



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

20.11.2014 г.



Доцент кафедры неврологии
и мануальной медицины ФПО:
Артур Нарсисович Ахметсафин;
Ассистент кафедры
неврологии
и мануальной медицины ФПО:
Владислав Викторович Андреев
Лечащий врач:
Антон Владимирович Лапин

Санкт-Петербург, 2014 год

ВВОДНЫЕ ДАННЫЕ

ПАЦИЕНТКА С. Г. Ю., 65 лет

Госпитализирована в плановом порядке на
Неврологическое отделение №2 ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
10.11.2014

Куратор интерн кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО
ПСПбГМУ Гаврилова Е.А.

№ИБ *****/С2014

Жалобы при поступлении

на ежедневную головную боль значительной интенсивности (7-8 баллов по ВАШ).

Особенности головных болей

-) возникают преимущественно утром, не уменьшающуюся при смене положения тела. Со слов пациентки , “просыпается от головной боли”;
-) в теменной области, симметричную, с крайне редкими эпизодами иррадиации в область левой глазницы, давящего характера, не пульсирующую, не меняющую локализацию и характер в течение дня;
-) со слов, «ни разу не проходящую самостоятельно без приема обезболивающего», однако, не купируемую полностью приемом анальгетиков.

Условно «средний» эпизод головной боли:

-) Пациентка просыпается с выраженной головной болью
-) Принимает НПВП (Таб. Ибупрофен, Таб. «Седал», Таб. “Спазган”, Таб. «Солпадеин») дважды с интервалом в 30 мин + бензодиазепин (Таб. Феназепам 0,001). После этого наступает уменьшение интенсивности головной боли до 2-3 баллов ВАШ.
-) Рецидив головной боли прежней интенсивности, локализации и характера около 18-00, повторный прием НПВП.
-) Часто, рецидив головной боли перед сном, повторный прием НПВП.

«Удачный день» - 2-3 таблетки НПВП

«Плохой день» - 8 таблеток НПВП.

Анамнез заболевания

Заболела остро в 36 лет (1985 год). После стрессовой ситуации стала отмечать эпизоды головной боли от 2 до 5 раз в месяц указанной локализации и характера, меньшей интенсивности (до 6 баллов по ВАШ).

Ранее эпизодов головной боли не отмечала.

-) На высоте интенсивности боли неоднократные госпитализации в неврологические отделения. На фоне сосудистой терапии отмечала значительное уменьшение частоты эпизодов головной боли до 1-2 в месяц в течение 3 месяцев, затем значительное увеличение частоты эпизодов.

-) Отмечала выраженный, но также краткосрочный, положительный эффект после госпитализации в клиники неврозов и психотерапии (им. И.П.Павлова, НИПНИ им. В.М. Бехтерева).

-) Равномерное нарастание частоты эпизодов головной боли и их интенсивности с дебюта до 52 лет, когда после стрессовой ситуации боль становится ежедневной.

-) В 52 года (2001 г.), в связи с интенсивностью и частотой эпизодов головной боли, вынуждена была прекратить трудовую деятельность. По настоящее время находится на инвалидности.

-) В настоящее время социально дезадаптирована, со слов, из-за интенсивности боли.

-) До 2001 года полное сохранение трудоспособности, «не отпрашивалась с работы». Профессия - учитель.
-) Развитие толерантности ко всем лекарственным средствам, использовавшимся для купирования эпизода головной боли в течение, в среднем, за 3 месяца (до 1 года).
-) Отмечает четкую связь возникновения эпизода головной боли или усиления его интенсивности при психо-эмоциональных нагрузках и изменениях погоды (дождливая, ветреная, изменение температуры воздуха).

Анамнез жизни

Хронические заболевания:

Язвенная болезнь желудка, ремиссия.

Хронический колит, ремиссия

Хронический панкреатит, ремиссия.

ИБС. Стенокардия напряжения 2 ф.к., ХСН I.

Менопауза с 2001 г.

Травмы головного мозга - отрицает

Гипотиреоз

ЛОР-патология: синуситы (ежегодно).

Объективное исследование

Общее состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет.

ЧСС 68 ударов в минуту.

АД 130/80 мм. рт. ст. (интенсивность головной боли, со слов, никогда не коррелирует с повышением АД).

Неврологический статус

Сознание ясное. Психотических нарушений нет.
Эмоциональные и интеллектуально-мнестические нарушения:

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS): 15 / 5

Отдельные мозговые функции (речь, гнозис, праксис) не нарушены.

Черепные нервы - Гемипарезов нет. Зрачки D=S, Р.з.с.
Сохранена, живая, прямая и содружественная. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет.

Uvula по средней линии, мягкое небо подтягивается кверху симметрично .

Лицо симметричное, чувствительность на лице не нарушена. Фонация и глотание не нарушены. Язык - незначительно отклоняется влево. Незначительно сглажена левая носогубная складка. Слабо выраженный хоботковый рефлекс. Симптом Маринеску-Радовичи не вызывается.

Двигательная система

Мышечный тонус в руках не изменен; Мышечная сила в верхних конечностях полная; Глубокие рефлексы на верхних конечностях сохранены, средней живости: карпорадиальный рефлекс $D=S$, бицепс-рефлекс $D<S$; Рефлекс Россолимо-Вендеровича не вызывается; Брюшные рефлексy снижены $D=S$. Мышечный тонус в ногах $D>S$;

Мышечная сила в нижних конечностях полная; Глубокие рефлексy на нижних конечностях средней живости: коленный рефлекс $D < S$; ахиллов рефлекс высокий, $D = S$. Подошвенные рефлексy снижены с обеих сторон. Патологических стопных знаков нет.

Экстрапирамидная система не нарушена.

Чувствительность не нарушена.

Координация: Пяточно-коленная проба выполняется правильно. Пальценосовая проба с закрытыми глазами выполняется правильно. 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. Дермографизм белый.

Status localis:

- Вертикальный размер орбиты $D < S$. Надбровная линия лобной кости наклонена влево. Правое большое крыло основной кости – выше; нижняя челюсть – латерогнатия. Признаки контрротации височной кости слева (наружная ротация левой височной кости)
- Пальпация швов черепа:
 - Коронарный шов- напряжения нет;
 - Швы боковых родничков – напряжены;
 - Чешуйчатый шов – напряжение слева;
 - Швы задних родничков – напряжение слева;
 - Ламбдовидный шов- не напряжен;
 - Сагиттальный шов – признаки напряжения;

- **Функция шейного отдела позвоночника:**
- При наклоне головы вперед, назад, вправо и влево выявляется симптом натяжения слева с иррадиацией в левый сосцевидный отросток.
- **Ротационные пробы:**
 - слева - боль в области сосцевидного отростка;
 - справа - без особенностей;
- **Вывод:** процесс не выходит за пределы черепа и краниовертебрального сочленения.

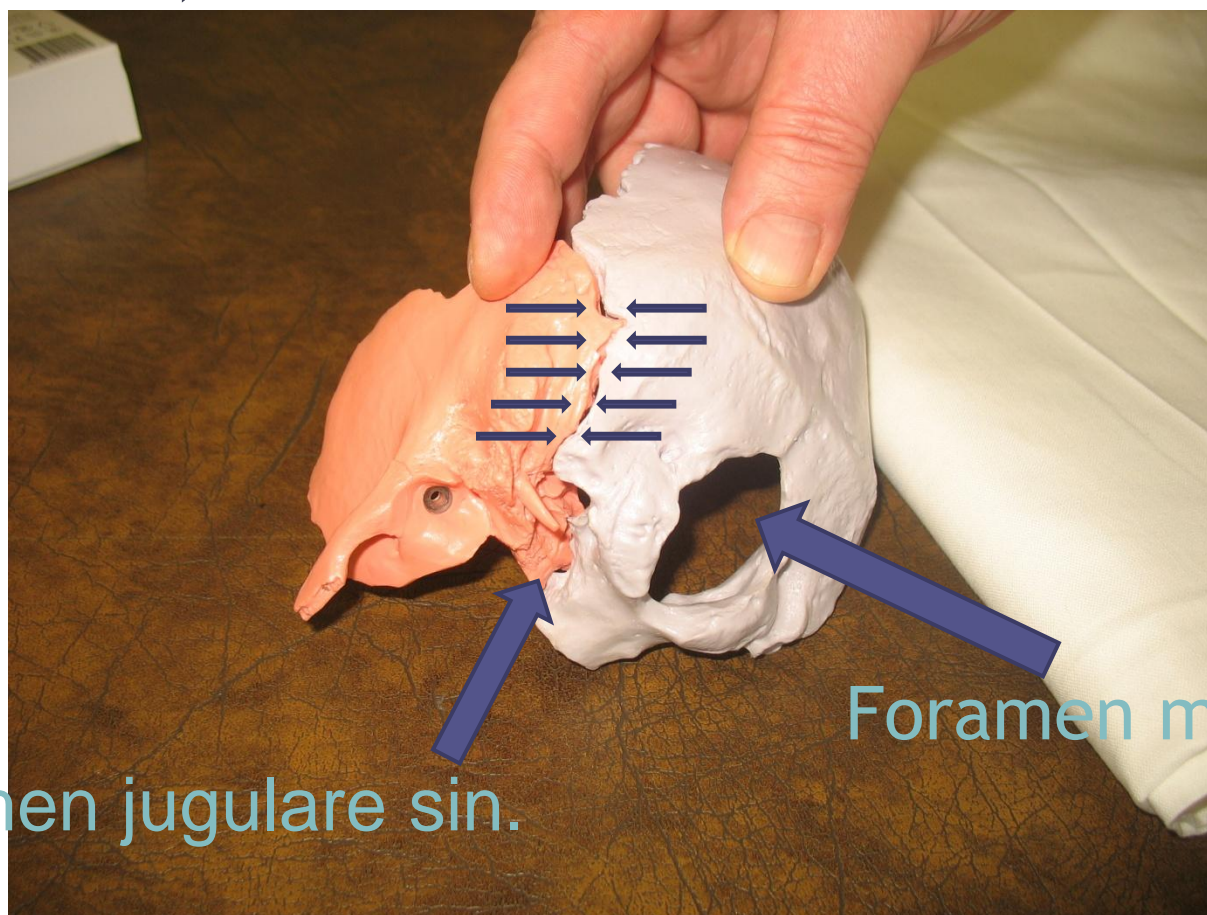
Выявленные краниометрические синдромы:

- Синдром компрессии височной кости справа;
- Синдром компрессии сагиттального шва с нарушением оттока из прямого синуса;
- Синдром яремного отверстия слева;

Выявленные краниометрические синдромы (модель):



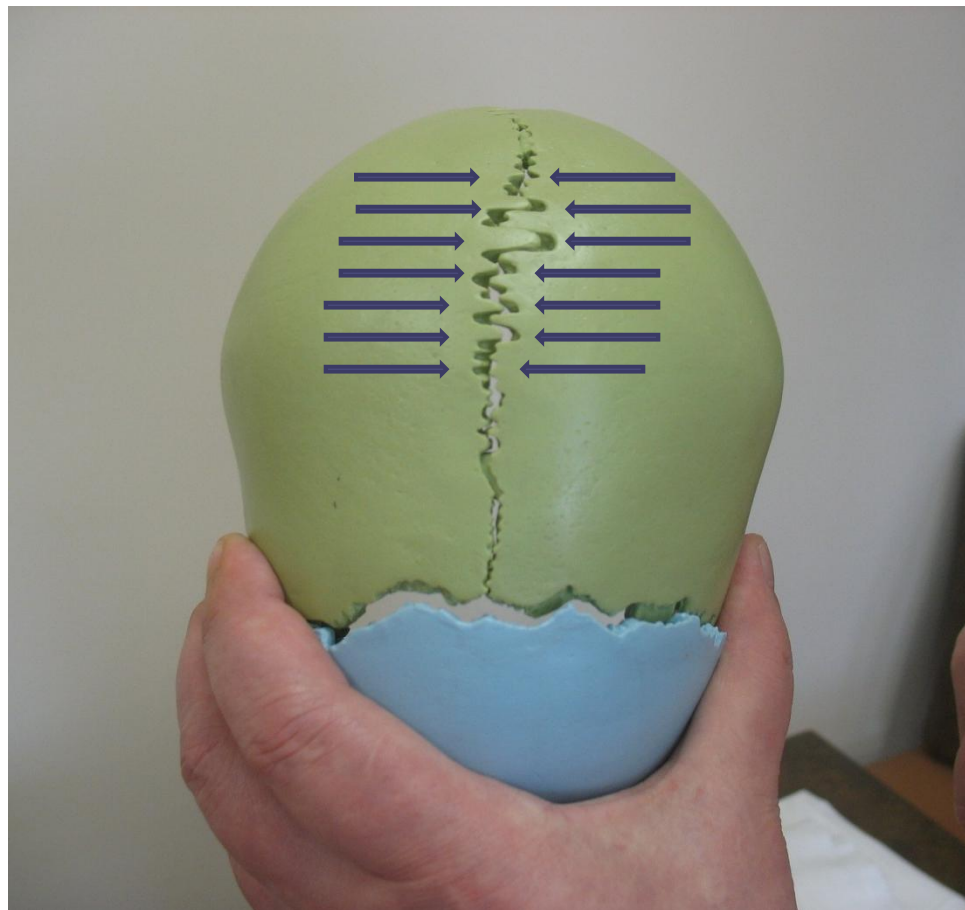
Компрессия затылочно-височного шва слева, foramen jugulare sin. (модель).



foramen jugulare sin.

Foramen magnum

Компрессия стреловидного шва (модель).



Методика коррекции компрессии височно-затылочного шва слева





Коррекция компрессии сагиттального шва



Коррекция
компрессии
височно-
затылочного
шва слева

Предварительный клинический диагноз:

Абузусная головная боль.

Головная боль напряжения.

Цервикогенная головная боль.

План обследования

МРТ головного мозга на 27.11.2014

Результаты анализов и обследований

Анализ мочи общий

физико-химические св-ва

кол-во		100мл
цвет		соломенно-ж
прозрачность		прозр
относит.плотность		1.022
реакция	5.0	
реакция рН		кислая(рН<7)
белок		0
глюкоза	0	

микроскопическое исследование

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

Клинический анализ крови 11.11.14

эритроциты	5.1 >	
гемоглобин	150 >	
Цв.п	0.93	
гематокрит	43.8>	
ср объем эритро.	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

Биохимическое исследование от 12.11.2014

Алт	21
Аст	23
общий белок	67
калий	4.6
натрий	146.0
глюкоза натощак	4.8
креатинин	0.075
хс общий	6.04>

Дуплексное сканирование сосудов шеи

- Заключение: Нельзя исключить патологический изгиб ПА в V1 сегменте справа.

Рекомендации:

- Минимальный прием анальгетиков;
- Гирудотерапия на область Th1;
- Лечебный массаж воротниковой зоны;
- Венотоники (Троксевазин гель на область шеи , надплечий, плечевую область 2 раза в день);
- Диакарб по 250 мг (утром);
- Ноотропы (Пирацетам);
- Стелька пяточная высотой до 5 мм под правую ногу на 7 дней;

Список сокращений

- АД – артериальное давление;
- ГБ – гипертоническая болезнь;
- ВББ – вертебрально-базилярный бассейн;
- ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли;
- МРТ – магнитно-резонансная томография;
- МР-АГ- магнитно-резонансная ангиография;
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты;
- ОА – основная артерия;
- ПА – позвоночная артерия;
- УЗДГ – ультразвуковая доплерография;

Используемая литература:

- "Atlas of Manipulative Techniques for the Cranium & Face" - Alan Gehin - Eastland Press-Seattle 1996.)