

ремии уменьшались либо полностью отсутствовали, кожа приобретала нормальный, здоровый оттенок (рисунок 1, д). К 28-м суткам наблюдалось полное восстановление кровообращения в области голеностопного сустава (рисунок 1, е).

### **Выводы**

Проведены исследования микроциркуляции в поверхностных сосудах кожи в области правой задней конечности лабораторных крыс до и после моделирования артрита на основе метода лазерной спекл-визуализации. Исследования выполнены с использованием разработанного авторами аппаратного и программного обеспечения динамического измерения биоспеклов. Установлено, что данный метод позволяет выявить первичные изменения в микроциркуляции, происходящие на начальной стадии развития артрита, а также отслеживать дальнейшие изменения, происходящие в процессе развития заболевания. Результаты анализа спекл-изображений согласуются с общей клинической картиной течения заболевания. Полученные результаты подтверждают целесообразность и эффективность использования метода спекл-визуализации для оценки состояния микроциркуляции в биологических тканях на разных стадиях развития артрита, а также представляют интерес для инженеров и врачей, специализирующихся в области разработки систем диагностики и лечения различных видов артрита. Перспективным направлением развития исследований является выявление диагностически значимых количественных показателей биоспеклов кожи в норме и на разных стадиях патологии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 288 с.
2. Эрдес, Ш. Проблема ревматических заболеваний в России / Ш. Эрдес, О. М. Фоломеева // Русский медицинский журнал. — 2004. — Vol. 12(20). — P. 1121–1122.
3. Цифровая обработка спекл-изображений в лазерной диагностике биологических тканей / С. К. Дик [и др.] // BIG DATA and Advanced Analytics BIG DATA и анализ высокого уровня: сб. матер. Второй Междунар. науч.-практ. конф., 15–17 июня 2016 г. — Минск, 2016. — С. 282–289.

**УДК 616.8-091.81**

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ДВИГАТЕЛЬНОГО МОТОНЕЙРОНА ПОД МАСКОЙ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Гордиевич Д. С., Молодой Е. Г., Романюк А. А.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Болезнь Шарко — Кожевникова, или боковой (латеральный) амиотрофический склероз (БАС), также известен под названием болезнь моторных нейронов, а в англоязычных странах — болезнь Лу Герига, тяжелое прогрессирующее неизлечимое дегенеративное заболевание центральной нервной системы.

БАС характеризуется прогрессирующим поражением и гибелью мотонейронов спинного мозга, коры больших полушарий и сопровождается спастическими и вялыми параличами (парезами) конечностей и атрофией различных групп мышц, включая бульбарную, дыхательную и мимическую мускулатуру с вовлечением мышц туловища и конечностей [1].

Несмотря на многолетнее изучение данного заболевания вопросы этиологии, патогенеза и особенно лечения остаются нерешенными. Патология распространена повсеместно, проявляется чаще в возрасте 40–60 лет, несколько чаще встречается у мужчин, в диапазоне от 0,86 до 2,5 на 100 тыс. человек в год [2].

В 2015 г. в Республике Беларусь на учете в учреждениях здравоохранения по месту жительства находились более 200 пациентов с БАС, из них мужчины составили 124 (57,9 %) че-

ловека, женщины — 90 (42 %). Средний возраст заболевших составил 59 лет (мужчины — 51, женщины — 66), большинство пациентов с БАС имеют трудоспособный возраст [3].

Боковой амиотрофический склероз следует отличать от синдрома бокового амиотрофического склероза, который может сопровождать такие заболевания, как клещевой энцефалит, некоторые протеинемии, цервикальную миелопатию и другие заболевания головного и спинного мозга.

### **Цель**

Анализ клинического случая БАС.

### **Материал и методы исследования**

В качестве материалов для исследования послужили выписки из истории болезни, результаты лабораторных исследований, нейровизуализации, консультаций смежных специалистов.

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

Пациентка Г., 65 лет, была переведена 08.02.2017 г. в неврологическое отделение № 2 УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» из УЗ «Гомельской городской клиническая больница № 4», где находилась на стационарном лечении с 03.02.2017 по 08.02.2017 гг. с диагнозом «Болезнь двигательного мотонейрона с бульбарным синдромом. Легкий парез левой руки. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертензия I степени, риск 4, Н1. Сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации».

Из анамнеза: болеет около 1,5 лет, когда впервые появились жалобы на парестезии туловища и фасцикулярные сокращения конечностей. В марте 2016 г. с указанными жалобами была госпитализирована в инсультное отделение, где проходила курс лечения по поводу инфаркта головного мозга в вертебро-базиллярном бассейне с явлениями легкой дизартрии. В декабре 2016 г. обратилась за медицинской помощью повторно, был заподозрен диагноз «Болезнь двигательного нейрона?». Также из анамнеза известно, что пациентка перенесла опоясывающий лишай.

В феврале 2017 г. состояние пациентки ухудшилось за счет прогрессирования бульбарных расстройств (дизартрия, дисфагия), гиперсаливации, выраженной атрофии языка, появления атрофии мышц конечностей и туловища. Отмечается умеренное затруднение дыхания в положении лежа на спине. Проводимое лечение без значимого клинического эффекта.

На момент поступления общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. В соматическом статусе без патологии. Наследственный анамнез по материнской и отцовской линии не отягощен.

Неврологический статус: Сознание ясное, настроение тревожное. Выполняет простые инструкции. Речь нарушена. Глазные щели, зрачки D = S, реакция зрачков на свет живая, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Отмечается атрофия, фибриллярные и фасцикулярные подергивания языка, нарушение глотания. Снижение мышечной силы в верхних конечностях до 4 баллов. Глубокие и поверхностные рефлексы сохранены, оживлены. Наблюдается патологический стопный рефлекс Бабинского с двух сторон. В позе Ромберга не устойчива, пошатывается.

В общем анализе мочи отмечаются высокая протеинурия, глюкозурия. В сыворотке крови наблюдается увеличение АлАТ в 2,5 раза, ЛДГ — в 1,5 раза, также наблюдается гиперхолестеринемия, дислипидемия, гипергликемия. С целью исключения миастении проведена прозергиновая проба 03.02.2017 г. — результат отрицательный. Антитела к боррелии (Anti-Borrelia IgM, IgG) в серологических реакциях не обнаружены. Консультирована офтальмологом 14.01.2017 г. Заключение: фоновая ангиопатия сетчатки.

Магнитно-резонансная томография от 05.01.2017 г. Заключение: субатрофические изменения вещества головного мозга.

Игольчатая электронейромиография от 28.02.2017 г. Заключение: ЭНМГ-картина соответствует мышечному страданию и расценивается как переходная стадия в состояние прогрессирования бокового амиотрофического склероза.

На основании жалоб пациентки, анамнеза заболевания, клинической картины, а также результатов лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен ди-

агноз: Болезнь двигательного нейрона, бульбарная форма, выраженный бульбарный синдром, легкий смешанный тетрапарез.

Проведено лечение: в УЗ «ГГКБ № 4»: дексаметазон, фуросемид, эмоксипин, церебролизат, нейромидин, каптоприл, амиодарон, в УЗ «ГОКГИОВ»: парацетам, эмоксипин, витамин В<sub>12</sub>, глицин, ипигрикс. На фоне лечения состояние не улучшилось.

### **Выводы**

Необходимо отметить, что данное заболевание протекало по классическому типу в бульбарной форме с медленным нарастанием неврологической симптоматики. Однако неверно установленный диагноз инфаркта головного мозга в вертебро-базиллярном бассейне дает основание более внимательно подходить к вопросам дифференциальной диагностики, когда симптоматика бокового амиотрофического склероза в начальной стадии заболевания может напоминать клинические проявления инсульта. Также можно предположить, что перенесенная вирусная инфекция (вирус Эпштейна-Барр) могли послужить провоцирующими факторами, вызвав триггерный механизм развития данного заболевания [4].

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Санадзе, А. Г. Два случая трансформации миастении в боковой амиотрофический склероз / А. Г. Санадзе, Л. Ф. Касаткина // Нервно-мышечные болезни. — 2012. — № 4. — С. 53.
2. Протас, Р. Н. Клиника и дифференциальная диагностика бокового амиотрофического склероза / Р. Н. Протас // Медицинские новости. — 2004. — № 1. — С. 49–51.
3. Рушкевич, Ю. Н. Боковой амиотрофический склероз: клиника, диагностика, лечение. / Ю. Н. Рушкевич // Медицинский вестник. — 2013. — № 1. — С. 39–41.
4. Лебедев, А. В. Роль некоторых факторов риска в развитии и течении бокового амиотрофического склероза / А. В. Лебедев // Бюллетень сибирской медицины. — 2009. — № 1 (2). — С. 24–28.

**УДК 615.825.7:[616.2+616.12]-057.875**

## **ВЛИЯНИЕ ТЕРРЕНКУРА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ СТУДЕНТОВ**

*Грабовец В. П., Игнатушкин Р. Г.*

**Научный руководитель: З. Г. Минковская**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Терренкур (лечебная ходьба) — одна из форм ЛФК, которая осуществляется путем естественного физического упражнения (ходьбы по определенному маршруту). Проводится терренкур в естественных природных условиях, на свежем воздухе, что способствует закаливанию, повышению физической выносливости, нормализации психоэмоциональной деятельности. При назначении терренкура предусмотрено дозирование физической нагрузки с учетом протяженности маршрута (дистанции пути, количества станций), угла подъема, темпа ходьбы (скорости движения больных), количества и продолжительности остановок для отдыха, использования дыхательных упражнений во время ходьбы и отдыха [1].

Признаком хорошей переносимости прогулок являются ровное свободное дыхание, чувство удовлетворенности, легкая приятная физическая усталость. Выраженное утомление, одышка, усиленное сердцебиение, боли в области сердца, тяжесть в голове — признаки неправильного применения ходьбы [2].

Терренкур сочетает в себе несколько эффективных методов восстановительной медицины: кинезиотерапию с мультисуставными движениями и соответствующими им сенсорными притоками, доминирование аэробной и компоненты анаэробной нагрузки; климатотерапию, которые оказывают закаливающий и другие оздоровительные эффекты [3].

### **Цель**

Определить влияние терренкура на работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем студентов основного и специального медицинского отделений ГомГМУ.