

Пациент П. 1962 г.р., русский

В июле 2015 появилось онемение кистей, затем в течение месяца появилась неловкость в кистях, онемение стоп, груди, живота. В августе 2015 направлен в центр РС для исключения рассеянного склероза.

#### **Из анамнеза жизни:**

- Эпидемически неблагоприятные районы не посещал. Укус клеща отрицал
- Сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит
- Гемотрансфузий не было
- Вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем отрицает
- Туберкулёз, вирусные гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания – отрицал
- Травмы: отрицал. Операции: в 1995 г экстирпация желудка по поводу язвенной болезни
- Аллергологический анамнез: неотягощен.
- Наследственность: отец - рак гортани
- Образование высшее. Инвалид 2 группы.

При осмотре отмечалось астеническое телосложение пациента, бледность кожных покровов, сглаживание сосочков на языке.

**В неврологическом статусе на момент поступления:** Сознание ясное. Обоняние: сохранено. Поля зрения в пределах нормы. Глазные щели D=S. Объем движений глазных яблок полный. Диплопии, нистагма нет. Зрачки D=S, фотореакция прямая и содружественная нормальная. Конвергенция и аккомодация не нарушена. При пальпации точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная) безболезненные. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи лица, слизистой рта, носа, языка сохранена. Лицо симметричное. Вкус сохранен. Бульбарных нарушений нет. Язык по средней линии. Объем активных и пассивных движений в суставах рук, ног полный. Мышечный тонус нормальный. Сила в руках проксимально 5 баллов, в кистях 4 балла, в ногах 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы – с рук, ног нормальной живости, равные. Подошвенные рефлексы – отсутствуют. Патологических симптомов нет. Менингеальных симптомов нет. Парестезии – в кистях рук. Нарушения поверхностной чувствительности по проводниковому типу с уровня D6-D7. Мышечно-суставная чувствительность снижена в стопах. Вибрационная чувствительность – отсутствовала с двух сторон с уровня D12. Пальце-носовую выполнял удовлетворительно, пяточно-коленную пробу с легкой атаксией. В позе Ромберга неустойчив с открытыми глазами. Нарушения функции тазовых органов нет. Сенситивная атаксия.

**Параклинически:** в общем анализе крови выявлена панцитопения: лейкоцитопения WBC  $2.53 \cdot 10^9$ /л, анемия средней степени тяжести Hb 85 г/л, MCV > 112 фл, Ht 24%, RBC  $1,97 \cdot 10^9$ /л, тромбоцитопения PLT  $55 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 17 мм/ч, тельца Жолли, кольца Кебота

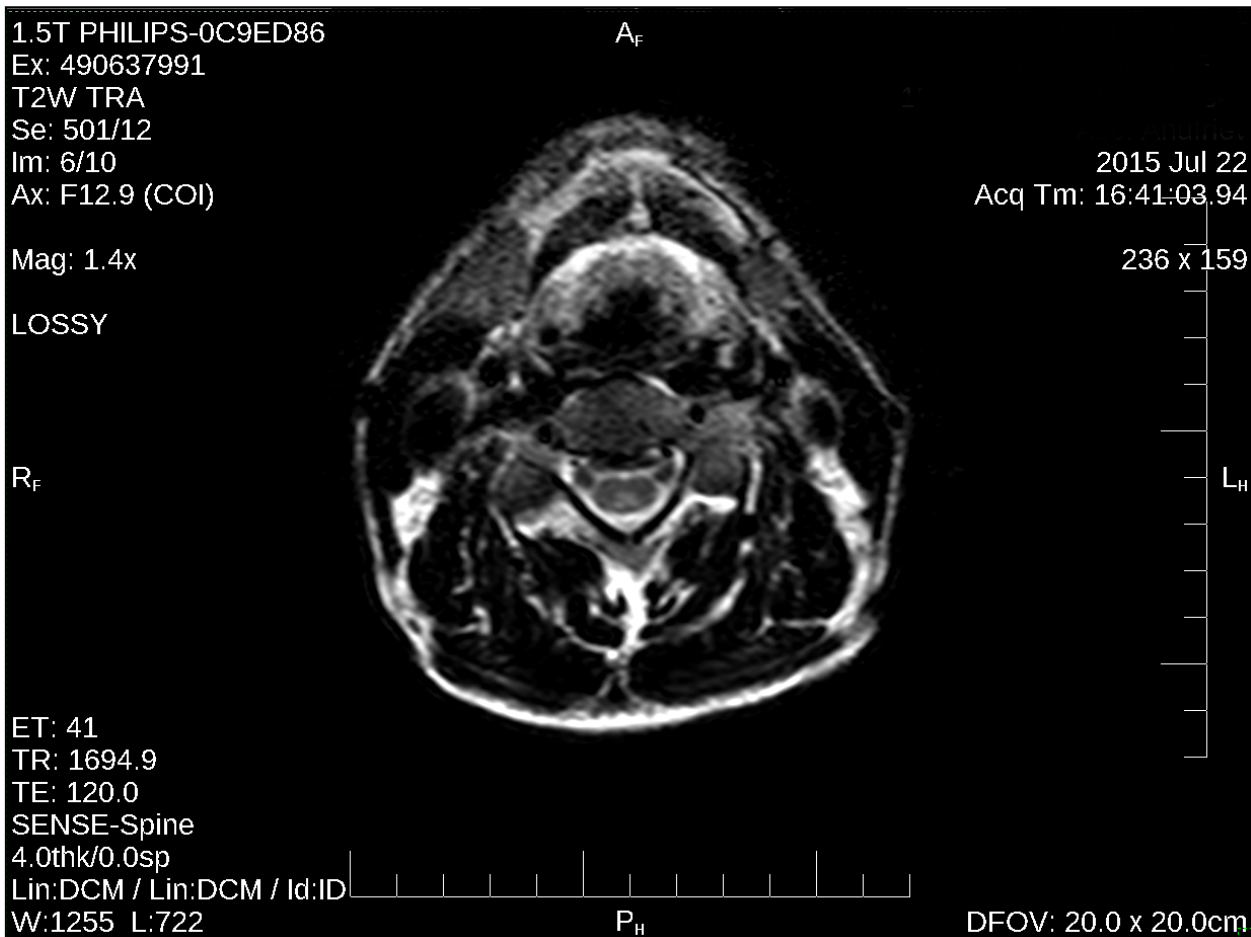
Показатели б/х крови, общего анализа мочи в пределах нормы.

Общий анализ ликвора: (1 ая порция) бесцветный, прозрачный, реакция Панди +-, белок 0,21 г/л, цитоз 4 в 3 мкл: нейтрофилы 2, моноциты 1.

(2 ая порция) бесцветный, прозрачный, реакция Панди +-, белок 0,20 г/л, цитоз 3 в 3 мкл: нейтрофилы 2, моноциты 0.

**Витамин В12 0 пг/мл**, фолиевая кислота 9.32 нг/мл  
антитела к нативной ДНК без патологии, антитела к *Borrelia burg.* IgG, IgM не выявлены. Ат к ВИЧ, HCV, HBsAg, RW отрицательны. ЭКГ норма. Рентгенография ОГК патологии не выявлено МРТ головного мозга – патологических очаговых изменений не выявлено. На МРТ шейного отдела спинного мозга выявило протяженный очаг в задних и боковых отделах спинного мозга без накопления контрастного вещества





На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, проведенных лабораторных и инструментальных методов обследования был установлен

**Клинический диагноз:**

**Основной:** Фуникулярный миелоз. Центральный верхний парапарез до 4 баллов. Нарушения чувствительности по проводниковому типу с уровня D6-D7

**Сопутствующий:** В12 дефицитная анемия, средней степени тяжести.

Пациент был консультирован гематологом. Проведена терапия Цианкобаламином 1000 мкг в/м ежедневно в течение 14 дней; затем по 1000 мкг 1 р/в две недели.

При осмотре пациента через один год двигательные и чувствительные нарушения полностью регрессировали (пациент отмечал полный регресс симптомов через 6 месяцев от начала терапии). На контрольной МРТ от августа 2016 патологических очагов в шейном отделе спинного мозга не выявлено.

**Заключение:**

В представленном случае мы видим типичную картину фуникулярного миелоза у пациента с манифестацией через 20 лет после экстирпации желудка по поводу язвенной болезни. Пациент в течение многих лет после операции не обследовался, пернициозная анемия была диагностирована уже при появлении неврологической симптоматики.

Учитывая, что диагноз был установлен в течение первого месяца после появления неврологического дефицита, на фоне терапии цианкобаламином удалось достичь полного регресса симптоматики.