



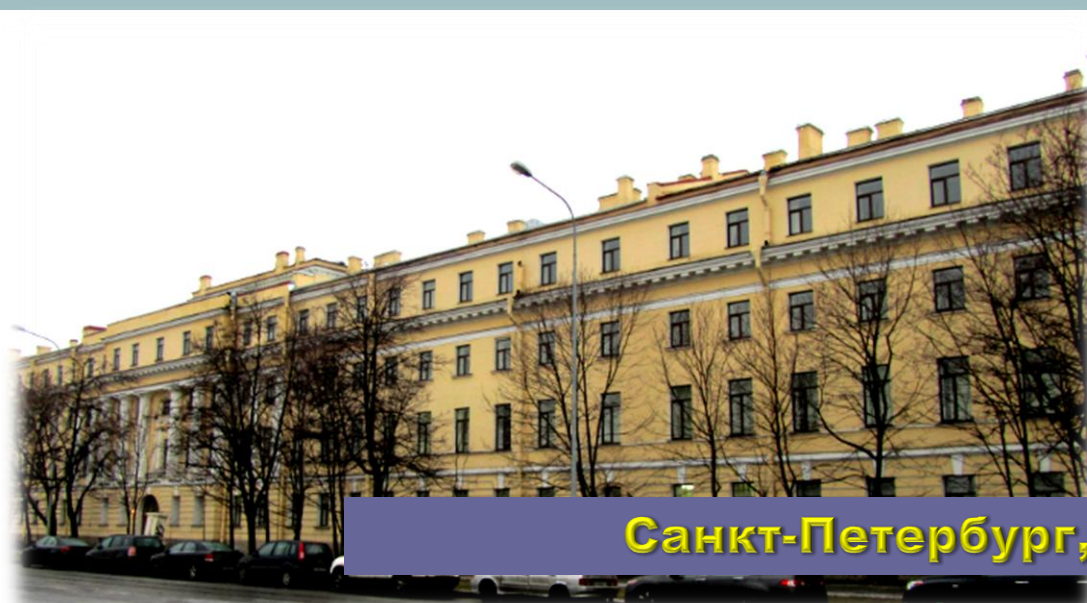
ГБОУ ВПО “ПСПШбГМУ им. акад. И.П.Павлова” МЗ РФ
Кафедра неврологии и мануальной медицины ФПО
Отделение неврологии №2
Заведующий кафедрой и руководитель отделения
д.м.н., профессор Евгений Робертович Баранцевич

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

25.09.2014 г.

**Разбор проводит д.м.н.,
профессор, академик РАН
Заведующий кафедрой
неврологии и
нейрохирургии с клиникой
Александр Анисимович
Скоромец**

Санкт-Петербург, 2014 год



ВВОДНЫЕ ДАННЫЕ

ПАЦИЕНТ
Ж. Н. В.

Дата рождения 10.08.1964 (50 лет)

Госпитализирована в плановом порядке на Неврологическое отделение №2 ПСПбГМУ им. И.П.Павлова по направлению МУЗ «Л.....я ЦРБ» 22.09.2014

Куратор интерн кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПбГМУ
Комиссаров Д.А.

№ИБ29753/С2014

Жалобы при поступлении

на снижение кратковременной и долгосрочной памяти, забывчивость некоторых жизненных событий. Изменения памяти возникли на фоне полного благополучия.

Анамнез заболевания

Начало заболевания: весна 2014 года. Впервые начали отмечаться забывчивость некоторых жизненных событий (были утрачены сведения о предстоящем мероприятии, к которому готовилась несколько месяцев, об уже произошедших встречах с коллегами несколько недель назад, встречах с друзьями), возникших на фоне полного клинического благополучия.

Анамнез жизни

Место рождения: Ленинградская область, Л***** р-н.
В детстве заболевания не отмечались.

Образование высшее педагогическое, в настоящее время работает по специальности «*****я школа-интернат».

Проживает в семье с мужем и сыном, бытовые условия удовлетворительные, наследственных заболеваний в семье не отмечается.

Курение, употребление алкоголя отрицает.

Перенесенных заболеваний, травм, операций нет.

Б-4, Р-2(1988, 89), А-2. Гинекологических заболеваний нет, посещала 14.09.14.

Анамнез жизни

Эпидемиологический анамнез - тbc, венерические заболевания, тифами, гепатитом не болела.

Гемотрансфузии - в 2013 донорство крови в ППК.

Аллергологический анамнез спокойный.

Страховой анамнез - за 12 месяцев б/л не было, поступила без б/л.

Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостенической конституции.

Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ЧСС 60 ударов в минуту.

АД 120/80 мм. рт. ст. Соматически, гемодинамически стабильна.

Неврологический статус

Сознание ясное. Психотических нарушений нет.

Эмоциональные и интеллектуально-мнестические нарушения не выявлены (шкала оценки когнитивного статуса MMSE - 30 баллов). Отдельные мозговые функции (речь, гнозис, праксис) не нарушены.

Черепные нервы - Гемианопсии нет. Зрачки D=S, Р.з.с.

Сохранена, живая, содружественная. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Uvula по средней линии, мягкое небо подтягивается кверху симметрично. Незначительно сглажена левая носогубная складка. В остальном - функция ненарушена.

Чувствительность на лице не нарушена. Фонация и глотание не нарушены. Язык - незначительно отклоняется влево.

Слабо выраженный хоботковый рефлекс. Симптом Маринеску-Радовичи отрицательный.

Двигательная система

Мышечный тонус в руках и ногах не изменен;
Мышечная сила в верхних и нижних конечностях полная; Глубокие рефлексy на верхних конечностях сохранены, средней живости: карпорадиальный рефлекс $S > D$, бицепс-рефлекс $S > D$; Рефлекс Рассолимо-Вендеровича слабо выражен с обеих сторон;
Глубокие рефлексy на нижних конечностях сохранены, средней живости: коленный рефлекс $D > S$; Ахилловы рефлексy высокие, $D = S$. Подошвенные рефлексy снижены с обеих сторон. Патологических стопных знаков нет.

Экстрапирамидная система не нарушена.

Чувствительность на туловище и конечностях не нарушена.

Координация: Пальценосовая и пяточно-коленная пробы выполняется точно, без интенции. В позе Ромберга устойчива.

Оболочечные симптомы отсутствуют.

Статика и динамика позвоночника нарушена в шейном отделе позвоночника.

Локальные мышечно-тонические нарушения отсутствуют.

Вегетативные реакции (трофика кожи, дермографизм, гипергидроз) отсутствуют.

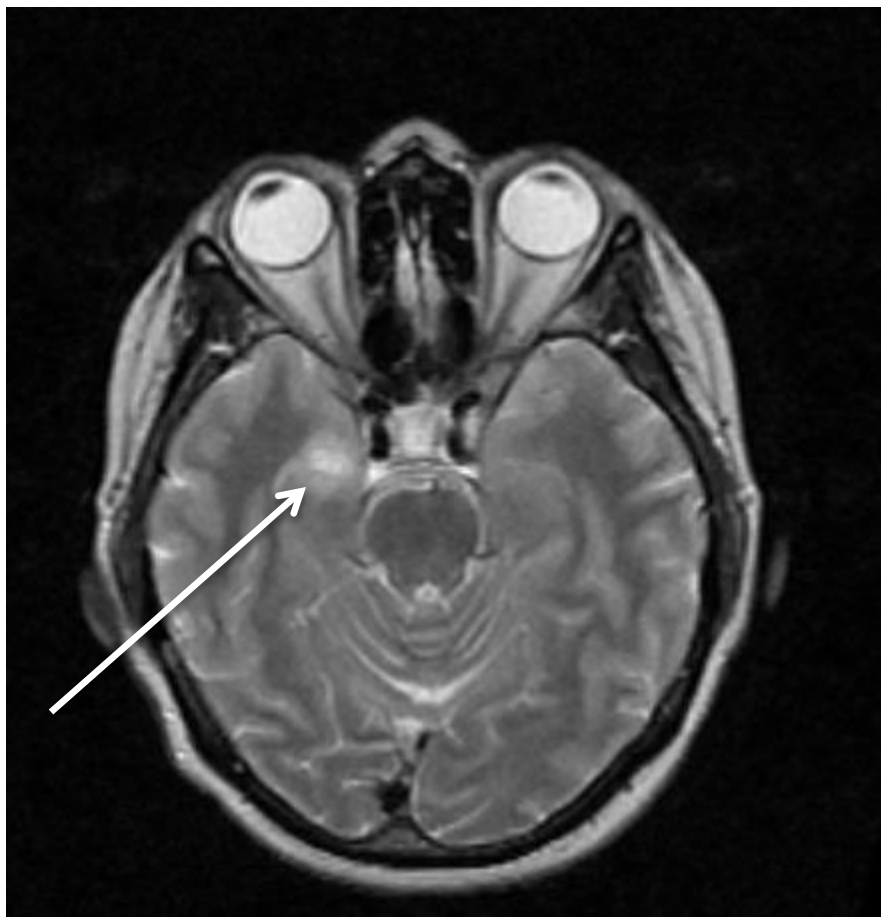
МРТ гол. мозга и МР-ангиография сосудов головного мозга от 30.07.14

на серии мр-томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур, взвешенных по T2 и T1 в трех проекциях. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки не расширены, симметричны D=S. Отверстия Монро, Сильвиев водопровод проходимы. III и IV желудочки не изменены.

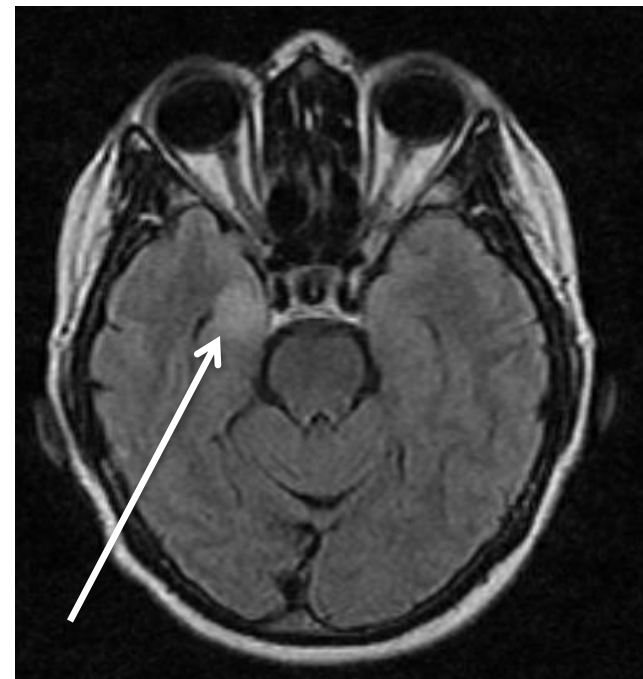
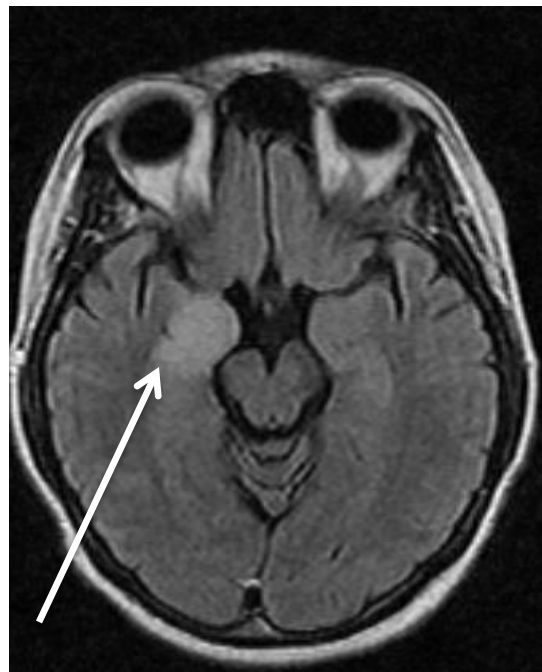
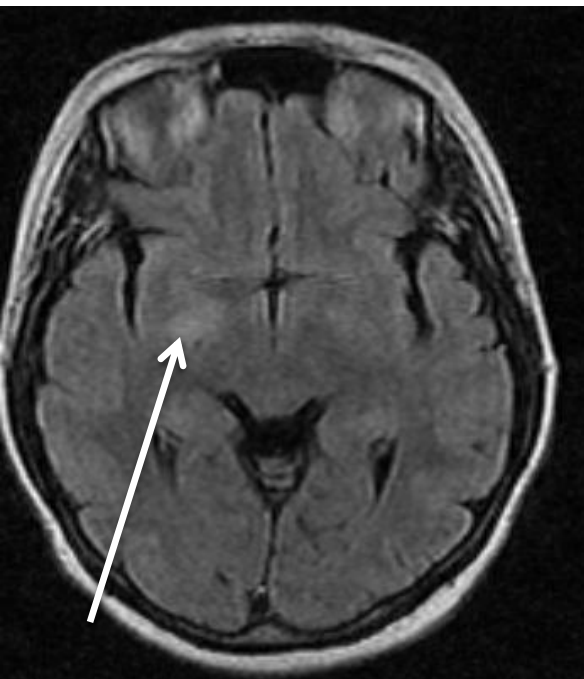
В проекциях правой височной доли медиально, преимущественно субкортикально, определяется гомогенно гиперинтенсивная зона На T2 и T2Stir ИП и гипоинтенсивная на T1 ВИ. С нечеткими ровными границами, более характерная для глиозных изменений постишемического характера. По нативным ИП нельзя исключить дегенеративную или демиелинизирующую природу изменений.

Субарахноидальные пространства не изменены. Цистерны основания не деформированы. Хиазмально-селлярная, краниовертебральная область не изменены. Миндалины мозжечка расположены выше большого затылочного отверстия. Околоносовые пазухи воздушны, без признаков отека слизистой.

**Данные МРТ 30.07.14 (головного мозга)
Режим Т2**



**Данные МРТ 30.07.14 (головного мозга)
FLAIR**



На серии МР-ангиограмм сосудов головного мозга получены изображения интракраниальных сегментов ПА, ВСА, ПМА, СМА, ЗМА и их ветвей. Значительно снижен кровоток ВББ за счет повышенной извитости БА. ППА не визуализируется. Компенсаторный кровоток обеих ЗМА осуществлен за счет ЗсоА. Повышенная извитость ПА. Виллизиев круг не замкнут, не визуализируются сегменты Р1 обеих ЗМА. Общее обеднение периферического интракраниального кровотока. Артериальных аневризм, мальформаций не определяется.

Заключение: ОНМК по ишемическому типу в бассейне конечных ветвей ПЗМА. Вариант развития сосудов головного мозга - не замкнутый Виллизиев круг. МР-признаки атеросклеротических изменений периферического характера. Гипоплазия базилярной артерии.

Рекомендовано: повторное МР-исследование с контрастным усилением для уточнения природы патологических изменений.

МРТ шейного отдела позвоночника 30.07.14

на серии МР-томограмм шейного отдела позвоночника в трех проекциях физиологический лордоз выпрямлен, отмечается кифотическая установка на уровне С5-С7. Признаки дегенеративно-дистрофических изменений на уровне С2-С7 в виде снижения высоты дисков и интенсивности МР-сигнала от них, характерное для нарушения гидрофильности пульпозных ядер. Тела позвонков С5, С6 дегенеративно изменены в виде уплотнения и прогибания замыкательных пластинок, определяется наличие клювовидных костных разрастаний. На уровне дисков С5-6, С6-7 определяется сужение межпозвонковых отверстий с обеих сторон за счет краевых костных разрастаний и медиально-парамедиальных грыжевых деформаций дисков, выступающих за пределы линии тел позвонков на 3 и 2.8 мм соответственно, с признаками воздействия на корешковые сегменты. Спинной мозг в размерах не увеличен, с четкими контурами и однородной структурой, интенсивность МР-сигнала не изменена. Краниовертебральная область без особенностей. Паравертебральные мягкие ткани не изменены.

Заключение: Нарушение статики. Кифотизация сегмента С5-С7.
Дегенеративно-дистрофические изменения в сегментах С2-С7.
Грыжи дисков С5-6 и С6-7.

Данные МРТ

19.08.14 головного мозга, церебральные артерии ,в/в контрастирование (магневист 15 мл)

На серии МР-томограмм взвешенных в T1 и T2 в трех проекциях визуализированы суб- и супратенториальные структуры. Определяется зона повышенной интенсивности сигнала на T2, TIRM (пониженный на T1) от передних отделов гиппокампа и медиобазальных отделов правой височной доли, размерами 2.6x2.1x1.2 см, с нечеткими контурами, с признаками масс-эффекта, на DWI b=1000 без видимого повышения интенсивности сигнала. После введения контрастного вещества патологического его накопления в структуре очага не выявлено. Боковые и 3-й желудочки мозга не расширены. IV желудочек, базальные цистерны не изменены. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды локально расширены в области лобных, теменных долей. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия. В белом веществе и правой теменной доле определяются единичные очаги глиоза дисциркуляторного характера, размерами до 0.3 см. Визуализируется расширение периваскулярных пространств.

На серии МР ангиограмм, выполняемых в режиме TOF в аксиальной проекции с последующей обработкой по MIP-алгоритму и трехмерной реконструкцией в корональной и аксиальной плоскости, визуализированы внутренние сонные, основная, интракраниальные сегменты позвоночных артерий и их разветвления.

Вариант развития Виллизиева круга в виде неполной двусторонней задней трифуркации. Отмечается сужение интракраниального отдела право ПА (примерно на 30-40%) и отсутствие ее слияния с левой ПА. Просветы остальных сосудов равномерные, кровотоки симметричные, участков с патологическим кровотоком не выявлено.

Заключение: МР картина зоны структурных изменений в медиобазальных отделах правой височной доли характерна для образования - рекомендуется проведение ПЭТ с метионином (ПЭТ/КТ). МР-картина проявлений дисциркуляторной энцефалопатии. Вариант развития - замкнуты Виллизиев круг. Вариант развития интракраниального отдела правой ПА.

План проведения дифференциального диагноза:

1. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в ВББ от 2014 года с синдромом транзиторной глобальной амнезии;
2. Объемный процесс головного мозга;
3. Нейроинфекция.

План обследования

Люмбальная пункция на 23.09.14;

Консультация нейрохирурга;

Дуплекс БЦА на 01.10.14;

Клинический анализ крови;

Кровь на RW;

Общий анализ мочи;

Биохимический анализ крови с оценкой показателей:

общий белок, холестерин, креатинин, глюкоза,

билирубин (фракции), АЛТ, АСТ, Na, K.

Результаты анализов и обследований

ПЦР диагностика ликвора

Вирус Эпштейн - Барра	отр.
Хламидия	отр.
Токсоплазма гондии	положительно
простой герпес тип 1,2	отр.
Цитомегаловирус	отр.
Гепатит С	отр.
Боррелии	отр.
Вирус Варицелла Зостер	отр.

Анализ мочи общий

физико-химические свойства

количество	100мл
цвет	соломенно-желтый
прозрачность	прозрачная
относит. плотность	1.022
реакция	5.0
реакция pH	кислая (pH<7)
белок	0
глюкоза	0

микроскопическое исследование

эпителий пл	1-2
лейкоциты	3-5
эритроциты	4-6 не изм.
Слизь	++

Биохимическое исследование ликвора 23.09.14

Белок в с/м жидкости

279.0 мг/л

(150.0-450.0)

Цитологическое исследование ликвора 23.09.14

атипичные клетки отсутствуют, единичные лимфоциты

Коагулологическое исследование

23.09.14

протромбиновое время	12.5	
протромбиновый индекс	84.0	(93.0-107.0)
мно	1.05	
фибриноген	3.6	(1.8-3.5)
тромбиновое время	17.10	

Клинический анализ крови 23.09.14

эритроциты	4.7	
гемоглобин	146>	
Цв.П	0.93	
гематокрит	43.7>	
ср объем эритроц.	94.0	
средн содерж.гем.в эр	31.4	
срдн конц гем.в эр	334	
индекс распр.по объему эр	12.7	
ср.объем тромбоцита	8.3	
лейкоциты	4.9	
нейтрофилы	60.8	2.98
лимфоциты	28.6	1.4
моноциты	9.4 >	0.46
базофилы	0.6	0.029
эозинофилы	0.6	0.029

Анализ крови на RW 23/09/14

реакция отрицательная

Биохимическое исследование

24.09.14

АЛТ	21
АСТ	23
общий белок	67
калий	5.6 >
натрий	146.0
глюкоза натощак	4.8
креатинин	0.075
Холестерин общий	5.35>

Клинический разбор больной совместно с заведующим кафедрой неврологии и нейрохирургии, профессором, академиком РАН Скоромцом А.А.

С историей болезни и анамнезом ознакомлены. На момент осмотра пациентка предъявляет жалобы прежнего характера на: забывчивость некоторых событий в жизни, ослабление кратковременной и долгосрочной памяти.

В неврологическом статусе: сознание ясное, психотические нарушения отсутствуют, эмоциональных и интеллектуально-мнестических нарушений нет. При скрининговом тестировании уверенное выраженное нарушение когнитивных функций.

Черепные нервы: поля зрения яснее визуализируют источники света в латеральных верхних и нижних квадрантах. Реакция зрачков на свет живая, содружественная, $D=S$, конвергенция в норме;нистагма, диплопии нет; uvula незначительно отклоняется влево, мягкое небо подтягивается кверху; Лицо симметричное, чувствительность на лице не нарушена; Фонация, глотание не нарушены; Язык по средней линии; Симптом Маринеску-Радовичи отрицательный; Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила в норме; Мышечный тонус в руках $D<S$, m.biceps brachii $D<S$. Повышен тонус пронаторов и супинаторов, $D=S$.

Глубокие рефлексы: карпорадиальный $D<S$, бицепс $D<S$, трицепс $D<S$, Рефлекса Россолимо-Вендеровича нет, брюшные рефлексы не вызываются.

Мышечный тонус в нижних конечностях $D<S$, что соответствует II ст. по шкале Ашворта.

Мышечная сила m.iliopsoas,m.gluteus,m.quadriceps femoris, m.biceps femoris, m.semimembranosus, m.semitendinosus 5 баллов. Ослабление разгибателя I пальца левой стопы.

Рефлексы: коленный $D<S$ оживлены, ахиллов рефлекс $D>S$, рефлекс с m.flexor hallucis longus отсутствует с обеих сторон.

Чувствительность: зона соответствующих дерматомов L3 острее ощущается чем L5 (гипестезия дерматомов L5) на обеих ногах.

Координация: ПНП и ПКП с закрытыми глазами выполняет в норме. В позе Ромберга устойчива. Оболочечных симптомов нет. Незначительное нарушение статики и динамики шейного отдела позвоночника. Локальные мышечно-тонические нарушения: мышечно-тонический синдром в верхней порции трапециевидной мышцы, больше слева. Вегетативных реакций нет.

По результатам оценки снимков МРТ было выявлено и, как следствие, рекомендовано:

- Выполнение дуплексного исследования брахиоцефальных артерий
- Дополнительная оценка полей зрения (консультация офтальмолога, произведение тестирования квантитативного зрения)
- Выполнение ПЭТ-КТ с метионином для дифференциальной диагностики образования в правой височной доле между астроцитомой и постишемическим глиозом.

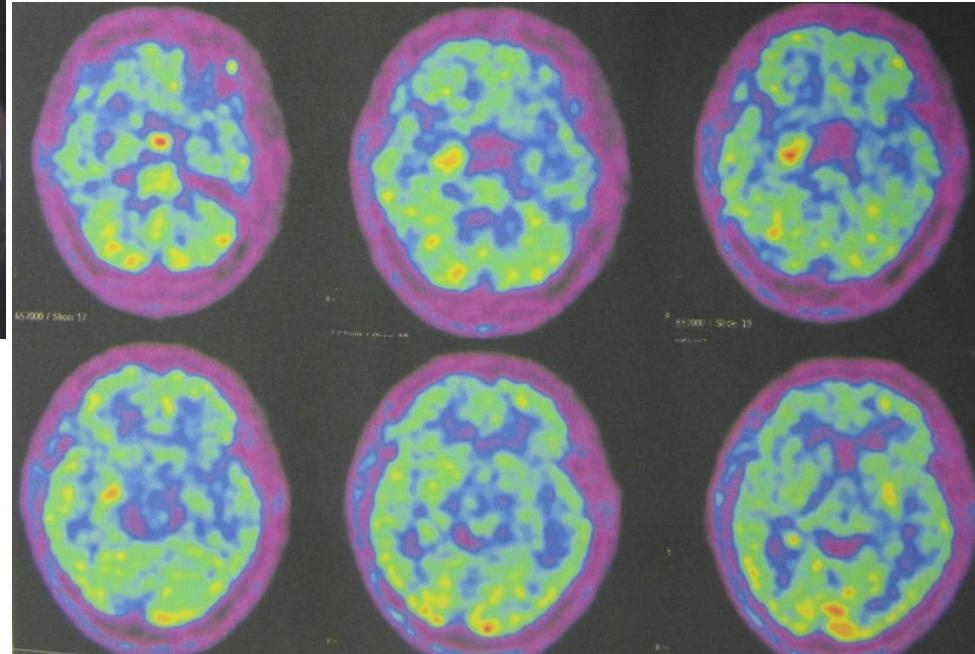
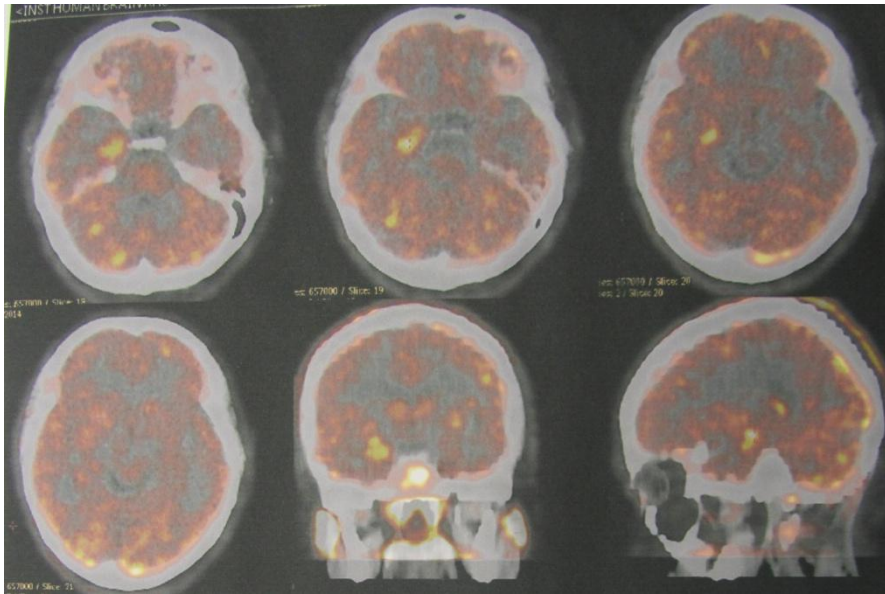
Рекомендован прием препаратов:

- 1)Ангиофлюкс по 600LE/2ml в/м 1 р.в день №10, с последующим переходом на поддерживающую терапию в капсулах 250LE по 1 капсуле 1 раз в день на №25
- 2)Пантогам-актив 300мг по 1 капсуле 1 раз в день курсом на 2 месяца, 2-3 раза в год.

Список сокращений

- АД – артериальное давление;
- ГБ – гипертоническая болезнь;
- ВББ – вертебрально-базилярный бассейн;
- МРТ – магнитно-резонансная томография;
- МР-АГ- магнитно-резонансная ангиография;
- ОА – основная артерия;
- ПА – позвоночная артерия;
- УЗДГ – ультразвуковая доплерография;

Результаты дообследования и наблюдения (ПЭТ/КТ от 23.09.2014)



Описание ПЭТ/КТ от 23.09.2014

При исследовании с ^{11}C -метионином в медиальном отделе правой височной доли определяется очаг патологически повышенного накопления РФП (ИН=1,41) размерами 17*14*15 мм., совпадающий с участком измененного сигнала на МРТ. В остальных структурах головного мозга очагов патологической фиксации РФП не обнаружено. При КТ-исследовании патологических обызвествлений и кровоизлияний не выявлено.

Заключение: Доброкачественная мелкокистозная астроцитома правой височной доли.