

щие в это время. Для здоровых лиц спад в душевном состоянии, объективизированный более низкими в сравнении с пациентами в РВК, оценками показателя качества жизни, проявляющегося в форме скуки, субклинически сниженного настроения, апатии и т. д., был временным и допустимым явлением, быстро проходившим при их мобилизации реальными жизненными событиями и не приводившим к каким-либо клиническим и социально-психологическим последствиям. У пациентов с АЗ такое угнетенное, даже очень кратковременное, душевное состояние было недопустимо, ибо легко могло привести к ухудшению качества ремиссии, срыву и рецидиву АЗ, из-за чего исследователи и отмечают низкую эффективность лечения данного заболевания.

### **Заключение**

Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью требуются не только специфические клинико-психологические изменения с высоким уровнем осознания болезни, внутренними терапевтическими установками на лечение, трезвость и социально значимые цели, но также высокий и стабильный по длительности, как минимум до формирования полной ремиссии, показатель качества жизни, состояние душевного подъема с высоким уровнем активации неспецифической адаптационной реакции организма для энергетического обеспечения, поддержание ведения нового, здорового образа жизни и противодействия социально-психологическим рецидивоопасным факторам.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Клименко, Т. В. Эффективность, результативность, качество и безопасность наркологической помощи в субъектах Российской Федерации (по результатам выездных мероприятий в субъекты Российской Федерации в 2021 г.) / Т. В. Клименко, А. А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2022. – № 2–3(209). – С. 5–24.
2. Никифоров, И. И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.
3. Сквиря, И. М. Ремиссии и рецидивы алкогольной зависимости (биопсихосоциальные аспекты) : монография / И. М. Сквиря. – Минск : Колорград, 2024. – 447 с.
4. Шараневич, И. О. Динамика качества жизни у лиц с алкогольной зависимостью как оценка эффективности лечения / И. О. Шараневич // Довженковские чтения: проблема рецидива в современной наркологии. – Харьков, 2009. – С. 200–203.
5. Validization an efficient quality life index / J. E. Mezzich [et al.] // Abstracts of 11 World Congress psychiatry “Psychiatry on new Thresholds”. – Hamburg, 1999. – P. 427–428.

УДК 616.832-005.8-036.11-08

*Н. Н. Усова<sup>1</sup>, В. В. Данильченко<sup>2</sup>, С. И. Юркова<sup>2</sup>, А. А. Скоромная<sup>2</sup>, А. Г. Алексеев<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника –

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ СПИНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ – СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

#### **Введение**

Острое нарушение спинального кровообращения (ОНСК) – заболевание, возникающее в результате закупорки сосудов спинного мозга. Среди всех форм нарушений кровообращения в центральной нервной системе ОНМК является довольно редкой

формой инсульта (1–2%), развивается внезапно, достаточно сложно диагностируется и имеет неблагоприятный прогноз [1]. При этом в настоящее время не разработаны четкие клинические рекомендации по диагностике и лечению данного заболевания.

Основными этиологическими факторами ОНСК являются атеросклеротическое поражение спинальных артерий, закупорка просвета сосуда эмболом, развитие распадающейся аневризмы аорты с диссекцией места ответвления радикуломедуллярных артерий, сдавление спинальных артерий дегенеративно-измененными межпозвоночными дисками или опухолью.

В основе патогенеза ОНСК лежит снижение или прекращение кровотока в сосудах спинного мозга с последующим развитием некроза нервной ткани. При этом страдает и белое и серое вещество спинного мозга, вызывая развитие очаговых неврологических симптомов в зависимости от места инсульта.

Выделяют следующие синдромы ишемического повреждения спинного мозга по поперечнику:

1. Тотальное поперечное ишемическое поражение спинного мозга.
2. Инфаркт в бассейне передней спинальной артерии (синдром Преображенского).
3. Инфаркт в бассейне бороздчатой артерии (синдром Броун – Секара ишемического генеза).
4. Синдром полиомиелопатии.
5. Синдром центрамедуллярного инфаркта.
6. Инфаркт в бассейне задних спинальных артерий (синдром Уильямсона).
7. Поражение нижней дополнительной радикуломедуллярной артерии Депрож – Готтерона.

Диагностика заболевания требует современных инструментальных методов, таких как магнитно-резонансная томография (МРТ) с внутривенным контрастированием, селективная ангиография сосудов спинного мозга. При этом часто постановка клинического диагноза затрудняется по объективным причинам, например полиморфной клинической картиной, редкостью данной патологии и отсутствием настороженности у врачей на предмет выявления ОНСК [1].

### ***Цель***

Описать и обсудить сложный в дифференциальном плане клинический случай ОНСК в бассейне задней циркуляции.

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

Для анализа клинического случая инфаркта спинного мозга использовался архивный материал (карта стационарного пациента) неврологического отделения УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ», а также результаты инструментальных методов лечения.

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

Представлен клинический случай острого инфаркта спинного мозга.

Пациентка Д., 29 января 2024 года была госпитализирована в неврологическое отделение городского стационара г. Гомеля с жалобами на острую, внезапно возникшую боль в ягодице и онемение правой ноги. В данном стационаре был выставлен диагноз дискогенная радикулопатия L5-S1 справа, умеренный болевой и рефлекторно-тонический синдром, обострение. После прохождения курса лечения болевой синдром уменьшился, однако сохранялись выраженное онемение правой ноги и нарушение ходьбы в виде прихрамывания на указанную конечность. В связи с чем в феврале 2024 пациентка поступает в неврологическое отделение УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» для уточнения диагноза и лечения.

В анамнезе: 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 фонировано. 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.

Заподозрен центральный генез указанных жалоб и нарушения в связи с чем проведено следующее дообследование.

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

МРТ шейного отдела позвоночника (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 (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.

При прицельном пересмотре МРТ грудного отдела позвоночника возникло подозрение на наличие патологических изменений в Th8-Th11 сегментах спинного мозга, в связи с чем назначено выполнение повторного МРТ указанного отдела позвоночника с внутривенным контрастированием. При проведении повторного исследования выявлено нарушение 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.

В связи с тем, что после эпизода ишемии прошел 1 месяц интервенционные методики лечения не использовались. Пациентка переведена в отделение ранней медицинской реабилитации острых нарушений мозгового кровообращения УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» для проведения курса медицинской реабилитации.

### **Выводы**

В исследовании был описан случай острого инфаркта спинного мозга. 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, лечения и проведение медицинской реабилитации на сегодняшний день остается обсуждаемым в мировом научном сообществе.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Острые ишемические нарушения спинального кровообращения / Ф.А. Хабиров [и др.] // Практическая медицина. – 2013. – № 1 (66). – С. 20–26.

УДК 617.7-007-008

*Т. Н. Чернуха<sup>1</sup>, А. Н. Жучок<sup>1</sup>, Е. В. Казакова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»,  
<sup>2</sup>Медицинский центр «Аksamит»  
г. Минск, Республика Беларусь

## СИНДРОМ МЕБИУСА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

### *Введение*

Синдром Мебиуса (СМ), или врожденный окулофасциальный паралич, – врожденное редкое непрогрессирующее заболевание, характеризующееся односторонним, двусторонним симметричным или асимметричным параличом лицевого и отводящего нервов [1]. Впервые описан немецким неврологом П. Мебиусом в 1888 г. Этиология и патогенез СМ остаются неясными, предполагается токсическое воздействие на плод, генетически обусловленные сосудистые ромбоэнцефальные нарушения в развитии или приобретенное ишемическое событие, происходящее после пятой недели беременности [2].

Распространенность СМ оценивается в 1/250 000 с одинаковой частотой у обоих полов. Большинство случаев являются спорадическими, но были зарегистрированы семейные случаи, составляющие около 2% всех пораженных лиц. Роль генетики в развитии синдрома изучается, были описаны мутации *de novo* PLXND1 и REV3L, однако их связь с возникновением СМ не доказана. В настоящее время диагноз СМ основывается исключительно на клинических критериях [3].

### *Цель*

Описание редкого клинического случая синдром Мебиуса с успешной коррекцией асимметрии лица инъекциями ботулотоксина типа А (БТА).

### *Материал и методы исследования*

Использованы сведения из научной литературы, данные клинической картины заболевания, вспомогательных методов исследования.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

Пациентка А., 1990 года рождения. Жалобы на момент осмотра на асимметрию нижней половины лица, слабость лицевой мускулатуры, невозможность улыбнуться. Из анамнеза: ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 3-м триместре. Вес при рождении 3100 г. Рост 51 см. При рождении наблюдалось отсутствие мимики во время плача ребенка, слабость при сосательном движении за счет врожденного пареза мимической мускулатуры. Состоит на диспансерном учете у невролога с диагнозом: «синдром Мебиуса. Наследственность не отягощена. Брак не родственник».

Неврологический статус. ВНД: астенизирована. Интеллект соответствует возрасту и образованию. ЧН: зрачки D=S, фотореакция живая, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Эпикантус, глазные щели симметричны, уз-