

соответственно. По результатам Монреальского теста выявлено, что у мужчин показатель составил $Me=25$ (от 24 до 26), что на 10% выше, чем у женщин $Me=22,5$ (от 19,5 до 26), ($p=0,03$). Наиболее часто встречаемыми жалобами пациентов были: головная боль (80%), тошнота (40%) и шум в ушах (32,5%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баев, В. М. Когнитивные функции и экстракраниальный кровоток у больных с гипертоническим кризом / В. М. Баев, Д. Б. Козлов, М. Ю. Березан // Клиническая медицина. – 2013. – №1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-funktsii-i-ekstrakranialnyu-krovotok-u-bolnyh-s-gipertonicheskim-krizom> (дата обращения: 13.03.2024).
2. Клементьева, А. И. Особенности изменения когнитивных функций пациентов старшего возраста при гипертонической болезни / А. И. Клементьева, Д. М. Гойтмирова // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 4–10. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=17759> (дата обращения: 13.03.2024).
3. Решетникова, А. С. Гипертонический криз: определение и классификация, клинические проявления и диагностика, неотложная помощь / А. С. Решетникова, М. В. Симонова // Международный студенческий научный вестник. – 2022. – № 5. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=20998> (дата обращения: 13.03.2024).

УДК 616.832-005.8-036.11-08

Н. В. Глушаков, Г. А. Ковзик

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА СПИННОГО МОЗГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

Спинальный инсульт – заболевание, возникающее в результате окклюзии сосудов спинного мозга. В результате развивается острая ишемия определенного участка спинного мозга с дальнейшей гибелью нервных клеток. Основными этиологическими факторами являются: атеросклеротическое поражение, закупорка просвета сосуда тромбом, сдавливание спинного мозга патологически измененными межпозвонковыми дисками или опухолью. Является довольно редкой формой инсульта (1–2% от числа всех инсультов), развивается внезапно и имеет неблагоприятный прогноз.

Патофизиология инсульта спинного мозга заключается в уменьшении кровотока, и, как следствие, уменьшении выработки АТФ и дисфункции кальциевого насоса. Эти процессы активируют выработку ферментов: фосфолипаза А₂, ЦОГ-2, кальциневрин и синтазу оксида азота. Данные ферменты непосредственно влияют на выработку провоспалительных и проапоптотических веществ. Стоит отметить, что глутамат, связывающийся с AMPA-рецепторами, способствует выработке активных форм кислорода и оказывает большое влияние в развитии эффекта эксайтотоксичности [2].

Клинические проявления спинального инсульта зависят от участка повреждения спинного мозга. При данном состоянии выделяют следующие синдромы:

1. Синдром переднего отдела спинного мозга, признаками которого являются: потеря двигательных функций, ноцицепции и термоощущения в результате прерывания спинального тракта.
2. Синдром заднего отдела спинного мозга, который проявляется нарушениями осязания и проприоцептивной чувствительности.
3. Синдром центрального отдела спинного мозга, проявляющийся нарушением двигательной функции верхней части тела, дисфункцией мочевого пузыря и потерей чувствительности.

4. Синдром Брауна – Секара, особенностями которого являются: двигательный паралич на стороне повреждения и отсутствие термоощущения и болеощущения на стороне противоположной участку повреждения.

Диагностика заболевания представлена современными инструментальными методами, такими как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгенография позвоночника, доплеровское УЗИ. Наиболее же достоверным и информативным методом в диагностике данного заболевания считается магнитно-резонансная томография (МРТ) [3].

Цель

Описать клинический случай и данные клинических обследований пациента в острой стадии инфаркта спинного мозга.

Материал и методы исследования

Для анализа клинического случая пациента с инфарктом спинного мозга использовался архивный материал, полученный в УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ». Использовалась история болезни пациента и данные инструментальных методов исследования. Обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Word 2023.

Результаты исследования и их обсуждение

Представлен клинический случай острого инфаркта спинного мозга.

Пациентка Д., 53 года 29.01.2024 поступила в неврологическое отделение УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» с жалобами на острую, внезапно возникшую боль в ягодиче и онемение правой ноги. С 29.01.24 по 09.02.24 находилась на стационарном лечении в другой клинике с диагнозом дискогенная радикулопатия L5-S1 справа, умеренный болевой и рефлекторно-тонический синдром, обострение. Затем была переведена в неврологическое отделение в УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» для уточнения диагноза.

Сопутствующие заболевания пациентки: экзема, хронический гастрит, миома матки.

Неврологический статус: от 16.02.24: в ясном сознании. Когнитивные функции без патологии. Речевых нарушений нет. Рефлексы орального автоматизма отрицательные с двух сторон. Зрачки D=S, 3 мм. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Чувствительных расстройств на лице не выявлено, точки выхода тройничного нерва безболезненны. Лицо симметрично. Слух и вестибулярная функция не изменены. Мягкое небо подвижно, симметрично фонировать. Глотание твердой и жидкой пищи свободное. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы с рук и ног повышены справа. Легких парез правой ноги. Элементы сенситивной атаксии справа. При ходьбе пользуется тростью. Мышечный тонус D=S, не изменен. Патологических пирамидных рефлексов нет. Поверхностная и глубокая чувствительность не изменены. Координаторных нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчива. Патологической мышечной утомляемости и миотонической задержки нет. Тремора и других экстрапирамидных нарушений не выявлено. Нарушение функции тазовых органов отрицает. Менингеальных знаков нет.

Для уточнения диагноза были проведены следующие обследования:

МРТ поясничного отдела позвоночника от 13.02.24: умеренные дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника.

МРТ шейного отдела позвоночника от 16.02.24: МР-картина дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника, осложненных пролабированием дисков указанных локализаций, дегенеративным стенозом позвоночного канала на уровне C4-C5, C5-C6. МР-картина С-образной извитости C1 сегмента левой ВСА; извитости V2 сегмента правой позвоночной артерии.

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-