

Пациентка с синдромом «Парино».

Пациентка П. 29.10.1933 г.р. поступила в приемное отделение КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича» с жалобами на слабость в левых конечностях, на двоение в глазах при взгляде прямо, вправо.

Anamnesis morbi: заболела 30.11.2017, появилась слабость в левых конечностях, двоение в глазах. 1.12.2017 вызвала СМП, была доставлена в приемное отделение.

Anamnesis vitae: Гипертоническая болезнь III, риск 4. ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Ожирение 1. СН IIA, II ФК NYHA. БЛПВПГ.ОНМК, ОИМ отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Положение больной пассивное. АД: 140\70 мм.рт.ст. Ps-80. Дыхание везикулярное по всем легчным полям, хрипов нет. ЧДД-16\мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул был. Диурез в норме.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Речь: легкая дизартрия. Зрачки D=S. Глазные щели D<S, расходящееся хосоглазие справа. Фотореакции сохранены. Движение глазных яблок: парез взора вверх. Диплопия при взгляде прямо, вправо. Чувствительной на лице не нарушена. Болезненности в триг.т. нет. Лицо с легкой асимметрией НГС слева. Бульбарных нарушений нет. Язык по средней линии. Объем активных движений ограничен слева. Нормотонус. Левосторонний гемипарез верхние конечности: S: дистально 4б, проксимально до 1б. Сухожильные рефлексы с рук: S>D, с ног: S>D. Поверхностная и глубокая чувствительность на нарушены. КПП, ПНП выполняет с дефектом из-за левостороннего гемипареза. Стопные знаки с двух сторон положительные. В позе Ромберга не исследовалась. РМЗ нет. С-м Кернига 180гр.

По МРТ ГМ: МР-картина структурных изменений в правой затылочной доле, правой ножке мозга, обеих таламических областях, характерных для ОНМК по ишемическому типу в вертебро-базиллярном бассейне в подостром периоде, на фоне сосудистой энцефалопатии с наличием множественных очагов хронической ишемии, перивентрикулярного лейкоареоза, заместительной смешанной гидроцефалии. Формирующееся «пустое» турецкое седло. МРА-картина тромбоза основной артерии, отсутствия визуализации кровотока по задним мозговым артериям; выраженной извитости позвоночных и основной артерий, с деформацией прилежащих отделов стволовых структур, зоны правых базальных ядер, III желудочка; асимметрии кровотока в интракраниальных сегментах и визуализируемых экстракраниальных отделах внутренних сонных артерий (D<S), выраженной в области сифонов; умеренной асимметрии кровотока по сегментам M1, M2 средних мозговых артерий (D<S); обеднения периферического кровотока средних мозговых артерий; извитого хода экстракраниального отдела.

Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга: при исследовании без внутривенного контрастного усиления участков патологической плотности в веществе головного мозга не выявлено. Определяются множественные кальцинированные интракраниальные артерии. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система умеренно равномерно расширена. Конвексимальное субарахноидальное пространство неравномерно расширено. В проекции гипофиза участков патологической плотности не выявлено. Кости основания и свода черепа не изменены. МСКТА головного мозга: При сканировании в артериальную фазу интракраниальные артерии контрастируются без дефектов наполнения. АVM, аневризм не выявлено. Виллизиев круг не замкнут, отсутствуют задние соединительные артерии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ-признаки атеросклероза интракраниальных артерий. Смешанная гидроцефалия, энцефалопатия.