

GLOBAL SCIENCE: PROSPECTS AND INNOVATIONS

Proceedings of III International Scientific and Practical Conference

Liverpool, United Kingdom

2-4 November 2023

Liverpool, United Kingdom

2023

ВИПАДОК ОДНОБІЧНОЇ ЗОРОВОЇ АГНОЗІЇ НА ФОНІ ГОМОНІМНОЇ ГЕМІАНОПСІЇ

Симоненко Григорій Геннадійович

к.м.н., доцент

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Анотація: Відомо, що гомонімна геміанопсія є частою ознакою ураження потиличної частки при інсульті у вертебро-базиллярному басейні, внаслідок оклюзії задньої мозкової артерії. При об'ємних ураженнях конвекситальної поверхні потиличної частки, часто на межі зі скроневою та тім'яною часткою, можуть виникати зорова або просторово-зорова агнозія.

Ключові слова: ішемічний інсульт, методи нейровізуалізації, гомонімна геміанопсія, ністагм, зорова агнозія.

Аперцептивна зорова об'єктна агнозія пов'язана з порушенням сприйняття цілісної форми об'єктів як сукупності їх складових [1, 2]. Сприйняття форми об'єктів пов'язане з функціональною активністю латеральної окципітальної кори і, особливо для сцен та складних об'єктів, ретроспленіальної кори [3, 4]. Вогнище ураження при аперцептивній зоровій об'єктній агнозії, як правило, захоплює зовнішні відділи потиличних часток, які кровопостачаються задніми мозковоими артеріями [5, 6].

Клінічний випадок. Пацієнт 39 років, мешканець Києва, програміст за спеціальністю, поступив у неврологічне відділення міської лікарні зі **скаргами** на зниження зору при погляді вліво, слабкість та оніміння в лівій руці та лівій половині обличчя. Відомо, що вищевказані скарги виникли в день поступлення біля 15.25. Викликана ЕШМД зафіксувала втрату чутливості лівої половини тіла, АТ на рівні 200/100 мм.рт.ст, цукор крові 3.6 ммоль/л. О 16.02 пацієнт був доставлений до приймального відділення, де був оглянутий черговим

неврологом, було проведено КТ головного мозку та мазок на наявність COVID-19 для ПЛР та експрес тест (негативний). **Анамнез життя:** Зі слів пацієнта, алергологічний та епідеміологічний анамнез не обтяжені. Туберкульоз, венеричні захворювання, цукровий діабет заперечує. Інформації про хронічні захворювання немає. Неодноразово підвищення артеріального тиску супроводжувались панічними атаками. Постійно медикаменти не приймає. Страховий анамнез: працює, декларація з сімейним лікарем підписана.

Об'єктивно: Загальний стан хворого важкий. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Лімфатичні вузли не пальпуються. Дихання везикулярне, хрипів не виявлено. Тони серця приглушені, ритмічні, по ЕКГ синусовий ритм. t 36.6С, АТ 163/102 мм.рт.ст., пульс 76 уд/хв. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Стілець та сечовиділення не спостерігались. Встановлений сечовий катетер. На момент переводу з відділення інтенсивної терапії до неврології після системного тромболізу стан хворого середньої важкості, стабільний. В свідомості, адекватний. Активних скарг не виказує. Шкірні покриви фізіологічні. $t=36.6$ С. Дихання самостійне. ЧД 16 /хв, $SpO_2 = 99\%$. Аускультативно без особливостей. Гемодинамічно стабільний. АТ 115/75 мм.рт.ст. Живіт м'який, доступний пальпації. **Неврологічний статус:** Свідомість ясна, ШКГ 15 балів. Орієнтований, контактний. Очні щілини та зіниці D=S, фотореакції збережені. Рухи очних яблук в повному обсязі, ністагму немає. Лівобічна гомонімна геміанопсія. Обличчя симетричне, язик в порожнині рота. Мова не порушена. Проба на дисфагію негативна. Глибокі рефлекси з кінцівок D<S, помірні. М'язева сила знижена в лівих кінцівках до 4 балів. Лівобічна гемігіпестезія. Позитивний симптом Бабінського зліва. В позі Ромберга не перевірявся. Пальце-носову та п'ятково-колінну пробу лівими кінцівками виконує невпевнено. Менінгеальних знаків немає. NIHSS 7 балів.

Обстеження: **RW** негативний. **Загальний аналіз крові повторно:** Нв 156, 155, 154 г/л, L 4.7, 6.9, 4.7 $\times 10^9$, Ег 5.2, 5.14, 4.94 $\times 10^{12}$, Тг 101, 130, 119 $\times 10^9$, л 13, 42.6%, м 5, 3.6%, н 73, 53.8%, п 8%, е 1%, ШОЕ 4 мм/год. **Глюкоза крові повторно:** 6.2, 8.8, 4.2 ммоль/л. **Біохімічний аналіз крові**

повторно: Загальний білок 72.4, 63 г/л, сечовина 4.2, 4.4 ммоль/л, креатинін 0.078, 0.0796 мкмоль/л, холестерин загальний 8.0 ммоль/л, білірубін загальний (непрямий) 18.6, 24.2 мкмоль/л, АЛТ 30.3, 22.3 Од/л, АСТ 22.6, 18.9 Од/л, амілаза 42.5. **Коагулограма повторно:** МНВ 1.73, протромбіновий індекс 57, 78%, Час рекальцифікації плазми 165, 124 с, фібриноген 6440, 2250 мг/л, β-нафтоловий тест позитивний, негативний, Етаноловий тест позитивний, негативний. **D-димер** <0.20, **Прокальцитонін** 0.123 нг/мл. ПЛР SARS-Cov-2 повторно – не виявлено. **Загальний аналіз сечі повторно:** с/ж, прозора, реакція кисла, питома вага 1018, білок, ацетон, жовчні пігменти, цукор не виявлені, Епітелій -одиночні клітини, L 2-3, Ег 0-2, оксалати – в невеликій кількості. **ЕКГ:** Ритм правильний. Синусова брадикардія. Положення осі серця нормальне. ЧСС 55 уд/хв, PQ 0.12 с, QRS 0.08 с, QT 0.38 с. Метаболічні зміни в міокарді. **Ехо-кардіографія:** Аорта не ущільнена, не розширена, 3.2 см (N до 3.7 см). Ліве передсердя не збільшене, ЛП 3.7 см (N до 3.7 см). Порожнина лівого шлуночка не розширена КДР 4.8 см (N до 5.5 см), КДО 112 мл. КСР 3.2 см (N до 3.7 см), КСО 41 мл. Скоротливість міокарду лівого шлуночка задовільна, ФВ 63%. Зони гіпокінезія та акінезії не виявлені в ділянці. НПВ 1.5 см, солабує повністю. Міжшлуночкова перегородка не потовщена, ТМШП 1.1 см (N до 1.1 см). Задня стінка лівого шлуночка не потовщена, ТЗСЛШ 1.1 см (N до 1.1 см). Стулки аортального клапану ущільнені, кальцинозу немає, Др 6 мм Нг. Стулки мітрального клапану ущільнені, протифаза є, кальцинозу немає, Др 3 мм Нг. Правий шлуночок не розширений, ПЗР 2.6 см (N 0.9-3.0 см). Праве передсердя не збільшене ПП 3.0 см (N 2.0-4.0 см). Ознак легеневої гіпертензії немає. Систолічний тиск в ЛА Др 3 мм.рт.ст., діаметр 1.8 см. Висновок: Дегенеративні зміни клапанів. Функціональна регургітація на МК. ТК. Скоротлива функція міокарду задовільна (ФВ 63%). **ХМ-ЕКГ:** Проведено Холтерівське моніторування у відведеннях по каналам 1,2,3. Зареєстрований синусовий ритм, із середньою ЧСС 59 уд/хв, мінімальної ЧСС 48 уд/хв, максимальною ЧСС 131 уд/хв. Порушення провідності не виявлено, пауз більше 2000 мс не виявлено. Епізодів депресії та підвищення ST не було. **КТ**

головного мозку: На серії КТ-сканів структур головного мозку: Патологічної зміни щільності паренхімі головного мозку на момент обстеження не виявлено. Геморагічного вмісту в паренхімі мозку та субарахноїдальних просторах не виявлено. Диференціація білої та сірої речовини збережена. Серединні структури мозку не зміщені. Шлуночки мозку не розширені, відносно симетричної форми. Конвексیتالні субарахноїдальні простори без особливостей. Кістково-травматичних та деструктивних змін в кістках черепа не виявлено. Висновок: На момент обстеження даних за гостре порушення мозкового кровообігу не виявлено. **Повторне КТ головного мозку:** На серії КТ-сканів структур головного мозку: Від попереднього КТ-обстеження за візуалізується – в скронево-потиличній ділянці зберігається гіподенсивне вогнище порушення диференціації білої та сірої речовини, неправильної форми, розмірами до 75x34 мм. Серединні структури мозку не зміщені. Шлуночки мозку не розширені, відносно симетричної форми. Конвексیتالні субарахноїдальні простори без особливостей. Краніовертебральний перехід не змінений. Кістково-травматичних та деструктивних змін в кістках черепа не виявлено. Висновок: КТ-ознаки сформованого вогнища порушення мозкового кровообігу задньої мозкової артерії без геморагічного компоненту. **КТ-ангіографія голови та шиї:** Загальні сонні артерії: хід та діаметр не порушений, розташовані симетрично. Контури зовнішніх сонних артерій чіткі, рівні. Локальних звужень та дефектів контрастування не виявлено. Внутрішні сонні артерії: хід та діаметр не порушений, розташовані симетрично. Контури зовнішніх сонних артерій чіткі, рівні. Локальних звужень та дефектів контрастування не виявлено. Зовнішні сонні артерії: хід та діаметр не порушений. Локальних звужень та дефектів контрастування не виявлено. Хребетні артерії: без змін. Коло Віллізія замкнуте. Базилярна артерія: не змінена. Права задня мозкова артерія: живиться від базилярної артерії. На рівні P1/P2 сегментів визначається дефект контрастування з оклюзією просвіту. Ліва задня мозкова артерія: живиться від базилярної артерії, симетрична, просвіт однорідний. Середні мозкові артерії: симетричні, діаметр не змінений, дефектів

контрастування не виявлено. Передні мозкові артерії: симетричні, мають нормальний хід та діаметр. У скронево-потиличній ділянці правої півкулі великого мозку визначається гіподенсивне вогнище, розмірами до 67x36 мм з порушенням диференціації сірої та білої речовини. Геморагічного вмісту в паренхімі мозку та субарахноїдальних просторах не виявлено. Серединні структури мозку не зміщені. Шлуночки мозку не розширені, відносно симетричної форми. Конвексимальні субарахноїдальні простори без особливостей. Кістково-травматичних та деструктивних змін в кістках черепа не виявлено. Висновок: КТ-ознаки гострого порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу правої півкулі великого мозку на тлі оклюзії правої задньої мозкової артерії на рівні P1/P2 сегментів (рс ASPECTS 96). В телефонному режимі КТ-ангіографія консультована двома нейрохірургами. **Дуплексне сканування вен нижніх кінцівок:** Загальна стегнова вена прохідні, клапани достатні. Глибокі стегові вени: прохідні, клапани достатні. ПкВ прохідні, клапани достатні. ПВГВ: прохідні, клапани достатні. ЗВГВ: прохідні, клапани достатні. Малоомілкові прохідні, компресія повна. Суральні, венозні синуси: прохідні. ВПВ: зліва – прохідна, не розширена, компресія повна, СОДС достатній; справа – прохідна, не розширена, СОДС недостатній, рефлюкс. МПВ: прохідні, не розширені, компресія повна. Перфоранти не візуалізуються. УЗ-ознаки варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Сафено-феморальний рефлюкс справа. При УЗД артерій нижніх кінцівок ознак стено-оклюзуючої патології не виявлено. Кровоток магістральний, достатній в усіх відділах. Vps TAC справа 42 см/с, Vps TAC зліва 32 см/с.

Консультація логопеда: Порушень мови та мовлення не виявлено.

Діагноз: Цереброваскулярна хвороба. Гіпертонічна хвороба III ст. Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у вертебро-базиллярному басейні (вогнище ішемії у скронево-потиличній ділянці правої півкулі великого мозку на тлі оклюзії правої задньої мозкової артерії за даними КТ) з лівобічною гомонімною геміанопсією, легким лівобічним геміпарезом, лівобічною гемігіпестезією. Стан після тробмолізисної терапії.

Консультація фізичного терапевта. Реабілітаційний діагноз: Тимчасове порушення функції ходи, порушення координації рухів, зменшення в лівих кінцівках. Бартел 75, Ренкін 2. Призначено: 1.Поступова вертикалізація. 2.Відновлення функції ходи. 3.Пасивно-активні вправи: ліві кінцівки.

Лікування: Актилізе 0.9 мг/кг за схемою, Маніт 1 г/кг в/в крап, Цефазолін 1 г в/в, Ксаврон 20.0, NaCl 0.9 200.0 в/в крап., Пірацетам 5.0 в/в, Фуросемід 2.0 в/в, Фленокс, Еноксипарин 0.2 2 р/д п/ш, Інфулган 100.0 в/в крап., при $t > 38^{\circ}\text{C}$, Анальгін 2.0 + димедрол 1.0 + NaCl 0.9 200.0 в/в крап., Магнію сульфат 10 мл + дексаметазон 4 мг + NaCl 0.9 200.0 в/в крап., Прозерин 1.0 в/м, вітамін С 1.0 в/м, Омепразол 40 мг в/в, 20 мг 2 капс за 30 хв до сніданку, Аспірин-кардіо 100 мг 1 р/д, Окомістин по 1 крап в кожне око 3 р/д, Детралекс 500 мг 2 р/д в обід та ввечері.

Через 12 днів, після хвилювання під час підготовки до виписки, раптово у пацієнта виникло виражене запаморочення, були виявлені ністагмоїдні рухи у лівому оці при погляді вліво. При подальшому спостереженні саккади виявилися поліморфними, непостійними, пов'язаними з одnobічною зоровою агнозією і активною спробою пацієнта усвідомити об'єкти зорової стимуляції. У частині поля зору, яке випало, пацієнт міг бачити невизначені об'єкти, які не міг ідентифікувати і називав їх з помилками. Поступово рухи очних яблук стабілізувались. При виписці, через 20 днів перебування у стаціонарі: Стан хворого відносно задовільний. В свідомості, орієнтований, контактний. Очні щілини та зіниці D=S, фотореакції збережені. Зберігається лівобічна гомонімна геміанопсія. М'язова сила та тонус в кінцівках задовільні. Глибокі рефлексі з кінцівок D<S, помірні. Позитивний симптом Бабінського зліва. В позі Ромберга похитування. ПНП та КПП виконує задовільно. mRs 2, індекс Бартел 95, NIHSS 2.

Рекомендовано: Спостереження сімейного лікаря, невролога за місцем проживання, контроль АТ та пульсу, продовжити прийом: Триномія 100/20/2.5 мг 1 таб вранці постійно, Ксарелто 2.5 мг 1 таб 2 р/д постійно, Медіаторн 20 мг 1 капс 2 р/д 1 місяць. Контроль ліпідограми через 3 місяці з

подальшою корекцією дози статинів при потребі, дотримання дієти з низьким вмістом легкозасвоюваних вуглеводів, солі, холестерину, дотримання режиму пиття. Контроль ХМ-ЕКГ в динаміці при адекватному фізичному навантаженні. Консультація флеболога в плановому порядку. Курс реабілітації під наглядом невролога, реабілітолога в умовах реабілітаційного відділення.

Висновок: Таким чином у пацієнта з інфарктом мозку у скронево-потиличній ділянці правої півкулі, де за даними нейровізуалізації визначається гіподенсивне вогнище розмірами до 67х36 мм, неповна лівобічна геміанопсія була поєднана з однобічною зоровою агнозією з ністагмоїдними рухами лівого ока під час покращення когнітивної функції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ptak R. Definition: Visual object agnosia. *Cortex*. 2021;143:281.<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2021.07.007>
2. Haque S, Vaphiades MS, Lueck CJ. The Visual Agnosias and Related Disorders. *J Neuroophthalmol*. 2018;38(3):379-392.<https://doi.org/10.1097/WNO.0000000000000556>
3. Rosenke M, van Hoof R, van den Hurk J, et al. A Probabilistic Functional Atlas of Human Occipito-Temporal Visual Cortex. *Cereb Cortex*. 2021;31(1):603-619.<https://doi.org/10.1093/cercor/bhaa246>
4. Wang S, Cao L, Xu J, et al. Revealing the Semantic Association between Perception of Scenes and Significant Objects by Representational Similarity Analysis. *Neuroscience*. 2018;372:87-96. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2017.12.043>
5. Milner AD, Cavina-Pratesi C. Perceptual deficits of object identification: apperceptive agnosia. *Handb Clin Neurol*. 2018;151:269-286. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63622-5.00013-9>
6. Alvarez R, Masjuan J. Visual agnosia. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2016;216(2):85-91. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.07.009>