

5. Абдуллаев, Р.Б. Особенности течения язвенной болезни в южном Приаралье / Р.Б. Абдуллаев // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – С. 64–70.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

*Авдей Г.М.¹, Кулеш С.Д.¹, Лебецкая А.И.², Хованская Г.Н.²,
Хоперский П.Г.², Шабунько А.И.¹*

*"Гродненский государственный медицинский университет"¹,
Гродненская университетская клиника²*

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) является одним из частых неврологических заболеваний. В США и на Ближнем Востоке неверный диагноз ставился в 18–30% случаев, и 50% людей с ошибочным диагнозом жили с ним в течение как минимум 3 года [1]. РС чаще всего путали с мигренью (22%), с генетическими заболеваниями (18,8%), с аутоиммунными расстройствами, с опухолями и острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Цель. На клиническом случае показать ошибку в диагностике рассеянного склероза.

Методы исследования. Клинический случай

Результаты и их обсуждение. Пациент Р., 1972 года, поступила в неврологическое отделение УЗ «Гродненская университетская клиника» (УЗ «ГУК») 12.11.2024 года с жалобами на головокружение, слабость в ногах, чувство «мурашек» в левой кисти, шаткость походки, нарушение мочеиспускания. Болеет с 19.10.2024 года, когда появилась шаткость при ходьбе и слабость в левой ноге. За медицинской помощью обратилась через неделю, когда присоединилась слабость и в правой ноге. Госпитализирована в Новогрудскую ЦРБ, где находилась на лечении с 22.10 – 05.11.2024 г с диагнозом: повторный инфаркт головного мозга в правой теменной области (по данным КТ головного мозга от 22.10.2024 г). Из анамнеза известно, что пациент с 30.04. по 07.05.2024 года с диагнозом: инфаркт головного мозга в правом каротидном бассейне, атеротромботический тип, легкая дизартрия, умеренные координаторные нарушения и умеренный парез в левой ноге уже лечилась в неврологическом отделении Новогрудской ЦРБ. Тогда тоже было сделано КТ головного мозга (07.05.2024 г.) с заключением: картина по ишемическому типу в правой теменной области. После лечения пациент с 05.11.2024 по 12.11.2024 года проходила реабилитационный курс. Была проведена МРТ головного мозга (06.11.2024 г.), где обнаружены множественные полиморфные очаги в правой теменной доле, левой лобной доле, в базальных ядрах слева с переходом на коленчатые тела, более 20 очагов в больших полушариях, единичные очаги в мосту. Дано заключение: МР–признаки демиелинизирующего заболевания нервной системы. Улучшения

после курса реабилитации пациент не отмечала, возникли нарушения мочеиспускания. Для уточнения диагноза госпитализирована в неврологическое отделение УЗ «ГУК», где 18.11.2024 г. повторно сделана МРТ головного мозга с контрастированием: перивентрикулярно, в мозолистом теле, суб/юкстакортикально, в ножках мозга и мозжечка, в мосту определяются множественные участки округлой и веретеновидной формы, с четкими и нечеткими контурами, размером от 1 до 29 мм. Визуализируется повышение сигнала от очагов демиелинизации в количестве не менее, что характерно для РС с признаками активности процесса.

Пациенту был выставлен диагноз: G35 РС. Легкий парез правой ноги, умеренные координаторные нарушения, нарушение функции тазовых органов по центральному типу. Проведено лечение (гормонотерапия, ноотропные, антихолинэстеразные препараты).

Выводы. И так, при РС МРТ головного мозга является основным методом диагностики, позволяет определить области поражения и оценить степень распространения процесса. Знание клиники в сочетании с МРТ диагностикой дает возможность правильно поставить диагноз и не откладывать лечение РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин А.В. Дифференциальная диагностика рассеянного склероза / А.В. Бородин // Практическая медицина. – 2018. – №10. – С. 59 – 63.

ОЦЕНКА МАЛЬНУТРИЦИИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ДИНАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Акчурина О.Э.¹, Мухаметова Д.Д.¹, Одинцова А.Х.²

*Казанский государственный медицинский университет¹,
Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения
Республики Татарстан²*

Актуальность. Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) подвержены риску развития мальнутриции, которая в том числе является звеном в патогенезе саркопении [1]. Саркопения — это прогрессирующее состояние, связанное с возрастом, которое проявляется ухудшением функции скелетных мышц, уменьшением их силы (динапии) и массы, что влияет на качество жизни пациентов, число госпитализаций и смертельных исходов. До недавнего времени саркопению рассматривали только как гериатрический синдром, но сейчас ясно, что она может развиваться вторично на фоне хронических заболеваний. Пациенты с ВЗК в основном молодого и трудоспособного возраста, в связи с чем существующие алгоритмы диагностики саркопении оказываются менее эффективными в данной категории.