прогрессированию и существенно влияющее на качество жизни и работоспособность пациента [3]. Продолжительные головные боли значительно изменяют привычную жизнедеятельность человека, что также осложняет психологическое состояние человека. Поэтому изучение этиопатологических аспектов мигрени играет важную роль в поиске новых методов лечения и профилактики.

Патогенез мигрени связан с высвобождением вазодилатирующих веществ (субстанция Р, пептид, связанный с геном кальцитонина, нейрокинин А), которое происходит в результате деполяризации нервных окончаний. Под воздействием данных нейропептидов происходит расширение сосудов, увеличение проницаемости сосудистой стенки, пропотевание белков плазмы и, в дальнейшем, отек. Также в ответ на раздражитель начинается нейрогенное воспаление участка твердой мозговой оболочки. В основе болевого синдрома мигрени лежит активация δ - и С-волокон ноцицепторов. Нейроваскулярная теория патогенеза мигрени является наиболее распространенной, однако существуют и другие мнения. Считается, что возникновение мигрени также может быть обусловлено нарушением мозгового кровообращения, вызванного сужением артериол, нарушением метаболизма серотонина, а также изменением реактивности к диоксиду углерода.

Существует два основных вида мигрени: с аурой и без ауры. Возникновение ауры обусловлено раздражением лобно-височных областей коры и соматосенсорной зоны, что проявляется зрительными и слуховыми галлюцинациями, а также двигательными и чувствительными проявлениями. Длительность ауры варьирует от нескольких минут до часа.

Приступ мигрени может быть спровоцирован различными факторами: психоэмоциональным стрессом, приемом оральных контрацептивов, менструацией, климаксом [4].

В мигренозном приступе выделяют четыре последовательно сменяющих друг друга стадии. Начинается все с продромального периода, когда появляется раздражительность, чувство усталости, нервное возбуждение, эйфория. Следующий, наиболее яркий период ауры, которая характеризуется появлением фотопсий, анемения и покалывания лица, губ, языка. Аура является довольно специфичным явлением и проявляется у каждого пациента по-разному. В этот момент, когда человек ощущает приближение приступа мигрени, наиболее важно как можно быстрее начать терапию. Следующая стадия начинается сильной

головной болью, чаще в одной половине головы, которая часто сопровождается неболевыми симптомами, вызванными активацией парасимпатической нервной системы (тошнота, рвота, диарея). Последней является постдромальная стадия или стадия выздоровления, во время которой проходит головная боль, однако наблюдается значительная усталость, ощущение истощенности, снижения концентрации внимания [4].

Лечение мигрени включает три основных компонента: изменение образа жизни, купирование боли при мигрени и профилактическая терапия. Своевременное начало терапии способствует минимизации рисков возникновения осложнений мигрени. К ним относятся мигренозный статус, мигренозный инсульт, хроническая мигрень.

В настоящее время в качестве эффективной терапии используются триптаны (агонисты серотониновых 5HT₁-рецепторов). Механизм действия этой группы препаратов основан на сужении излишне дилатированных краниальных сосудов, а также снижении высвобождения вазоактивных пептидов. Также для купирования болевого синдрома легкой степени тяжести применяются нестероидные противовоспалительные средства, однако ввиду наличия побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, данная группа препаратов доступна не всем пациентам. Также в качестве препаратов первой линии применяются комбинированные анальгетики, при наличии рвоты эффективно использование противорвотных препаратов.

Важной составляющей лечения мигрени является профилактика приступов, что позволяет значительно улучшить качество жизни пациента и предотвратить развитие осложнений. В качестве профилактики применяются следующие препараты: антиконвульсанты, антидепрессанты и бета-адреноблокаторы. В основе действия бета-адреноблокаторов лежит блокирование активности оксида азота (основного вазодилататора), а также антагонизм к 5-HT_{2B} рецепторам. Наиболее эффективный прием бета-адреноблокаторов наблюдается у пациентов, имеющих артериальную гипертензию, а также в случае, когда триггером мигрени является психоэмоциональный стресс. Наиболее действенными антидепрессантами являются трициклические, к ним относится amitriptyline. Механизм его действия обусловлен модуляцией 5-HT и норадреналина. Также используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, среди которых наиболее распространенным является флуоксетин. Следует отметить, что эта группа наиболее эффективна при наличии коморбидного течения мигрени и депрессии. Среди антиконвульсантов могут быть использованы производные вальпроевой кислоты (Вальпроат натрия). Механизм действия этой группы заключается в повышении уровня ГАМК в головном мозге, снижении порога возбудимости серотониновых клеток. Также происходит уменьшение нейrogenного воспаления в тригеминальной васкулярной системе [5].

Большой интерес представляет современный метод профилактики мигрени: применение ботулотоксина типа А. Считается, что инъекционное введение ботулотоксина способствует расслаблению краниальной мускулатуры, а также уменьшает высвобождение медиаторов боли [2]. Такой метод профилактики в большей степени показан лицам, страдающим приступами мигрени более

10 дней в месяц. О.В. Глеб и соавт. в своем исследовании приводят результаты применения ботулотоксина типа А: за 30 дней применения препарата в исследуемой группе наблюдалось достоверное снижение индекса НІТ-6 с 65 до 52; также снижение ВАШ с 9 до 7 [1].

Таким образом, необходимо отметить, что мигрень является распространенной проблемой социального характера, так как зачастую от нее страдает трудоспособное молодое население. Крайне важным этапом в лечении мигрени является профилактика. Большая вариабельность препаратов позволяет подобрать индивидуальный режим профилактики для каждого отдельно взятого пациента с учетом пола, возраста, имеющихся сопутствующих заболеваний. Правильная и своевременная постановка диагноза также играет важную роль, особенно, у пациентов детской возрастной категории. Отсутствие этиотропной терапии значительно осложняет подход к лечению мигрени, однако эффективная патогенетическая терапия позволяет максимально улучшить качество жизни пациентов и избежать осложнений данного заболевания.

Список литературы.

1. Глеб, О.В. Первый опыт применения ботулотоксина типа А в лечении хронической мигрени / О.В. Глеб, Т.Н. Чернуха, С.А. Лихачев // Успехи современной клинической неврологии и нейрохирургии: сборник материалов XVIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием для молодых специалистов. – 2019. – С.
2. Дорофеев, А.Л. Практические аспекты ботулинотерапии / А.Л. Дорофеев, П.В. Коренева, А.Е. Сорголь, Т.В. Шульга // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 2. – С. 179-184.
3. Ковальчук, В.В. Мигрень: особенности этиологии и патогенеза, а также современные принципы диагностики и терапии / В.В. Ковальчук // Медицинский алфавит. – 2015. – № 10. – С. 10-14.
4. Лыгина, Ю.В. Что мы знаем о мигрени? / Ю.В. Лыгина // Шаг к успеху: сборник научных статей 5-й Всероссийской научной конференции перспективных разработок молодых ученых. – 2021. – С. 179-181.
5. Осипова, В.В. Диагностика и современное лечение мигрени: что может врач общей практики? / В.В. Осипова // Медицинский алфавит. – 2021. – № 14. – С. 13-18.

ИНСОМНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

Панарина Н.В., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Коронавирусная инфекция COVID-19 поражает многие системы организма, среди которых дыхательная, пищеварительная, сердечно-сосудистая и нервная системы. Как известно, нервная регуляция осуществляет контроль над всем организмом, а значит ее патология влечет за собой нарушение координирования работы всех прочих систем. Помимо непосредственного воздействия SARS-CoV-2 на нервную систему в период заболевания, нарушения могут оставаться и после реконвалесценции. Этот феномен получил название постковидного синдрома. Одним из наиболее важных аспектов постковидного синдрома являются нарушения сна. Сон – это период отдыха организма, соответственно его нехватка сопровождается нарушениями работы как психической, так и физической сферы. Нехватка сна влечет за собой серьезные последствия. Возрастает риск развития клинической депрессии, значительно снижается работоспособность, концентрация внимания, изменяется восприятие реальности, повышается риск развития неврозов, а также психических расстройств и расстройств поведения. Особенно важен полноценный сон для представителей профессий, требующих высокой концентрации внимания, среди них: врачи, водители, спасатели, спортсмены, студенты, работники заводов и фабрик и т.д. [1, 2].

Цель исследования – опираясь на результаты социологического опроса, выявить нарушения сна у студентов КГМУ в возрасте от 18 до 24 лет, перенесших коронавирусную инфекцию в период 2021-2022 гг., а также конкретизировать и охарактеризовать данные нарушения.

Материалы и методы. Был проведен социологический опрос шестидесяти студентов Курского государственного медицинского университета, в процессе которого были конкретизированы различные аспекты нарушений сна, а также выявлены различия между нормой и последствиями постковидного синдрома. В качестве теоретической базы были использованы литературные источники по данной теме.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 60 респондентов, из которых 82% – девушки, 18% – мужчины. Основная масса опрошенных – студенты 4-го курса (49%), 26% – студенты 1-го курса, 16% – студенты 2-го курса, 6% – студенты 5-го курса, 3% – студенты 6-го курса. Явное преобладание студентов четвертого курса объясняется тем, что патогенез последствий коронавирусной инфекции (постковидный синдром) в рамках изучения курса неврологии является наиболее понятным данной возрастной категории. Большая часть опрошенных (40%) перенесли коронавирусную инфекцию во второй половине 2020 года, 22% переболели во второй половине 2021 года, 20% перенесли заболевание в первой половине 2020 года, а 18% – в первой половине 2021 года.

На вопрос: «Сколько времени (минут) вам обычно требовалось, чтобы заснуть (в течение последнего месяца)?» 26% ответили, что им было необходимо

около 30 минут, 24% требовалось всего 5 минут, 16% засыпали в течение часа, 14% – ответили 10 минут, 10% – 20 минут, 8% – 15 минут, 2% – 7 минут. В норме продолжительность периода, необходимого для того, чтобы уснуть, составляет 15-20 минут. Соответственно, 62% опрошенных, которым требовалось больше времени, столкнулись с пресомническими расстройствами. Удлинение периода засыпания влечет за собой появление страха, в результате чего период дневной активности увеличивается и нарушаются суточные ритмы.

На вопрос: «Сколько часов в среднем вы спали за ночь в течение последнего месяца?» 28% ответили 6 часов, 24% – 7 часов, 22% – 5 часов, 18% – 8 часов, 8% – 4 часа. Должную продолжительность сна продемонстрировали лишь 18% опрошенных, остальные респонденты в среднем спали менее 8 часов за ночь. Дефицит сна влечет за собой снижение трудоспособности, что особенно проблематично для студентов, чья деятельность требует высокого уровня внимания.

За прошедший месяц по причине отсутствия сна в течение 30 минут респонденты отмечают проблемы со сном: 36% – один или два раза в неделю, 30% – менее, чем один раз в неделю, 18% – ни разу в течение последнего месяца, 16% – три и более раза в неделю. Отсутствие сна в течение 30 минут и более за ночь способствует нарушению цикличности фаз сна, в результате чего утром ощущается разбитость.

За прошедший месяц по причине пробуждений в середине ночи или под утро респонденты отмечают проблемы со сном: 34% – один или два раза в неделю, 26% – менее, чем один раз в неделю, 26% – три и более раза в неделю, 14% – ни разу в течение последнего месяца. Беспричинные пробуждения в процессе ночного сна являются проявлением повышенной нервной возбудимости, что ухудшает полноценный отдых.

Некоторые респонденты (34 человека) отметили прочие неудобства, по причине которых у них были проблемы со сном. Среди них присутствовали волнение, беспокойство, судороги, резкие перепады погоды, повышение артериального давления, сухость кожи, сильная усталость, кожный зуд. Данные субъективные проявления можно отнести к высокому уровню тревожности, который мог возникнуть как на фоне постковидного синдрома, так и на фоне общей обеспокоенности ограничениями, обусловленными пандемией.

В качестве субъективной оценки респонденты оценили качество сна за последний месяц. 57% респондентов охарактеризовали его, как достаточно хорошее, 23% ответили – скорее плохое, 11% охарактеризовали качество сна очень плохим, 9% – очень хорошее. Положительную характеристику дали только 66% респондентов, 34% – неудовлетворены сном. Отсутствие ощущения восстановления организма в процессе ночного сна влечет появление депрессивных состояний и существенно нарушает качество жизни человека.

Для того чтобы уснуть 84% опрошенных ни разу не принимали лекарственные средства в течение месяца, 8% принимали препараты три и более раз в неделю, 4% принимали один или два раза в неделю, 4% использовали снотворные менее, чем один раз в неделю. 16% опрошенных были вынуждены

прибегнуть к использованию снотворных препаратов. Учитывая молодой возраст респондентов, можно сделать вывод о наличии серьезных отклонений качества сна от нормы, с которыми самостоятельно они справиться не могли.

Среди всех опрошенных 40% за прошедший месяц столкнулись с затруднением в том, чтобы сохранять достаточный настрой на завершение всех дел, охарактеризовав это, как «несколько сложно», 26% – лишь чуть-чуть сложно, 18% – совсем несложно, 16% – очень сложно. Снижение продуктивности бытовой деятельности в течение дня значительно нарушает привычный уклад жизни и способствует возникновению психологического напряжения.

Выводы. Любые нарушения сна требуют неотложного обращения к специалисту, так как осложняют многие аспекты жизни пациентов. Изменения сна в период постковидного синдрома являются особо важной проблемой, так как затрагивают трудоспособное население. Необходимость дальнейшего изучения вопроса непродуктивного сна обусловлена поиском возможных вариантов терапии, направленных как на снижение частоты возникновения постковидного синдрома, так и на улучшение качества сна в целом.

Список литературы.

1. Малявин А.Г. Последствия коронавирусной инфекции COVID-19: распространенность и подходы к терапии симптомов LONG-COVID // Терапия. – 2021. – № 10. – С. 148-159.
2. Маркин С.П. Диагностика и лечение расстройств сна // Лечащий врач. – 2010. – № 4. – С. 54.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ

Пеньков А.Д., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Коронавирусы (Coronaviridae) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных (их естественных хозяев), так и человека. По данным статистики, около 17% пациентов, перенесших COVID-19, отмечают неудовлетворительное самочувствие, которое у некоторых сохраняется на протяжении более 30 дней, а у 3% пациентов более 3-х месяцев, которое классифицируется как постковидный синдром. Несмотря на большую распространённость и высокую контагиозность новой коронавирусной инфекции [2], удельный вес детей среди заболевших COVID-19 существенно ниже, чем других возрастных групп. По данным последних исследований, только 0,9% положительных случаев были связаны COVID-19 с детьми старше 15 лет [1, 3].

Статистические данные заболеваемости и их абсолютный и относительный рост обуславливают необходимость всестороннего исследования новой коронавирусной инфекции как с точки зрения этиологии, патогенеза, диагностики и методов, и алгоритмов лечения, так и со стороны преимущественного влияния болезни на определенные возрастные группы населения. Именно поэтому актуально исследование несовершеннолетних школьников Курского базового медицинского колледжа на предмет перенесения новой коронавирусной инфекции для оценки симптоматики и клинической картины течения заболевания, методов диагностики, подходов к лечению, а также отношения к иммунопрофилактике и, в частности, к вакцинации у школьников.

Цель исследования – статистически исследовать особенности патогенеза, характер течения, наличие осложнений, в частности, со стороны нервной системы, после перенесения у подростков 15-17 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе МБОУ СОШ № 27. Для проведения социологического опроса была разработана анкета, опрос проводился онлайн посредством сети Интернет, для распространения среди респондентов использовалась ссылка: <https://forms.gle/r7aueras4KsGjVbF9>. Анализ и интерпретация полученных данных проводился с использованием пакета «Анализ данных» программы MS Excel. Основанием для включения студента в выборку исследования было выполнение всех следующих условий: женский пол, возраст от 15 до 17 лет и наличие в анамнезе лабораторно подтвержденной с помощью ПЦР-тестирования новой коронавирусной инфекции, давность перенесения заболевания – не более 3 месяцев. В исследуемую выборку были включены 36 школьниц.

Результаты исследования. Среди респондентов девушки составляли 100% опрошенных, юноши – 0%. В исследовании приняли участие 4,8% школьников в возрасте 15 лет, 35,7% школьников в возрасте 16 лет и 59,5% семнадцатилетних школьников. Давность перенесения заболевания менее 1 месяца наблюдалась у 15,8% школьниц, от 1 месяца до 2 – у 61,9% опрошенных

и от 2 месяцев до 3 месяцев – у 22,3%. 25% респондентов признаются, что после перенесения НКВИ у них наблюдается высокий уровень антител в крови. При этом у 4,8% подтверждено наличие низкого титра антител к вирусу SARS-CoV-2 (их отсутствия), 70,2% респондентов не проводили анализ на изучение иммуноглобулинов М и G к исследуемому вирусу.

Среди опрошенных школьников 95,2% респондентов лечились амбулаторно, при посещении медицинского персонала из поликлиники, 4,8% респондентов проходили лечение в условиях стационара. У 61,9% респондентов от момента появления первых симптомов до полного выздоровления прошло менее 14 дней, у 38,1% респондентов – более 14 дней. Такие симптомы как аносмия наблюдались у 57,1% респондентов, паросмия – у 52,4% школьников, артралгия – у 61,9% опрошенных, оссалгия – у 57,1% респондентов. Лихорадка, то есть повышение температуры более 37°C, наблюдалась у 8,7% школьников, при этом у 15,8% респондентов лихорадка длилась в течение 1 дня, у 42,1% респондентов – до 3 дней, у 31,6% респондентов – до 7 дней, а у 10,5% школьников – более 7 дней. 33,3% респондентов признались, что после перенесения новой коронавирусной инфекции у них остались некоторые симптомы после выздоровления (аносмии и паросмии, артралгии и др.), 15% школьников отметили, что появились новые симптомы (боли в области сердца, одышка, головная боль, головокружение и др.), 47,6% опрошенных не заметили никаких изменений в своем состоянии здоровья.

Также детально были изучены изменения со стороны нервной системы респондентов и после перенесения ими новой коронавирусной инфекции. Так, среди 33,3% респондентов, у которых остались некоторые симптомы НКВИ после болезни (что можно классифицировать как постковидный синдром), у 14,2% школьников сохранилась стойкая аносмия, у 85,8% аносмия на фоне приема витаминов прогрессировала в гипосмию, различимы стали лишь яркие и ранее хорошо знакомые ароматы, но полностью восстановить обоняние не удалось. Из всех школьников с сохранными признаками аносмии и гипосмии у 10,9% респондентов после перенесения НКВИ периодически возникает чувство извращенного запаха – паросмии.

10,9% школьниц признали, что после перенесения новой коронавирусной инфекции в течение 3-4 недель после выздоровления у них начали возникать обморочные и предобморочные состояния, ранее подобные состояния были свойственны лишь 5,5% девушек. Ситуативные недлительные головокружения в положении стоя после перенесения НКВИ отмечают 85,7% опрошенных, при этом у 33,3% из них головокружения наблюдаются также в положении сидя и в положении лежа с закрытыми глазами.

Нарушения сна во время и после перенесения НКВИ отмечают 47,2% респондента, при этом характеризуют их как удлинение времени засыпания, беспокойство перед сном, повышение чуткости сна, а также увеличение времени сна для достижения чувства бодрости. Со стороны нарушений вегетативной нервной системы 14,2% опрошенных отмечают периодическое чувство сердцебиения.

Стоит отметить что очень многие школьники большое значение придают когнитивным нарушениям после перенесения новой коронавирусной инфекции. Так, ухудшение памяти заметили за собой 60,1% респондентов, повышение утомляемости наблюдается у 53,3% школьников, снижение скорости реакции также отметили 53,3% опрошенных. 60,1% респондентов также признались, что чувствуют повышение уровня личностной и ситуативной тревожности после перенесения НКВИ, а 33,3% опрошенных, по их мнению, стали более раздражительными. Также школьникам было предложено описать дополнительные изменения со стороны нервной системы, которые они отмечают лично у себя, среди которых респонденты перечисляли появление сложностей с произношением слов, замедление речи, трудности с запоминанием новой информации, апатию.

Нарушения менструального цикла после перенесения НКВИ заметили за собой 60,1% школьниц, 33,3% респондентов уверены, что нарушений со стороны работы репродуктивной системы не было, а 6,1% девушек признались, что имеют нестабильный менструальный цикл и им сложно отследить и охарактеризовать его изменения. Среди нарушений менструального цикла 85,7% девушек отмечают усиление симптомов предменструального синдрома (боли и тяжесть в груди, боли и тяжесть внизу живота, боли и тяжесть в пояснице), также 14,2% опрошенных жалуются на удлинение менструального цикла в среднем до 35 дней, 27,7% респондентов признаются, что после перенесения новой коронавирусной инфекции менструальные выделения стали обильнее.

Выводы. По результатам исследования данной выборки можно сказать, что особое внимание заслуживает тот факт, что большинство случаев перенесения новой коронавирусной инфекции в подростковой популяции не являются подтвержденными с помощью ПЦР-тестирования на выявление РНК SARS-CoV-2, что может влиять на статистические данные заболеваемости, а также на протокол лечения в каждом отдельно взятом клиническом случае, поскольку большинство школьников перенесли заболевание без положительного ПЦР-теста (76,2%). Клиническая картина новой коронавирусной инфекции в данной выборке наиболее проявлялась лихорадкой (85,7%), артралгией (61,9%) и anosmией (57,1%).

Наиболее частыми осложнениями новой коронавирусной инфекции в популяции девушек-подростков 15-17 лет являются гипосмия (85,7%), головокружения (85,7%), ухудшение памяти (60,1%), повышение уровня личностной тревожности (60,1%), нарушения менструального цикла (60,1%), повышение утомляемости (53,3%), снижение скорости реакции (53,3%), что обуславливает необходимость поиска качественных способов реабилитации не только взрослого населения, но и детского после перенесения новой коронавирусной инфекции.

Список литературы.

1. Воробьев, П.А. Постковидный синдром. [Электронный ресурс] // Лекция профессора Воробьева П. А. – 2021. URL: <https://youtu.be/FB4EGWgb4VQ> (дата обращения 17.02.2022).

2. Временные методические рекомендации профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 14 (27.12.2021).

3. Дмитриев, В.В. Коронавирус, этиология, патогенез, изменения глаз при коронавирусе и лечение / В.В. Дмитриев, Т.В. Дмитриева, И. А. Миненко // Наука и инновации – современные концепции. – 2020. – С. 112-118.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Перепечко Д.Д., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Инсульты являются частой причиной инвалидизации и смертности населения России, в том числе и на территории Брянской области. По экспертным данным ВОЗ, ежегодно в мире диагностируется около 10 миллионов случаев данного заболевания, 6.5 миллионов из которых заканчиваются летальным исходом. Причем ишемический инсульт становится причиной последних примерно в 80%, на долю геморрагического приходится около 20% [4]. В России официальная статистика по инсульту свидетельствует о заболеваемости и смертности населения всех возрастов, включая детей. Так, согласно ВОЗ, ежегодно в нашей стране регистрируется до 450 тысяч случаев данной патологии. Стоит отметить, что постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности населения России [3]. Все большую популярность получают показатели заболеваемости у лиц молодого и трудоспособного возраста. По данным различных исследователей, частота инсульта у детей составляет от 2 до 13,02 случаев на 100 тысяч детей в год. Ишемическая форма составляет до 55% случаев данной патологии в детском возрасте, геморрагическая – до 30%, другие виды ОНМК – до 15%. В молодом возрасте (от 18 до 45 лет) частота инсульта колеблется от 2,5 до 10% от всех ОНМК [1].

Цель исследования – провести сравнительный анализ частоты встречаемости различных типов инсульта на территории Брянской области.

Материалы и методы. На базе Регионального сосудистого центра (РСЦ) Брянской областной больницы № 1 был проведен статистический анализ частоты встречаемости ишемического и геморрагического инсультов. В исследование вошли истории болезни 960 пациентов с подтвержденным диагнозом, находившихся на стационарном лечении в период с августа 2020 года по август 2021 года. Возраст пациентов варьировал от 45 до 89 лет. Средний возраст составил 62 года. Предварительно пациенты были разделены на две группы по возрастным категориям. В первую группу вошли больные среднего возраста (от 45 до 59 лет) – всего 355 человек, которые составили 37% от общего числа. Причем мужчины составляли 57% (202 человека), а женщины 43% (153 человека). Во вторую группу вошли пациенты пожилого и старческого возраста (от 60 до 89 лет) – всего 605 человек, что составило 63% от общего числа исследуемых. В этой группе наблюдалась обратная ситуация – мужчин оказалось 42% (254 человека), а женщин 58% (351 человек).

Результаты. При проведении сравнительного анализа частоты встречаемости ишемического и геморрагического инсульта на территории Брянской области было выявлено, что первый вариант по сравнению со вторым встречается в соотношении 4:1 (так ишемический инсульт был зарегистрирован у 768 пациентов, а геморрагический – у 192). Причем в среднем возрасте больше

подвержены инсульту оказались мужчины (202 человека из 355), а в пожилом и старческом – женщины (351 человек из 605).

В первой группе частота встречаемости разных форм инсульта была примерно одинаковой - ишемический вариант встречался в 178 из 355 случаях (50,1%), а геморрагический в 177 из 355 случаев (49,9%). Во второй группе основную часть больных составляли пациенты с ишемической формой – 591 человек (97,7%), с геморрагическим вариантом – 14 человек (2,3%).

При проведении исследования были проанализированы факторы риска возникновения инсультов у данных пациентов. Так, в первой группе наиболее часто встречаемыми оказались артериальная гипертензия (в 53,9% случаев), травмы и патологии магистральных артерий головы и шеи (17,2% случаев). Также у больных были выявлены атеросклеротические изменения (15,5% случаев), вредные привычки (курение и употребление алкоголя) – в 8,02%, а сочетание различных факторов риска отмечалось в 5,38% случаев. Во второй группе основным фактором риска стал возраст, так как все пациенты – люди пожилого и старческого возраста. По-прежнему на одной из ведущих позиций оставалась артериальная гипертензия (в 55% случаев). У 22,5% больных отмечалась дислипидемия и различные заболевания сердечно-сосудистой системы. Сахарный диабет встречался в 13,8% случаях. В 8,7% отмечалось сочетание нескольких факторов риска. Важно заметить, что у большинства пациентов обеих групп (77% – 739 человек) было выявлено повышенное тромбообразование в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией, что также является фактором риска в развитии инсульта.

Стоит отметить, что у всех пациентов с перенесенным инсультом наблюдалась выраженная неврологическая симптоматика. Она зависела от пораженного бассейна и артерии. Чаще всего страдала средняя мозговая артерия (в 69,5% случаев), очаговая неврологическая симптоматика проявлялась центральным параличом, гемианестезией, афазией, анозогнозией. Немного реже у исследуемых больных поражались сосуды вертебробазилярного бассейна. При этом наблюдались мозжечковые нарушения. Так, у 65,1% больных первой группы и у 71,2% больных второй группы отмечались атаксия, гипотония, интенционный тремор, нистагм, дизартрия. Стволовые нарушения, проявляющиеся нарушением сознания, глазодвигательными расстройствами, встречались, в основном, у пациентов с наличием патологического очага в задней мозговой артерии. Наиболее часто отмечались такие варианты поражения как гемианопсия, скотомы, двоение в глазах, птоз. Данные симптомы были зарегистрированы у 281 человека из первой группы (92,1%) и у 489 человек из второй группы (80,8%).

Известно, что когнитивные нарушения при сосудистом поражении головного мозга могут варьировать от минимальных расстройств до деменции [2]. Так, у 90% больных помимо очаговой неврологической симптоматики, отмечалось снижение памяти, внимания, мышления, нарушения зрительного восприятия. Выявленные когнитивные дисфункции были подтверждены нейропсихологическим тестом MMSE (Mini-Mental State Examination). В результате проведенных исследований были получены следующие результаты: в первой группе в 11,7% была выявлена

деменция умеренной степени выраженности (10-19 баллов), в 58,2% – умеренные когнитивные нарушения (25-27 баллов), в 30,1% не выявлено нарушений (28 баллов). Во второй группе: деменция умеренной степени выраженности (10-19 баллов по шкале MMSE) у 27,7%, легкая деменция (21-24 балла) зарегистрирована у 34,9% больных, умеренные когнитивные нарушения (25-27 баллов) в 32,3% случаев, легкие когнитивные нарушения (28 баллов) в 5,1% случаев.

Выводы

1. По статистическим данным частота встречаемости ишемического инсульта в Брянской области преобладает над геморрагическим.

2. У пациентов среднего возраста инсульт преобладал в мужской популяции. Ведущими факторами риска этой группы были артериальная гипертензия, патологии и травмы сосудов головы и шеи, вредные привычки.

4. В группе пожилого и старческого возраста инсульт чаще встречался у женщин. Ведущими факторами риска данной группы стали возраст, сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет.

5. Коронавирусная инфекция вошла в группу основных факторов риска развития инсульта у большинства пациентов обеих групп.

6. Помимо очаговой неврологической симптоматики у пациентов с инсультом выявлялись когнитивные нарушения (90% пациентов в общей популяции).

7. Необходима ранняя диагностика инсультов для предотвращения развития необратимых изменений ткани головного мозга с целью снижения числа летальных исходов и уменьшения инвалидизации населения.

Список литературы.

1. Первичная профилактика инсульта в молодом возрасте / Методические рекомендации. Под редакцией Т.Т. Батышевой. – Москва. – 2019. – 61 с.

2. Результаты сравнительного анализа когнитивных расстройств у пациентов с геморрагическим и ишемическим инсультом / Абдуллина Г.И., Габдрафиков В.Н., Чумарин М.Р. // Colloquium-journal. – 2019. – № 10(34). – С. 63-65.

3. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости ишемическим и геморрагическим инсультом в России / П.А. Мачинский, Н.А. Плотникова, В.Е. Ульяновкин, А.Г. Рыбаков, Д.А. Макеев // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2019. – № 2 (50). – С. 112-132.

4. Суслина, З.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика / З.А. Суслина, Т.С. Гулевская, М.Ю. Максимова, В.А. Моргунов. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 536 с.

АНОСМИЯ И АПАТИЯ КАК ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Плохих А.Б.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – мультисистемное нейродегенеративное заболевание, при котором развиваются как моторные, так и немоторные нарушения, приводящие к социальной, профессиональной, бытовой дезадаптации, и, как следствие, к ранней инвалидизации пациента. Согласно статистике, заболеваемость населения составляет от 12 до 20 на 100000 населения [5].

В настоящее время широкое распространение в изучении и исследовании получили немоторные симптомы (НМС) при болезни Паркинсона. Классификация НМС была представлена в 2006 году. K. Ray Chaudhuri и соавт. Исследования многих ученых показывают, что среднее количество немоторных расстройств у одного пациента находится в пределах от 8 до 12 [10].

В настоящее время открытым и актуальным остается вопрос об аносмии и апатии как симптомах, появляющихся за 2-7 лет до развития полной клинической моторной симптоматики.

Цель исследования – на основании обзора научной литературы определить, действительно ли обонятельная дисфункция и апатия могут служить ранними и патогномоничными симптомами болезни Паркинсона.

Материалы и методы. Поиск, сбор и анализ информации с использованием отечественных (РИНЦ): eLibrary.Ru, cyberleninka.ru и зарубежных (PubMed, ClinicalTrials) баз данных.

Результаты исследования. Апатия – НМС при болезни Паркинсона, который выступает как один из предикторов начала болезни.

Согласно одним литературным данным, ее частота варьирует от 7 до 70% [7]. Она может возникать как самостоятельный симптом, а также в структуре депрессии. Но следует учесть, что это две разные проблемы, которые имеют перекрещивающиеся симптомы: потерю интереса, снижение удовольствия от деятельности или усталость. Было высказано предположение, что апатия может возникать при отсутствии печали, а депрессия может возникать при отсутствии апатии [2].

В исследованиях была установлена взаимосвязь между частотой апатии и снижением уровнем дофамина. Дофамин, как известно, участвует в мотивационном процессе, приписывая вещам привлекательный характер и стимулируя готовность действовать. Мотивация и решение действовать у пациентов с апатичной БП восстановились после увеличения дозы дофаминергической терапии [1, 3].

Для диагностики апатии при БП предлагается использовать шкалу апатии, разработанную Starkstein.

Апатия эффективно поддается нивелированию стандартной дофаминергической терапией, но следует учесть, она относительно резистентна

к существующим психофармакологическим воздействиям. При выборе тактики лечения стоит рассмотреть время возникновения апатии, возможно она может являться побочным эффектом применяемых антидепрессантов. Рассматриваются в качестве вариантов медикаментозной терапии - ингибиторы холинэстеразы (например, галантамин или ривастигмин) [5].

Обонятельная дисфункция – является ранним характерным предиктором болезни Паркинсона.

Частота встречаемости данного НМС в пределах от 70 до 90% [6].

Впервые нарушение обоняние было описано в литературе в 1975 году А. Ansari и А. Johnson.

Расстройство обоняния представлено его значительным снижением (гипосмией, anosmией). Согласно классификации Braak, нарушение обоняние происходит уже на первой стадии развития болезни Паркинсона и связано это с поражением обонятельной луковицы и переднего обонятельного ядра и возможным отложением в них α -синуклеина.

В современной неврологической практике состояние обонятельного анализатора практически не оценивается и также отсутствует система включения тестов на изменения ольфакторных нарушений при осмотре больных с БП.

Для диагностики обонятельной дисфункции могут использоваться: Пенсильванский экспресс-тест, но он не показал эффективности ввиду того, что населению России многие запахи оказались незнакомы [6], тест Сниффин Стикс и используемый в отоларингологии набор пахучих веществ – ольфактометрия Бернштейна.

По данным проводимого исследования [4] с использованием набора Бернштейна было обследовано 116 пациентов разделенных по степени тяжести заболевания. Полученные данные свидетельствуют о наличии обонятельной дисфункции у большего числа обследованных пациентов.

Коллектив авторов в своём наблюдении использовал тест-систему Сниффин Стикс [9]. В исследование было включено 89 пациентов: 44 мужчины и 45 женщин и 20 человек – контрольная группа, не имеющих снижения обоняние и нейродегенеративных заболеваний. В результате были получены данные, что только у 10-11% был нормальный уровень обоняния, 10-11% обследованных имеют anosmia и 47-57% имеют снижение всех трех показателей теста.

При анализе данных отечественной литературы, можно сделать вывод, что в независимости от тест-системы ольфакторных нарушений, у большей части пациентов наблюдается обонятельная дисфункция, которая зависит от стадии и степени тяжести заболевания.

Выводы. Данные, полученные в результате анализа литературы, показывают, что апатия и anosmia встречаются у большей части пациентов с БП. Однако, больные не сразу обращают внимание на появление данной симптоматики, что затрудняет своевременную диагностику заболевания, так как присоединяются другие немоторные симптомы. В связи с этим важно своевременное выявление anosmia, как одного из основных предикторов ПБ, для ранней коррекции и профилактики заболевания.

Список литературы.

1. D. Grosset, L. Taurah, D. J. Burn et al. "A multicentre longitudinal observational study of changes in self reported health status in people with Parkinson's disease left untreated at diagnosis," *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 78, no. 5, pp. 465–469, 2007.
2. L. Kirsch-Darrow, H.F. Fernandez, M. Marsiske, M.S. Okun, and D. Bowers, "Dissociating apathy and depression in Parkinson disease," *Neurology*, vol. 67, no. 1, pp. 33–38, 2006.
3. V. Czernecki, B. Pillon, J.L. Houeto, J.B. Pochon, R. Levy, and B. Dubois, "Motivation, reward, and Parkinson's disease: influence of dopatherapy," *Neuropsychologia*, vol. 40, no. 13, pp. 2257–2267, 2002.
4. Аленикова, О.А. Ольфакторные нарушения у пациентов с болезнью Паркинсона / О.А. Аленикова, С.А. Лихачев// «Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа». – 2016. – Т. 6, № 4. – С. 478-488.
5. Болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм и другие заболевания, проявляющиеся синдромом паркинсонизма. – Клинические рекомендации. – 2021.
6. Ижболдина О.П. Обонятельная дисфункция у пациентов с болезнью Паркинсона. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2016. – 23 с.
7. Левин О.С., Аникина М.А., Шиндряева Н.Н., Зимнякова О.С. Психотические нарушения при болезни Паркинсона и деменции с тельцами Леви. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011; 6: 82-88.
8. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона как нейропсихиатрическое заболевание / О.С. Левин // НЕВРОЛОГИЯ/РЕВМАТОЛОГИЯ. – 2011. – № 2. – С. 18-22.
9. Нарушения обоняния при болезни Паркинсона / Н.С. Алексеева, С.Н. Иллариошкин, Т.А. Пономарева, Е.Ю. Федотова, И.А. Иванова-Смоленская // *Неврологический журнал*, № 1. – 2012. – С. 10-14.
10. Титова Н.В., Рей Чаудхари К. (Ray Chaudhuri K.) Немоторные симптомы: «скрытое» лицо болезни Паркинсона / под редакцией С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина // руководство для врачей «Болезнь Паркинсона и расстройства движений», 2017 г. – С. 114-124.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Порядина А.М., Крапива А.Б., Андреева Д.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Такая проблема как желчнокаменная болезнь была всегда значима. Количество пациентов, страдающих этим заболеванием, неуклонно растет. Распространенность ее настолько велика, что каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина страдают желчнокаменной болезнью. В качестве лечения применяют наиболее актуальный и современный метод – эндоскопическую холецистэктомию, которая представляет собой удаление желчного пузыря малоинвазивным способом с минимальным повреждением кожных покровов и внутренних органов, и является одним из видов видеоэндоскопических технологий [1]. Показаниями к эндоскопической холецистэктомии могут быть: 1) желчнокаменная болезнь, как в данном случае, при которой более привычный способ – дробление камней будет неэффективен в связи с последующими постоянными рецидивами и воспалениями; 2) полипоз желчного пузыря; 3) холестероз; 4) хронический холецистит без камней. Предоперационный и послеоперационный периоды могут осложняться такими неврологическими синдромами как астеноневротический и психовегетативный, а также когнитивными расстройствами [2].

Во время эндоскопической холецистэктомии применяют препараты, которые обладают транквилизирующими, церебропротективными и мембраностабилизирующими свойствами, например, адаптол – тетраметилтетраазабициклооктандион. Он близок по химической структуре к естественным метаболитам и действует прежде всего на нейромедиаторные системы: ГАМК, холин-, серотонин- и адренергическую, способствуя их сбалансированности и интеграции. Также адаптол воздействует на лимбико-ретикулярный комплекс, а именно на эмоциогенные зоны гипоталамуса, не оказывая при этом периферического адренонегативного действия [3]. Адаптол обладает и противосудорожной активностью и оказывает ноотропное действие. Может применяться при неврозах и неврозоподобных состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, эмоциональной лабильностью, при состояниях после острых психозов. Особенностью его анксиолитического (седативного) действия является то, что при подавлении отрицательных эмоций он никак не влияет на положительные, не создавая того самого чувства эйфории. Адаптол также не взаимодействует с другими препаратами, не задерживается в организме и легко выводится, не вызывая привыкания, поэтому назначенный курс его может длиться 2-3 месяца непрерывно. Первые результаты можно заметить уже после недели применения [6]. Вектор его воздействия зависит от дозировки: антидепрессивное и психостимулирующее в малых дозах наблюдается (0,9 г/сут), ноотропное при средних (1,8-2,7 г/сут) и при высоких дозах (4,5 г/сут) уже седативное.

Цель исследования. Изучить переносимость, безопасность и эффективность препарата адаптол в лечении тревожных расстройств у пациентов в пред- и послеоперационном периодах после эндоскопической холецистэктомии.

Методы исследования. Исследование проводилось в двух группах людей по 15 человек с желчнокаменной болезнью в дооперационном и послеоперационном периодах, каждый из которых длился 2 недели. Все пациенты – это женщины в возрасте от 32 до 64 лет. Первая группа экспериментальная, вторая – контрольная. Сортировка по группам происходила в зависимости от характера жалоб и степени выраженности астеновегетативных расстройств. При этом из исследования исключались люди, имевшие ранее диагностированные психические заболевания, черепно-мозговые травмы или оперативные вмешательства, которые могли привести к психовегетативной дисфункции. Пациенты, входившие в экспериментальную группу, принимали адаптол в суточной дозе 1000 мг на протяжении 30 дней, в дооперационном периоде длительность приема составляла 10-14 дней, в послеоперационном 16-20 дней. Пациенты второй (контрольной) группы этот препарат не принимали. Применялись методы обследования, такие как физикальное обследование, оценка неврологического статуса и опрос жалоб пациента. Также проводилась оценка качества жизни по опроснику SF-36. Оценивание происходило по восьми шкалам, которые потом формировались в два показателя: физическое и душевное благополучие. Плюсами этого метода являются возможность комплексно оценить качество жизни и легко сравнить результаты, что подходит для большого количества патологий [4]. Также проводилась и оценка уровня ситуационной тревожности, т.е. в данный момент, и личностной по шкале Спилбергера-Ханина. Шкала состоит из двух частей, в которых отдельно оцениваются личностная и ситуационная тревожности. Личностная тревожность показывает склонность к восприятию большинства ситуаций вокруг как угрожающих с риском появления последующих невротических срывов и психосоматических нарушений. Ситуационная же отражает степень нервозности, беспокойства и как следствие нарушение внимания [5]. Оценка состояния пациентов проводилась дважды: до начала приема адаптола и спустя 30 дней после окончания.

Результаты исследования. Во время проведения наблюдения ни у кого не наблюдалось побочных эффектов от адаптола. Спустя первые 14 дней в дооперационном периоде у испытуемых отмечалось снижение тревожности, улучшение эмоционального состояния, более легкий период перенесения болевых ощущений, сопровождающих основное заболевание. Наблюдаемые во второй группе в дооперационном периоде испытывали же наоборот повышение тревожности, снижение настроения, ухудшение эмоционального состояния, усиление болей. Согласно опроснику SF-36 с применением адаптола пациенты отмечали заметное улучшение качества жизни, повышение психической устойчивости, жизненной активности, социального и ролевого функционирования.

По шкале Спилбергера-Ханина при проведении повторного нейропсихологического обследования в первой группе обследуемых отмечалось

уменьшение личностной тревожности, которая до лечения составляла 49,6, что являлось высоким показателем, а после – 40,2, что уже относится к умеренному уровню. Снизилась также и ситуационная тревожность: до лечения показатель был 52,6 – высокая степень, после – 42,4 – умеренная степень. Во второй группе никаких изменений со стороны тревожности не наблюдалось.

Заключение. В ходе проведения наблюдений выявлено, что в группе с применением адаптола в течение 30 дней в объеме 1000 мг с целью лечения психически-тревожных расстройств пациентов после эндоскопической холецистэктомии им становилось значительно лучше. Проявлялось это в снижении тревожности, нервозности, психовегетативных реакций как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах. Для пациента с полученными данными можно сформулировать более точный прогноз этапа реабилитации, качества жизни и социальной адаптированности. Препарат прекрасно переносится пациентами и является безопасным, поскольку никаких побочных эффектов не было выявлено.

Список литературы.

1. Ласков, В.Б. Влияние эндоскопической холецистэктомии на неврологический статус, когнитивные функции и эмоциональное состояние женщин с хроническим калькулезным холециститом / В.Б. Ласков, И.О. Масалева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113. – №. 3. – С. 9-14.
2. Масалева, И.О. Причины тревожных переживаний у больных хроническим холециститом до и после эндоскопической холецистэктомии / И.О. Масалева, В.Б. Ласков // Фундаментальные исследования. – 2011. – №. 9-2. – С. 270-274.
3. Современные подходы к коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом / М.А. Гриднев, Е.Ю. Шутеева, Е.А. Логачева, Т.В. Шутеева // Региональный вестник. – 2019. – № 15(30). – С. 9-10.
4. Шутеева, Т.В. Способы коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией / Т.В. Шутеева // Трудный пациент. – 2015. – Т. 13. – № 5-6. – С. 18-21.
5. Шутеева, Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции / Т.В. Шутеева // РМЖ. – 2018. – Т. 26. – № 4-2. – С. 80-84.
6. Шилина Н.Н., Стаценко М.Е., Спорова О.Е., Лемперт Б.А. Эффективность адаптола и возможность его дифференцированного применения у больных с тревожными расстройствами в постинфарктном периоде // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85. – № 9. – С. 29-34.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Потолов И.Р.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Детский церебральный паралич – это группа постоянных нарушений двигательного развития и положения тела, вызывающих ограничение двигательной активности, характерное для непрогрессирующих поражений развивающегося головного мозга плода или ребёнка. Впервые детский церебральный паралич был описан английским хирургом Д. Литтлом в 1843 году, а первое определение заболевания дал в З. Фрейд 1893 году. Данное заболевание сопровождается расстройствами чувствительности, восприятия, эмоционально-волевой сферы, познавательных способностей и навыков коммуникации. Согласно данным Росстата, число случаев формы детского церебрального паралича не имеет тенденции к снижению в последние 10 лет. Так, в 2020 году впервые выявленный ДЦП у ребёнка в возрасте от 0-14 лет составил 6991 случаев (иными словами, 31,5 на 100 000 детского населения). В свою очередь, частота выявляемости у детей в возрасте от 15-17 лет составила 657 за 2020 год (15,5 на 100 000 населения).

В настоящее время, согласно МКБ-10, выделяют следующие формы ДЦП: спастический церебральный паралич (G80.0), спастическую диплегию (G80.1), детскую гемиплегию (G80.2), дискинетический церебральный паралич (G80.3), атактический церебральный паралич (G80.4), другие виды детского церебрального паралича (G80.8) и детский церебральный паралич неуточнённый (G80.9).

В этиопатогенезе заболевания ведущая роль отводится церебральной ишемии и гипоксии внутриутробного генеза, интранатальной асфиксии, перинатальным внутрочерепным кровоизлияниям, в том числе внутрижелудочковым – из зоны герминативного матрикса, инфекции и дисметаболическим нарушениям. Наиболее неблагоприятные последствия наблюдаются при перинатальных поражениях ЦНС гипоксического, инфекционного и смешанного генеза, исходом среднетяжелых и тяжелых форм которых является ДЦП. Наряду с основными этиологическими факторами заболевания большое значение придается влиянию факторов, повышающих вероятность развития ДЦП, так называемых факторов риска, которые могут оказывать свое влияние до беременности, во время беременности, при родах и в периоде новорожденности.

Основу клинической картины ДЦП составляют двигательные расстройства – параличи, насильственные движения, нарушение координации движений. Нарушается онтогенетическая последовательность двигательного развития, активизируется патологическая тоническая рефлекторная активность, приводящая к повышению мышечного тонуса и формированию патологических поз. Расстраивается формирование механизмов поддержания равновесия при стоянии и ходьбе. Клинические проявления полиморфны и зависят от характера и степени нарушения развития и патологических изменений мозга.

Для большинства детей характерен синдром общего угнетения ЦНС, который проявляется вялостью, снижением спонтанной двигательной активности, мышечной гипотонией, гипорефлексией, угнетением рефлексов врожденного автоматизма. Могут быть выявлены асимметрии мышечного тонуса, анизорефлексия, гемипарез. Очаговая неврологическая симптоматика чаще всего представлена в виде нарушений черепно-мозговой иннервации (недостаточность III, V, VI, VII и XII пар черепно-мозговых нервов). Нередко выявляют горизонтальный нистагм, умеренно выраженный симптом Грефе, тремор век и подбородка. Частые судороги, приступы апноэ, спонтанный вертикальный нистагм свидетельствуют о значительных повреждениях вещества мозга.

Цель исследования – охарактеризовать неврологический статус у больных детским церебральным параличом.

Материал и методы исследования. В исследовании использовались 100 архивных историй болезни пациентов с ДЦП за 2020 год по Курской области (среди которых 46 – мальчиков и 54 – девочки) в возрасте от 1 до 2 лет; также были использованы амбулаторные карты этих же больных детей. С целью установления особенностей неврологического статуса детей были проанализированы объективные данные.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что неврологический статус у детей больных ДЦП характеризуется наличием центральных параличей и других симптомов поражения пирамидной и экстрапирамидной систем. У 42% детей выявляются – экстрапирамидные нарушения в виде тремора верхних и нижних конечностей, гиперкинезов и их проявлений; у 31% – центральные параличи; у 27% – пирамидные явления (оживление рефлексов, расширения рефлексогенных зон); у 22% были выявлены поражения мозжечка в виде различных видов атаксии, часто симптоматика сочеталась. Частота встречаемости основных групп симптомов в исследуемой выборке отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Данные неврологического обследования детей с ДЦП

Симптом	Частота встречаемости
Центральный паралич	27%
Пирамидные нарушения	31%
Экстрапирамидные нарушения	42%
Мозжечковые нарушения	22%

Выводы. Таким образом, в картине неврологического статуса у детей, больных ДЦП 1-2 года жизни преобладают следующие явления: экстрапирамидные нарушения (гиперкинетический синдром), пирамидные нарушения (парезы, гемипарезы, параличи), центральные параличи, нарушения координации (мозжечковая атаксия). Вследствие этого формируется

патологический двигательный стереотип, неправильные установки туловища, конечностей, а позже – контрактуры и деформации.

Список литературы.

1. Сальков, В.Н. Детский церебральный паралич. Причины. Клинические проявления. Лечение и реабилитация / В.Н. Сальков, С.В. Шмелёва, С.В. Коноваленко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с.
2. Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению. В.Н. Шток, И.А. Иванова-Смоленская, О.С. Левин. – М.: Медпресс информ, 2002. – 700 с.
3. Смагулова, А.Р. Клинико-томографические особенности при гиперкинетической форме детского церебрального паралича. А.Р. Смагулова и др. Вестник КазНМУ. – Т. 1, № 2. – 2014. – С. 15-18.
4. Неврология : национальное руководство : в 2-х т. Т. 1. / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – 2-е изд. , перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 880 с.
5. Петрухин, А.С. Детская неврология: Том 2 : учебник: в 2 т. / Петрухин А.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Прокофьева А.А., Масалева И.О., Люберцева Ю.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция, которая первоначально была расценена в качестве инфекции верхних дыхательных путей, как вскоре стало понятно, оказывает системное воздействие на организм человека, затрагивая практически все системы и органы заражённого. Особое внимание в данной статье хотелось бы уделить воздействию инфекции, вызываемой SARS-CoV-2 на систему кровообращения в сосудах головного мозга, а именно на последствия её несостоятельности по причине гиперкоагуляции, тромботической окклюзии крупной артерии, не связанной с атеросклерозом. Проблема транзиторных ишемических атак (ТИА) является одной из актуальных в современной неврологии, что связано с высоким риском развития более прогностически неблагоприятных состояний, к которым в первую очередь относится инсульт, приводящий к инвалидизации 80% пациентов с данной патологией. Важность изучения динамики данной патологии в последние годы связана со значительным приростом ТИА на фоне перенесённой ранее новой коронавирусной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2 в анамнезе [1-3].

Цель исследования. Установить взаимосвязь между увеличением количества случаев транзиторных ишемических атак и наличием в анамнезе перенесённой пациентами новой коронавирусной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Статистические данные за 2018-2019 год были собраны на базе архива областного бюджетного учреждения здравоохранения Курской областной многопрофильной клинической больницы (ОБУЗ «КОМКБ») комитета здравоохранения Курской области по разрешению заведующего кафедрой неврологии и нейрохирургии и главного врача больницы. Были изучены истории болезни пациентов с диагнозом транзиторная ишемическая атака в вертебробазилярном (ВБ) и каротидном бассейнах (КБ), находящихся на лечении в неврологическом отделении (НО) регионального сосудистого центра (РСЦ) ОБУЗ «КОМКБ». В период с 2020 по 2021 год сбор данных проводился непосредственно при анализе историй болезни пациентов, находящихся на лечении в неврологическом отделении РСЦ. При анализе полученных данных о заболеваемости ТИА в РСЦ НО ОБУЗ «КОМКБ» было установлено, что за период с 2018 по 2021 годы на лечении с рассматриваемой патологией находилось 499 человек, из которых было 286 (57,3%) женщин и 213 мужчин (42,7%). Все исследуемые пациенты были разделены на 5 групп согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): молодой возраст (от 18 до 44 лет) – 34 человека (3,68%), средний возраст (от 45 до 59 лет) – 112 человек (22,62%), пожилой возраст (от 60 до 74 лет) 226 пациентов (45,40%), старческий возраст (от 75 до 89 лет) – 136 пациентов (27,28%) и долгожители (90 лет и более) – 9 человек (1,02%). Средний возраст пациентов, включенных в статистическую выборку с учётом погрешности расчёта,

составляет $66,68 \pm 0,56$ года ($p \leq 0,05$). Все включенные в выборку пациенты в качестве фонового заболевания имели артериальную гипертензию II-III стадии 3 степени, ГМЛЖ, ХСН I-IIA. Довольно часто ТИА возникали на фоне врождённых и приобретенных пороков развития сердечно-сосудистой системы, фибрилляций предсердий, ПИКС, СД I и II типа, атеросклероза каротидных и церебральных артерий, ожирения различной степени, дислипидемии. Статистический анализ полученных в ходе изучения историй болезни данных проводился с помощью программы для работы с электронными таблицами Microsoft Excel, а также программного пакета, разработанного компанией StatSoft, Statistica 10.0. Актуальность работы была оценена с помощью статистико-библиографического метода с применением программного инструмента для построения и визуализации библиометрических сетей «VOSviewer».

Результаты. Для исследования актуальности изучения проблемы транзиторных ишемических атак проанализированы публикации на базе PubMed с применением программного инструмента для построения и визуализации библиометрических сетей «VOSviewer». Для построения сети было использовано 28743 публикаций (первая из которых датируется 1956 годом), среди которых на 2018 год приходится 1011 результатов, на 2019 год – 1022 результата, на 2020 – 1196 результатов, на 2021 – 1291 результат, на апрель 2022 года – 468 публикаций соответственно. При анализе диаграммы, составленной по численности научных работ в период с 1956 года по апрель 2022 года, наблюдается активный рост численности публикаций, начиная с 2020 года, что можно связать с появлением новой коронавирусной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2 на основании данных полученных при анализе ТИА пациентов РСЦ НО в период с 2018 по 2021 год. Распределение по возрасту в подгруппе пациентов с перенесенной ранее в анамнезе новой коронавирусной инфекции не является достоверным для данного исследования ($p \geq 0,05$). В полученной выборке на основании данных историй болезней из архива ОБУЗ «КОМКБ» и историй болезней непосредственно из отделения РСЦ НО наблюдается следующее распределение по пациентам перенёсшим транзиторную ишемическую атаку без предшествовавшей коронавирусной инфекции в анамнезе и перенесших её: в 2019 году выявлено 66 случаев ТИА среди женщин и 46 среди мужчин соответственно, при этом ни у одного из пациентов нет данных о перенесённой коронавирусной инфекции. Рост заболеваемости в 2019 году по сравнению с 2018 годом статистически незначимый ($p \geq 0,05$). В период за 2020 год наблюдается рост заболеваемости ПНМК: 75 пациентов против 66 среди женского населения и 57 пациентов против 46 среди мужского населения в 2019 году. Прирост заболеваемости в 2020 году по сравнению с 2019 годом составил 13,6% у женщин и 24% у мужчин. Рост заболеваемости в 2020 году по сравнению с 2019 годом статистически значимый ($p \leq 0,05$). За 2021 год было госпитализировано 86 пациенток с ТИА против 75 в прошлом году, среди мужского населения госпитализировано 65 человек против 57 за прошлый год. Прирост заболеваемости в 2021 году по сравнению с 2020 составил 14,7% у женщин и 14% у мужчин. Рост заболеваемости в 2021 году по сравнению с 2020 годом статистически значимый ($p < 0,05$). Прирост заболеваемости в 2021 году

по сравнению с 2019 годом у женщин составил 30%, а у мужчин 41%. За период с 2019 по 2021 год выявлено 82 пациента, перенесших транзиторную ишемическую атаку и имеющих в анамнезе данные о заболевании новой коронавирусной инфекцией, вызываемой SARS-CoV-2. Как отмечалось ранее, в 2019 году не было выявлено пациентов с ТИА и коронавирусной инфекцией, в 2020 году на 75 пациенток с ТИА у 18 (31,6%) из них имеются данные о перенесенной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2, у 57 пациентов мужского пола подобные данные имеются у 16 (28%) пациентов. Среди пациентов, госпитализированных в 2021 году, на 86 пациенток с ТИА у 24 (24,4%) из них имеются данные о перенесенной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2, у 65 пациентов мужского пола подобные данные имеются у 29 (33,7%) пациентов. Суммарно выявлено 34 человека в 2020 году и 48 человек в 2021 году с данными о перенесенной новой коронавирусной инфекции в анамнезе.

Выводы. На основании построения и визуализации библиометрических сетей с помощью программы «VOSviewer» установлено, что наблюдается повышенный интерес к проблематике преходящих нарушений мозгового кровообращения. В период с 2020 года наблюдается статистически значимый прирост заболеваемости ТИА: в 2021 году по сравнению с 2019 года у женщин составил 30%, а у мужчин 41% ($p \leq 0,05$). Наиболее значимый прирост заболеваемости выявлен у пациентов мужского пола ($p \leq 0,05$), при этом не наблюдается достоверных различий при рассмотрении пациентов, распределенных по возрастным группам в соответствии с классификацией ВОЗ. Отмечается, что численность пациентов с ТИА, перенесших новую коронавирусную инфекцию, имеет тенденцию к росту.

Список литературы.

1. Гусев, Е.И. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: патогенез, клинические проявления, организация неврологической помощи / Е.И. Гусев, М.Ю. Мартынов, А.Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 120(6). – С. 7-16.
2. Tan, Y.K. COVID-19 and ischemic stroke: a systematic review and meta-summary of the literature / Y.K. Tan, C. Goh, AST Leow // Thromb Thrombolysis. – 2020. – № 50(3). – 587-595.
3. Zhang, Y. Coagulopathy and antiphospholipid antibodies in patients with Covid-19 / Y. Zhang, M. Xiao, S. Zhang // Med. – 2020. – № 382(17). – 36-38.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Рахматуллин А.Р., Кутлубаев М.А., Хайруллин А.Т.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Актуальность. Конец 2019 года охарактеризовался возникновением нового опасного заболевания – острой респираторной инфекции, вызываемой коронавирусом SARS-COV-2, и представляющей значительную угрозу для населения всего мира. Впервые эта инфекция была зафиксирована в г. Ухань, провинции Хубэй, в Китайской Народной Республике, где были обнаружены 44 случая пневмонии, возбудитель которой ранее не встречался в популяции людей. 30 января 2020 года ВОЗ приняла решение об объявлении чрезвычайной ситуации международного масштаба в области здравоохранения. С 11 марта 2020 года ВОЗ была объявлена пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19. По всему миру по состоянию на июль 2022 года зарегистрировано более 546 млн. случаев заболевания, из них в 6,3 млн случаев развился летальный исход [1]. Неврологические осложнения COVID-19 представлены как поражениями центральной, так и периферической нервной системы. Поражение головного мозга может быть представлено диффузным поражением - инфекционно-токсической энцефалопатией, а также острыми нарушениями мозгового кровообращения, острыми демиелинизирующими заболеваниями, изредка - вирусными менингитами. Заболевания периферической нервной системы при COVID-19 представлены пост(пара)инфекционными воспалительными полинейропатиями [2]. Одним из наиболее серьезных осложнений COVID-19 является острое нарушение мозгового кровообращения. Чаще наблюдаются ишемические инсульты, их частота составляет около 2%. В основе их развития лежит процесс тромбообразования, связанный с системной воспалительной реакцией. Геморрагические инсульты встречаются реже, менее чем в 1% случаев. Они связаны с вторичной церебральной микроангиопатией. В некоторых случаях внутримозговые кровоизлияния развиваются вследствие вторичной трансформации ишемического очага или как следствие широкого применения у данной категории пациентов антикоагулянтных средств, а также экстракорпоральной мембранной оксигенации [3]. Изучение внутрибольничной летальности при инсульте и COVID-19 необходимо для совершенствования оказания специализированной медицинской помощи данной категории пациентов.

Цель исследования: проанализировать показатели внутрибольничной летальности при инсульте у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и без нее.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ частоты внутрибольничной летальности у пациентов с инсультом и лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19, поступивших в многопрофильный инфекционный стационар г. Уфы в течение 2020 года. Диагноз инсульта устанавливали в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения и подтверждали методом компьютерной томографии головного мозга. Полученные показатели сравнивали с показателями внутрибольничной

летальности среди пациентов с COVID-19 без инсульта, а также среди пациентов с инсультом без COVID-19.

Результаты. За период наблюдения в инфекционный стационар поступило 1390 человек с COVID-19 и инсультом. Данные 1386 пациентов были доступны для анализа в полном объеме. Доля женщин в выборке составила 51%. Средний возраст пациентов составил 68,7 (межквартильный размах (МКР) 61-76) лет. У 1151 (83%) отмечался ишемический инсульт, у 239 (27%) – геморрагический инсульт, тяжесть инвалидизации по mRs – 5 (МКР 4-5). Общая внутрибольничная летальность среди пациентов с инсультом и COVID-19 составила около 38%, она была выше чем летальность при инсультах в данном стационаре в 2018 году (до пандемии новой коронавирусной инфекции), которая составляла 22,7%. Летальность при ишемическом инсульте, ассоциированном с COVID-19, составила 28,5% (в 2018 году – 16%), при геморрагическом инсульте 42,7% (в 2018 году – 37%). Внутрибольничная летальность при инсульте, ассоциированном с COVID-19, примерно вдвое превышала летальность при COVID-19 без неврологических осложнений, которая составила примерно 18,5% в 2020 году в том же стационаре.

Обсуждение. Полученные данные продемонстрировали, что внутрибольничная летальность при инсульте, ассоциированном с COVID-19, значительно выше, чем при инсульте без новой коронавирусной инфекции, а также при новой коронавирусной инфекции без инсульта. Сочетание двух заболеваний усугубляет состояние пациентов, значительно повышая вероятность неблагоприятного исхода [4]. Сравнение внутрибольничной летальности среди пациентов с инсультом, ассоциированным с COVID-19 и без него, показало, что значительно более выраженные различия наблюдались при ишемических, чем при геморрагических инсультах. Вероятно, это связано с тем, что развитие ишемических инсультов связано с патогенетическими механизмами развития самой новой коронавирусной инфекции (системное воспаление, эндотелиальная дисфункция, тромообразование [5]), в то время как механизмы геморрагического инсульта, вероятно, в меньшей степени являются непосредственным результатом COVID-19 и больше связаны с такими традиционными факторами, как артериальная гипертензия или прием антикоагулянтов [6, 7]. Высокая внутрибольничная летальность при инсульте, ассоциированном с COVID-19, может быть связана с различными факторами. С одной стороны, тяжелое течение новой коронавирусной инфекции с явлениями пневмонии может приводить к развитию дисфункций оси «мозг-легкие» за счет прямого или опосредованного повреждения сердечно-сосудистого и дыхательного центров головного мозга, усугубляющего дыхательную недостаточность [8]. С другой стороны, в основе внутрибольничной летальности при инсульте может лежать такие осложнения, как отек головного мозга, повторный инсульт, тромбоэмболия легочной артерии и др. К числу факторов, потенциально влияющих на риск развития неблагоприятных исходов, можно отнести сложности в организации специализированной медицинской помощи при инсульте в условиях распространения COVID-19.

Выводы. Таким образом, COVID-19 значительно повышает внутрибольничную летальность при инсультах, что диктует необходимость более детального изучения данной проблемы. Необходимо проанализировать непосредственные причины смерти пациентов, а также влияние различных подходов (медицинских, организационных) на выживаемость пациентов с COVID-19, осложненным церебральным инсультом.

Список литературы.

1. Gasparyan A.Y., Kumar A.B., Yessirkepov M., Zimba O., Nurmashev B., Kitas G.D. Global Health Strategies in the Face of the COVID-19 Pandemic and Other Unprecedented Threats. *J Korean Med Sci.* 2022 Jun 6;37(22):e174. doi: 10.3346/jkms.2022.37.e174.
2. Кутлубаев М.А. Клинико-патогенетические особенности поражения нервной системы при COVID-19. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2020;120(9):130-136.
<https://doi.org/10.17116/jnevro2020120091130>
3. Amiri H.A., Razavi A.S., Tabrizi N., Cheraghmakani H., Baghbanian S.M., Sedaghat-Chaijan M., Zarvani A., Ghazaeian M., Hosseinnataj A. The Effects of COVID-19 on Patients with Acute Ischemic and Hemorrhagic Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2022 Jul;31(7):106512. doi: 10.1016 / j.jstrokecerebrovasdis.2022.106512.
4. Small C., Mehkri Y., Panther E., Felisma P., Lucke-Wold B. Coronavirus Disease 2019 and Stroke: Pathophysiology and Management. *Can J Neurol Sci.* 2022 Jun 28:1-22. doi: 10.1017/cjn.2022.267.
5. Sánchez K.E., Rosenberg G.A. Shared Inflammatory Pathology of Stroke and COVID-19. *Int J Mol Sci.* 2022 May 5;23(9):5150. doi: 10.3390/ijms23095150.
6. Thomas M., Scully M. Clinical features of thrombosis and bleeding in COVID-19. *Blood.* 2022 Apr 22;blood.2021012247. doi: 10.1182/blood.2021012247.
7. Cheng N.M., Chan Y.C., Cheng S.W. COVID-19 related thrombosis: A mini-review. *Phlebology.* 2022 Jun;37(5):326-337. doi: 10.1177/02683555211052170.
8. Gentile F., Bocci T., Coppola S., Pozzi T., Modafferi L., Priori A., Chiumello D. Putative Role of the Lung-Brain Axis in the Pathogenesis of COVID-19-Associated Respiratory Failure: A Systematic Review. *Biomedicines.* 2022 Mar 21;10(3):729. doi: 10.3390/biomedicines10030729

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ

Ч.Д. СПИЛБЕРГЕРА

Родина Е.И., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Тревожность личности является одним из самых необычных явлений в психологической науке. Исследование данного феномена очень важно, так как он обуславливает поведенческую сторону личности. Тревожность является неотъемлемой и естественной частью поведения и у каждого отдельного человека имеет свой уровень. Повышенный уровень тревожности свидетельствует о субъективном неблагополучии личности.

Понятие «тревожность» включает в себя устойчивые индивидуальные различия в способности человека переживать различные состояния. Тревожность – это черта индивида [1]. Уровень тревожности определяется по частоте и интенсивности состояния тревоги. Ч.Д. Спилбергер характеризует состояние тревожности как субъективное ощущение опасности, благодаря которому происходит активация возбуждения автономной нервной системы. Тревожность позволяет человеку воспринимать безобидные ситуации как содержащие угрозу и заставляет реагировать на нее так, как объективно не соответствует этой угрозе [2].

Наиболее известной является классификация тревожности Чарльза Спилбергера, который выделял ситуативную и личностную тревожность.

Под личностной тревожностью он понимал такую индивидуальную характеристику, которая в полной мере показывает склонность личности к тревоге, а также восприимчивость большого спектра ситуаций в качестве угрожающих, при этом реакция на каждую из них в индивидуальном виде. Личностная тревожность проявляется в том случае, когда человек воспринимает определённые стимулы, которые, по его мнению, могут быть опасными для его самооценки [3]. Такие люди постоянно испытывают чувство страха, ощущают угрозу и всегда готовы относиться к любой ситуации как к опасной.

Характеризуя ситуативную тревожность, Ч. Спилбергер обращал внимание на её непатологический характер. Люди с ситуативной тревожностью чувствуют напряжение, беспокойство, повышенную озабоченность и нервозность. Ситуативная тревожность благодаря мобилизующей функции способствует повышению уровня ответственности и осознанности при серьезной ситуации. Повышенная ситуативная тревожность способствует нарушению внимания и координации. При снижении уровня ситуативной тревожности люди могут демонстративно показывать свое безразличие к ситуации и поступать безответственно.

На сегодняшний день исследования тревожности необходимы для того, чтобы различать ситуативную тревожность, связанную с определенной ситуацией, и личностную тревожность, которая определяет стабильность индивида [4].

Цель исследования – оценить уровень актуальной тревожности исследуемых, определить воздействует ли стрессовая ситуация на них и какая сила этого воздействия.

Материалы и методы исследования. Сравнительная характеристика и теоретический метод исследования. Проведено исследование уровня тревожности среди студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета с помощью Google Формы.

Результаты исследования. В ходе данного исследования были получены следующие данные.

В анкетировании приняло участие 50 студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета.

Для проведения опроса была использована методика Ч. Спилбергера по определению уровня личностной и ситуативной тревожности. Показатели личностной тревожности следующие: у 15 (50%) респондентов средняя степень тревожности, а у остальных 15 (50%) высокая степень тревожности. Показатели ситуативной тревожности следующие: у 2 (6,6%) опрошенных низкая степень тревожности, у 14 (46,7%) средняя степень тревожности и еще у 14 (46,7%) высокая степень тревожности.

Выводы. Как правило, для людей с высоким уровнем тревожности характерна раздражительность, готовность к защите от нападения. Такие люди резко реагируют на любое замечание и просьбу, они больше других склонны к нервным срывам, любые требования могут быть для них барьером для выполнения тех или иных обязанностей. Серьезные несоответствия уровня умеренной тревожности обязательно требуют особого интереса. При повышенной тревожности личность больше подвержена появлением тревоги в случае оценки компетентности. Необходимо уменьшить субъективную роль данной ситуации и задач и сделать акцент на понимание деятельности и формирование чувства убеждения в своем успехе.

Для людей с низким уровнем тревожности следует обратить свое внимание на мотивы их деятельности и постараться повысить чувство ответственности. Нередко низкая тревожность по результатам данного теста отражает последствия борьбы человека над повышенным уровнем тревожности для того, чтобы показать себя в «лучшем свете».

Список литературы.

1. Падун М.А. Регуляция эмоций и ее нарушения // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, № 39. – С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.03.2019).

2. Падун М.А., Зеянина А.Н. Стратегии регуляции эмоций и эмоциональные состояния: кросскультурные аспекты // Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития / под ред. А.Л. Журавлева, В.А. Кольцовой. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. – С. 1458-1467.

3. Падун М.А., Климова Л.А. Регуляция эмоций и психологическое благополучие // Психологическое здоровье и духовно-нравственные проблемы современного общества / под ред. А.Л. Журавлева, М.И. Воловиковой, Т.В. Галкиной. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. – С. 242-256.

4. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.

«МЕЛОДИЯ СНА» – СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БЕССОННИЦЫ

Рубцова Е.А., Пожидаева М.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Проблема засыпания и бодрствования была актуальной еще в конце 19 века, когда массово стали использовать искусственное освещение на промышленных предприятиях и в домах людей. Продолжительность здорового сна с 12-часового сократилась до 7-8 часов при том условии, что современный человек и эту норму не досыпает по той или иной причине, например, ночные рабочие смены, неврологические заболевания. Таким образом, биологические часы организма перестраиваются, дезориентируются и впадают в иллюзию «вечного дня», вследствие чего состояние и здоровье органов и систем подвергается патологическим изменениям, особенно сильно это сказывается на обмене важных нейромедиаторов мозга, именно поэтому так важно нормализовать физиологические процессы засыпания и бодрствования. Нарушение сна – социальная проблема, так как ее последствиями являются автокатастрофы, аварии на производстве из-за отсутствия внимания. Инсомния приводит к психическим расстройствам, например, тяжелым депрессиям.

В лечении инсомнии применяют как фармакологические, так и нефармакологические методы. Немедикаментозная терапия включает методику расслабления, гигиену сна и когнитивную терапию. Фармакологическое лечение не должно быть основным методом, применяемым при нарушениях сна, оно должно дополнять немедикаментозную терапию, так как ни один из препаратов не может считаться идеальным средством от бессонницы. На сегодняшний день новейшие методы лечения инсомнии все еще изучаются и тестируются.

Целью исследования является изучение техники нормализации сна и бодрствования без применения лекарственной стимуляции клеток головного мозга. Вместо этого будет изучена реакция мозга на собственные частоты, а именно, каким образом «музыка сна» будет способствовать погружению в сон, а «музыка бодрствования» – поддержанию бодрого состояния.

Материалами и методами исследования послужили статьи Якова Иосифовича Левина совместно с Галиной Миндлиной из Рузвельтовской больницы Святого Луки в Нью-Йорке, а также анализ другой научной литературы.

Результаты. Инсомния влияет не только на качество сна и отдыха людей, но также приводит к снижению качества жизни в целом, так как закономерно приводит

к развитию дневных симптомов, среди которых отмечают усталость и снижение концентрации внимания, что в свою очередь приводит к снижению способности к обучению и работоспособности, в тяжёлых случаях это заканчивается различными несчастными случаями на работе.

Постоянный недосып вызывает приступы труднопреодолимой сонливости днём, снижения эмоционального фона человека, которое усиливается возникающей у человека тревогой, связанной с плохим сном. Всё это в конечном итоге пагубно влияет на самочувствие человека и даже способно привести к возникновению головных болей и прочих соматических проявлений.

Люди в лечении инсомнии прибегают к различным лекарственным средствам, так называемым гипнотикам, бесспорно обладающим определённой эффективностью в решении данной проблемы, но также имеющим недостатки, среди которых можно выделить то, что при их приёме не происходит полного восстановления структуры сна. Бодрствование также подвержено влиянию данных препаратов, так как после их длительного приёма неизбежно появление определённых остаточных явлений. Наиболее неприятными последствиями является зависимость от препаратов, которая развивается со временем, она может носить как психическую, так и физическую природу, что в конечном итоге может привести к ещё большему нарушению сна после отмены гипнотиков [1].

Инновационный метод лечения различных нарушений сна, тревожно-депрессивных и иных неврологических и психических расстройств был разработан и применён Левиным Яковом Иосифовичем. Данный метод носит название «Музыка мозга», начиная с 1993 года он был успешно применён к более чем пяти тысячам пациентов. Огромным преимуществом «Музыки мозга» является его нефармакологическая сущность и то, что данный метод учитывает индивидуальные показатели пациента, что в совокупности увеличивает его эффективность по отношению к другим способам лечения.

Суть энцефалофонии состоит в том, что на человека, страдающего инсомнией, воздействуют с помощью музыки, которая была создана на основе записи его собственной ЭЭГ. Компьютерные программы, имеющие специальные запатентованные алгоритмы преобразования различных частот ЭЭГ в музыкальные, записывают мелодию на какой-либо информационный носитель.

Процесс, позволяющий влиять на функциональное состояние человека, включает в себя несколько необходимых звеньев, первым из которых является проверка психологических показателей с помощью специального тестирования, затем производят запись и обработку электроэнцефалограммы с последующим преобразованием полученных сигналов в музыкальные. Четвёртым этапом является запись мелодии на электронный носитель и подробное описание рекомендаций для её наиболее эффективного использования [2].

Наилучшие результаты применения «Музыки мозга» зарегистрированы при применении её в лечении инсомний, панических атак и различных тревожных состояний. Зарекомендовал себя наилучшим образом этот метод и в улучшении адаптации здоровых людей, особенно у людей, чьи профессии связаны с высоким психоэмоциональным стрессом, например полицейские и пожарные, на которых был опробован данный метод и подтверждена его эффективность. Нейрофизиологической базой данного эффекта является усиление активности сомногенных систем в головном мозге и нормализация работы межполушарных взаимоотношений и функций полушарий. В свою очередь нейрхимической базой эффекта методики «мелодия сна» служит увеличение ночной секреции мелатонина [3].

Исследование, которое проводилось Я.И. Левиным совместно с Галиной Миндлинной, было опубликовано в международном журнале нейротерапии в 2011 году. Участниками эксперимента стали люди, чья профессиональная деятельность непосредственно была связана с очень высоким уровнем стресса

и тревожности, а именно пожарные и полицейские. Их работа требует высокой концентрации и постоянной бдительности на работе и полноценного здорового режима сна дома. Испытуемые указали, что регулярные сеансы прослушивания собственной «музыки мозга», полученной путем записи электроэнцефалограммы, улучшали их субъективное состояние, повышая ощущение «качества сна» в ночное время суток, настроение и работоспособность – днем.

Выводы

1. Изучив данные исследования Я.И. Левина, можно сделать вывод о позитивном влиянии методики «музыки мозга» на людей, страдающих нарушением сна, тревогой, депрессией.

2. Согласно полученным данным, эта методика безопасна для пациентов, снижает уровень депрессии и тревоги.

3. Необходимо продолжить исследование в данной области, расширить медицинскую базу применения новой методики, так как это позволит лечить инсомнию при различных неврологических и психических заболеваниях без применения лекарственных средств, тем самым уменьшая побочный эффект от применяемых препаратов.

Список литературы.

1. Левин Я.И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. – М; Медпрактика. – М., 2005. – 116 с.

2. Полуэктов М.Г. Современные представления о природе и методах лечения инсомнии // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2012. – Т. 98, № 10. – С. 1188-1199.

3. Морозова Л.Г. Режим сна в реабилитации у больных с инсомнией // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – № 1. – С. 8-13.

ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ КГМУ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Сазонова Д.С., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. В условиях пандемии COVID-19, которая обрушилась на мир в 2020 году, здравоохранение столкнулось с множеством проблем, одной из которой является постковидный синдром. На сегодняшний день постковидный синдром известен немногим, хотя на самом деле речь идет о распространенном патологическом состоянии после перенесенной коронавирусной инфекции [3]. Данный синдром не имеет четкой симптоматики, хотя может сохраняться достаточно долго и приводить к нарушению трудоспособности, это делает его диагностику очень сложной.

Статистические данные показывают, что около 17% пациентов, перенесших COVID-19, отмечают неудовлетворительное самочувствие, которое у некоторых сохраняется на протяжении более 30 дней, а у 3% пациентов более 3-х месяцев [1]. Развитие постковидного синдрома возможно у абсолютно любых пациентов, переболевших COVID-19, вне зависимости от того, с какой тяжестью заболевание протекало.

На сегодняшний день ученые и врачи выделяют несколько версий развития постковидного синдрома. Согласно одной из них, болезненные проявления после выздоровления – это следствие развития хронического тромбоза сосудов [2].

Постковидный синдром способен развиваться у абсолютно любых пациентов вне зависимости от того, в какой форме протекала инфекция. На постковидное состояние влияют различные изменения в нервной системе, что делает его течение длительным и сложным в диагностике. Одно из проявлений влияния на нервную систему – наличие депрессивных настроений и повышенной тревожности после завершения болезни [1].

Данная проблема также остро проявляется и среди молодого населения и для многих высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями, что доставляет различного рода проблемы в личной и учебной жизни.

Цель исследования – выявить уровень тревожности и наличие депрессии у студентов КГМУ, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Для проведения социологического опроса была разработана анкета из 5 блоков:

- блок 1. Портрет студента.
- блок 2. Данные за перенесение новой коронавирусной инфекции.
- блок 3. Определение уровня ситуативной тревожности по шкале Спилберга.
- блок 4. Определение уровня личностной тревожности по шкале Спилберга.
- блок 5. Оценка уровня депрессии по шкале Бека.

Опрос проводился онлайн посредством сети Интернет. Для распространения респондентам высылались ссылки для заполнения формы: <https://forms.gle/kLv9HTos1g33GjcW6>. Для создания анкеты использовался облачный сервер GoogleForms. Анкета проводилась в формате инкогнито.

Результаты исследования. При анализе 1 блока выяснилось, что большинство опрошенных – девушки (80%). Также в исследовании приняли участие студенты до 18 лет (6,7%), в возрасте от 18 до 21 года (86,7%), от 22 до 25 лет (6,7%).

93,3% опрошенных, принявших участие в исследовании, являются студентами лечебного факультета, 6,7% – факультета клинической психологии. Респонденты, принявшие участие в исследовании, являются студентами 1 курса (6,7%), 3 курса (6,7%), 4 курса (80%), а также 6,7% анкетированных являются ординаторами.

Во 2 блоке исследования выявлено, что достоверно переболели COVID-19 только 66,7% респондентов, 13,3% студентов уверены, что не болели новой коронавирусной инфекцией, а 20% опрошенных затрудняются однозначно ответить на этот вопрос. При этом 66,7% студентов ответили, что перенесли новую коронавирусную инфекцию самостоятельно, основываясь на симптомах и эпидемиологическом анамнезе, а лишь 33,3% респондентов во время заболевания имели подтвержденный положительный результат ПЦР-тестирования. Высокий титр антител к вирусу после перенесения заболевания (20 студентов или 66,7% от общей выборки) имеют только 42,9% респондентов, низкий титр антител выявлен у 14,3% опрошенных, тогда как 42,9% студентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией, не проверяли уровень антител в крови.

При анализе блоков 3, 4, 5, который производился вручную, выявлено, что 60% респондентов не чувствуют себя отдохнувшими в данный момент и на протяжении последнего времени, 80% опрошенных студентов испытывают перманентную фоновую тревогу, 59,7% студентов признаются, что часто нервничают. Выражают явную озабоченность текущими делами и проблемами 80% респондентов, 66,7% опрошенных считают, что принимают все слишком близко к сердцу

На вопрос: «Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие», были даны ответы – 26,7% полностью не согласны с высказыванием, 26,7% респондентов скорее не согласны, 20% скорее согласны и 26,7% студентов полностью согласны с утверждением.

Стоит отметить, что 73,3% студентов признаются, что часто чувствуют себя счастливыми, 66,6% – радостными. Также 73,3% респондентов большую часть времени ощущают себя бодрыми. Уверены в себе 60% опрошенных, а 86,7% чувствуют себя в безопасности.

Выводы. На основании данных опроса выявили, что студенты КГМУ имеют уровень тревожности и депрессии. Большинство респондентов переболели COVID-19 (66,7%) и имеют высокий уровень антител (42,9%). 60% студентов не имеют синдром патологической усталости, 80% имеют тревожность, а 59,7% – нервничают в данный момент, что доказывает, что у них имеются постковидные

нарушения в нервной системе. Также большинство опрошенных (73,3%) чувствуют себя счастливыми и бодрыми, а 66,6% радостными, что говорит о благоприятном течении и восстановлении.

Список литературы.

1. Воробьева, П.А. Постковидный синдром. [Электронный ресурс] // Лекция профессора Воробьева П.А.: [<https://www.youtube.com/>]. [2021]. URL: <https://youtu.be/FB4EGWgb4VQ> (дата обращения 17.02.2022).

2. Постковидный синдром. [Электронный ресурс] // Информационный обзор: [<https://www.krasotaimedicina.ru/>]. [2021]. URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/post-COVID-syndrome (дата обращения 17.02.2022)

3. Соловьева, Н.В. Коронавирусный синдром: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 / Н.В. Соловьева, Е.В. Макарова, И.В. Кичук // РМЖ. 2020. – № 9. – С. 18-22.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Сасова Н.А., Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Данная тема актуальна, так как эпилепсия является достаточно распространенным заболеванием в России и во всем мире. Этиология и лечение данной патологии до конца не изучены, поэтому необходимо провести дополнительные исследования общих проблем и индивидуальных особенностей течения этого заболевания. Как показывают исследования, пик распространенности заболевания приходится на детский возраст, пациенты до 30 лет составляют 56,7%, старше 50 лет – 14,2%. Сегодня заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 человек на 100 000 пациентов. В зависимости от этиологии эпилепсию подразделяют на эндогенную или идиопатическую (первичная), приобретенную (вторичная) и криптогенную. Для нас наиболее интересна вторичная алкогольная эпилепсия, так как в Российской Федерации остро стоит проблема алкоголизма, в том числе и злоупотребление алкоголем детьми с 9-11 лет. По мнению большого количества экспертов, количество больных алкоголизмом в России составляет около 5 млн. человек и это 3,5% от всего населения [1]. Раннее злоупотребление алкоголем приводит к дегенеративным изменениям центральной нервной системы. Происходят изменения структуры нейронов головного мозга и мультифокальные изменения полушарий, особенно левой лобно-теменной доли, а также таламуса и гипоталамуса. Повторяющиеся припадки постепенно приводят к ранней деменции молодых слоев населения.

Стоит отметить, что пароксизмальные состояния у больных с зависимостью от алкоголя являются частым явлением. Они отличаются большим клиническим разнообразием и этиологией [3]. В этом разнообразии одно из первых мест занимают судорожные состояния. Пароксизмальными расстройствами осложняется 5-15% тяжёлого течения синдрома отмены алкоголя. Помимо острой отмены алкоголя судорожные расстройства могут возникать в структуре алкогольного делирия, при энцефалопатии Вернике, в начальных стадиях корсаковского психоза и при некоторых других тяжёлых формах алкогольной энцефалопатии [4]. Судорожный эпилептический статус для больного является одним из самых серьезных факторов риска преждевременной смерти больного. При этом с одной стороны алкоголизм является причинным фактором судорожных состояний, с другой – следствием.

Цель исследования – провести обзор литературы и результатов исследования по теме.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы литературные данные нескольких научных работ и Российские исследования по вторичной алкогольной эпилепсии.

Для наиболее полного понимания проблемы необходимо выделить аспекты алкогольной эпилепсии. Выводы можно сделать на основе одного из исследований.

Наиболее интересным оказалось исследование, в котором обследовался 81 пациент (средний возраст 49 лет, 77 мужчин и 4 женщины), они злоупотребляют алкоголем и имеют определенные повторяющиеся эпизоды обмороков с тонико-клоническими судорогами.

Из данной работы нам известно о том, что у всех пациентов в анамнезе было отравление алкоголем продолжительностью от 2-х и более суток, и составляло не менее 0,2 л алкоголя в день.

В группу 1 (31 пациент) входили пациенты с эпилептическими припадками. Группа 2 (25 пациентов) - пациенты с симптомами отмены и судорогами вне связи с употреблением алкоголя. В последнюю группу 3 (25 пациентов) входили пациенты, у которых развились только неспровоцированные эпилептические припадки. Для данного исследования абсолютно все пациенты проходили ночной энцефалографический видеомониторинг и МРТ головного мозга [3].

В ходе изучения были получены результаты:

- у каждого больного 1-й группы наблюдались генерализованные тонико-клонические судороги, которые возникали через 6 часов – 2 суток после резкого прекращения употребления любой алкогольной продукции. Данные состояния считывались, как синдром отмены;

- у всех больных 2-й группы наблюдались вторично-генерализованные припадки, возникшие неожиданно. У большинства больных этой группы (17 больных, 68%) вторично-генерализованные припадки возникали после пробуждения. Начало неспровоцированных припадков произошло через $5,1 \pm 2,4$ года после начала злоупотребления алкоголем [6];

- у больных 3-й группы с длительным анамнезом злоупотребления алкоголем выявлены неспровоцированные вторично-генерализованные эпилептические припадки. У 19 пациентов (76%) они возникали во время бодрствования, у 6 пациентов (24%) во время сна, которые появлялись не ранее чем через год (в среднем $6,1 \pm 2,9$ года) после начала злоупотребления алкоголем. Характерным признаком вторично-генерализованных припадков при алкогольной эпилепсии была внезапная потеря сознания, генерализованные тонико-клонические припадки.

При прекращении употребления алкоголя не было зарегистрировано никаких абстинентных припадков, частота эпилептических припадков не менялась. Нейровизуализация (МРТ головного мозга) у пациентов во всех группах не показала значительных структурных изменений в мозге. У всех пациентов эпилептическая активность была представлена очаговыми комплексами с острой и медленной амплитудой до 200 в. Необходимо отметить, что эпилептическая активность во время сна на ЭЭГ значительно увеличилась.

У больных алкоголизмом помимо трудностей в диагностике возникают трудности при лечении. Основная проблема – полный отказ от алкоголя, чего очень часто не происходит. К тому же принимать антиконвульсанты в течение многих месяцев и лет на практике нереально, что связано как с психической деградацией, так и с экономическими трудностями, кроме того, сомнительна целесообразность комбинации антиконвульсантов и алкоголя. Поражение

желудочно-кишечного тракта, печени и почек у больных алкоголизмом создает дополнительное препятствие для адекватной фармакокинетики и биотрансформации достаточно токсичных антиконвульсантов.

По данным различных российских и международных исследований, чаще всего эпилептические припадки связаны с абстинентным синдромом – абстинентными, «ромовыми» припадками (85% всех случаев эпилептических припадков) [5]. В большинстве случаев они возникают спустя 12-48 ч (реже – через 96 ч) после прекращения употребления алкоголя или снижения обычной дозы алкоголя на фоне других проявлений синдрома отмены (дрожь, раздражительность, нарушения сна). Как правило, они носят генерализованный тонико-клонический характер, кратковременны и могут быть сериями. Вне периода отмены (или абстиненции) судороги не возникают.

Примерно у трети пациентов, перенесших абстинентный судорожный приступ, впоследствии развивается делирий. Нередко (почти у 50% больных) приступы наблюдаются на высоте психоза. Следует иметь в виду, что с началом запоя, если больные прекращают приём антиконвульсантов, в результате алкогольная абстиненция наслаивается на лекарственную абстиненцию и может спровоцировать эпилептический статус.

Приступы, вызванные алкоголем, встречаются гораздо реже, чем припадки отмены. Эти припадки обычно имеют парциальное начало с последующей генерализацией. Часто развивается эпилептический статус, во время которого больной может умереть. Эти пациенты требуют тщательного обследования для исключения других причин судорог.

Случаи абстинентных и абзусных припадков – отличительные черты вторичной алкогольной эпилепсии. На поздних стадиях алкоголизма (конец II и переход в III стадию) имеется непосредственная связь с алкогольной интоксикацией, но при этом припадки прекращаются в периоды ремиссии.

Переходя к лечению таких больных, необходимо понимать: постоянная противосудорожная терапия не назначается ни при абстинентных приступах, ни при приступах, которые были спровоцированы приемом/приемами алкогольной продукции.

Выводы. По данным проведенного анализа мы можем заключить, что клиническими проявлениями алкогольной эпилепсии являются вторичные генерализованные тонико-клонические припадки, которые происходят во время сна и бодрствования.

Необходимо понимать, что вероятность возникновения абстинентных приступов возрастает с увеличением времени продолжительности употребления алкоголя. Следовательно, мы можем заключить: чем раньше пациент избавится от вредной привычки и приступит к противоэпилептической терапии, тем меньше будет токсическое воздействие на ЦНС и дольше сохранится его когнитивная функция.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что алкогольная эпилепсия, несомненно, является социально значимым заболеванием, так как приводит к деградации и недееспособности населения, в особенности молодого, что

негативно сказывается как на социальной, так и на экономической сфере общества.

Список литературы.

1. Алиханов А.А. Нейрорадиологическая модель различных вариантов нарушения нейронной миграции / А.А. Алиханов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – № 7. – С. 11-16.
2. Болдырев, А.И. Психические особенности больных эпилепсией / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 2017. – 384 с.
3. Болезнь Альцгеймера. Эпилепсия. Плакат. – М.: АСТ, Астрель, Харвест, 2020. – 549 с.
4. Вольф П. Рефлекторные эпилепсии. Междунар неврол журн. 2006;1(5):75-80.
5. Диагностика и лечение прогрессирующих форм эпилепсии / В.А. Хачатрян и др. – М.: Десятка, 2016. – 264 с.
6. Темин П.А., Мухин К.Ю. Эпилепсия еды. Журн. Неврологии и психиатрии. – 1996;96(2): 88-90.
7. Фенвик, П. Как жить с эпилепсией / П. Фенвик, Э. Фенвик. – М.: СПб: Лань, 201. – 176 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Стукалова Д.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Введение. Сахарный диабет является одним из наиболее актуальных и распространенных заболеваний во всем мире. В 2019 году сахарный диабет стал прямой причиной 1,5 миллиона смертей, и 48% всех смертей от диабета произошли в возрасте до 70 лет. В период с 2000 по 2016 год, уровень преждевременной смертности (т. е. в возрасте до 70 лет) от диабета увеличился на 5%, а вероятность смерти от любого из четырех основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические, респираторные заболевания или диабет) в возрасте от 30 до 70 лет снизилась на 18% во всем мире.

Во всем мире мы можем наблюдать ухудшение ситуации с заболеваемостью сахарным диабетом на фоне инфекционной эпидемии COVID-19. Данные за 2020 год показывают, что у большинства людей с тяжелым течением COVID-19 есть сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания и артериальная гипертензия.

Актуальность данного заболевания состоит и в том, что сахарный диабет приводит к ранней инвалидизации и летальности в связи с сосудистыми осложнениями – микроангиопатии (ретинопатия и нефропатия), макроангиопатии (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей), нейропатии, а также увеличивает риск возникновения патологии центральной нервной системы – нарушения мозгового кровообращения, когнитивные нарушения, деменция. Нарушения выявляются в исследованиях на речевую активность, внимание, концентрацию, скорость психомоторных реакций и т. д.

В 2015 году А.С. Ramirez и соавт. провели исследование, в котором участвовали пациенты в возрасте от 75 лет и старше без деменции по результатам предварительного тестирования. На протяжении 6 лет каждые 18 месяцев пациенты проходили обследования. На основе данного исследования можно сделать вывод: уровень A1c – 6,5% повышает риск развития деменции, а повышение A1c на 1% увеличивает риск на 40%. Следует отметить, что первичная диагностика сахарного диабета не влиял на риск развития деменции, если уровень A1c $\geq 7\%$. Было доказано, что уровень когнитивных функций в начале заболевания не влиял на риск развития деменции за период наблюдения.

На сегодняшний день многочисленные исследования, в которых оценивались когнитивные функции и проводилось нейропсихологическое тестирование, доказывают, что у людей, страдающих сахарным диабетом (особенно 2-го типа), показатели хуже, чем у здоровых людей того же возраста.

Возникновение СД является стрессом для пациента. У многих больных к началу заболевания предшествует психоэмоциональный стресс, который

расценивается как пусковой или провоцирующий момент. На основе этого важна оценка когнитивных функций и психоэмоционального состояния больного.

Цель исследования: оценка когнитивных функций и психоэмоционального состояния больных, страдающих сахарным диабетом.

Материалы исследования. Исследование проводилось на 42 пациентах эндокринологического и неврологического отделений, страдающих сахарным диабетом. Возраст пациентов варьировал от 29 до 81 лет. Из них мужчин – 19 (45%), женщин – 23 (55%). Средний возраст пациентов составил 56,3 года. У 23 больных (55%) в качестве осложнений была вынесена диабетическая полинейропатия и энцефалопатия, диабетическая полинейропатия отмечалась у 12 пациентов (28%), энцефалопатия – у 9 (21%).

Пациенты предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, снижение памяти, мотиваций, нарушение сна, раздражительность, плаксивость.

Методы исследования:

- 1) клиническое обследование с использованием опроса;
- 2) оценка неврологического статуса с использованием шкалы оценки стато локомоторных функций Тинетти;
- 3) нейропсихологическое обследование с использованием краткой шкалы оценки психической сферы и шкалы лобной дисфункции;
- 4) оценивались уровни депрессии по HDRS-21.

Результаты исследования и выводы. Неврологический статус: легкая анизорефлексия, пирамидная симптоматика, координаторные расстройства, рефлексы орального автоматизма, расстройства различных видов чувствительности.

Показатели по шкале Тинетти в среднем составили 31,5, что свидетельствует о снижении стато локомоторных функций у больных с сахарным диабетом. Результаты оценки показателей нейропсихологического обследования с использованием краткой шкалы оценки психологической сферы (КШОПС) составили в среднем 28,3 и шкалы оценки лобной дисфункции (ШОЛД) – 17,1, что свидетельствует о наличии когнитивного дефицита у пациентов, который был особенно выражен у лиц, имеющих более длительный диабетический анамнез. Результаты тестирования по шкале HDRS-21 составили в среднем 17,3, что свидетельствует о развитии депрессивных расстройств средней степени выраженности.

Выводы. Исследование когнитивных нарушений в динамике служит ориентиром для выявления поражения ЦНС при сахарном диабете и характеризует течение заболевания в целом. Основываясь на этом, необходимо более тесное сотрудничество неврологов и эндокринологов с целью нахождения эффективных методов профилактики и лечения когнитивных нарушений у больных с сахарным диабетом.

Список литературы.

1. Бабенко А.Ю., Лаевская М.Ю. Сахарный диабет и COVID-19. Как они связаны? Современные стратегии борьбы. Артериальная гипертензия. 2020;26(3):304-311.

2. Мухамеджанов Э.К., Есырев О.В. Сахарный диабет 2 типа: новые стороны патогенеза заболевания // Сахарный диабет. – 2013;(4):49-51 с.
3. Суркова Е.В., Танашян М.М., Беспалов А.И., Наминов А.В. Сахарный диабет и когнитивные нарушения: современные представления о патогенезе и данные клинических исследований. Терапевтический архив. – 2019; 91 (10):112-118.
4. Шутеева, Т.В. Коррекция болевого синдрома при диабетической нейропатии: современный взгляд на проблему / Т.В. Шутеева // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 3. – С. 1.
5. Шутеева, Т.В. Современный подход в лечении болевого синдрома при диабетической полинейропатии / Т.В. Шутеева // Трудный пациент. – 2018. – Т. 16, № 6. – С. 58-60.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ ОБУЗ КОМКБ

Филина Д.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга являются одними из основных в структуре причин стойкой нетрудоспособности и смертности населения, среди которого основную часть составляет население трудоспособного возраста [1].

За последнее десятилетие в значительной степени заметно возрос интерес к проблеме нарушений мозгового кровообращения, преимущественно при атеросклерозе с поражением интракраниальных артерий. С одной стороны, это можно обосновать эпидемиологическими факторами: высокой частотой клинически бессимптомного атеросклероза интракраниальных артерий и рецидивирующих ишемических нарушений мозгового кровообращения как следствие интракраниального атеросклероза [2]. С другой стороны, выявление церебрального атеросклероза сосудов значительно усовершенствовалось за последние годы благодаря интенсивному развитию методик нейро- и ангиовизуализации [3].

Современные методы функциональной визуализации обладают большими диагностическими возможностями в отношении выявления цереброваскулярных событий. Одним из таких нейровизуализирующих методов является ультразвуковая диагностика экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга.

УЗДГ сосудов головного мозга представляет собой современный высокоинформативный ультразвуковой метод обследования организма и выявления отклонений в функционировании сосудов, кровоснабжающих головной мозг. Метод позволяет оценить вид сосудистой патологии – местный или системный [5].

УЗДГ, как правило, включает в себя сразу две процедуры: экстракраниальное исследование – осмотр сосудов вне черепа (поверхностный осмотр сосудистой сети) и транскраниальное исследование – осмотр кровеносных сосудов внутри черепа. Такой осмотр позволяет составить комплексную картину и оценить общее состояние сосудов [4, 5].

Исследования экстракраниальных отделов сонных и вертебрально-базиллярных артерий основаны на билатеральном последовательном изучении особенностей анатомии и хода магистральных артерий, визуализации просвета и стенок сосудов, оценке параметров кровотока (скорости и резистивных показателей) [2]. Основным показателем, который оценивается в диагностическом процессе, является определение характера и скорости кровотока в сосудах. С помощью различных индексов выявляют состояние сосудов, а также состояние патологии. Большое значение имеют: индекс резистентности (сопротивления), диастолическая и систолическая скорость, индекс Пурселло и др. [4].

Экстракраниальная доплерография позволяет определить патологические процессы в сосудах благодаря показателям, характеризующим кровоток. На наличие подобных проблем указывает нарушение кровотока, которое оценивается первостепенно. О наличии аномалий будет свидетельствовать снижение пропускной способности кровеносного сосуда [3].

Оценка экстракраниальных артерий с помощью УЗИ позволяет понять, в каком состоянии находятся сосуды. Можно будет выявить: толщину стенок кровеносных сосудов, сужение их просвета; изменение эластичности; патологическое удлинение или укорочение сосудов [4, 5].

Особенностью исследования интракраниального отдела кровеносных сосудов мозга является обязательное использование режимов цветового и/или энергетического доплеровского картирования [1, 5]. Допплерография основана на способности ультразвуковых волн определенным образом отражаться от движущихся объектов. При данных режимах регистрируется изображение только просвета сосудов, таким образом получают информацию об анатомическом ходе и расположении сосудов. Однако эта методика не позволяет визуализировать стенки исследуемых кровеносных сосудов. Изображение структур головного мозга обычно используется в качестве ориентиров для идентификации сосудов и определения их взаимоотношений [1].

Цель исследования. Оценить значимость исследования экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга при ведении госпитализированных пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения КОМКБ в период с 1 января 2020 года по 31 декабря 2021 года. Проанализированы истории болезни пациентов, госпитализированных с различными видами острого нарушения мозгового кровообращения статистическим методом.

Результаты. За период 2021-2022 годов в неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения КОМКБ было госпитализировано 2225 человек с различными видами ОНМК. В структуре госпитализированных больных с ОНМК преимущественно преобладают пациенты с ишемическим инсультом, при этом соотношение ишемического инсульта к геморрагическому инульту составило 5:1. В структуре госпитализированных больных преобладали лица старше трудоспособного возраста. 47% (1045) составили пациенты старше 70 лет. При этом 32% пациентов было госпитализировано в ПРИТ. Данной категории пациентов необходимо мониторингирование соматического и неврологического статусов с учетом тяжести их состояния. 74% – пациенты старше трудоспособного возраста с выраженной соматической патологией. Количество больных, которым выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, составило 1663 человека, из них стеноз экстракраниальных артерий более 70% диагностирован у 43 человек. Количество больных, которым выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных артерий в первые 24 часа от момента поступления, составило 1497 человек, в том числе в течение первых 40 минут от момента поступления у 452 человек. Количество больных, которым выполнено транскраниальное дуплексное сканирование, составило 1489 человек, из них в течение первых 40 минут от момента поступления у 76 человек. Число больных, которым выполнена микроэмболодетекция, составило 42 человека. Больных консультировали ангиохирурги и хирурги РХМДЛ для решения вопроса о тактике оперативного вмешательства – открытая эндартерэктомия или стентирование. Пациенты с установленными показаниями к оперативному вмешательству на сонных

артериях после выписки из н/о РСЦ госпитализировались в отделение сосудистой хирургии.

Выводы. Атеросклероз артерий головного мозга вносит значимый вклад в развитие острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, требует особого подхода к диагностике и назначению персонализированной терапии [1].

В настоящее время УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга широкое применение находит в диагностике нарушений мозгового кровообращения.

Следует отметить, что УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга является скрининговым, доступным (в частности, в сравнении с МРТ-диагностикой), высокоинформативным, неинвазивным методом исследования, позволяющим проводить данную процедуру практически в любом возрасте и состоянии пациента [3, 4].

Данное исследование необходимо не только для выявления патологических процессов. Такое исследование также проводят для подбора лечения и контроля эффективности лечения некоторых заболеваний. К тому же этот метод исследования широко используется для динамического наблюдения за состоянием больных после перенесённых ОНМК, операций на головном мозге, черепно-мозговых травм [2].

Дальнейший прогресс в изучении проблем диагностики, лечения, профилактики цереброваскулярных нарушений связан с внедрением и использованием новых методов и технологий нейро- и ангиовизуализации сосудов и атеросклеротических бляшек и поиском индивидуальных подходов к лечению, в том числе с определением показаний к эндоваскулярным вмешательствам.

Список литературы.

1. Features of prognostic function in patients with ischemic stroke of frontal localization in the early recovery period / E.I. Nikishina, A.E. Danilova, V.B. Nikishina [et al.] // Russian Neurological Journal. – 2021. – Vol. 26. – No 4. – P. 31-38.

2. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишемический инсульт, с учетом профиля латерализации / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 3. – С. 10-16.

3. Автоматизация мелкомоторных действий в функциональном обучении пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде / Т.В. Шутеева, В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, О.Б. Черняховский // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2019. – № 2. – С. 39-50.

4. Зозуля, И.С. Современные адаптированные рекомендации относительно стратегии ведения пациентов с мозговым инсультом на догоспитальном и госпитальном этапах / И.С. Зозуля, А.А. Волосовец // Экстренная медицина. – 2016. – Т. 5. – № 3. – С. 440-458.

5. Мультидисциплинарный подход в лечении пациента с ОНМК / И.С. Черняков, С.Г. Винцовский, К.М. Вахитов, И.Г. Шацман // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2019. – Т. 14. – № 3. – С. 145-147.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Финошина Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Возникновение головной боли напряжения (ГБН) тесно связано с воздействием острого или хронического эмоционального стресса, длительным умственным напряжением и частым неудобным положением головы во время работы в офисе (напряжение перикраниальных мышц), что является неотъемлемой частью жизни практически каждого современного человека в большом городе. Действительно, головная боль находится среди самых частых поводов обращения к врачу-неврологу у пациентов трудоспособного возраста (от 20 до 70% случаев, в возрасте начиная с 18 лет, диагноз в полтора-два раза чаще ставится женщинам) и встречается в основном в экономически развитых странах [5]. Так, актуальность данной темы обуславливается влиянием головной боли напряжения на социально-экономические аспекты деятельности человека.

Существенную роль в развитии ГБН, помимо стрессовых воздействий, играют нарушения сна (при постоянном недосыпании увеличивается возбудимость ноцицептивных рецепторов и возникают гипералгезические реакции), климатические условия (влияние оказывают высокая температура, солнечный свет и резкие перепады погоды – заболеванию чаще подвержены жители тропического и средиземноморского климатов) и культурные особенности (городские жители страдают от головной боли чаще, чем люди, живущие в сельской местности).

ГБН возникает при участии периферических и центральных ноцицептивных механизмов. Частое длительное напряжение мышц шеи и головы ведет к боли, гипоксии мышц и выделению в кровь провоспалительных медиаторов. В результате повышается возбудимость ноцицептивных нейронов, расположенных в задних рогах спинного мозга. К этому со временем присоединяется снижение активности ингибиторной антиноцицептивной системы ствола мозга – облегчается передача болевых импульсов и формируется центральная сенситизация. Периферические факторы больше играют роль в эпизодической ГБН, центральный механизм же связан с хронизацией процесса.

Клинически ГБН проявляется двусторонней головной болью височно-лобной локализации, слабой или умеренной интенсивности, давящего или сжимающего характера, возможно возникновение слабой тошноты. Продолжительность приступов может составлять от нескольких минут до нескольких часов или суток, они могут возникать несколько раз в месяц, в неделю, ежедневно, могут длиться постоянно, почти без перерыва. Боль может несколько уменьшаться после физической активности.

Но этим проблемы человека с ГБН, к сожалению, не ограничиваются. У пациентов с хронической головной болью напряжения выявляются также расстройства сна (трудности засыпания, частые пробуждения, ощущение «разбитости» по утрам) [1] и связанные с ними различные депрессивные состояния (чаще легкая депрессия, но вполне вероятна и тяжелая степень). Таким

образом, инсомнии могут быть как провоцирующим фактором, так и осложнением заболевания. Отмечаются наличие тревоги среднего и тяжелого уровня, апатии, раздражительности и агрессивности [3]. Перечисленные состояния негативно влияют на продуктивность труда и коммуникационные возможности человека, способствуют еще большему усугублению течения основного заболевания.

Формирующиеся неблагоприятные адаптационные реакции крови (переактивация и хронический стресс) свидетельствуют о снижении уровня неспецифической резистентности организма, на что так же указывает выявление у пациентов с ГБН повышенного содержания патогенной и условно-патогенной флоры в зева [4]. Пациенты с ГБН предъявляют жалобы, связанные с вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой, респираторной, вестибулярной, гастроинтестинальной и мочеполовой систем: на тахикардию, кардиалгию, затрудненное дыхание и ощущение «кома в горле», головокружение, предобморочные состояния и шум в ушах, тошноту, урчание в животе и расстройства стула. Также возможны озноб, повышенная потливость и учащенное мочеиспускание [2].

В связи с большим количеством сопутствующих состояний, эффективный подход к лечению ГБН должен включать в себя, помимо привычных препаратов (таких как НПВП, антидепрессанты, миорелаксанты), способы коррекции нарушений сна, работу с другими специалистами – психологом, кардиологом и даже гастроэнтерологом. При обследовании пациентов с хронической ГБН можно использовать опросники и схемы для выявления вегетативных нарушений и своевременного их устранения в дальнейшем. При наличии у пациента депрессии важно установить ее тяжесть и также назначить соответствующее лечение. Пациенту требуется объяснить необходимость смены образа жизни – соблюдение режима труда и отдыха, рационального питания, правильного сидения за компьютером, обучение самоконтролю в стрессовых ситуациях. Возможно включение в распорядок дня процедур «закаливания» организма, применение БАДов, витаминотерапия, что может способствовать повышению его возможности сопротивления инфекциям.

Заключение. Таким образом, на сегодняшний день, ГБН – часто встречающееся заболевание, которое может сопровождаться, вдобавок к «классической» клинической картине головной боли, различными проявлениями нарушения работы организма: от раздражительности и легкой тошноты до тяжелой депрессии, головокружения и симптомов со стороны сердечной, дыхательной, желудочно-кишечной, мочеполовой систем. Это не может не сказаться на качестве жизни пациента, его работоспособности, и, соответственно, на обществе в целом. Помимо этого, нарушения сна, тревожность и депрессия способствуют дальнейшему усугублению болевого синдрома. Снижение неспецифической резистентности организма может привести к присоединению дополнительных заболеваний, вроде инфекции, что добавляет нагрузки на здравоохранение. Следовательно, ГБН требует внимательной, углубленной диагностики сопутствующих состояний и комплексного подхода к терапии, которая должна охватывать все проблемы пациента.

Список литературы

1. Качетова, Е.Н. Инсомнические расстройства и депрессия у пациентов с хронической головной болью напряжения / Е.Н. Качетова, Т.А. Слюсарь // Тверской медицинский журнал. – 2019. – № 1. – С. 10-15.
2. Качетова, Е.Н. Оценка вегетативной дисфункции у пациентов с хронической головной болью напряжения / Е.Н. Качетова // Инновационные медицинские технологии: сборник научных трудов / Под редакцией Р.Н. Чиркова, С.В. Жукова. – Тверь: Тверское региональное общественное движение по поддержке молодых ученых «Ассоциация молодых ученых Тверской области» 2019. – С. 72-76.
3. Качетова, Е.Н. Оценка уровня тревоги у пациентов с хронической головной болью напряжения / Е.Н. Качетова // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 1. – № 1(338). – С. 65.
4. Показатели адаптационных реакций организма при хронических головных болях напряжения / Т.А. Слюсарь, О.А. Высоцкая, Н.А. Яковлев, И.Н. Слюсарь // Тверской медицинский журнал. – 2019. – № 3. – С. 21-24.
5. Проблема головной боли напряжения в клинике нервных болезней (обзор) / П.В. Москалева, Н.А. Шнайдер, М.М. Петрова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2021. – № 3(129). – С. 5-14.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДОГО ИНСУЛЬТА (ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РСЦ НА БАЗЕ КОМКБ)

Фомкина А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Проблема острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) имеет большое медико-социальное значение и не теряет своей актуальности, так как сохраняется высокая распространенность этого заболевания, а смертность от инсульта и его осложнений не уменьшается [1]. По данным ВОЗ, в среднем на каждые 100 тыс. населения ежегодно регистрируется от 100 до 300 случаев инсультов. Из них 12,5 случаев приходится на трудоспособное население. Лишь 10-15% пациентов после инсульта возвращаются к труду [2]. Инсульт характеризуют как острое нарушение мозгового кровообращения с внезапным появлением очаговых или общемозговых неврологических симптомов, которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более ранние сроки. Инсульт традиционно считается заболеванием пожилых людей. Такие основные факторы риска развития ОНМК как атеросклероз церебральных артерий, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма и другие чаще встречаются у пациентов старше 55 лет [3]. Но в течение последних нескольких лет наблюдается рост числа инсультов у пациентов молодого возраста. Все чаще и чаще к терапевтам и неврологам обращаются молодые, трудоспособные пациенты. Частота инсульта в структуре ОНМК у молодых лиц составляет 16-17%. Актуальность данной проблемы обусловлена до конца невыясненными факторами риска развития ОНМК и, соответственно, высокой частотой криптогенного инсульта у лиц молодого трудоспособного возраста [4]. В рамках реализации программы по снижению смертности от инсульта явилась организация неврологических отделений для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), региональных сосудистых центров на базе многопрофильных стационаров, которые имеют в своей структуре развитую лабораторную службу, круглосуточное отделение нейровизуализационных методов исследования, мультидисциплинарного штата сотрудников. Это позволяет повысить доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению при ОНМК. В задачи региональных сосудистых центров входит снижение заболеваемости, инвалидизации, смертности от инсульта.

Цель исследования. Оценить распространенность, характер заболеваемости, влияние факторов риска на возникновение инсультов у лиц до 49 лет в Курской области за период с 2019 по 2021 гг. (по данным работы регионального сосудистого центра (РСЦ) на базе Курской областной многопрофильной клинической больницы (КОМКБ)).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) регионального сосудистого центра КОМКБ за период 2019-2021 годов. Анализировались истории болезни пациентов с различными

видами ОНМК до 49 лет включительно. Учитывались возраст, пол пациентов, характер инсульта, факторы риска, причины развития заболевания.

Результаты. За 2019-2021 годы в неврологическое отделение РСЦ КОМКБ г. Курска были госпитализированы 355 пациентов в возрасте до 49 лет включительно, из них 146 (41%) составили женщины и 209 (59%) – мужчины. Самому молодому пациенту было 20 лет, средний возраст – 40,3 года. Удельный вес данной категории больных от всех госпитализированных составил 21%. Различные виды геморрагического инсульта составили 34% (из них субарахноидальное кровоизлияние – в 67% случаев, внутримозговое кровоизлияние – в 33% случаев), ишемического – 48% (из них инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий, был представлен в 92% случаев, эмболический инсульт составил 8% случаев), транзиторные ишемические атаки – 18%. Умерло 14% пациентов, преимущественно с геморрагическим инсультом. Многие общеизвестные факторы риска развития ОНМК имеют определенную возрастную специфику. Так, артериальная гипертензия (АГ) явилась причиной инсульта в 43% случаев, атеросклероз (в том числе и в сочетании с АГ) – в 22%, сосудистые аномалии – в 13%, системные заболевания - в 8%. В большинстве случаев факторами риска развития инсульта в молодом возрасте явились злоупотребление алкоголем (17%), курение (36%), выраженная гиподинамия (35%), длительное использование гормональных контрацептивов (8%), эмоциональные перегрузки, стрессы (45%). Причем, гипокинезия, злоупотребление алкоголем, профессиональные стрессорные факторы в большей степени преобладали у мужчин, курение и эмоциональная неустойчивость встречались в равной степени у пациентов обоих полов.

Выводы. Таким образом, несмотря на то, что большинство случаев инсультов приходится на людей пожилого возраста, данная патология остается серьезной проблемой и для более молодого трудоспособного населения. Частота инсульта у молодых лиц колеблется от 4 до 15% всех случаев инсульта. Наблюдается тенденция не только к «омоложению» самого инсульта, но и факторов риска его развития. Те же артериальная гипертензия и церебральный атеросклероз наблюдаются уже в молодом возрасте. Для уменьшения развития острых нарушений мозгового кровообращения у лиц молодого трудоспособного возраста целесообразна пропаганда здорового образа жизни, отказ от курения и алкоголя, формирование правильного режима труда и отдыха, своевременная профилактика и ранняя диагностика факторов риска. В своей практической деятельности врачам всех специальностей на диспансеризациях и профилактических медицинских осмотрах следует обращать внимание на наличие и коррекцию таких факторов риска, как церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия, курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела в целях предупреждения развития цереброваскулярных заболеваний. У лиц молодого трудоспособного возраста диагностируется большое количество криптогенных инсультов, что связано со сложностью выявления факторов риска у пациентов данной возрастной группы. Необходима разработка алгоритма, который охватывал бы весь спектр возможных причин и факторов риска сосудисто-мозговых катастроф.

Более тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни позволяет установить индивидуальные сосудистые факторы риска, что в свою очередь дает возможность подобрать максимально эффективную профилактику.

Список литературы.

1. Исследование взаимосвязи I/D полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России / Т.А. Стецкая, Е.К. Вялых, И.В. Булгакова [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 33-36.

2. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишемический инсульт, с учетом профиля латерализации / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 3. – С. 10-16.

3. Features of prognostic function in patients with ischemic stroke of frontal localization in the early recovery period / E.I. Nikishina, A.E. Danilova, V.B. Nikishina [et al.] // Russian Neurological Journal. – 2021. – Vol. 26. – No 4. – P. 31-38.

4. Зайцева, С.Л. Инсульт в молодом возрасте, обусловленный мутацией генов свертывающей системы крови / С.Л. Зайцева, В.С. Дутов // Молодежь в науке: Новые аргументы : V Международный молодежный сборник научных статей. – Липецк : Научное партнерство «Аргумент». – 2019. – С. 21-23.

РАССТРОЙСТВА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Фролова Е.Д., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Мир после пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 разительно отличается от прежнего. Для повышения эпидемиологической безопасности населения были проведены радикальные реформы в области экономики и здравоохранения. Произошли изменения, влияющие на социальный и физический аспекты здоровья, в жизни каждого человека. Многие люди испытывают длительные последствия COVID-19 даже после бессимптомного течения заболевания. Согласно исследованию отечественных ученых по выявлению постковидного синдрома у детей и взрослых спустя 6 и 12 месяцев после выписки из больницы было выявлено, что у каждого третьего взрослого и каждого десятого ребенка наблюдались продолжающиеся осложнения [4]. У лиц с сопутствующими заболеваниями значительно выше риск течения тяжелого состояния после COVID-19. Особенно вариабельны изменения в вегетативной нервной системе (ВНС) после этого заболевания. Поэтому проблема влияния новой коронавирусной инфекции на состояние ВНС, учитывая ее распространенность, актуальна в настоящее время.

Цель исследования – определить степень вегетативных расстройств после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 у студентов КГМУ.

Материалы. Реализация цели исследования опирается на общенаучную и частную методологию. В работе используется исследовательский метод – анкетирование студентов КГМУ. При анализе полученных результатов исследования использовались научные статьи, взятые из отечественных и зарубежных журналов.

Результаты исследования. Существует несколько подходов к определению взаимовлияний между вегетативной нервной системой и новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Симпатическая ВНС является защитным фактором организма, она способствует усиленному выделению основных провоспалительных цитокинов, изменяет ферментный состав секретов, усиливая их бактерицидные свойства. Эти моменты создают предпосылки для естественного противостояния человеческого организма коронавирусу. Также вегетативная нервная система способна подавлять ответную реакцию организма путем активации блуждающего нерва. Однако вирус SARS-CoV2 способен нарушать точную регуляцию в работе ВНС путем выработки антител к адренергическим и мускариновым рецепторам [2, 3]. Кроме того, из-за способности коронавируса повреждать эндотелий сосудов, питающих структуры нервной системы, повышается тромбообразование, что приводит к опосредованным расстройствам ВНС.

COVID-19 обладает высокой нейротропностью, так как у каждого третьего пациента после перенесенного заболевания стали выявляться неврологические расстройства. Кроме того, возбудитель новой коронавирусной инфекции способен к преодолению гематоэнцефалического барьера головного

мозга и поражению ядер блуждающего нерва. Доказательством этому служит нахождение ДНК вируса в спинномозговой жидкости. Также известны такие пути проникновения коронавируса: ретроградный транспорт по обонятельным путям, через рецепторы АПФ-2 нейронов и глиальных клеток [1]. За счет выраженной ангиотоксичности воспалительные явления в ВНС во время болезни неярко выражены, однако через некоторое время они могут привести к фатальным последствиям и за счет гипоксии, и от усиления аутоиммунного процесса.

В исследовании приняло участие 60 студентов. На вопрос: «Отмечаете ли вы (при любом волнении) склонность к изменению окраски кожи лица?» 24 человека (40%) выбрали «покраснение лица», а 9 студентов (15%) – склонность к побледнению лица. У 41 респондента (68,3%) после перенесенной новой коронавирусной инфекции появилось эпизодическое чувство онемения кончиков пальцев на руках и ногах. 21 студент (35%) отмечают чувство похолодания и онемения по всей поверхности кистей и стоп. Так, расстройства ВНС приводят к развитию сосудистой недостаточности, особенно выраженной на периферии. В доказательство к этому 26 респондентов (43,3%) отметили изменение окраски кожи пальцев конечностей в виде побледнения, покраснения, цианоза, причем у 9 студентов (15%) эти изменения распространяются на всю поверхность кистей и стоп. 20 опрошенных (33,3%) после перенесенной коронавирусной инфекции отметили появление у себя ничем не обоснованной повышенной потливости. У 25 респондентов (41,2%) появились периодические непродолжительные приступы учащенного сердцебиения в покое. 28 студентов (46,7%) пожаловались на одышку при выполнении незначительной физической нагрузки, что обусловлено гиперактивацией вагусных влияний (склонность к бронхиальному спазму, повышенная секреция слизи). При исследовании вегетативной регуляции органов пищеварительной системы установили, что у 27 студентов (45%) эта функция нарушена, что выражается в чередовании запоров и диареи, болями в животе, вздутии. На появление и / или учащение обмороков предъявили жалобы 8 респондентов (13,3%). 33 студента (55%) отметили появление приступообразных головных болей. У 46 человек (76,7%) уменьшилась работоспособность по сравнению с показателями до болезни. Нарушения сна в виде бессонницы, длительного засыпания, кошмарных сновидений выявили у себя 35 респондентов (58,3%). Вегетативная нервная система контролирует абсолютно все системы органов и тканей, поэтому любое расстройство ее функций будет проявляться органическими и функциональными патологиями во всем человеческом организме.

Выводы. В ходе проведенного исследования были получены результаты, которые затем суммировались и оценивались в соответствии со шкалой Вейна. Так, низкий уровень дисфункции вегетативной нервной системы имеют 7 респондентов, которые набрали менее 10 баллов; среднюю степень нарушений – 17 студентов (11-24 балла); остальные 36 человек (набрали более 24 баллов) имеют высокий риск получения органических патологий из выраженного дисбаланса симпатической и парасимпатической нервной системы. Также при исследовании не было выявлено прямой связи между такими показателями как тяжесть течения новой коронавирусной инфекции, выраженность неврологических

симптомов постковидного синдрома и возрастом респондентов. Этот факт скорее всего связан с небольшой возрастной разницей у опрошенных студентов, так как исследования отечественных и зарубежных ученых на примере большой прослойки популяции демонстрировали эту связь. Однако, стоит отметить, что функциональное состояние соматического и психического здоровья человека тоже влияют на выраженность проявлений постковидного синдрома. Следовательно, основными мерами профилактики новой коронавирусной инфекции даже в период спада пандемии должны оставаться укрепление иммунных сил организма и вакцинация.

Список литературы.

1. Белопасов В.В. Постковидные неврологические синдромы // Клиническая практика. – 2021. – № 2. – С. 69-82.
2. Долгополов И.С., Менткевич Г.Л., Рыков М.Ю. Неврологические нарушения у пациентов с long COVID синдромом и методы клеточной терапии для их коррекции: обзор литературы // Сеченовский вестник. – 2021. – Т. – 12. – № 3. – С. 56-67.
3. Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., Холин А.А. Головная боль и другие неврологические симптомы в структуре клинической картины новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Нервные болезни. – 2020. – № 2. – С. 60-69.
4. Пазухина Е., Андреева М. Распространенность и факторы риска пост-COVID-19 у взрослых и детей через 6 и 12 месяцев после выписки из больницы: проспективное когортное исследование в Москве (Stop COVID): [сайт]. – URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4020142. – Дата публикации: 08.02.2022.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Шутеева Т.В., Музалева Ю.А., Бирюков А.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения – распространённая проблема, требующая особого внимания. Во всем мире инсульты, как причина смертности, остаются в первой тройке рейтинга. Также он остается основной причиной инвалидизации во всем мире. Соотношение ишемического и геморрагического инсульта составляет 5:1. Ишемический инсульт проявляется неврологическим дефицитом, который обусловлен локальным инфарктом головного мозга [1]. Патогенез фокальной церебральной ишемии связан с классической триадой Вирхова: снижение скорости кровотока, повреждение сосудистой стенки и повышение свёртываемости крови [2]. При снижении объемного мозгового кровотока до 20 мл на 100 г/мин развивается глутаматная эксайтотоксичность и увеличивается содержание внутриклеточного кальция, что запускает механизмы структурного повреждения мембран и других внутриклеточных образований [2]. Данный механизм способствует образованию обширной зоны ишемии, которая увеличивается во времени. Быстрый темп гибели клеток мозговой ткани под действием неблагоприятных факторов требует наиболее быстрого вмешательства [4]. Концепция ишемической полутени обосновывает необходимость экстренного оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения [3]. На базе многопрофильных стационаров в рамках реализации национальных программ в сфере здравоохранения созданы неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения региональных сосудистых центров. Штат сотрудников в составе высококвалифицированных неврологов, благодаря помощи нейровизуализационного оборудования, обеспечивает население круглосуточной помощью. В Курской области на данный момент функционирует четыре таких отделения, позволяющих выполнять внутривенный тромболизис. Для региона это довольно значительная цифра. Данный метод лечения заключается во введении такого лекарственного препарата, как рекомбинантный тканевой активатор фибриногена (Альтеплаза, Актилизе), доза которого составляет 0,9 мг/кг массы тела пациента, 10% препарата вводят внутривенно болюсно, остальную дозу внутривенно капельно в течение 60 минут, как можно раньше, в пределах 4,5 часов после начала ишемического инсульта, позволяющего расщеплению тромба в сосудистом русле [5]. Эти рекомендации разработаны Европейской и американской ассоциациями по изучению инсульта. Сам метод был введен в практику после проведения крупного многоцентрового рандомизированного международного исследования Национального института неврологических заболеваний и инсульта (NINDS). На основе многочисленных данных, полученных в ходе длительных наблюдений, в отечественных рекомендациях были изложены показания и противопоказания к проведению системного тромболизиса. Помимо этого были выделены факторы, способствующие неблагоприятному исходу, такие как: возраст пациентов

менее 18 и более 80 лет, более 4,5 часов после наступления инсульта, судороги в дебюте острого нарушения мозгового кровообращения, тяжелая черепно-мозговая травма в анамнезе за 3 месяца, артериальная аневризма, опухоли головного мозга, прием прямых антикоагулянтов, беременность и ряд других немаловажных факторов. Показанием к проведению системного тромболитического является верифицированный ишемический подтип инсульта с давностью симптомов не больше 4,5 часов [4]. Наличие широкого спектра противопоказаний затрудняет применение этого вида лечения. Непосредственно к ним относятся: 1) появление первых симптомов позже 4,5 часов или появление их неизвестно; 2) систолическое АД выше 185 мм рт. ст. или/и диастолического выше 110 мм рт. ст.; 3) признаки внутримозгового кровоизлияния; 4) подозрение на наличие субарахноидального кровоизлияния; 5) тяжелый инсульт; 6) применение прямых антикоагулянтов за 48 часов; 7) судорожный синдром; 8) беременность; 9) тромбоцитопения; 10) уровень гликемии крови менее 2,7 ммоль/л или более 22 ммоль/л; 11) инфаркт миокарда в последние 3 месяца; 12) легкие неврологические симптомы; 13) геморрагические инсульты в анамнезе; 14) распространение очага ишемического инсульта по данным КТ/МРТ на территорию более бассейна средней мозговой артерии и еще целый ряд многочисленных ограничений применения метода [4]. Несмотря на это на базе ОБУЗ КОМКБ сформирован реестр пациентов, у которых проводился данный вид терапии.

Цель исследования: провести анализ проведения тромболитической терапии у пациентов с ишемическим инсультом за 2019-2021 гг. на базе ОБУЗ КОМКБ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологического отделения № 1 регионального сосудистого центра ОБУЗ КОМКБ. Был проведен анализ историй болезни выживших пациентов с ишемическим инсультом за период 2019-2021 гг. Анализировались количество пациентов, которым выполнялась тромболитическая терапия, доля значимых улучшений, процент развития осложнений данного вида лечения у пациентов ОБУЗ КОМКБ.

Результаты. В 2019 г. тромболитическая терапия выполнена 21 пациенту, в 2020 г. – 36, в 2021 г. – 42, что в процентном эквиваленте от общего числа пациентов составило: в 2019 г. – 3,1%, в 2020 г. – 3,6%, в 2021 г. – 3,3%. Причем, стоит отметить, что в первые три часа поступило в стационар с диагнозом ишемический инсульт в 2019 г. – 23,9% пациентов от общего количества больных, в 2020 г. – 24,3%, в 2021 г. – 31,4%. Клиническое улучшение отмечалось у 16 из 21 пациентов в 2019 году (76,2%), у 28 из 36 – в 2020 году (77,8%), у 36 из 42 – в 2021 году (85,7%). За период с 2019 по 2021 г.г. клинически значимые геморрагические осложнения не отмечались ни у одного пациента, получившего тромболитическую терапию.

Заключение. Уровень проведения тромболитической терапии на базе неврологического отделения № 1 регионального сосудистого центра ОБУЗ КОМКБ не достигает целевых показателей в Российской Федерации (5%). Самый высокий процент наблюдался в 2020 году (3,6%). Оценивая показатели эффективности

лечения, стоит отметить, что за период 2019-2021 г.г. она не опускалась ниже 76%, это довольно высокий уровень. Также подчеркнем, что за промежуток времени с 2019 по 2021 г.г. доля пациентов, получивших клинически значимые геморрагические осложнения, составила 0%, что говорит о высоко-специализированном подходе к оказанию помощи пациентам с ишемическим инсультом в Курской области. Хочется отметить, что несмотря на отставание от уровня целевых показателей, качество медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в рамках стационара областного значения остается высоким, так как ни у одного из пациентов, получивших специфическую системную тромболитическую терапию, не отмечалось клинически значимого осложнения.

Список литературы.

1. Анализ динамики основных типов инсульта и патогенетических вариантов ишемического инсульта / Н.А. Шамалов, Л.В. Стаховская, О.А. Ключихина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2019. – № 119 (3). – С. 5-10.

2. Гемореология и гемостаз у пациентов с ишемическим инсультом при проведении тромболитической терапии / М.Э. Гафарова, М.А. Домашенко, Д.З. Коробкова [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – Москва: Изд-во «РКИ Соверо пресс», 2015. – Т. 9, № 1.

3. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М.: Медицина, 2001. – 328 с. : –ил. – ISBN 5-225-04642-8. – Текст : непосредственный.

4. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте / Всероссийское общество неврологов. – Москва, 2015. – 34 с.

5. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте: метод. рекомендации / под ред. В.И. Скворцовой. – Москва, 2005.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Щукина Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Среди органических заболеваний головного мозга 3 место занимает эпилепсия. В наши дни в России на долю больных эпилепсией приходится 0,5-1% населения в целом, что составляет около 1 миллиона человек. Ежегодно диагноз «эпилепсия» ставится у 100 тысяч человек [1]. Больные эпилепсией имеют ограничения не только связанные со своим заболеванием, но и социальные стеснения, которые в значительной мере снижают качество жизни.

Цель исследования – изучение показателей качества жизни больных эпилепсией.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ медицинской литературы, статистических данных. На основе полученной информации сделаны выводы.

Результаты исследования. Качество жизни — это такой показатель, который включает в себя степень счастья людей, в какой-то степени удовлетворенность пациентов своей жизнью, который может выражаться в продолжительности жизни, уровню дохода.

Эпилепсия – заболевание головного мозга с хроническим прогрессирующим течением, характерными проявлениями которого являются конвульсивные припадки, нарушения психики и специфические расстройства личности с разными клиническими проявлениями и течением.

Основной целью больных эпилепсией является уменьшение симптомов, которое ведет за собой нормализацию их жизни. Для большинства пациентов эти проблемы решаются достаточно быстро, но иногда полностью контролировать симптомы эпилепсии не удается, ограничения ежедневной активности делают нормализацию качества жизни очень трудным или даже почти нерешимым вопросом.

У пациентов с эпилепсией значительно меняется социальная активность. Становится очень сложно получить образование, работу и получение водительских прав и многое другое. Часто появляется гиперопека со стороны общества и семьи, что может привести к снижению самооценки и появлению зависимости, дискриминации и ограничениям. Все это говорит о том, что эпилепсию следует рассматривать, исследуя социальные, психологические и поведенческие проблемы наравне с соматическими.

Рассматривая физическое здоровье больных эпилепсией, не стоит забывать, что приступы являются риском получения травм (ушибов, ран, переломов, ожогов, утопления и смерти). В связи с этим необходима ежедневная медикаментозная профилактика приступов приемом противоэпилептических препаратов. С другой же стороны, эти препараты обладают множеством побочных эффектов (тремор, тошнота, нарушение памяти, гиперплазия десен, диплопия, седация, атаксия и гирсутизм), что тоже в некоторой степени снижает качество жизни больных.

Психологическое здоровье больных эпилепсией тоже значительно снижено на фоне часто встречающихся депрессий, тревог, нарушения краткосрочной памяти. При длительно текущей эпилепсии формируется энцефалопатия с прогрессированием когнитивных расстройств. Некоторые пациенты теряют контроль над собой, боятся повторных приступов на публике.

Чувство изолированности от общества и от обычного круга общения сопровождает больных эпилепсией после постановки диагноза. Им часто кажется, что они «другие». Многим пациентам могут отказать в работе или в рабочем коллективе происходит отторжение со стороны коллег. Некоторые боятся назначать свидания, избегают женитьбы, беременности и материнства.

Выводы. Любое заболевание в той или иной мере ухудшает качество жизни больного, в том числе и эпилепсия. У таких пациентов ухудшается здоровье, меняется психическое состояние, положение в обществе, сложно найти новое место для работы, отношение близких к пациентам тоже меняется. Чтобы обеспечить улучшение качества жизни больных эпилепсией, обеспечить улучшение физического и психического здоровья больных следует продолжить изучение качества их жизни. Необходима консультация психолога пациентам и их родственникам с целью разъяснения поведения во время эпилептического приступа, социальной адаптации больных в обществе.

Список литературы.

1. Беляев, О.В. Оценка осведомленности об эпилепсии среди студентов Волгоградского государственного медицинского университета и определение уровня стигматизации эпилепсии / О.В. Беляев, Е.А. Жаркина, Т.И. Коновалова // Русский журнал детской неврологии. – 2017. – Т. 12. – № 4. – С. 21-31.

2. Аведисова, А.С. Тревожные расстройства при эпилепсии / А.С. Аведисова, А.В. Лебедева, Е.В. Пашнин, Г.В. Кустов, Р.Г. Акжигитов, А.Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118. – № 10-2. – С. 37-44.

3. Турузбекова, Б.Д. Качество жизни больных эпилепсией / Б.Д. Турузбекова, А.Т. Жусупова, Ю.А. Солодовникова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2017. – № 1. – С. 72-75.

ТРЕВОЖНОСТЬ В ПЕРИОД СЕССИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Щукина Е.В., Рымарова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Современная психология рассматривает тревожность как один из наиболее важных вопросов нынешнего мира. Особенно в период пандемии тревожность посещает каждого второго жителя планеты. Тревога это одно из эмоциональных состояний человека, которое может нести негативные последствия. Такое самочувствие может привести к снижению работоспособности, продуктивной деятельности и даже трудностям в общении, в дальнейшем привести к соматическим заболеваниям. Человек, подверженный тревожному состоянию, всегда находится в ожидании чего-то плохого. Такое состояние не может положительно сказываться на успеваемости студентов во время сессии, поэтому необходимо уметь вовремя обнаружить его и начать бороться.

Цель исследования – провести опрос среди учащихся 3 курса лечебного факультета в период сессии и после нее. Выяснить уровень тревожности по шкале Гамильтона, проанализировать полученные данные и сделать выводы.

Материалы и методы исследования. Было выполнено исследование литературы, посвященный проблеме нашего исследования. Проведено анкетирование из 17 вопросов (по шкале Гамильтона). Был проанализирован уровень тревожности в начале и конце сессии, выявлены характерные тенденции к его снижению [1].

Результаты исследования. В работе оказали помощь 50 студентов 3 курса лечебного факультета КГМУ. С целью выявления уровня тревожности студентов было проведено анкетирование по шкале Гамильтона. Был предложен ряд вопросов, связанных с тревожностью, на которые студенты дали ответы. Средний возраст респондентов составил 21-23 года. Все участвующие заполнили анкеты, после чего полученные данные были статистически обработаны [2].

В момент экзаменов проблемы с засыпанием испытывают 50% учащихся, что на 38% больше чем в период учёбы. Тревогу психическую испытывают 38% учащихся, а тревогу физическую (47%), проявляющуюся в виде несвязных мыслей, резкой мимике сопровождающей речь, раздражительностью.

Во время сессии понижение настроение большую часть времени наблюдалось у 60% студентов, а после сессии у 5%.

Чувство вины во время сессии испытывают 70% студентов, а после сессии 10%.

Выводы. Тревожность во время сессии основной показатель стресса студентов. При борьбе с ней важно учитывать причины и ее характер. Большую роль играют особенности личности и возможности окружающей ее среды. Самостоятельно бороться с тревожностью сложно. Даже при работе специалиста с клиентом часто возникает стена сопротивления, психологические барьеры. Необходимо заботиться о своем психомоторном состоянии, создавать комфортные для себя условия, найти соратников в своем деле. Во время

длительной учебы необходимо давать себе отвлечение, переключаться с одной работы на другую, проводить физическую разминку, снизить значимость дедлайна.

Список литературы.

1. Денисов, В.В. Проявления тревожности в подростковом возрасте / В.В. Денисов // Молодежь и системная модернизация страны. – 2017. – С. 251-253.
2. Маслова, Т.М. Тревожность личности как фактор развития стрессоустойчивости / Т.М. Маслова, А.В. Поцацкая // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2019. – Т. 8. – № 2 (27). – С. 352-354.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Яшина Д.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – крайне опасное и масштабно распространенное заболевание во всём мире. В настоящее время в нашей стране мозговой инсульт занимает второе место среди всех причин смертности и является основной причиной инвалидизации населения, лишь 15% пациентов, перенесших ОНМК, возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Организация специализированных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) на базе многопрофильных лечебных учреждений, имеющих в своём составе терапевтические, хирургические отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии, развитую лабораторно-инструментальную службу, а также высокопрофессиональный и мультидисциплинарный штат медицинского персонала, является одним из важнейших мероприятий по снижению смертности от инсульта, повышению качества и доступности высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, снижению уровня инвалидизации пациентов. В Курской области существует четыре таких мультифункциональных сосудистых центра, однако в условиях пандемии COVID-19 в 2019-2021 годах пациентов с ОНМК из Курской области и из города Курска госпитализировали только в региональный сосудистый центр ОБУЗ «КОМКБ». Изучение клинических, эпидемиологических особенностей, распространенности мозгового инсульта очень важно и представляет определенный интерес [1, 2].

Цель исследования: провести анализ общей заболеваемости мозговыми инсультами, структуры пролеченных больных по виду инсульта, оценить возрастно-половой состав пациентов за 2019-2021 гг., а также коечный фонд и изучить его характеристики.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе регионального нейрососудистого центра ОБУЗ «КОМКБ» города Курск. Был произведен анализ историй болезни пациентов с мозговым инсультом за период 2019-2021 гг. Оценивались пол, возраст, тип инсульта, исход заболевания у пациента, а также коечный фонд и его характеристики.

Результаты. Общее количество пациентов с различными видами острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), поступивших в нейрососудистое отделение ОБУЗ «КОМКБ» за период с 2019 г. по 2021 г. составило 3277 человек, из них – в 2019 году поступил 991 и выписано 1008 человек, в 2020 г. – 1031 и 1053 человека соответственно, в 2021 г. – 1194 и 1216 человек. Из всех больных общая численность жителей села за анализируемый период составила 999 человек, что составляет 30,5% от общего числа выписанных больных, жителей города Курск – 2278 человек, что составляет 69,5% от общего числа выписанных больных [2].

В структуре больных с ОНМК, которые поступили за 2019-2021 гг. в региональный сосудистый центр, преобладают пациенты с ишемическим инсультом, общее соотношение ишемического инсульта к геморрагическому инульту составило 5:1, 83% и 17% соответственно [4].

Наиболее часто мозговой инульт развивался за исследуемый период в возрастной группе 60-69 лет и 70 лет и старше соответственно. В структуре поступивших больных преобладали лица старше трудоспособного возраста. В 2019 году их число составило 683 человека (68% от всех поступивших в отделение РСЦ), в 2020 году – 792 человека (75% соответственно), в 2021 году – 938 человек (77%).

Анализ показателей коечного фонда за период с 2019 по 2021 год позволяет сделать вывод о том, что коечный фонд в стационаре РСЦ использовался эффективно – в течение года каждая койка использовалась более 352 дней, самый высокий показатель занятости койки зарегистрирован в 2019 году. Среднее число больных, пользовавшихся каждой койкой в течение всего года (оборот койки), в течение анализируемого периода увеличилось – в 2020 году на 5% по сравнению с показателем 2019 года (35,1 и 40,53 соответственно), а в 2021 году на 21% по сравнению с показателем 2019 года. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре в течение 3 лет снижалась, в 2021 году составила 8,81 к/д, что меньше на 30% данного показателя в 2019 году и на 17% показателя 2020 года соответственно. Летальность в отделении РСЦ наиболее высокая в 2021 году – составляет 20,5% (237 человек), низкая в 2019 году – 14,1% (143 человека).

В 2021 году из отделения РСЦ из всех пациентов с мозговым инультом всего переведено в другие отделения – 61 пациент: в нейрохирургию 30, в пульмонологию – 5, в сосудистую хирургию – 7, в кардиологию – 5, в отделение общей неврологии – 6 человек [2].

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в структуре заболеваемости мозговым инультом преобладают лица старше трудоспособного возраста. ОНМК особенно часто развивается в возрастных группах 60-69 и 70 и старше лет. Наиболее распространенным видом инсульта является ишемический. Отмечено увеличение общего количества пролеченных пациентов в 2021 г. по сравнению с показателями 2019 и 2020 гг., а также увеличение летальности среди больных за указанный период, что обуславливает необходимость усиления профилактических мероприятий среди населения, коррекции факторов риска развития ОНМК, а также оптимизацию и поиск новых подходов к терапии данной нозологии [3].

Список литературы.

1. Исследование взаимосвязи I/D полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России / Т.А. Стецкая, Е.К. Вялых, И.В. Булгакова [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 33-36. – EDN SXULBV.

2. Логачева, Е.А. Прогноз и исходы ишемического инсульта (по данным регионального сосудистого центра Курской областной клинической больницы) / Е.А. Логачева, Т.В. Шутеева, М.А. Гриднев // Университетская наука: взгляд в будущее : Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета: в 2-х томах, Курск, 02 февраля 2018 года / под редакцией В.А. Лазаренко. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2018. – С. 56-61. – EDN UPDCZY.

3. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишемический инсульт, с учетом профиля латерализации / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2018. – № 3. – С. 10-16. – DOI 10.21626/vestnik/2018-3/02. – EDN YNMNXV.

4. Features of prognostic function in patients with ischemic stroke of frontal localization in the early recovery period / E.I. Nikishina, A.E. Danilova, V.B. Nikishina [et al.] // Russian Neurological Journal. – 2021. – Vol. 26. – No 4. – P. 31-38. – DOI 10.30629/2658-7947-2021-26-4-31-38. – EDN FKIAVE.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Омаров З.З.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой группу состояний, которые объединяют внезапное начало, наличие общемозговой или очаговой симптоматики, сохраняющихся свыше 24 часов или приводящих к смерти в более ранние сроки. Данное понятие включает в себя инсульты (геморрагические и ишемические) и преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, энцефалопатии) [1].

ОНМК по состоянию на 2021 год являются третьей по частоте причиной летальности во всем мире [2]. Помимо этого, важной проблемой является инвалидизация больных после перенесенного инсульта. Именно поэтому ранняя диагностика, адекватное лечение и комплексный подход к реабилитационным мероприятиям является важной составляющей в уменьшении летальности при ОНМК.

Для прогнозирования летальности и успеха реабилитационных мероприятий важным фактором является коморбидность. Она представляет собой сочетание нескольких заболеваний или синдромов, которые не являются осложнениями друг друга, однако могут быть связаны единым механизмом патогенеза. Наличие у пациента сопутствующей патологии определенным образом сказывается на течение основного заболевания. При этом определение тактики лечения больных с ОНМК должно базироваться на их коморбидном состоянии [3]. Важным является выяснить, действительно ли коморбидность влияет на летальность пациентов. Полученные результаты играют важную роль в вопросах ведения пациентов как в острый период заболевания, так и при реабилитации.

Цель исследования. Оценить зависимость наличия коморбидной патологии на летальность пациентов, поступивших в неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения с ОНМК с января по июнь 2022 года.

Материалы исследования. В качестве материала для исследования использовались 50 историй болезней пациентов с окончательным диагнозом ОНМК. Среди них женщин 30 случаев (60%), мужчин 20 случаев (40%). Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных с окончательным диагнозом ОНМК по полу и возрасту.

Возраст	Мужчины	Женщины
Менее 50 лет	1 (2%)	0
51-60 лет	4 (8%)	12 (24%)
61-70 лет	4 (8%)	10 (20%)
71-80 лет	6 (12%)	5 (10%)
Более 80 лет	5 (10%)	3 (6%)

Методы исследования. Ретроспективного анализа, статистической обработки – экстенсивные показатели.

Результаты исследования. Среди проанализированных историй болезни у всех 50 пациентов отмечается наличие сопутствующих патологий.

Таким образом, среди всех пациентов с ОНМК у каждого наблюдалось наличие коморбидного состояния. У некоторых пациентов отмечалось сочетание нескольких сопутствующих заболеваний

Таким образом, можно увидеть закономерность между наличием у пациентов сопутствующих заболеваний и летальностью больных.

У 100% больных отмечается наличие сопутствующих патологий. Среди них как у женщин, так и у мужчин превалирует артериальная гипертензия (73% и 75% соответственно). Сахарный диабет отмечается у 27% женщин, а ишемическая болезнь сердца у 23% женщин. У мужчин также наиболее часто встречается сахарный диабет (у 40%) и ишемическая болезнь сердца (35%). Сочетание артериальной гипертензии и сахарного диабета у женщин отмечается в 40% случаев, а у мужчин в 25%, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца у женщин в 13%, у мужчин также в 25% случаев.

Наибольшая летальность среди пациентов как мужского, так и женского пола отмечается при артериальной гипертензии (15% и 13% соответственно), а также при сочетании артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Выводы. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что коморбидность играет важную роль в структуре летальности у пациентов, перенесших ОНМК.

Артериальная гипертензия является фактором риска развития ОНМК, при этом наибольшая летальность отмечается именно у пациентов с данной сопутствующей патологией среди всех возрастных групп и у представителей как мужского, так и женского пола. Коморбидность болезней системы кровообращения у больных, перенесших ОНМК, является по результатам исследования важной составляющей в структуре летальности случаев. При этом нельзя оставить без внимания и тот факт, что хоть и абсолютные показатели летальности при наличии у пациентов сахарного диабета ниже, чем при артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, относительные же показатели выше, так как на меньшее количество случаев выявления сопутствующей патологии определяется такое же количество летальных исходов.

Однако однозначно судить о непосредственном влиянии патологий со стороны сердечно-сосудистой системы на летальность при ОНМК не представляется возможным, так как при этом необходимо учитывать степень и стадию заболевания, наличие осложнений и адекватность медикаментозной и немедикаментозной терапии. Судить об этом не представляется возможным ввиду отсутствия данной информации у большинства из проанализируемых историй болезней.

Список литературы.

1. Гумерова О.Н., Лисовская Т.Н., Ахметова А.Р. Развитие острого нарушения мозгового кровообращения на фоне ишемической болезни сердца как

фактора риска / О.Н. Гумерова, Т.Н. Лисовская, А.Р. Ахметова // Российский кардиологический журнал. – 2022.– № S6. – С. 21-21.

2. Ловчая, Е.С. Анализ летальности от острых нарушений мозгового кровообращения / Е.С. Ловчая // Сборник материалов республиканской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Парамея Владимира Трофимовича. – 2021. – С. 305-306.

3. Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Опольская С.В. Антигипертензивная и вазопротективная эффективность хронофармакотерапии у больных артериальной гипертонией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / В.В. Скибицкий, А.В. Фендрикова, С.В. Опольская // Кардиология. – 2019.– № 1. – С. 25-33.