



**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**

## **11.12.2014 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 Г. В. Н.

Дата рождения 26.01.1957 (57 лет)

Госпитализирован в плановом порядке на Неврологическое отделение №2 ПСПбГМУ им. И.П.Павлова 08.12.2014

**Кураторы:**  
**врач-невролог Лапин А.В.,**  
**врач-интерн кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО**  
**Жукова Е.А.**

№ИБ41\*\*\*\*/С2014

# Жалобы при поступлении:

на слабость и похудение в кистях, больше в левой; невозможность выполнять тяжелую физическую нагрузку, связанную с работой руками; невозможность выполнения мелкой моторики в правой руке.

# Анамнез заболевания.

Начало заболевания с 1994 года, когда утром после сна на фоне общего благополучия внезапно появилась слабость в правой руке. Нарушений глотания, речи, слуха, зрения не было. Через месяц пациент стал отмечать похудание мышц правой кисти и правого предплечья. Так же, со слов пациента, через 2-3 месяца после появления слабости появилась ноющая боль в предплечье на латеральной поверхности, которая длилась в течении 2 мес. За медицинской помощью не обращался. Отмечает, что сила мышц правой руки слегка восстановилась через год. В 1996 году пациент обратился к неврологу по месту жительства. Выполнялась ЭМГ, при которой выявлены изменения, указывающие на изолированное поражение корешка С6-С7, больше справа, на фоне страдания проксимальных отделов периферических нервов(корешков). Также диагностированы признаки страдания периферического мотонейрона вторичного характера. Проводилось курсовое лечение: Прозерин, Трентал, Витамины группы В, ручное вытяжение, массаж шейного отдела позвоночника. По мнению пациента с минимальным положительным эффектом.

# Анамнез заболевания.

Проводилось МРТ шейного отдела позвоночника от 31.01.96. Выраженный остеохондроз на уровне диска С6-С7 со снижением его высоты и наличием задне-боковых остеофитов на этом уровне, прикрывающих задне-правую грыжу диска С6-С7, умеренно сдавливающую правую половину спинного мозга на этом уровне. Умеренная протрузия дисков С3-С4, С4-С5 кзади с компрессией передней камеры на этих уровнях.

В последующем проводился курс повторного консервативного и реабилитационного лечения. Слабость в руке сохранялась.

МРТ (в динамике) от 04.06.04: Дорзальная диффузная грыжа диска С6-С7 размером 0.4 см с распространением на оба межпозвонковых отверстия. Дорзальные протрузии дисков С3-С4, С4-С5, С5-С6, размером до 0.2 см с распространением на оба м/п отверстия. Просвет спинного канала сужен на уровне грыжи и протрузии, спинной мозг структурирован.

# Анамнез заболевания.

В 2012 году пациент стал отмечать похудание мышц в правой руке. В 2013 году появилась слабость в правой руке.

Подергиваний, нарушений чувствительности не отмечал.

Нарушений глотания, слуха, зрения и речи не наблюдалось.

МРТ от 10.12.13 МР- признаки дегенеративно-дистрофических изменений в сегментах С2-С7. Дорзальная левосторонняя фораминальная прикрытая костными разрастаниями грыжа диска С4-С5 размерами до 3 мм, компремирующая переднюю камеру дурального мешка, суживающая правое м/п отверстие , с признаками компрессии корешков. Протрузии дисков С5-С6 и С6-С7 размерами до 2.5 мм, м/п отверстия сужены за счет заострения и отклонения кнаружи полулунных отростков, возможно воздействие на корешки нервов.

# Анамнез заболевания.

С 23.12.13 по 05.03.14г. проходил лечение (коррекция низкоинтенсивным лазерным излучением м/п дисков С4-С5 слева, С5-С6 с двух сторон, С6-С7 справа) в специализированной клинике «\*\*\*\*\*» с диагнозом: Двусторонняя невропатия срединного и локтевого нерва. Мультифокальная моторная невропатия? Множественная невропатия с преимущественным поражением локтевых и срединных нервов? Поражение моторных нейронов? На фоне лечения отмечалось субъективное улучшение самочувствия, некоторое увеличение силы в мышцах кистей.

Поступил на отделение неврологии и мануальной медицины для консервативного и реабилитационного лечения.

# Анамнез жизни.

Место рождения: г. Улан-Уде

Образование высшее, с 1978 г. по 2012 г. работал пилотом.

Проживает в семье с женой, бытовые условия нормальные, наследственных заболеваний в семье нет.

Курение *с 18 лет до 50 лет по 1 пачке в день* ,  
употребление алкоголя отрицает.

Перенесенных заболеваний, травм, операций нет.



# Анамнез жизни.

Эпидемиологический анамнез - тbc, венерическими заболеваниями, тифами, не болел. В 1987 году перенес гепатит А.

Гемотрансфузии - отрицает

Аллергологический анамнез спокойный.

Страховой анамнез - поступил без б/л.

# Объективное исследование.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Дизрафических черт нет. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Питания умеренного. Лимфатические узлы не пальпируются. Отёков нет. ЧСС - 74 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст., D=S. Пульс симметричный, ритмичный, не напряжён. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Функции тазовых органов не нарушены.

# Неврологический статус.

*Сознание:* ясное.

*Психотические нарушения:* нет.

*Эмоциональных и интеллектуально-мнестических нарушений:* нет.

*Высшие мозговые функции (речь, гнозис и праксис):* не нарушены.

## ***Черепные нервы:***

Гемианопсии нет. Зрачки среднего диаметра,  $D > S$ . Реакции зрачков на свет (прямая и содружественная) живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Симптом «спотыкания» глазных яблок. Диплопии нет. Правая глазная щель незначительно уже, чем левая. Легкий птоз справа. Чувствительность на лице не нарушена. Мимическая мускулатура без парезов. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Язык по средней линии. Uvula по средней линии. Мягкое небо подвижно, симметрично. Глоточные рефлексы живые с 2-х сторон. Хоботкового рефлекса нет, рефлекс Маринеску-Радовичи не вызывается.

## *Двигательная система:*

Верхние конечности: тонус мышц - не изменен. Гипотрофия мышц тенора справа. Более выраженная гипотрофия тенора, гипотенора, межкостных мышц кисти, предплечья слева. Мышечная сила: динамометрия правой кисти - 26 кг, левой - 24 кг. Измерение объёма: плечо на уровне 15 см от локтевого отростка справа - 33,7 см, слева 31 см; предплечья на уровне 10 см от локтевого отростка справа 27,8 см, слева 27,2 см.

Сила *m. deltoideus* 5 баллов с 2-х сторон, *m. biceps brachii* - 5 баллов с 2-х сторон, *m. triceps brachii* - 5 баллов с обеих сторон, разгибатели кисти справа 2 баллов, слева 5 баллов, 3 балла в локтевом сгибателе кисти слева, межкостные мышцы кисти слева - 3 балла, справа - 2 балла. Мышцы оппозиции слева - 5 баллов, справа - 4 балла.

Глубокие рефлексy: Карпо-радиальные низкие S=D; карпо-ульнарные низкие S=D; бицепс-рефлексy - отсутствует слева, справа вызывается низкий; трицепс-рефлексy - снижены S<D.

Нижние конечности: Тонус мышц не изменен. Сила мышц - 5 баллов. Измерение объёма бедро на уровне 20 см выше надколенника справа 51,5 см, слева 50 см, голень на уровне 15 см ниже надколенника справа 38 см, слева 38 см. Коленные рефлексy повышены, S>D; ахилловы рефлексy незначительно снижены, S<D. Подошвенные рефлексy снижены, S<D.

Патологических стопных и кистевых знаков нет.

**Экстрапирамидная система:** не нарушена.

**Чувствительность:** температурная и болевая не нарушена, тактильная не нарушена, вибрационная: на латеральной лодыжке слева 12 сек., справа 16 сек., на шиловидном отростке лучевой кости слева 28 сек., справа 20 сек.

**Координация.**

**Указательные пробы:** пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив.

**Менингеальных симптомов нет.**

**Статика и динамика позвоночника:** нарушена в шейном и пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

**Локальные мышечно-тонические нарушения:** в шейном отделе позвоночника и надплечиях.

# Топический диагноз

## Выявленные синдромы:

1. Ассиметричный периферический парез дистальных мышц рук с обеих сторон( S>D);
2. Синдром Горнера справа.

# Локализация очага поражения:

Спинной мозг на уровне шейного отдела, преимущественно передние рога в сегментах C5, C6, C7.



# Диагноз:

Шейная дорсопатия. Дискогенная компрессионно-венозная (грыжи м/п дисков С4-С7) радикуло-миелоишемия С4-С7.

# План обследования и лечения:

- Клинический анализ крови,
- Биохимический анализ крови,
- Консультация врача ЛФК,
- Консультация врача ИРТ,
- Консультация врача физиотерапевта,
- Тромбо Асс 75мг, Престариум 5 мг.
- Нейромидин 1,0 - в/м 2 раза в сутки;
- Милдронат 5 мл - в/в 1 раз в сутки;

# Рекомендовано:

Добавить к лечению:

1. Таб. Ангиофлюкс 2 мл внутримышечно 1 раз в день (10 дней), затем по 1 капсуле утром и вечером ( 25 дней).
2. Кортексин (после Ангиофлюкса) 20 мг внутримышечно 10 раз.
3. Глиатилин внутрь после еды утром и в обед 28 дней (во время приёма Ангиофлюкса).

**МРТ 10.09.14 г.**

МР-признаки дегенеративно - дистрофических изменений в сегментах С2-С7. Дорзальные диффузные протрузии дисков С3-С4, С4-С5, С5-С6 размерами до 2 мм, незначительно деформирующие переднюю камеру дурального мешка, не суживающие межпозвонковые отверстия, без признаков компрессии корешков нервов.

Дорзальная диффузная грыжа диска С6-С7 размерами до 3 мм, деформирующая переднюю камеру дурального мешка, м/п отверстия сужены за счет заострения и отклонения кнаружи полулунных отростков, возможно воздействие на корешки нервов.

Спондилоартроз.

## ЭНМГ 26.06.14 г.

Полученные данные указывают на грубое аксонально-демиелинизирующее поражение моторных и сенсорных волокон левого локтевого нерва на уровне локтевого сгиба, грубое аксонально-демиелинизирующее поражение моторных и сенсорных волокон левого срединного нерва на уровне запястья, демиелинизирующее поражение моторных и сенсорных волокон правого срединного нерва на уровне запястья, демиелинизирующее поражение моторных и сенсорных волокон правого локтевого нерва на уровне локтевого сгиба.

## ЭНМГ 18.11.14 г.

Полученные данные в наибольшей степени могут соответствовать возможному поражению на уровне мотонейронов передних рогов спинного мозга преимущественно на уровне С7 справа и С8-Т1 слева , либо варианту атипичной моторной нейропатии. Кроме того, выявляются данные за нарушение проведения преимущественно по сенсорным волокнам срединных нервов на уровне запястных каналов с 2-х сторон.

## УЗИ нервов верхних конечностей.

УЗ признаки двустороннего сдавления срединного нерва в карпальном канале. Факторы способствующие сдавлению: синовит с расширением полости лучезапястного и межзапястных суставов, утолщение *retinaculum flexorum*.

УЗ признаки незначительно выраженного сдавления левого локтевого нерва в кубитальном канале.

## Клинический анализ крови (09.12.2014 г.):

Показатель		Норма
Эритроциты	4.8	4.1 – 5.1 · 10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	148	132 – 164 г/л
Цветовой показатель	0.93	0.85 – 1.05
Гематокрит	43.9	36.0 – 42.0 %
Тромбоциты	276	150 – 400 · 10 <sup>9</sup> /л
Лейкоциты	<b>16.3</b>	4.0 – 8.8 · 10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы	<b>13.04</b>	2.20 – 4.80 · 10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты	2.0	1.2 – 2.5 · 10 <sup>9</sup> /л
Моноциты	<b>1.19</b>	0,09 – 0,60 · 10 <sup>9</sup> /л
Базофилы	0,033	0.0 – 0.065 · 10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы	0.016	0.0 – 0.300 · 10 <sup>9</sup> /л
СОЭ	<b>16</b>	2-15 мм/час



## Биохимический анализ крови (09.12.2014 г.):

Показатель		Норма
АСТ	17	10 – 42 Е/л
Общий белок	78	65 – 85 г/л
Калий	4,6	3.5 – 5.1 ммоль/л
Натрий	137,0	135.0 – 148.0 ммоль/л
Билирубин общий	<b>26.0</b>	3.4 – 20.5 мкмоль/л
Билирубин прямой	<b>3.9</b>	0.0 – 3.4 мкмоль/л
Билирубин непрямой	<b>22.1</b>	1,7–17,1 мкмоль/л
Глюкоза натощак	6.0	3.9 – 6.1 ммоль/л
Креатинин	0,082	0.053 – 0.097 ммоль/л
Холестерин общий	<b>6.35</b>	3.10 – 5.20 ммоль/л

## Список сокращений:

- ЭМГ – электромиография;
- МРТ – магнитно-резонансная томография;
- м/п отверстия – межпозвонковое отверстие;
- м/п диск – межпозвонковый диск;
- ЧСС – частота сердечных сокращений;

## Список литературы:

1. А. А. Скоромец «Топическая диагностика»
2. Ф. Леманн - Хорн, А.Лудольф, «Лечение заболеваний нервной системы»
3. М. Мументалер «Неврология».