

– уменьшение специфических ошибок при письме под диктовку – у 7 детей (70%);
– улучшение навыков автоматизации и внимания – у 7 детей (70%).

Результаты проведенного исследования подтверждают правильность подобранных методик по преодолению дислексии у детей младшего школьного возраста.

Выводы

После проведенной работы по преодолению дислексии дети начали выстраивать свои предложения более грамотно, правильно употреблять в собственной речи предлоги, согласовывать слова в словосочетаниях, находить правильно заданные слоги в словах, а также выстраивать логическую цепочку в пересказе прочитанного.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ермолаева, Ж. Е. Адаптация учебных материалов на примере русского и английского языков для детей-дислексиков / Ж. Е. Ермолаева // Школьные технологии. – 2019. – № 3. – С. 65–70.
2. Корнев, А. Н. Формирование навыков чтения в цифровой интерактивной обучающей среде у детей с нарушениями чтения / А. Н. Корнев, Е. А. Манжос, И. Балчюниене // Сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – М. : ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. – С. 60–76.
3. Садовникова, И. Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников / И. Н. Садовникова. – М. : Владос, 2011. – 184 с.
4. Свободина, Н. Г. Коррекция нарушений письма : метод. пособие / Н. Г. Свободина. – М. : Сфера, 2018. – 160 с.
5. Шеина, О. В. Обучение чтению детей младшего школьного возраста: сборник методических рекомендаций / О. В. Шеина, С. Е. Абрамова, Е. Г. Баранова. – Уфа : МБОУ ДО НИМЦ, 2021. – 41 с.

УДК 616.831-005.8:616.133.33-007.64]-08

С. В. Предченко¹, Я. В. Кикинёва²

¹Учреждение здравоохранения
«Светлогорская центральная районная больница»
г. Светлогорск, Республика Беларусь

²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ВТОРИЧНЫЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БАССЕЙНЕ ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ ТРОМБОЗА ГИГАНТСКОЙ МЕШОТЧАТОЙ НЕРВАВШЕЙСЯ АНЕВРИЗМЫ М1 СЕГМЕНТА ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

Аневризма – локальное выпячивание сосудистой стенки. Церебральные аневризмы выявляются у 1–2% населения, на вскрытиях обнаруживается от 1 до 9% случаев. Мужчины болеют реже в 3 раза в сравнении с женщинами [1]. Аневризмы средних мозговых артерий (СМА) среди всех аневризм головного мозга (ГМ) составляют 25,7–48% [2]. Самая распространенная форма аневризмы – мешотчатая, также выделяют овальные, продолговатые, веретенообразные, серпантинные, шарообразные, дольчатые. По диаметру различают миллиарные (до 3 мм), обычного размера (4–15 мм), большие (16–25 мм) и гигантские (от 25 мм) аневризмы (встречаются в 0,5–4,8%) [3].

Церебральные аневризмы зачастую бессимптомны и являются случайной находкой при плановом обследовании [3, 4]. Частота встречаемости в популяции неразорвавшихся аневризм – 5–10%. Наибольший диаметр неразорвавшихся аневризм в 80% случаев – 10 мм [5].

Клиника сложных аневризм СМА в 83,5% – субарахноидальное кровоизлияние, ишемия, масс-эффект, цефалгия. Ежегодный риск разрыва для аневризм СМА в целом составляет 0,67%. При этом для аневризм размером 10–24 мм риск – 4,4%, а более 25 мм – 33,4% [2]. В полости аневризм могут находиться тромбы, а в стенках содержаться кальцинаты [1, 2]. Признаки тромбоза при аневризмах СМА отмечены в 7,9%, а среди гигантских аневризм СМА – в 30,8–63%. Частично тромбированные аневризмы имеют сопоставимый риск разрыва с аневризмами без тромбов [2]. Неразорвавшаяся аневризма несет риск транзиторной ишемической атаки и инфаркта головного мозга (ИГМ) из-за эмбола, способного возникнуть в аневризмальном мешке [5].

В процессе лечения гигантских, частично тромбированных аневризм СМА в подавляющем большинстве случаев невозможно провести простое клипирование шейки или окклюзию аневризмы спиралями [2].

Цель

Анализ клинического случая вторичного ИГМ в бассейне левой СМА на фоне тромбоза из гигантской мешотчатой нервавшейся аневризмы М1 сегмента левой СМА.

Материал и методы исследования

Проведен анализ истории болезни, результатов клинического обследования, данных лабораторных исследований, нейровизуализации, консультаций смежных специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент М., 21 год, электрик, поступил в приемное отделение многопрофильной межрайонной больницы с жалобами на слабость в правых конечностях, нарушение речи.

Из *anamnesis morbi* известно, что пациент заболел остро утром, когда после пробуждения отметил нарушение речи, уменьшение силы в правых конечностях и вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Пациент был доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы, госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. Из *anamnesis vitae* известно, что у пациента имеется врожденный порок сердца: открытое овальное окно. Вредных привычек не имеет. Наследственный анамнез не отягощен. Каких-либо симптомов до дня поступления в стационар пациент не отмечал.

Status praesens: масса тела – 71 кг; рост – 172 см; индекс массы тела – 24. Температура тела 36,6°C. Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы умеренно влажные, цвет обычный, сыпи нет. Отеков нет. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Артериальное давление – 140/80 мм рт. ст., пульс – 76 уд./мин. Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирование в личности, времени и месте правильное. Выраженная моторная афазия. Инструкции выполняет верно. Зрачки и глазные щели D=S, фотореакция сохранена. Движения глаз в полном объеме. Парез лицевого нерва по центральному типу справа. Глоточный рефлекс не изменен. Глубокие рефлексы S>D, оживлены. Правосторонний гемипарез: в правой руке до 1 балла, в правой ноге – до 2 баллов. Мышечный тонус снижен в правых конечностях. Симптом Бабинского положительный справа. Менингеальных симптомов нет.

Компьютерная томография (КТ) ГМ в день поступления выявила наличие в области базальных ядер слева переходящее на височную и лобную долю, по ходу СМА округлое гиперденсивное образование до 35×30 мм, с ровным контуром, неоднородное за счет гиподенсивного участка до 16×22 мм, а также перифокально в лобной доле

участок пониженной плотности до 19 мм, без четких контуров и перивентрикулярно в области базальных ядер отмечаются гиподенсивные участки кистозной плотности до 25 мм. Дополнительно была проведена КТ ГМ с внутривенным контрастным усилением, на которой была выявлена гигантская мешотчатая аневризма: по латеральной борозде слева по ходу СМА (M1) отмечается округлое гиперденсивное образование до 35×30 мм, с ровным контуром, слева переходящее на область базальных ядер, височную и лобную долю, контрастируемое во все фазы, неоднородное за счет гиподенсивного неконтрастируемого участка до 16×25 мм (рисунок 1).

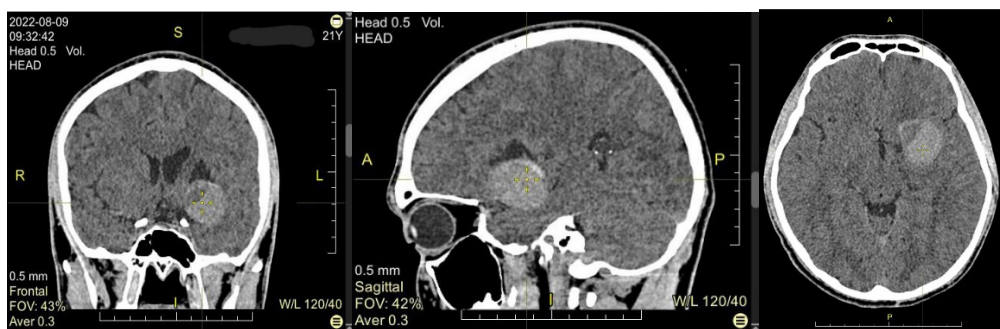


Рисунок 1 – КТ-сканы головного мозга в остром периоде вторичного тромбоэмболического ИГМ в бассейне левой СМА на фоне тромбоза из гигантской мешотчатой нервавшейся частично тромбированной аневризмы M1 сегмента левой СМА

По результатам дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий – ход, диаметр и скоростные характеристики сосудов с обеих сторон в пределах нормы.

По результатам лабораторных исследований в общем анализе крови эритроциты $4,96 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 156 г/л, гематокрит 43%, тромбоциты $198 \times 10^9/л$, лейкоциты $13,3 \times 10^9/л$, СОЭ 30 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, альбумин 53 г/л, креатинин 86 ммоль/л, мочевины 3,1 ммоль/л, АСТ 18 ЕД/л, АЛТ 20 ЕД/л, общий билирубин 22,6 ммоль/л, холестерин 5,2 ммоль/л, натрий 133 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л, кальций 1,17 ммоль/л, хлориды 113 ммоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л. Коагулограмма: протромбиновое время – 13,5 с, АЧТВ – 33,1 с, фибриноген – 4,3 г/л, МНО – 0,99.

Проведена консультация по телемедицине нейрохирурга и эндоваскулярного хирурга ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» г. Минска, выставлен диагноз: «гигантская мешотчатая частично тромбированная аневризма M1 сегмента левой СМА. Вторичный тромбоэмболический ИГМ в бассейне левой СМА с резко выраженным парезом правой руки, выраженным парезом правой ноги, умеренной моторной афазией, острый период». Рекомендации по лечению: экстренное оперативное вмешательство не показано, низкомолекулярные гепарины в лечебной дозе 2 раза в сутки, аспирикард 75 мг 1 раз в сутки, повторная консультация нейрохирурга ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» г. Минска через 5 дней. Через 5 дней была проведена повторная консультация по телемедицине нейрохирурга и эндоваскулярного хирурга ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» г. Минска, выставлен диагноз: «гигантская нервавшаяся частично тромбированная мешотчатая аневризма M1 сегмента левой СМА. Вторичный тромбоэмболический ИГМ в бассейне левой СМА с резко выраженным парезом правой руки, выраженным парезом правой ноги, умеренной моторной афазией, острый период». Показано оперативное нейрохирургическое лечение в холодном периоде (2–3 нед. от начала заболевания) тромбоэмболического ИГМ в бассейне левой СМА при стабилизации состояния пациента.

Пациенту была проведена комплексная терапия тромбоэмболического ИГМ: антикоагулянты (эноксапарин) и антиагреганты (аспикард) в лечебных дозах, нейропротекторы (холина альфосцерат, цераксон), гипотензивная терапия (индапафон, лизиноприл), гастропротекторы (пантопразол), противоотечная (маннит) и инфузионная (глюкозо-солевые растворы) терапия. После стабилизации состояния пациент был переведен в нейрохирургическое отделение ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» г. Минска. Проведено оперативное лечение: трепанационная декомпрессия головного мозга, экстра-интракраниальный микроанастомоз между поверхностной височной артерией и СМА (ЭИКМА), установка внутрисосудистых имплантов-микроспиралей в мешок аневризмы, эмболизация аневризмы.

Далее пациент проходил длительный курс реабилитационных мероприятий стационарно, затем амбулаторно, постоянно наблюдался у невролога, терапевта, длительно принимал нейропротекторы (нейрохолин, ипидакрин). Отмечается значительный регресс неврологического дефицита: уменьшение степени выраженности моторной афазии с выраженной до умеренно выраженной, увеличилась сила в правых конечностях: в правой руке со степени резко выраженного до легкого спастического пареза, в правой ноге со степени выраженного до умеренно выраженного спастического пареза.

Спустя 3 мес. после оперативного лечения пациенту была выполнена контрольная КТ ГМ с внутривенным контрастным усилением, на которой отмечены КТ-признаки состояния после трепанации черепа слева (в левой гемисфере головного мозга по ходу левой СМА определяется ее расширение размером до 30×30×29 мм округлой формы, на фоне которого определяются металлические клипсы, состояние после костно-пластической трепанации левой лобно-теменно-височной области, размер дефекта до 145×90 мм, в костный дефект пролабирует вещество ГМ до 20 мм) и кистозных изменений в левой гемисфере ГМ до 65×45×121 мм (рисунок 2).

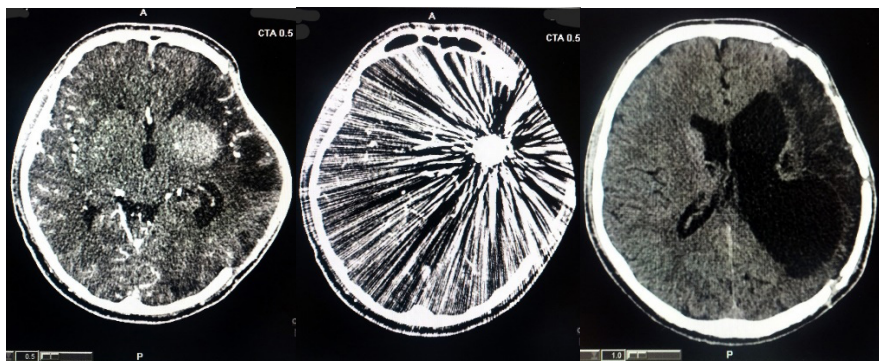


Рисунок 2 – КТ-сканы ГМ через 3 месяца после оперативного лечения

Заключение

Данный клинический случай представляет особый интерес по причине развития редкого осложнения гигантской мешотчатой нервавшейся частично тромбированной аневризмы М1 сегмента левой СМА в виде вторичного ИГМ, связанного с тромбоэмболией из этой аневризмы в левую СМА, что позволяет назвать данный ИГМ тромбоэмболическим. Понимание данного случая говорит о необходимости знаний и настороженности у любого врача по поводу возможности встречи в клинической практике и с такими редкими заболеваниями. Следует отметить положительную динамику состояния пациента, что стало возможно при эффективной и слаженной работе врачей разных специализаций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. The biophysical role of hemodynamics in the pathogenesis of cerebral aneurysm formation and rupture / S. Soldozy [et al.] // Neurosurg Focus. – 2019. – Vol. 47, № 1. – P. 1–9.
2. Пилипенко, Ю. В. Микрохирургическое лечение сложных аневризм средних мозговых артерий: крупных, гигантских, фузиформных и частично тромбированных : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 3.1.10 / Ю. В. Пилипенко; НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко. – М., 2023. – 46 с.
3. Хирургия аневризм головного мозга / В. В. Крылов [и др.] ; под общ. ред. В. В. Крылова. – М., 2011. – Т. 1. – 432 с.
4. Биологические и биофизические механизмы формирования, роста и разрыва церебральных аневризм / З. С. Саакян [и др.] // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2023. – Т. 8, № 2. – С. 138–149.
5. Unruptured Cerebral Aneurysms: Evaluation and Management / N. Ajiboye [et al.] // The Scientific World Journal. – 2015. – № 11. – P. 1–10.

УДК 616.89-008.441.13-052-036.66-036.82

И. М. Сквиря, М. И. Сквиря, Б. Э. Абрамов

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Введение

Традиционно среди показателей эффективности лечения пациентов с алкогольной зависимостью в наркологии считаются длительность и качество ремиссии [1]. В настоящее время оценке качества ремиссии помогает изучение показателя (ПКЖ) качества жизни (КЖ) пациентов. В наркологии ПКЖ помогает характеризовать особенности личности больных, адекватно отражает динамику улучшения состояния пациентов в процессе терапии и может быть критерием эффективности лечения пациентов (ПАЗ) с алкогольной зависимостью (АЗ) [3].

В то же время некоторые исследователи считают, что оценка КЖ лиц с АЗ в ремиссии различна у самих больных, их родственников и врача: пациенты отмечают, что после лечения у них КЖ характеризуется физическим, психологическим благополучием, достаточным самообслуживанием и трудоспособностью, в то время как их родственники полагают, что у пациентов имеется только психологическое благополучие, а врач и вовсе считает, что у больных нет даже и этого [4]. Даже при длительных ремиссиях, как утверждают и другие авторы, КЖ лиц с АЗ не достигает уровня здоровых людей. Возникновение ремиссии у больных АЗ не является эквивалентом выздоровления, т. е. полного восстановления физического, психического и социального функционирования [2].

Но достаточно ли лицам с АЗ для формирования качественной и длительной терапевтической ремиссии, чтобы качество их жизни достигало уровня здоровых людей?

Цель

На основе сравнительного изучения ПКЖ у лиц с алкогольной зависимостью и здоровых людей найти клиничко-психологические особенности, способствующие становлению терапевтической ремиссии.