

променевої комп'ютерної томографії та цифрової рентгенографії задніх кінцівок щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк, В. О. Студент, Я. Я. Погребенник, Б. Є. Юркевич // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2017. – № 1 (52). – С. 12–24.

11. The pathophysiology of non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-induced mucosal injuries in stomach and small intestine / H. Matsui, O. Shimokawa, T. Kaneko, Y. Nagano, K. Rai, I. Hyodo // J. Clin. Biochem. Nutr. – 2011. – Vol. 48, № 2. – P. 107–111.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСЕВДОТУМОРОЗНОГО ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Шамова Т.М., Лебейко Т.Я., Лебейко А.И., Семашко В.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** В отличие от большинства неврологических заболеваний рассеянный склероз (РС) характеризуется значительным полиморфизмом клинических проявлений, что обусловлено вариантами течения и локализацией патологического процесса в различных отделах головного и спинного мозга [2, 4, 5,]. Наряду с классической клинико-морфологической характеристикой в практике неврологов встречаются и атипичные варианты клинического и морфологического течения РС. Повышенный интерес неврологи проявляют к, так называемому, псевдотуморозному варианту РС [1, 3]. Статистические сведения о частоте псевдотуморозной демиелинизации при РС отсутствуют [6]. Возможно, это связано с отсутствием определенных клинико-диагностических критериев данного варианта течения заболевания, трудностей, возникающих при интерпретации результатов нейровизуализационных методов исследования, необходимостью нейрохирургического вмешательства (стереотаксическая биопсия) [1]. Вместе с тем, ранняя диагностика РС определяет дальнейшее течение болезни и профилактику ранней инвалидизации.

Изучение клинических проявлений псевдотуморозного варианта течения РС представляется своевременным и актуальным.

**Целью** настоящего исследования является определение и сравнительная характеристика клинической картины псевдотуморозного варианта течения РС в группах с клиническим дебютом и очередным обострением заболевания.

**Материалы и методы.** Объектом исследования являлись пациенты как с клиническим дебютом ( $n=30$ ), так и в процессе клиничко-морфологического мониторинга при рецидивно-ремиттирующем РС ( $n=11$ ). Проводилось стандартное неврологическое обследование с использованием клинической шкалы оценки неврологического статуса EDSS. МРТ выполняли на томографе Gyroscan Intera 1-1,5T Power, производства фирмы «Philips», оборудованном рабочей станцией «Makhaon software, v.2.4». В разработку включены пациенты с псевдотуморозным очагом демиелинизации объемом более  $3500 \text{ vx}$  ( $>10,5 \text{ см}^3$ ). Математическая обработка полученного цифрового материала проводилась с использованием пакета «Staistica v. 6.0».

**Результаты и обсуждение.** В данном исследовании участвовала группа пациентов с РС в возрасте от 10 до 47 лет. Среди обследованных преобладали лица женского пола (63,4%), средний возраст – 29,2 года (95% CI 25,5-32,6). Средний возраст мужчин (36,6% обследованных) составил 29,4 года (95% CI 22,0-36,7 лет), ( $\chi^2=5,90$ ;  $p=0,016$ ). В случаях первичной манифестации диагноз РС был подтвержден клиничко-нейровизуализационным мониторингом в среднем в течение 16,7 месяцев наблюдения (95% CI 5,40-26,6 месяцев). Первичная манифестация РС по клиническим проявлениям и данным МРТ зарегистрирована у 30 пациентов (73,1%). Средний возраст группы – 26,9 лет (95% CI 23,0-30,7 года). Средняя продолжительность заболевания (период времени от появления неврологических симптомов до обращения за специализированной помощью) составлял 0,65 месяца или около трех недель (95% CI 0,51-0,80 месяца). Клиническое обострение заболевания имело место у 11 пациентов (26,9%). Средний возраст группы составил 35,8 года (95% CI 29,9-41,0 года). Продолжительность клинической ремиссии в группе пациентов с установленным РС, колебалась в широких пределах, составляя в среднем 23,8 месяца (95% CI 8,5-39,2 месяца). У большинства пациентов зарегистрировано подострое развитие органической симптоматики (87,7%). У 5 больных (12,2%) клинические проявления развились инсультообразно и первоначально эти пациенты были госпитализированы в отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (с диагнозом «инфаркт мозга»), либо в нейрохирургию (с диагнозом «опухоль головного мозга»). Существенных различий клинической картины в группах пациентов с первичной манифестацией и обострением РС установлено не было.

Двигательные нарушения (поражение пирамидного пути) в виде гемипареза, гиперрефлексии глубоких рефлексов с патологическими знаками и спастичностью наблюдали у 90,2% обследованных. Нарушения чувствительности, проявляющиеся, как правило, субъективными ощущениями онемения кожи в области лица, нижних и верхних конечностей, различных участков туловища имели место у 63,4% пациентов. Координаторные расстройства были более характерны для обострения РС (63,6%) и проявлялись нистагмом, интенционным тремором и атаксией. В ряде случаев мозжечковые симптомы нивелировались пирамидными и чувствительными нарушениями. Оптическая невропатия с нарушением функции зрения от нарушения восприятия предметов и образов до полного амавроза отмечены только в группе пациентов с первичной клинической манифестацией РС (13,3%). В то же время, тазовые расстройства (императивные позывы) регистрировались только при обострении РС (36,3%) у пациентов с различными сроками заболевания. Судорожный синдром (генерализованные эпилептические припадки) отмечали у 10,07% обследованных в дебюте заболевания. Его возникновение являлось абсолютной причиной для экстренной госпитализации и проведения нейровизуализации. Синдром повышенной утомляемости являлся одним из наиболее частых проявлений РС и встречался в обеих группах наблюдаемых примерно с одинаковой частотой (86,6 и 81,8%). Эти проявления не были связаны с определенной физической нагрузкой. Нервно-психические расстройства чаще регистрировались у лиц с псевдотуморозным обострением РС (72,7%) , при сравнительно низкой их частоте в дебюте заболевания (36,6%). Наиболее частыми аффективными расстройствами являлись: депрессивное состояние, чувство тревоги, эмоциональная неустойчивость. В группе пациентов с обострением РС существенное значение в инициации психоэмоциональных расстройств имела информация о прогнозе данного заболевания. Общемозговые симптомы (головная боль, тошнота, рвота, головокружение) имели место только у 24,3% пациентов (20,0 и 36,3% соответственно в группах обследованных), были выражены не резко и не являлись основным признаком псевдотуморозной демиелинизации при РС.

Оценка органического дефицита по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale) в группе с первичной клинической манифестацией РС составляла 3,40 (95% CI 3,00-3,90 баллов), при обострении демиелинизирующего заболевания - 3,30 (95% CI 2,95-3,90

баллов). Отсутствие значимых различий при оценке глубины инвалидизации можно объяснить приблизительно одинаковой локализацией псевдотуморозных очагов и однотипностью их воздействия на проводниковые системы головного мозга.

Положительный терапевтический эффект от проведения пульс-терапии кортикостероидами (метилпреднизолон, дексаметазон) получен у всех обследованных пациентов. В ряде случаев потребовалось проведение 2-4 курсов терапии в течение двух месяцев.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурьянова, О. В. Псевдотуморозный вариант течения рассеянного склероза и острой очаговой демиелинизации /О.Е. Гурьянова, Т.С. Гулевская, В.А. Моргунов [соавт.] // Клинический разбор Научного центра неврологии РАМН. // [Электронный ресурс] – Нервные болезни. – 3\* 2012. – С. 45-49. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/psevdotumoroznyy-variant-techeniya-rasseyannogo-skleroza-i-ostroy-ochagovoy-demielinizatsii> – Дата доступа 12.09.2017.

2. Чикуров, А. А. Варианты течения и типы очагов рассеянного склероза (клинико-патоморфологическое исследование) – Автореферат канд.дисс. – Санкт-Петербург.-2011.-25 с.

3. Altintas, A. Clinical and radiological characteristics of tumefactive demyelinating lesions: follow-up study / A. Altintas, B. Petek, N. Isik [et al.]// Multiple Sclerosis Journal. – 2012. – Vol. 18. – №10. – P. 1448–1453.

4. Ebers, G.C. Natural history of multiple sclerosis (Neurology in Practice) /G.C. Ebers // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2001. – Vol. 71. – Suppl. II. – P. 16–19.

5. Hoogervorst, E. L. J. One year changes in disability in multiple sclerosis: neurological examination compared with patient self report / E. L. J. Hoogervorst, M. J. Eikelenboom, B. M. J. Uitdehaag, [et al.] //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2003. – Vol. 74. – P. 439–442.

6. Lucchinetti, C. F. Clinical and radiographic spectrum of pathologically confirmed tumefactive multiple sclerosis. / C. F. Lucchinetti, R. H. Gavrilova, I. Metz [et al.] // Brain. – 2008. – Vol. 131. – №7. – P. 1759–1775.

## **ДИДАКТИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

**Шевчик-Гирис Е.М.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

Качество обучения – необходимое условие развития личности студента, которое можно рассматривать только во взаимосвязи