

МРТ грудного отдела позвоночника от 16.02.24: МР-картина дегенеративно-дистрофических изменений грудного отдела позвоночника, осложненных пролабированием дисков указанных локализаций, артрозом дугоотростчатых и реберно-позвоночных суставов.

МРТ головного мозга от 17.02.24: патологии не обнаружено.

МРТ грудного отдела позвоночника от 23.02.24: дегенеративные изменения в грудном отделе позвоночника. Магнитно-резонансные признаки могут соответствовать нарушению спинального кровообращения, хроническая стадия на уровне Th8-Th11.

После вышеописанных обследований решением консилиума был установлен диагноз: острое нарушение спинального кровообращения в бассейне задней спинальной артерии от 29.01.2024: инфаркт спинного мозга на уровне Th8-Th11 сегментов с сенситивным парезом правой ноги, смешанной атаксией ходьбы, острый период.

28.02.24 пациентка переведена в отделение реабилитации.

### **Выводы**

В исследовании был описан случай острого инфаркта спинного мозга. Результаты исследования позволяют утверждать, что МРТ является методом выбора для диагностики данного заболевания. Данная патология является серьезной проблемой для современного здравоохранения по причине своего неблагоприятного прогноза, тяжести вызываемых осложнений и возможной инвалидизации. Вопрос своевременной диагностики и проведение медицинской реабилитации на сегодняшний день остается обсуждаемым в мировом научном сообществе.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Каньшина, Д. С.* Информативность диагностической транскраниальной магнитной стимуляции в дебюте сосудистой миелопатии спинного мозга: обзор литературы и клиническое наблюдение / Д. С. Каньшина, М. А. Сурма, Е. В. Бадамшина, О. Ю. Бронов // *Нервно-мышечные болезни.* – 2022. – № 12. – С. 49–55.
2. Spinal cord infarction / N. Naumann [et al.] // *Radiologe.* – 2012. – № 52. – P. 442–450.
3. *Alektoroff, K.* Spinal cord ischemia / K. Alektoroff, M. Kettner, P. Papanagiotou // *Radiologe.* – 2021. – № 61. – P. 263–266.

**УДК 616.8:616.633.979.733**

**Ю. А. Гончарова, Я. В. Иванова**

*Научные руководители: к.м.н., доцент В. И. Курман*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРИ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ**

#### **Введение**

Полинейропатия при перемежающейся порфирии – это довольно редкое и сложное состояние, требующее глубокого понимания в области неврологии и генетики [1].

Перемежающаяся порфирия, являясь одним из типов порфирии, представляет собой наследственное нарушение активности фермента синтазы уропорфириноген I и повышение активности фермента синтазы δ-аминолевулиновой кислоты, приводящее к серьезным метаболическим и неврологическим нарушениям. Содержание порфиринов в эритроцитах при этом нормальное. В моче обнаруживается повышенное количество уропорфирина I и II, а также копропорфирина III. В период обострения процесса в моче выявляется предшественник порфиринов – порфобилиноген. Уровень печеночной синтазы, дельта-аминолевулиновой кислоты увеличен. Значительно повышен порфобили-

ноген мочи. Наиболее частыми симптомами являются абдоминальные боли различной локализации, что нередко приводит к хирургическому вмешательству, наблюдаются тяжелые полиневриты, парестезии, психозы и коматозные состояния, повышение артериального давления и выделение оранжевой мочи [2].

Летальный исход обычно обусловлен респираторными параличами, некоторые больные погибают в период комы или от кахексии. Обострение заболевания часто провоцируется беременностью, приемом лекарственных средств (барбитуратов, сульфаниламидов, анальгина). У родственников больных могут выявляться биохимические признаки болезни при отсутствии каких-либо клинических симптомов (латентная форма перемежающейся порфирии) [3].

### ***Цель***

Рассмотреть проявления перемежающейся порфирии, уделить основное внимание полинейропатии, связанной с развитием данного заболевания.

### ***Материал и методы исследования***

Ретроспективный анализ истории болезни пациентки К., находившейся на стационарном лечении в ГУЗ «ГГКБ № 3» в период с 29.02.2024 по 07.03.2024.

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

Пациентка К., 35 лет, считает себя больной с 2022 года, когда впервые возникли эпизоды болей в животе различной локализации, ощущение слабости в конечностях. Первоначальный диагноз был установлен в клинике Варшавы в 2022 году, где проводилось последующее специфическое лечение в течение 3 месяцев. Тогда у пациентки развилась сгибательная контрактура пальцев рук, которая сохраняется по сей день. С 2023 года проживала в Республике Беларусь. В этом же году пациентка отмечала обострение заболевания: общую слабость, сгибательную контрактуру пальцев рук, абдоминальные боли. Проходила лечение в ГУ «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны», в результате – состояние пациентки улучшилось.

26.02.2024 состояние ухудшилось, появились боли в животе. В течение 3 дней самостоятельно принимала обезболивающие препараты, за помощью не обращалась. Стоит отметить, что прием медикаментозных препаратов мог способствовать дальнейшему ухудшению общего состояния пациентки, так как анальгетики при перемежающейся порфирии противопоказаны.

28.02.2024 боли в животе усилились, появилась многократная рвота, общая слабость, вялый дистальный тетрапарез, сгибательная контрактура пальцев рук.

29.02.2024 в 10:00 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с жалобами на боли в животе, рвоту, общую слабость, слабость в ногах, головокружение при передвижении, шаткую походку. В 10:50 транспортирована на коляске в неврологическое отделение. При первичном осмотре: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Состояние психики, настроение: спокойное. В окружающей обстановке ориентирована. Печень не увеличена, не пальпируется, безболезненна. Частота дыхательных движений в минуту. АД 145/90 мм рт.ст. Пульс 92 уд/мин. Неврологический статус: в сознании ориентирована, периферический тетрапарез, сгибательная контрактура пальцев рук. ЧН: глазные щели D=S, зрачки OD=OS, РЗС – сохранена, движение глазных яблок в полном объеме, Ng и дрq нет. Лицо симметрично, язык по средней линии. Глотание не нарушено. Объем активных движений – в полном объеме. Легкий дистальный тетрапарез. Глубокие рефлексы с рук и ног S=D снижены. Менингеальных знаков нет. Симптом Бабинского «-» с двух сторон. ПНП, ПКП выполняет удовлетворительно. Сто-

ять не может из-за слабости. Моча оранжевого цвета. На основании неврологических нарушений: общая слабость, вялый дистальный тетрапарез, сгибательная контрактура рук, головокружение при передвижении, шаткая походка, а также выделения оранжевой мочи, был выставлен диагноз: перемежающаяся порфирия, обострение; порфирийная полинейропатия. Назначен план обследования: клиничко-лабораторный мониторинг, контроль электролитов, консультация гематолога. План лечения: глюкоза 20% до 1,5 литра в сутки под контролем углеводного обмена, витамины группы В.

01.03.2024 пациентка была переведена в реанимацию для контроля уровня электролитов в крови. В неврологическом статусе пациентки отмечается периферический тетрапарез, сгибательная контрактура общая слабость, головокружение. Появление боли в абдоминальной области, усиление болей при пальпации. Частота дыхания – 15 дыхательных движений в минуту. Артериальное давление – 145/90 мм рт. ст. Пульс – 92 уд/мин. Живот при пальпации мягкий болезненный. Цвет мочи оранжевый. В биохимическом анализе крови незначительное повышение мочевины до 9,6 ммоль/л, креатинина до 84 мкмоль/л, а также печеночных ферментов АЛАТ 39 ед/л, АсАТ 47 ед/л. Уровень электролитов в биохимическом анализе соответствует норме (калий – 4,0 ммоль/л; натрий – 134 ммоль/л; хлориды – 97 ммоль/л; калий – 3,9 ммоль/л; магний – 0,77 ммоль/л). Проводилось медикаментозное лечение: глюкоза – 200 мг/мл – 250 мл до 1,5 л/сут. внутривенно капельно в течение суток (под контролем углеводного обмена), натрия хлорид, магния сульфат, эмоксифарм, папаверин, фенибут.

04.03.2024 состояние пациентки улучшилось: боли в животе беспокоить перестали. Слабость уменьшилась. Легкий парез в кистях, стопах, легкая сгибательная контрактура. Моча соломенно-желтого цвета. Частота дыхания – 16. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 75 уд/мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Проведенные лабораторные анализы мочи показали положительную реакцию на сахар, наличие 3–5 эритроцитов и 6–8 лейкоцитов в поле зрения микроскопа, что является незначительным превышением нормы. Положительную реакцию на сахар в моче можно объяснить проведением медикаментозного лечения препаратами глюкозы. Показатели печеночных ферментов биохимическом анализе крови пришли в норму. Уровень электролитов в биохимическом анализе также соответствует норме (калий – 4,7 ммоль/л; натрий – 137 ммоль/л; хлориды – 99 ммоль/л). Рекомендовано продолжать лечение: глюкоза – 200 мг/мл – 250 мл до 1,5 л/сут. внутривенно капельно в течение суток (под контролем углеводного обмена), натрия хлорид, магния сульфат, эмоксифарм, папаверин, фенибут. Пациентка переведена в неврологическое отделение.

07.03.2024 была выписана из стационара. В результате лечения состояние пациентки значительно улучшилось. Исчезли неврологические проявления: вялый дистальный тетрапарез, уменьшилась степень выраженности сгибательной контрактуры рук. Отсутствуют боли в животе различной локализации, общая слабость, моча приобрела соломенно-желтый цвет.

### **Выводы**

Таким образом, у пациентки К. отмечались характерные признаки острой перемежающейся порфирии, а именно: боли в животе различной локализации, вялый тетрапарез, сгибательная контрактура рук, оранжевый цвет мочи. Стоит отметить, что обострение заболевания мог спровоцировать прием анальгетиков. Своевременное адекватное лечение (глюкоза 200 мг/мл – 250 мл до 1,5 л/сут. внутривенно капельно в течение суток (под контролем углеводного обмена), натрий хлорид, магний сульфат, эмоксифарм, папаверин, фенибут) способствовало практически полному восстановлению нарушенных функций и исчезновению неврологической симптоматики: периферический тетрапарез, сгибатель-

ная контрактура. Поскольку перемежающаяся порфирия является редко встречающейся патологией и при появлении первых симптомов пациенты, как правило, обращаются к врачам общей практики и неврологам, важно освещать клинику, основные проявления и методы лечения данного заболевания, а также своевременно направлять пациента на консультацию к гематологу для дальнейшего обследования и лечения.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболевания периферической нервной системы: учебно-методическое пособие / А. С. Федулов [и др.]. – Минск: БГМУ, 2020. – 40 с.
2. Лабораторная диагностика острой перемежающейся порфирии / И. В. Карпова [и др.] // Пробл. Гематол. – 1998. – № 1. – С. 43–48.
3. Пивник, А. В. Острая перемежающаяся порфирия: клиника, диагностика, лечение / А. В. Пивник, М. М. Подберезин, С. Пустовойт // Проблемы гематологии. – 1998. – Т. 1. – С. 36–42.

**УДК 616.832-004.2:159.952.4**

**Д. В. Довгялло, В. С. Смирнов, М. М. Медведская**

*Научный руководитель: старший преподаватель В. С. Смирнов*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ТЕСТ НА СОПОСТАВЛЕНИЕ СИМВОЛОВ И ЦИФР У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

#### ***Введение***

Рассеянный склероз (РС) – медленно прогрессирующее аутоиммунное заболевание ЦНС, характеризующееся волнообразным течением и проявляющееся многообразной неврологической симптоматикой [1]. В клинической картине немаловажным является нарушение когнитивной функции.

Одним из возможных вариантов диагностики нейрокогнитивного статуса у пациентов с неврологической патологией является тест символично-цифровых модальностей (SDMT) [2].

Данный тест является инструментом скрининга, который используется в клинических и исследовательских учреждениях для оценки неврологической дисфункции. Эффективность SDMT зависит от внимания, скорости восприятия и двигательной активности. Хотя данный тест не способен дифференцировать конкретные расстройства, он чувствителен к различным неврологическим состояниям и поэтому может применяться в различных клинических группах [2].

SDMT восприимчив к изменениям нейрокогнитивного статуса, что делает его полезным для оценки прогрессирования заболевания с течением времени. В дополнение к своей клинической полезности применяется как показатель скорости обработки восприятия. Более того, тест может быть использован без знаний иностранного языка любой возрастной группой [2].

#### ***Цель***

Оценить данные SDMT теста у пациентов с диагностированным рассеянным склерозом в сравнение со здоровыми людьми.

#### ***Материал и методы исследования***

Тест направлен на изучение зрительно-пространственного восприятия, скорости мыслительных процессов и концентрации внимания у пациентов и активно применяется в нейропсихологической практике.