

Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»

Основными направлениями в лечении лучевой невропатии являются: устранение этиопатогенетических факторов развития патологии, поддерживающая метаболическая и сосудистая терапия нерва, восстановление функции и силы пострадавших мышц.

В восстановительный период важно, чтобы пациент соблюдал все рекомендации врача, занимался лечебной физкультурой и проходил необходимые процедуры для ускорения выздоровления. В целом, данный диагноз указывает на необходимость продолжения лечения и реабилитации для восстановления функции кисти и устранения вегетативных нарушений.

Крайне важны методы реабилитации, такие как: лечебная гимнастика и физиотерапевтические процедуры, которые предупреждают развитие осложнений.

Невропатия лучевого нерва требует комплексного подхода в лечении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заневский, В. П. Основы акупунктуры / В. П. Заневский, А. Я. Жизневский, С. М. Манкевич, Л. В. Подсадчик. – Минск : БелМАПО, 2002. – 126 с.

УДК 616.832-004.2-073.758.8(476.2)

А. Н. Михуто¹, В. С. Смирнов¹, Е. И. Юрашкевич²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

РЕЦИДИВИРУЮЩЕ-РЕМИТТИРУЮЩИЙ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ. ЛОКАЛИЗАЦИЯ МРТ-ОЧАГОВ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРАЦИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое характеризуется воспалительной демиелинизацией и прогрессирующей нейродегенерацией[1].

Сложность диагностики демиелинизирующих заболеваний ЦНС обусловлена их полиморфизмом и низкой специфичностью симптоматики. Для правильной диагностики, кроме наличия типичных симптомов, существенное значение имеет отсутствие нетипичных признаков [2]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является одним из способов подтверждения диагноза, кроме того, она позволяет проводить дифференциальную диагностику с другими демиелинизирующими заболеваниями и исключать патологии, имитирующие РС. По данным литературных источников чувствительность метода составляет 89 %. При выполнении МРТ выявляются округлые очаги повышенной интенсивности сигнала в режимах T2-взвешенного изображения (T2-ВИ) и FLAIR (fluid-attenuated inversion recovery). В активных очагах может отмечаться накопление контрастного средства (КС) на T1-ВИ в течение первых 4–6 недель, что свидетельствует о периваскулярном воспалении и нарушении гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Примерно 80 % активных очагов имеют пониженную интенсивность сигнала на бесконтрастных T1-ВИ, а затем половина из них превращаются в «черные дыры», что отражает полную гибель аксонов. В процессе разрешения воспаления очаги становятся меньше на T2-ВИ, но по мере прогрессирования заболевания и появления новых очагов образуют диффузные зоны[3].

Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»

Касаемо патоморфологического исследования, очаги демиелинизации выявляются как в белом веществе, так и в сером, включая кору головного мозга, подкорковые структуры и спинной мозг, а также в зрительных путях (зрительных нервах, хиазме и трактах). Излюбленной локализацией в белом веществе являются перивентрикулярные отделы, юкстакортикальные, а также вдоль мелких вен. Могут обнаруживаться только при микроскопическом исследовании или сливаться между собой, формируя обширные зоны, измеряемые кубическими сантиметрами[3].

Цель

Оценить объем и локализацию очагов демиелинизации у пациентов с ремиттирующим рассеянным склерозом по данным регистра Гомельской области.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 143 пациента с ремиттирующим РС, средний возраст которых составил 41,8 лет. Исследование проведено на базе «Гомельская университетская клиника-областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны». Всеми пациентами было подписано информированное согласие. Диагноз РС верифицирован и установлен стационарно в неврологическом отделении. При обследовании учитывались следующие характеристики очагов: области локализации, объемы собственно очагов в периоды ремиссии и обострения.

Диагностическая часть исследования была выполнена с помощью магнитно-резонансных томографов «Signa Infinity» и «OPTIMA 450», производства «General Electric», США, напряженностью магнитного поля 1,5 Т.

Установочные режимы:

AX T2 Flair – аксиальный T2-режим с подавлением свободной жидкости;

T1(AX FSPGR 3D) – аксиальный 3D T1-режим;

AX T2 Propeller – аксиальный T2-режим с подавлением движений пациентов во время проведения исследования;

AX SWAN – аксиальный режим градиентного эхо, используется для определения в веществе мозга метаболитов крови, солей кальция при дифференциальной диагностике с амилоидозом, кавернозными и венозными ангиомами;

AX DWI b1000 – диффузионно-взвешенный режим МРТ для определения цитотоксического отека головного мозга, например, при ишемии (гипоксии) головного мозга, при определенных опухолях, дифференциальной диагностике абсцессов от опухолей и др.;

AX 3D FIESTA – аксиальный 3D T2-режим высокого разрешения;

Sag CUBE Flair – сагиттальный T2-режим высокого разрешения с подавлением свободной жидкости;

3D TOF – времяпролетная бесконтрастная МР-ангиография;

T1 (AX FSPGR 3D)+C – аксиальный 3D T1-режим с контрастным усилением;

МР-спектроскопия производится для анализа количественной информации (графики) о характере региональных и очаговых метаболических процессов в головном мозге и опухоли. В комплексе дает возможность предположить гистологический тип и степень злокачественности новообразований;

AX DTI – аксиальный режим МР-трактографии;

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам с РРС, включенным в исследование, было выполнено МРТ головного мозга на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Контрастирование выполнялось при первичном обследовании и при появлении новых симптомов. Результаты обследования представлены в таблице 4.1.

Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»

Таблица 1 – Нейровизуализационная характеристика структурного поражения головного и спинного мозга у пациентов с РРС

Расположение очагов поражения у пациентов с РРС	Доля пациентов с РРС	
	ремиссия, n=101	обострение, n=41
перивентрикулярно	50.5%	46%
субкортикально:	5%	5%
теменная доля	21%	15%
лобная доля	18,8%	12%
височная доля	12%	2%
таламус	2%	-
гипоталамус	3%	4%
мозжечок	31%	29%
мост	9%	10%
продолговатый мозг	3%	5%
спинной мозг		
1-3 мм	14%	10%
4 мм	5%	7%
5-9 мм	17,3%	22%
10-15 мм	12%	15%
расширение периваскулярного пространства лобная доля	10%	5%
расширение периваскулярного пространства теменная доля	10%	5%
расширение периваскулярного пространства височная доля	1%	2%
расширение боковых желудочков	16%	20%

Морфологическая характеристика по данным МРТ у пациентов существенных различий в периоды обострения и ремиссии не имела.

Наиболее частая локализация очагов демиелинизации в ГМ у пациентов с РРС – перивентрикулярно, что было характерно чуть более чем для половины всех пациентов. Примерно у трети пациентов типичным местом локализации являлся мозжечок (31 %), что равнялось суммарной доле встречаемости очагов в лобной (18,8 %) и височной (12 %) долях. У ¼ всех пациентов очаги были локализованы в теменной доле, в два раза реже очаги встречались в области варолиева моста (9 %). Субкортикально очаги были выявлены в 5 %, реже всего определялись в гипоталамусе (4 %), продолговатом мозге (3 %) и таламусе (2 % в период ремиссии). Важно отметить, что очаги демиелинизации в таламусе в период обострения не встречались.

В ходе диагностики СМ были выявлены разновеликие очаги объемами от 1 до 15 мм. Размеры наиболее часто встречаемых очагов составили 5–9 мм, при этом чуть реже в равном процентном соотношении были обнаружены мелкие очаги размерами от 1 до 3 мм и довольно крупные очаги размерами от 10 до 15 мм. В единичных случаях встречались очаги размером 4 мм. Косвенными признаками атрофической нейродегенерации являлись расширения периваскулярных пространств лобной, теменной и височной долей, а также наиболее часто расширение боковых желудочков.

Выводы

РРС является наиболее распространенным типом течения среди рассеянного склероза. Методика МРТ является основным методом диагностики РРС. Из-за сложности дифференциальной диагностики по МРТ-картине ведущий интерес представляет локализация и объем очагов демиелинизации.

Нами было продемонстрировано, что для данного типа течения характерны: перивентрикулярная локализация очагов ГМ более чем у половины пациентов, для трети пациентов типичной локализацией очагов являлся мозжечок, для четверти пациентов – теменная доля ГМ; частота локализаций очагов демиелинизации в лобной и височной долях приближена к последнему значению; примерно в 1/10 случаев очаги локализовались в области варолиева моста; реже всего очаги выявлялись субкортикально, в гипоталамусе, таламусе и продолговатом мозге.

Градация размеров очагов СМ составила диапазон от 1 до 15 мм: наиболее распространенными среди них являлись размеры от 5 до 9 мм; крупные и мелкие очаги размерами 10–15 мм и 1–3 мм соответственно встречались реже, практически в равном соотношении. Основными признаками атрофического процесса служили: преимущественно расширение боковых желудочков, а также расширение перивентрикулярных пространств лобной, теменной и височной долей.

Значимых различий объемы и локализации очагов в периоды обострения и ремиссии не имели. Потенциальный интерес представляет уточнение объема очага демиелинизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Водянова, О. В. Стандарты протоколов МРТ в диагностике рассеянного склероза / О. В. Водянова., А. С. Александрович, И. А. Мазуро // Медицинские новости. – 2023. – № 4. – С. 21–27.
2. Макаров, Н. С. Дифференциальная диагностика рассеянного склероза и других воспалительных демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы / Н. С. Макаров // Неврологический журнал. – 2015. – № 6. – С. 4–9.
3. Магнитно-резонансная томография в дифференциальной диагностике рассеянного склероза и других демиелинизирующих заболеваний / И. А. Кротенкова, В. В. Брюхов, Р. Н. Коновалов [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2019. – № 4. – С. 229–236.

УДК 616.28-008.55-036.12-07

О. В. Нак, Н. В. Галиновская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХРОНИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СПОСОБ ЕГО ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ

Введение

Хроническое головокружение (ХГ) – это сложный и часто изнурительный симптом, который существенно снижает качество жизни пациентов [1, 4].

В настоящее время ХГ рассматривают, как персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ПППГ), которое на сегодняшний день признано одной из наиболее частых причин ХГ [1, 2, 4].

ПППГ – это хроническое функциональное расстройство нервной системы, характеризующееся не вращательным, а ложным чувством движения. Оно представляет собой комплекс симптомов, возникающих в результате нарушения интеграции сенсорной