

# Разбор клинического случая Пациент Л., 65 год

---

ПОДГОТОВИЛА  
СТУДЕНТКА 6 КУРСА  
ЕРОХИНА ЕЛИЗАВЕТА

# Жалобы (02.11.17)

---

- На прогрессирующую слабость в левой ноге
- На мышечные спазмы в левой ноге
- На нарушение походки, неустойчивость

# Anamnesis morbi

В 2012 году – впервые боли в левой стопе, вскоре после чего отметила деформацию 2-4 пальцев левой стопы, которые приняли положение веерообразного разведения.

В НЦН был поставлен диагноз: остеохондроз подвздошно-крестцового отдела с формированием грыж межпозвоночных дисков L2-3, L3-4, L4-5, стеноз позвоночного канала на уровне L3-5.

В марте 2014 года в НЦН проведена операция микроламинэктомия на уровне L4-5 слева.

В сентябре 2014 нарушение походки прогрессировало (появились падения).

В феврале 2016 года обследовалась в КНБ, выписана с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия 2 степени, декомпенсация, левосторонняя гемидистония, дегенеративно-дистрофические изменения дисков и тел позвонков.

В конце 2016 года повторно была госпитализирована в КНБ, был предложен диагноз рассеянный склероз, проведена пульс-терапия Солу-Медролом без динамики.

В связи с прогрессирующей симптоматикой госпитализирована в КНБ.

# Anamnesis vitae

Перенесенные и хронические заболевания, операции, травмы – ветряная оспа и корь в детстве, хронический ринит, хронический бронхит, гиперметропия высокой степени, астигматизм, в 2014 г. - операция микроламинэктомия на уровне L4-5 слева

Аллергологический анамнез – не отягощен.

Трудовой анамнез – оператор почтовой связи, на пенсии.

Вредные привычки – отрицает.

Наследственный анамнез – мать умерла от рака матки, отец - от ОНМК.

Эпидемиологический анамнез – за последние 6 месяцев из страны не выезжал.

# Соматический статус

---

Состояние по основному заболеванию средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски.

Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Рост 156 см, вес 65 кг, ИМТ=27.

Дыхание жесткое. ЧДД – 16.

АД - 115/75. ЧСС – 75.

Аппетит хороший. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень не выходит из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, частое. Симптом поколачивания – отрицательный с 2 сторон. Периодически пациентка испытывает ощущение не до конца опорожненного мочевого пузыря, неудержание мочи.

# Неврологический статус

---

Сознание ясное. Ориентация в месте, времени, собственной личности не изменена. Контактна.

Менингеальные симптомы не выявлены.

## Черепно-мозговая иннервация

I – запахи различает.

II – поля зрения ориентировочно в норме. Гиперметропия высокой степен, астигматизм (корректируется очками).

III, IV, VI – движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Фотореакция (прямая и содружественная) сохранены OD=OS.

V – нарушений чувствительности на лице нет. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна. Сила и трофика жевательной мускулатуры сохранены. Корнеальный, мандибулярный рефлекс сохранены.

# Неврологический статус

---

VII – мимические пробы выполняет хорошо. Нарушения вкуса нет. Слезотечения и сухости склер нет.

VIII – слух не нарушен, признаков системного головокружения нет, мелкокоразмашистый установочный нистагм в крайних отведениях.

IX, X – глотания, фонация не нарушены, язычок мягкого неба по средней линии, глоточные рефлексy сохранены, симметричны.

XI – сила и трофика трапециевидных и грудинно-ключично-сосцевидных мышц сохранены.

XII – язык по средней линии, гипотрофия и фасцикуляции в языке отсутствуют.

Симптомы орального автоматизма – хоботковый (-), рефлекс Маринеску-Радовичи (-)

# Неврологический статус

---

## Двигательная сфера

Объем активных движений полный. Сила мышц левой верхней конечностей снижена до 4.5 баллов, левой нижней конечности - до 3.5-4 баллов, правой нижней конечности - до 4.5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук нормальные, с ног – повышены. Рефлекс Бабинского с двух сторон, с левой стороны выражен сильнее. Клонусов нет. Мышечный тонус повышен по спастическому типу в левой ноге. Проба Барре – отрицательная. Фасцикуляции не выявлены. Формирование патологической позы левой стопы (протирована кнутри)



# Неврологический статус

## Чувствительная сфера

Поверхностная (болевая, температурная) чувствительность: выявлена гиперестезия дистального отдела левой ноги. Глубокая (суставно-мышечное чувство, вибрационная) чувствительность сохранена. Сложные виды чувствительности (дискриминационная, двухмерно-пространственное чувство, чувство локализации) сохранены.

## Координаторная сфера

Динамические координаторные пробы (пальце-носовая, пяточно-коленная) выполняет с мимопопаданием в левой ноге. В позе Ромберга пошатывается. Проба Ромберга положительная (отмечаются латеропульсии). Проба на дисдиадохокинез отрицательна. Симптом Стюарта-Холмса отрицательный. Передвигается с опорой, с расширением базы ходьбы, прихрамывая на левую ногу, на пятках и носках невозможна.

## Тазовые функции

Отмечает периодическое ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, недержание мочи

# Синдромы

---

- Синдром двигательных нарушений по типу гемидистонии с формированием патологической позы дистального отдела левой ноги
- Стрессовое недержание мочи
- Тревожное расстройство, обусловленное соматическим заболеванием

# Данные лабораторно-инструментальных исследований

**ОАК** (от 25.10.17) – лейкоциты  $5.9 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты –  $4.63 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 125 г/л, гематокрит – 41.4%, тромбоциты –  $283 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 5.

**ОАМ** (от 25.10.17.) – цвет-желтый, прозрачность-полная, относительная плотность-1015, рН-6.0, белок, глюкоза, кетоновые тела, уробилиноген, билирубин – отрицательно, лейкоциты, эритроциты, эпителий – не обнаружены, слизь, бактерии, дрожжевые грибки – отрицательно.

**Б/х анализ крови** (от 25.10.17) – АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 30 Ед/л, КФК – 147 Ед/л, ревматоидный фактор – 7.9 Ед/мл, Антистрептолизин О – 51 Ед/мл, альбумин – 40 г/л, билирубин – 8,8 мкмоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин – 0.74 мг/дл, ЛДГ – 187 Ед/л, мочевая кислота – 256 мкмоль/л, общий белок – 68.3 г/л, **холестерин – 6.99 ммоль/л, триглицериды – 2.16 ммоль/л**, ЛПВП – 2.42 ммоль/л, **ЛПОНП – 0.98 ммоль/л**, ЛПНП – 3.59 ммоль/л, КА – 1.89, ТТГ – 1.1 мкМе/мл.

# КТ головного мозга (17.02.2016)

---

Срединные структуры не смещены. Определяется снижение плотности мозгового вещества в перивентрикулярных отделах. Боковые желудочки не расширены, симметричны. Третий и четвертый желудочек нормальных размеров. Корковые борозды расширены в лобно-височных отделах. Определяется арахноидальная киста в задней черепной ямке размером 13\*12 мм. Базальные цистерны не изменены. Изменений в костях свода и основания черепа не выявлено. Определяется симптом формирующегося пустого турецкого седла. Отмечается обызвестление базилярной и передних нижних мозговых артерий. Пневматизация височных костей симметрична, внутренние слуховые проходы не расширены.

**Заключение: признаки сосудистой энцефалопатии, арахноидальная киста.**

# MPT (07.09.2016)

---

Область исследования: головной мозг

Исследование проведено в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях в T1 и T2 взвешенных изображениях, flair.

На полученных изображениях определяются множественные очаги демиелинизации в перивентрикулярной области, височных отделах и мозолистом теле. После введения контраста патологического накопления не выявлено.

Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки обычной формы, симметричны, умеренно расширены.

Мозолистое тело истончено.

**Заключение: МР-картина демиелинизирующего процесса ГМ в фазе ремиссии.**

# Данные лабораторно-инструментальных исследований

---

**Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий**– атеросклеротические изменения экстракраниальных отделов магистральных артерий головы со стенозированием бифуркации правой ОСА на 50-55%, устья обеих ВСА на 35%. S-образный изгиб обеих ВСА в дистальном отделе с умеренным локальным приростом скорости кровотока. Деформация хода обеих позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. S-образный изгиб левой позвоночной артерии в экстравертебральном отделе.

# MPT (от 30.10.2017)

---

Область исследования: головной мозг.

На полученных изображениях определяются множественные очаги в белом веществе, местами сливающиеся между собой. Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки обычной формы, симметричны, не расширены. Мозолистое тело истончено. Субарахноидальные пространства полушарий большого мозга и мозжечка не расширены. Отмечается также расширение периваскулярных пространств, как в области подкорковых ядер, так и в конвекситальных отделах. Гипофиз не увеличен, структура однородна, хиазма не сдавлена. Супраселлярная цистерна не расширена, ножка не отклонена. Базальные цистерны не расширены, не деформированы. Орбиты, глазные яблоки, зрительные нервы без особенностей.

**Заключение: МР—картина хронической ишемии головного мозга**

# Клинический диагноз

---

Вторичная гемидистония на фоне поражения  
головного мозга сосудистого генеза



# План лечения

---

Леводопа

Статины (аторвастатин 10 мг/сут)

Снижение массы тела, рациональное питание (богатое полиненасыщенными жирными кислотами (Омега-3), фруктами и овощами).

Консультация физиотерапевта