

## **Выводы**

Отношение пациентов с алкогольной зависимостью к сфере социально-поддерживающих сетей (семье, друзьям, значимым другим) является статистически и клинически значимым индикатором внутреннего состояния самих пациентов в период ремиссии ( $p < 0,05$ ). Адекватное рецидивоопасным ситуациям реагирование свидетельствует о реализации целей терапевтических программ (преодоление анозогнозии, формирование внутренних терапевтических установок на лечение и трезвость) и готовности этих пациентов к абсолютно трезвому образу жизни, медицинской и социальной реабилитации. Парадоксальное реагирование (слабая реакция на значимые и сильная реакция на менее значимые рецидивоопасные ситуации) лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя является доказательством активности синдрома алкогольной зависимости на уровне личности (зависимое состояние личности).

Алкогольная зависимость является болезнью не только тела и души, но и болезнью личности, что подтверждает необходимость соблюдения традиционного принципа отечественной медицины — «лечить не болезнь, а больного человека», то есть, прежде всего, личность больного человека.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2016. — 856 с.
2. Клінічна наркологія: підручник безперервного професійного розвитку (за ред. проф. В. Г. Марченко, ХМАПО) / І. К. Сосін [та інш.]. — Харків: Колегіум, 2020. — 1080 с.
3. *Sussman, S.* Substance and behavioral addictions: concepts, causes, and cures / S. Sussman. — Cambridge: Cambridge University Press, 2017. — xiii, 404 p.
4. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с.
5. *Сквира, И. М.* Отношение к микросоциальным рецидивоопасным ситуациям как индикатор качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквира // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2014. — № 1 (25). — С. 20–25.

**УДК 616.832-004.2-036.4**

## **ДЕБЮТНАЯ СИМПТОМАТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Смирнов В. С., Галиновская Н. В., Гурченко Я. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Рассеянный склероз (РС) — медленно прогрессирующее хроническое заболевание центральной нервной системы, характеризующееся иммуноопосредованным диссеминированным очаговым воспалением и образованием фокусов демиелинизации с формированием диффузной вторичной дегенерации [1]. В большинстве случаев, затруднения установления диагноза РС возникает у врача при обращении пациента с впервые возникшей атакой РС. При этом отсутствует два основных критерия подтверждения РС, такие как: «диссеминация во времени», характеризующиеся наличием периодов обострения и ремиссии у пациентов с ремиттирующим течением и нарастающей симптоматикой при прогрессирующим течением. Вторым критерием является «диссеминация в месте», которая показывает многоочаговость повреждения головного и спинного мозга, и выявляется только в динамике [3].

Существуют диагностические особенности анамнеза и клинической картины РС, которые помогают заподозрить наличие данной патологии в дебюте заболевания. В основном это молодой возраст. Наличие преходящей неврологической симптоматики, особенно с поражением сразу нескольких неврологических

систем (поражение черепных нервов, пирамидной системы, чувствительных расстройств, мозжечковых нарушений, нарушений функций тазовых органов), которое может быть выявлено в анамнезе или при объективном осмотре. В дополнение к этому существуют относительно специфические проявления РС. Во-первых, это феномен Утхоффа, при котором наблюдается усугубление неврологической симптоматики при повышении температуры внешней или внутренней среды. Чаще всего данный феномен формируется при приеме горячей ванны или в жарких помещениях. Важным диагностическим феноменом РС является наличие синдрома «клинического расщепления», характеризующегося диссоциацией симптомов. Примером данной симптоматики может служить изменение мышечного тонуса в горизонтальном и вертикальном положении. Также у пациентов с РС присутствует синдром «непостоянства клинических признаков», проявляющийся изменением состояния в течение определенного времени [2].

### **Цель**

Выявление и систематизация данных о дебютных проявлениях РС.

### **Материал и методы исследования**

Исследовательская работа проходила на базе неврологического отделения № 2 учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны», в ходе которой был выполнен опрос 70 пациентов с установленным диагнозом РС. Сбор информации осуществлялся посредством уточнения подробного анамнеза, с подписанием информированного согласия утвержденного этическим комитетом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel» и программы «Statistica» 7.0.

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

По результатам исследования было установлено многообразие первых клинических симптомов у пациентов с РС. Более половины пациентов, а именно 37 (51,8 %), при прицельном расспросе указали на плохую переносимость высоких температур. У 30 (42 %) пациентов были выявлены симптомы поражения пирамидной системы, такие как: слабость в одной или нескольких конечностях, частая утомляемость и снижение работоспособности. При этом только умеренное нарушение функций вынуждало пациента обращаться к врачу, в то время как легкие парезы в большинстве случаев игнорировались. 11 (15,4 %) пациентов отметили нарушение в чувствительной сфере, такие как: чувство онемения в конечностях, ощущение стягивания и парестезии, уменьшение порога болевой чувствительности в виде наличия разнообразных болевых симптомов. 15 (21 %) пациентов отметили признаки, характерные для стволово-мозжечковых нарушений, которые были представлены головокружением, тошнотой, двоением изображения, затруднением при чтении (нечеткость изображения, потеря строки), шаткостью походки. Только у 5 (7 %) человек первым клиническим симптомом РС было нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи. Все опрошенные пациенты пренебрегали данным симптомом и списывали его на периодический воспалительный процесс мочеполовой системы.

Поражение зрительного нерва отметили 4 (5,6 %) пациента, в виде снижение остроты зрения на один глаз, «туман» или темное пятно перед глазом. Наиболее редкими дебютными симптомами, выявленными в данной группе стали: рецидивирующая боль в области второй ветви тройничного нерва 1 (1,4 %) человек, невралгия лицевого нерва 1 (1,4 %) человек, гемибаллизм (проявившийся произвольными движениями левых конечностей) 1 (1,4 %), человек острое психотическое состояние 1 (1,4 %) человек, вегетативное расстройство в виде нарушения потоотделения 1 (1,4 %) человек.

## **Выводы**

Исходя из полученной информации, наиболее часто симптоматика в дебюте РС представлена поражением пирамидной системы. Вторым и третьим по частоте симптомами стали стволово-мозжечковые и чувствительные нарушения. Наличие феномена Утхоффа выявлено у половины опрошенных пациентов. Наличие редких симптомов РС, таких как поражение лицевого и тройничного нервов, поражение вегетативной нервной системы, экстрапирамидной системы и психической сферы, не имело большой диагностической значимости. Однако стоит отметить, что они могут приводить к трудностям диагностики РС и удлинению сроков постановки верного диагноза. Учитывая эти особенности, для распознавания РС требуется более детальный сбор анамнеза с множеством уточняющих вопросов.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Смирнов, В. С. Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 2. — С. 52–60.
2. Vitamin D / M. Holick [et al.] // Deficiency and Possible Role in Multiple Sclerosis European Neurological Review. — 2015. — Vol. 10(2). — P. 131–138. — doi.org / 10.17925 / ENR. 2015. 10. 02. 131.
3. Завалишин, И. А. Рассеянный склероз: современная концепция патогенеза и патогенетического лечения / И. А. Завалишин, А. В. Переседова // Журн. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 32–46.

**УДК 616.89-02 [616.98:578.834.1]**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ**

**Толканец С. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Эпидемия новой коронавирусной инфекции в 2020 г. оказалась сопряжена с различными факторами, способствующими развитию панической тревоги, возникновению реактивных и (или) индуцированных психических расстройств и обострению уже имевшихся. Патогенное значение приобретает длительная социальная изоляция и постоянные объяснения ее необходимости, что могло вызывать длительную тревогу и истощение механизмов психологической защиты. Представляется целесообразным рассматривать эпидемию коронавирусной инфекции как медико-социальное явление, требующее комплексного психолого-психиатрического изучения [3]. Резко возросло число случаев гетерогенных психических расстройств (депрессивных, тревожных, посттравматических стрессовых расстройств и др.) почти у 1/3 населения и 2/5–1/2 медицинских работников в очагах заражения [2].

## **Цель**

Изучить характер нервно-психических расстройств у лиц с перенесенной коронаинфекцией либо и психически опосредование опасности заражения.

## **Материал и методы исследования**

Из массива консультативного осмотра отделения пограничных состояний ГОКПБ выбраны 10 пациентов. Метод — клинический, психопатологический. При анализе учитывались характер преморбида, учет соматической патологии, инициальных проявлений и развертывания клинической картины, ведущего синдрома, характера отдельных симптомов (астении, тревоги, аффекта, когний), идеаций связанных с перенесенным КОВИДом.