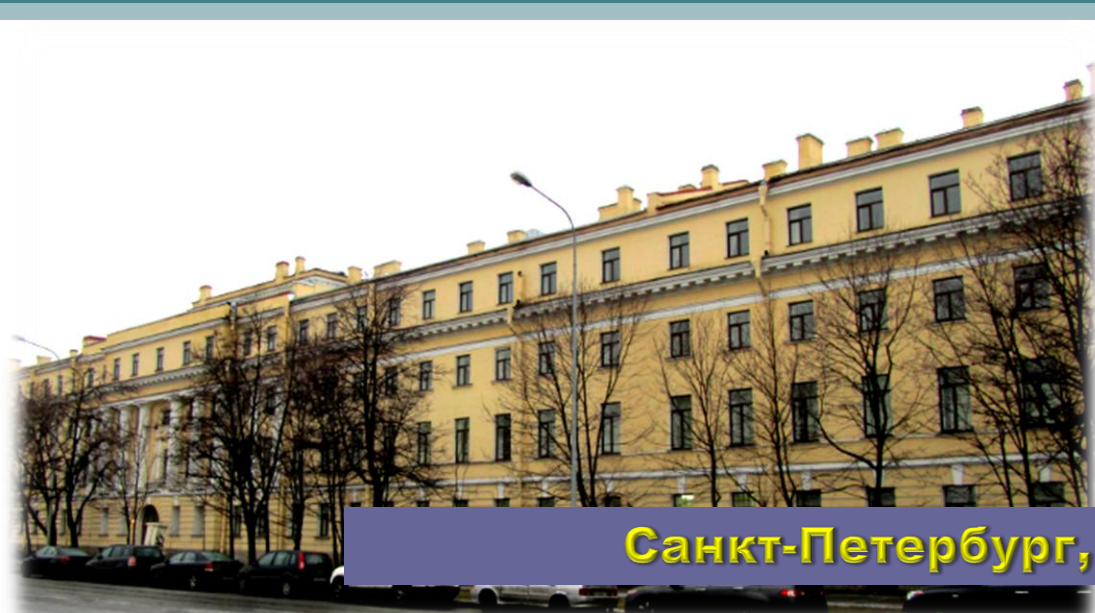




ГБОУ ВПО “ПСПШбГМУ им. акад. И.П.Павлова” МЗ РФ
Кафедра неврологии и мануальной медицины
Отделение неврологии №2
Заведующий кафедрой и руководитель отделения
д.м.н., профессор Евгений Робертович Баранцевич

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР
08.10.2014 г.

Тема: Дифференциальная диагностика
головной боли



Разбор проводит:
д.м.н., профессор кафедры
неврологии и
нейрохирургии с клиникой
Амелин
Александр Витальевич.

Санкт-Петербург, 2014 год

ВВОДНЫЕ ДАННЫЕ

ПАЦИЕНТКА

Дата рождения 17.11.1952 (61 год)

Планово госпитализирована на Неврологическое отделение №2 ПСПбГМУ им. И.П.Павлова по направлению МУЗ 03.10.2014

Клинический ординатор 2-ого года Лисина Е.И.

№ИБ***/С2014**

Жалобы при поступлении

Головные боли давящего, сжимающего, жгучего характера начинающиеся с затылка, распространяющиеся на теменно-височную область, по мнению пациентки, связанные с подъемом АД (до 131/90 мм рт. ст.), ощущением заложенности в ушах;

Головные боли в правой височной области пульсирующего, колющего, жгучего характера с онемением правой половины лица, ощущением заложенности в ухе без подъема артериального давления.

Анамнез заболевания

Пациентка знает о повышении артериального давления с 1997 г. Первый гипертонический криз в 2004 г. с повышением АД до 230/120 мм. рт. ст. «Рабочие» цифры АД-110/70мм.рт.ст. В связи с чем находилась на стационарном лечении. Назначена постоянная гипотензивная терапия (Нолипрел Форте, Беталок Зок 50мг). Цифры АД стабилизировались. Головные боли давящего, сжимающего характера в теменно-затылочной области беспокоили с периодичностью 1 раз в месяц, купировались приемом анальгетиков (НПВС-Пенталгин). В 2008г. перенесла ЗЧМТ без потери сознания, после чего, в этот день появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота. Находилась на стационарном лечении с диагнозом: ЗЧМТ. Сотрясение мозга. В июне 2011г. падение дома со стула с кратковременной потерей сознания (обморок) на фоне переутомления, ударились правой височной областью. Через неделю после травмы появились приступы пульсирующей, колющей, давящей боли в области виска с онемением, жжением правой половины лица, ощущением заложенности в ухе. Не сопровождающиеся подъемом артериального давления. С периодичностью 2-3 раза в месяц, купировала приемом анальгетиков.

Анамнез заболевания: Продолжение.

Ухудшение состояния с мая 2014 года, когда развился второй гипертонический криз, причину которого пациентка связывает с уменьшением (по рекомендации врача) дозы гипотензивных препаратов. За летний период 2014 г. неоднократно лечилась стационарах г. Санкт-Петербурга и в поликлинике по месту жительства. Корректировалась доза гипотензивных препаратов: Ко-эксфорж 5/160/12,5; Беталок Зок 200мг, Физиотенз 0,2(симптоматически, сублингвально), добавлена антиагрегантная терапия - Кардиомагнил 75мг. Стабилизации АД на фоне терапии не наблюдается. Приступы головных болей участились, интенсивность их усилилась.

8 сентября 2014 г. в связи с ухудшением состояния здоровья и самочувствия не смогла выйти на работу, взяв отпуск на длительный срок (около года). Со слов пациентки, решение сопровождалось сильными психо-эмоциональными переживаниями. После чего отметила выраженную слабость, быструю утомляемость, потерю аппетита, похудела. В связи с выраженным цефалгическим синдромом от 27 сентября 2014 г. поступила в клинику неврологи и мануальной медицины для дообследования и лечения.

Место рождения: Сибирский край

Анамнез жизни

В детстве болела детскими инфекциями.

Образование высшее педагогическое, работает в школе учителем русского языка.

Проживает в семье с мужем, бытовые условия удовлетворительные, наследственных заболеваний в семье нет.

Курение, употребление алкоголя отрицает.

Перенесенных заболеваний - Хронический Гастрит, ремиссия. АИТ, Эутиреоз. Хронический геморрой, травмы - ЗЧМТ в 2008 и 2011 гг., операции - удаление миомы матки в 2004г.

Б-2, Р-2, А-0. Гинекологических заболеваний: оперированная миома матки в 2004 г, последнее посещение в августе 2014.

Анамнез жизни

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

Гемотрансфузии - отрицает.

Аллергологический анамнез спокойный.

Страховой анамнез - за 12 месяцев б/л имела с мая 2014г. 1,5 месяца, поступила без б/л.

Объективное исследование

Общее состояние больной удовлетворительное. Нормостенической конституции, телосложение правильное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ЧСС 64 удара в минуту.

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

Неврологический статус

Сознание ясное. Психотических нарушений нет.

Эмоциональные и интеллектуально-мнестические нарушения в виде **Астенического синдрома**. Тревожна, сообщает о страхе перед возможным «страшным» заболеванием головного мозга. Боится, что случится инсульт. Сообщает о серьезных проблемах на работе (учитель с многолетним стажем). Гиперопека со стороны мужа, поддерживающая тревогу по поводу здоровья. Отдельные мозговые функции (речь, гнозис, праксис) не нарушены.

Черепные нервы - Гемипарезов нет. Зрачки D=S, P.З.С. Сохранена, живая, содружественная. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Uvula по средней линии, мягкое небо подтягивается кверху. Лицо симметричное, чувствительность на лице не нарушена. Фонация и глотание не нарушены. Язык - по средней линии. Симптом Маринеску-Радовичи не вызывается с двух сторон.

Двигательная система

Мышечный тонус в руках и ногах не изменен; Мышечная сила в верхних и нижних конечностях полная; Глубокие рефлексy на верхних конечностях, средней живости: карпорадиальный рефлекс S=D, бицепс-рефлекс S=D; Рефлекс Россолимо-Вендеровича, рефлекс Якобсона-Ласка с обеих сторон; Глубокие рефлексy на нижних конечностях оживлены: коленный рефлекс до супрапателлярного D=S; Ахилловы рефлексy D=S. Подошвенные рефлексy инертные с обеих сторон. Патологических стопных знаков нет.

Экстрапирамидная система без признаков нарушения. Чувствительность не нарушена.

Координация: пальценосовая проба с закрытыми глазами, пяточно-коленная проба выполняется без атаксии, мимопопадания. В позе Ромберга пошатывается в обе стороны, равномерно.

Оболочечные симптомы отсутствуют.

Статика и динамика позвоночника нарушена в шейном отделе позвоночника.

Локальные мышечно-тонические нарушения: шейный мышечно-тонический синдром.

Вегетативные реакции (трофика кожи, дермографизм - белый, гипергидроз): грубо не нарушены.

Выявленные синдромы:

- Цефалгический синдром;
- Астенический синдром и синдром тревоги;
- Двусторонняя пирамидная недостаточность;
- Шейный мышечно-тонический синдром;
- Нарушение статики и динамики в шейном отделе позвоночника.

Осмотр окулиста: ОУ пресбиопия. Ангиопатия сетчатки на фоне гипертонической болезни.

УЗИ брюшной полости: без особенностей.

Данные Рентгенограммы шейного отдела позвоночника от 2014г.

Минимальное левостороннее искривление оси во фронтальной плоскости. Физиологический лордоз сохранен. Соотношение в атлантаксиальном сочленении не нарушены. Остеохондроз С4-С7 со снижением высоты дисков, субхондральным склерозом, передними и задними остеофитами на этих уровнях. Последние - вдаются в позвоночный канал, деформируя его переднюю стенку. Нестабильное смещение диска в сегменте С2-С3 при сгибании на 2мм вперед и С4-С5 при максимальном разгибании на 4мм кзади.

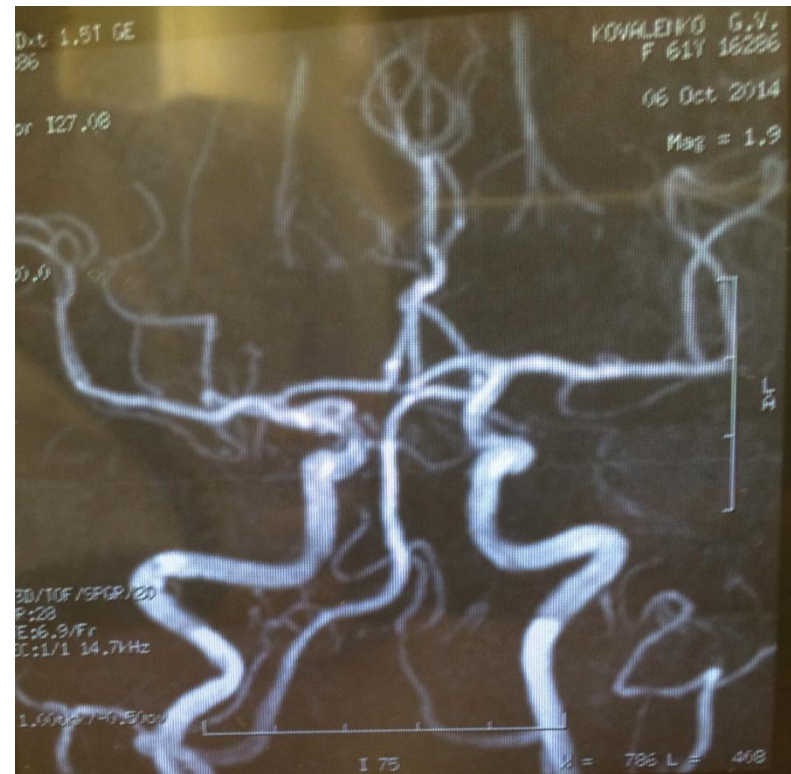
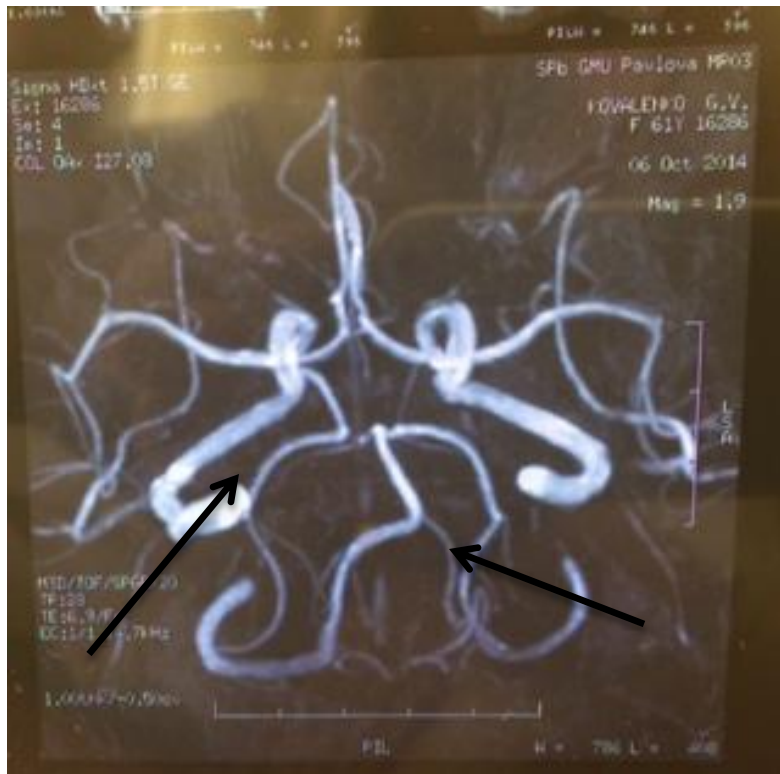
Функциональный блок в сегментах С5-С7. Артроз унковертебральных сочленений С3-С6.

Аномалия Киммерле С1.

Данные Дуплексного сканирования БЦА от 02.09.2014

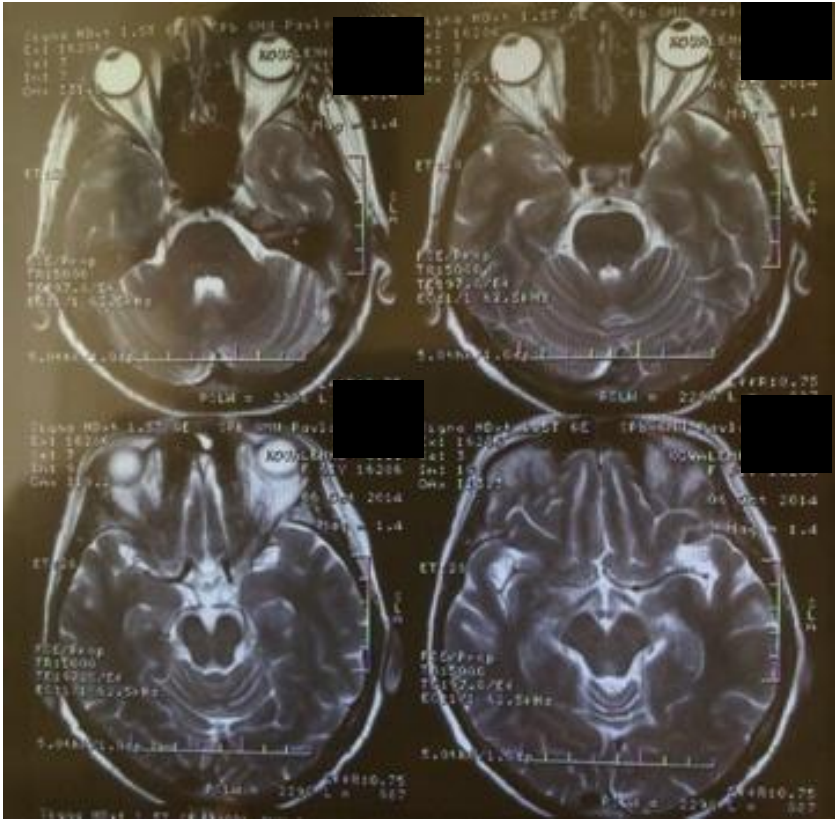
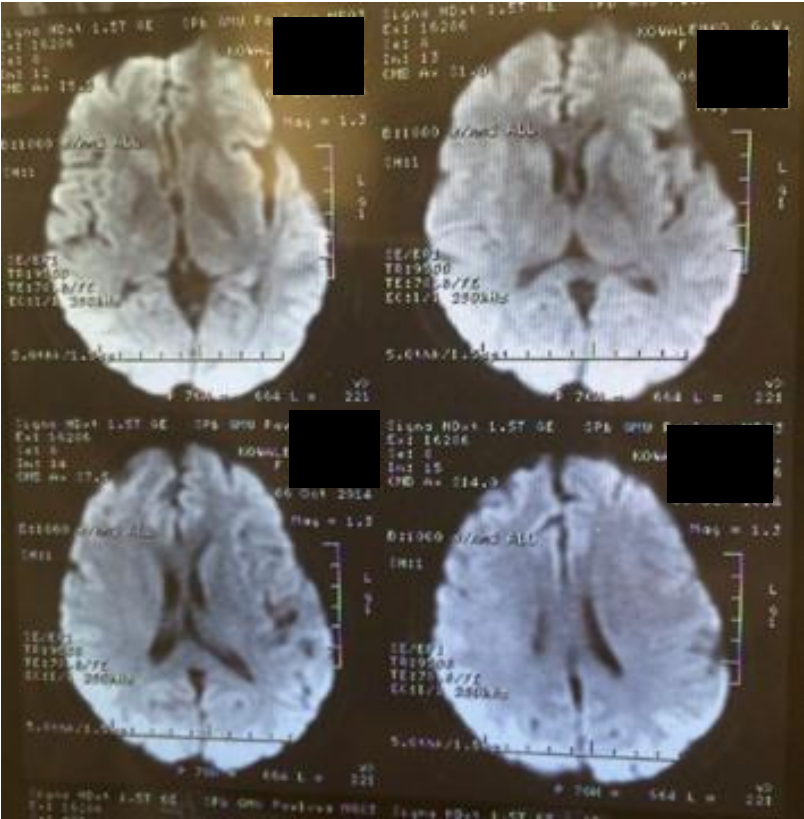
Уплотнение КИМ преимущественно в области бифуркации ОСА. Кровоток на экстракраниальном уровне сонных артерий антеградный, магистральный, без значимой асимметрии. Кровоток в обеих позвоночных артериях на экстаркраниальном уровне антеградный, без существенной асимметрии, гемодинамически значимых нарушений кровотока не обнаружено. Непрямолинейность хода обеих позвоночных артерий между поперечными отростками позвонков.
Заключение: **Нестенозирующий атеросклероз БЦА.**

МР-ангиография сосудов гол.мозга от 06.10.14

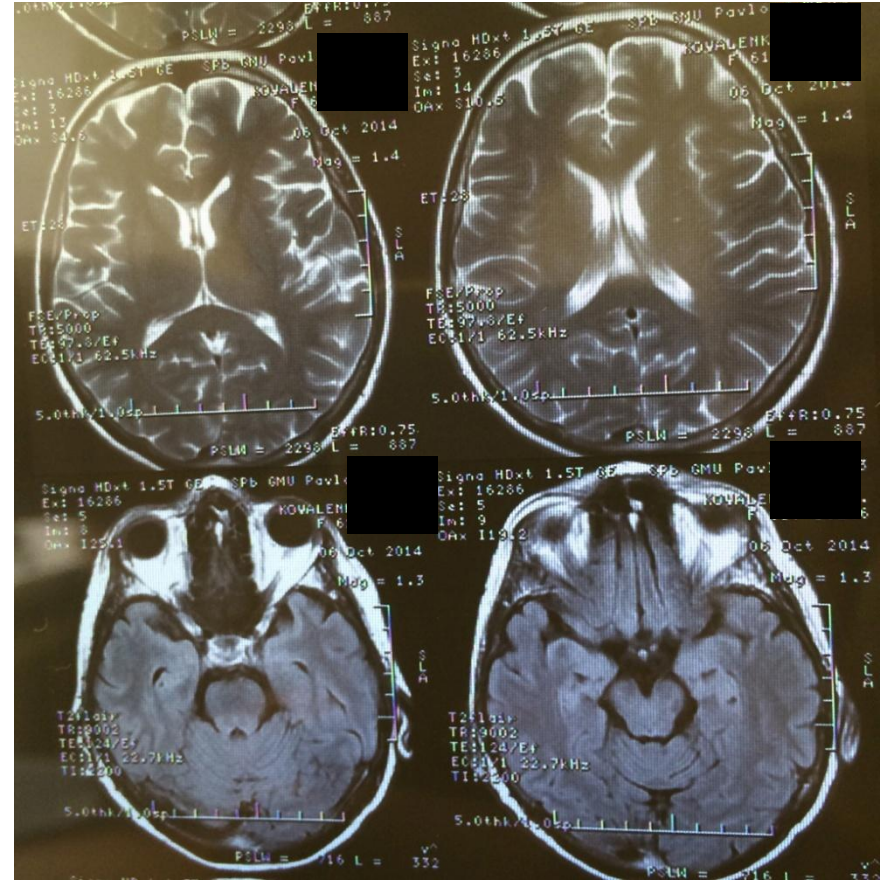
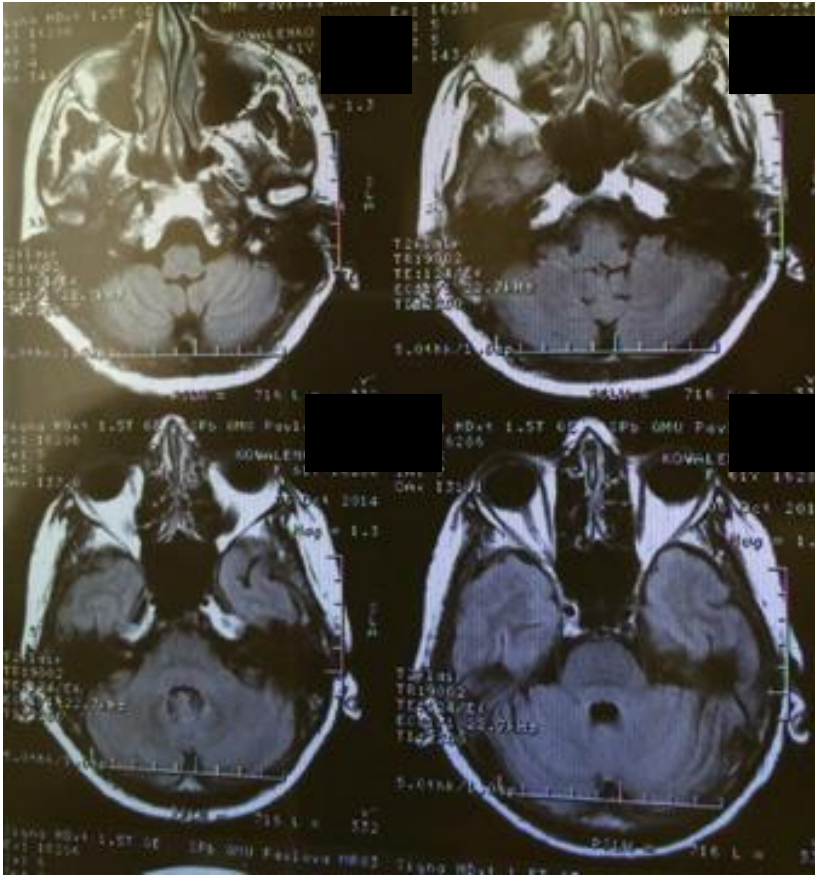


На серии МР-ангиограмм сосудов гол.мозга получены изображения визуализированы ВСА, ПА, основная артерия и их интракраниальные ветви. Отмечается неполная правосторонняя задняя трифуркация, правая ЗМА образована преимущественно из бассейна ВСА. На реформированном изображении не получен сигнал от левой задней соединительной артерии, однако на «сырых», необработанных срезах тонкая, менее 0,1 см толщиной, соединительная артерия частично прослеживается. Асимметрия позвоночных артерий ППА диаметром 0,2 см, ЛПА диаметром 0,1 см. Признаков аневризматических расширений, мальформаций сосудов ГМ не выявлено. Периферический кровоток не обеднен. **Заключение: Вариант развития Виллизиева круга в виде неполной правосторонней задней трифуркации. Асимметрия позвоночных артерий.**

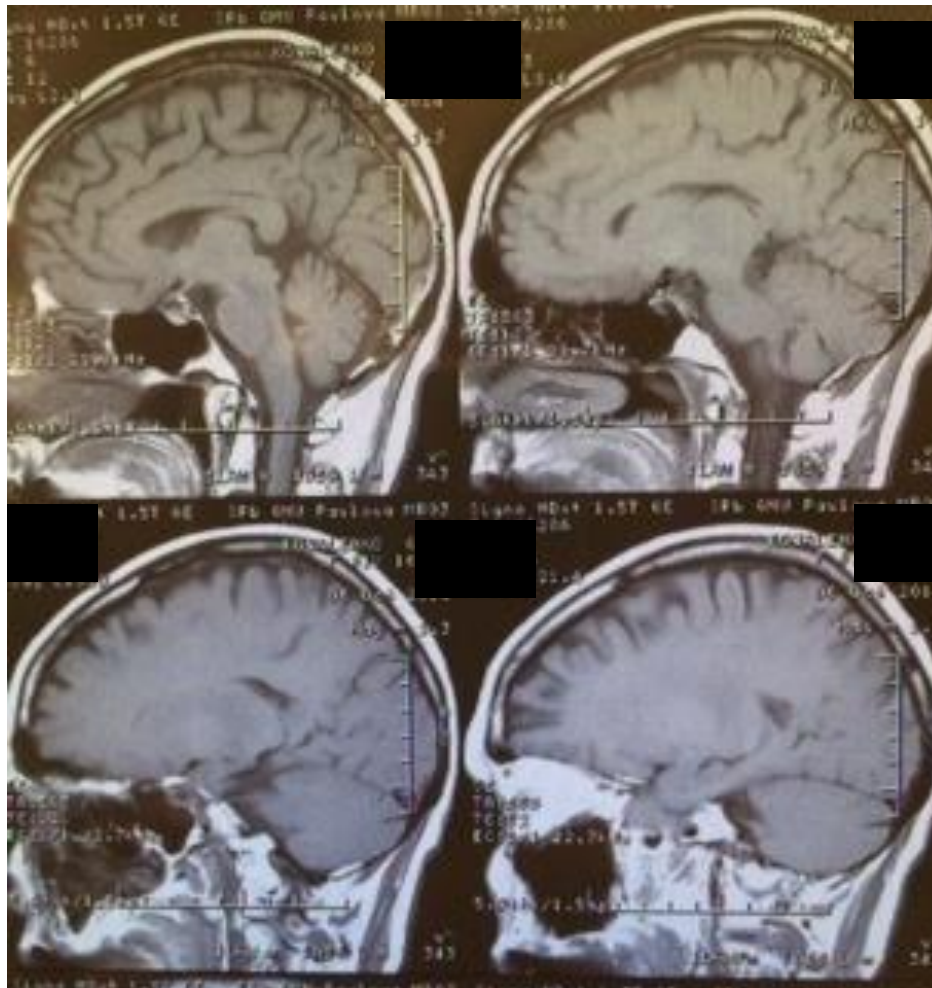
МРТ головного мозга от 06.10.14



МРТ головного мозга



МРТ головного мозга



МРТ головного мозга Об.10.14

На серии МР-томограмм, взвешенных по T1 и T2, в трех взаимно перпендикулярных проекциях, с выполнением специальных импульсных последовательностей FLAIR, GRE, DWI, визуализированы суб- и супратенториальные структуры головного мозга. Очаговые изменения убедительно не прослеживаются. В белом веществе лобных и теменных долей, в субкортикальных отделах прослеживаются зоны изменения интенсивности сигнала, гиперинтенсивные на T2 ВИ, по ходу борозд, тонкие, вытянутые, толщиной до 0,1 см, косвенные признаки повышенного внутричерепного давления. Расширены пространства Вирхова-Робина. Боковые желудочки симметричны, не расширены. III желудочек не расширен, IV желудочек не изменен. Субарахноидальные конвекситальные пространства неравномерно локально расширены в области лобных и теменных долей. Срединные структуры не смещены. Хиазмально-селлярная область без особенностей. Миндалины мозжечка расположены обычно.

Заключение: МР-картина арахноидальных изменений ликворокистозного характера. Косвенные признаки повышенного внутричерепного давления.

План проведения дифференциального диагноза:

1. Объемное образование головного мозга;
2. Аневризмы, мальформации сосудов головного мозга
3. Посттравматическая головная боль
4. Головная боль, обусловленная внутричерепной гипертензией
5. Мигрень
6. Цервикогенная головная боль
7. Головная боль напряжения

План обследования

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови: общий белок, холестерин, креатинин, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, Na, K.

МРТ головного мозга с ангиографией;

МРТ головного мозга в венозную фазу;

ЭЭГ.

Результаты анализов и обследований

Биохимическое исследование крови

06.10.14

Аст	28
общий белок	74
калий	6.2 >(3.5-5.1)
натрий	136.2
глюкоза натощак	6,5> (3.9-6.1)
креатинин	0.090
хс общий	6.10>(3.1-5.2)

Коагулологическое исследование

06.10.14

протромбиновое время

10.6

протромбиновый индекс

99.06

МНО

1.01

Клинический анализ крови 23.09.14

эритроциты		4.6
гемоглобин		142
Цв.п		0.93
гематокрит		41.4
ср объем эритро.		89.4
средн содерж.гем.в эр		30.7
срдн конц гем.в эр		343
индекс распр.по объему эр		12.2
Тромбоциты		414>
ср.объем тромбоцита		7.8
лейкоциты		10.3>
нейтрофилы	59.8	6.16>
лимфоциты	31.3	3.2>
моноциты	6.4	0.66>
базофилы	0.6	0.062
эозинофилы	1.9	0.196
СОЭ		10

Анализ мочи общий

физико-химические св-ва

кол-во	100мл
цвет	соломенно-ж
прозрачность	прозр
относит.плотность	1.017
реакция	5.0
реакция рН	кислая(рН<7)
белок	0
глюкоза	0

микроскопическое исследование

эпителий пл	4-5
лейкоциты	1-3
эритроциты	-
Слизь	+

Диагноз:

Головная боль напряжения. Эпизодическая, частая.

Мигрень без ауры. Эпизодическая, редкая.
ГБIIст. ДДЗП. Аномалия Киммерле. Спондилогенный преимущественно шейно-грудной мышечно-тонический синдром.

Сопутствующий: Аутоиммунный тиреоидит, Эутиреоз.
Хронический гастрит, ремиссия. Хронический геморрой, ремиссия.

План лечения.

- 1) Т.Фенибут 250мг 1т. 2 раза в день
- 2) Т. Ладастен 50мг 1т. утром, 1т. вечером до 17:00
- 3) Т.Беллатаминал 1т. 3 раза в день
- 4) Т.Магне В6 3т. утром, 3т. днем, 2т. Вечером
- 5) В/в капельно р-р Милдроната 5мл + Физ.р-р 200мл 5мл
№10
- 6) р/р Нейромидина 15мг в/м №10
- 7) ЛФК (дыхательная гимнастика)
- 8) Массаж
- 9) Ко-эксфорж 5/160/12,5;
- 10) Беталок Зок 200мг
- 11) Кардиомагнил 75мг 1т. днем

Список сокращений:

- АД – артериальное давление;
- АГ – артериальная гипертензия;
- АТ – аутоиммунный тиреоидит;
- ГБ – гипертоническая болезнь;
- ДС БЦС – дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов;
- ЗЧМТ – закрытая черепно-мозговая травма;
- МРТ ГМ – магнитно-резонансная томография головного мозга;
- МР АГ – магнитно-резонансная ангиография;
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты;
- УЗДГ – ультразвуковая доплерография;
- УЗИ – ультразвуковое исследование.