

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.

Таким образом, изучение альтернативных методов необходимо для повышения качества диагностики саркопении у пациентов с ВЗК [2].

Цель. Оценить риск мальнутриции, выраженность динапении и состав тела у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

Методы исследования. Было включено 45 пациентов с ВЗК, из них с язвенным колитом 27 (60%), с болезнью Крона 18 (40%). Среди пациентов было 19 (42,2%) женщин. Медиана возраста составила 40 [28;48] лет. Оценивались активность заболевания на момент осмотра; индекс массы тела (ИМТ); оценка нутритивного статуса с помощью опросника SaskIBD–NR Tool для пациентов с ВЗК; мышечная сила была оценена с помощью динамометрии по половозрастной норме; оценка состава тела проводилась на биоимпедансном анализаторе ABC–02 «MEDASS» по половозрастной норме.

Результаты и их обсуждение.

У большинства пациентов наблюдалась нормальная масса тела – 45%, дефицит – у 22%; избыточная масса тела у 22%, ожирение – у 11%. По результатам опросника SaskIBD–NR Tool 9 (20%) пациентов имели средний риск мальнутриции, 9 (20%) – высокий риск. Мышечная сила доминантной руки по динамометрии была снижена у 6 (13%) пациентов, среди которых 4 женщины. Индекс скелетно–мышечной массы (иСММ) по БИА был снижен у 14 (31%) пациентов, повышен – у 1 (2%), в норме – у 30 (67%). Индекс жировой массы (иЖМ) по биоимпедансометрии (БИА) был снижен у 12 (26,7%) пациентов, повышен – у 15 (33,3%), в норме – у 18 (40,0%). Показатель биоимпедансного фазового угла (БФУ) ниже нормы у 10 (22%) пациентов. При оценке связи нутритивного статуса по результатам опросника saskIBD–NR tool и БФУ была установлена умеренной тесноты обратная связь ($r=-0,440$; $p=0,002$), также была установлена умеренной тесноты обратная связь с иЖМ ($r=-0,315$; $p=0,035$). Нами была обнаружена статистически значимая связь между БФУ и силой хвата ($r=0,532$; $p<0,001$), БФУ и иСММ ($r=0,433$; $p=0,003$), а также между силой хвата и иСММ ($r=0,6923$; $p<0,001$).

Выводы.

Среди пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника 40% имели средний и высокий риски мальнутриции, у 31 % пациентов отмечено снижение мышечной массы по биоимпедансометрии, а снижение мышечной силы было обнаружено только у 13% пациентов. При этом БФУ оказался полезным параметром для оценки мышечного статуса, так как его значения коррелировали с иСММ, силой хвата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis / A.J. Cruz–Jentoft [et al] // Age Ageing. – 2019. – Vol.48(1). – P.16–31. doi:10.1093/ageing/afy169
2. Navigating the Intersection: Sarcopenia and Sarcopenic Obesity in Inflammatory Bowel Disease. / V. Calvez [et al] // Biomedicines. – 2024. – Vol. 30. – P.12–18. doi: 10.3390/biomedicines12061218.