Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней с курсом неврологии

и рефлексотерапии ФУВ АГМУ

Зав. кафедрой, профессор Шумахер Г.И.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз: Хроническое двигательное тикозное расстройство

Куратор: Студентка … гр пед-фака …

Срок курации: 15.09.08 – 17.09.08.

Преподаватель: …

Барнаул 2008

## Паспортные данные

Ф.И.О.: ...

Возраст: 7 лет (дата рождения 22.09.00 г)

Домашний адрес: г. …

Дата поступления в клинику: 11.09. 2008.

Дата начала курации: 15.09. 2008

Мать: … 29 лет.

## Жалобы

Со слов матери: на непроизвольные движения мышц лица, проявляющиеся гримасами: зажмуриванием, частыми морганиями, шмыганье носом, не произвольные движения мышц верхних конечностей: сгибание, разгибание мышц предплечья, кисти. Не усидчивость, отсутствие концентрации внимания.

Anamnesis morbi:

Впервые заболевание проявилось около 2 лет назад, с непроизвольных движений мимическими мышцами, с течением времени эти движения распространились на верхние конечности. В июле 2007 года обратились в поликлинику по поводу данных жалоб, был поставлен диагноз «хронические моторные тики» и назначено амбулаторное лечение, после которого было улучшение в течении 3 месяцев. Затем симптомы появились снова. В ноябре 2007 года прошел повторное амбулаторное лечение после которого улучшения не отмечалось, за последний месяц отмечалось ухудшение: тики участились, мать отмечает что ребенок неусидчив, отсутствует концентрация внимания, в связи с чем 11.09.08. был направлен на стационарное лечение.

Anamnesis vitae:

Ребенок родился от третей беременности, первых родов на фоне угрозы прерывания во второй половине беременности в 22 недели. Мать во время беременности перенесла ОРВИ с повышением температуры в 8-12 недель. Роды срочные на фоне дискоординированной родовой деятельности и обвития пуповины вокруг шеи. Масса при рождении 2850 г, рост 50 см. Из роддома выписали на 4 сутки.

Жилищные, санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, семья из 3 человек, питание регулярное, полноценное.

Перенесенные заболевания: ОРВИ и в/оспа. Хирургических вмешательств не было. В контакте с инфекционными больными не был. Переливаний крови не было.

Туберкулеза, вен. заболеваний, гепатита в семье нет. Отмечалась аллергическая реакция на пенициллин.

Status praesens communis

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, пониженного питания, осанка прямая.

Кожные покровы бледные, эластичные, влажность умеренная, патологических высыпаний не наблюдается. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Подкожные вены – усилен венозный рисунок в лобно-височной области и на животе, форма носа без особенностей, изъязвлений нет. Язык влажный, чистый. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зева нормальной окраски. Миндалины не изменены. Запах изо рта обычный. Носовое дыхание свободное.

Опорно-двигательный аппарат:

Изменения окраски кожи и температуры над суставами нет, низкая степень развития мышечной системы, мышечный тонус в норме. Деформаций и искривлений костей и суставов нет.

Форма грудной клетки цилиндрическая. Патологических искривлений позвоночника, деформации костей таза нет. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

Исследование органов дыхания:

Грудная клетка нормальной формы, симметрична, обе половины участвуют в акте дыхания одинаково, тип дыхания грудной, ЧДД = 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание проводится на симметричных участках одинаково.

При перкуссии определяется ясный легочной звук, границы легких в пределах нормы.

При аускультации дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются, бронхофония не изменена.

Исследование органов кровообращения:

При осмотре области сердца деформаций, патологической пульсации не выявлено.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не нарушено, дополнительные тоны и патологические шумы не выслушиваются. ЧСС = 82 удара в минуту.

Исследование органов ЖКТ:

Язык влажный, розового цвета, без налета. Живот округлой формы, симметричный. При пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируется передне-нижний край печени, выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, мягкой, эластичной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.

Исследование органов мочевыделения:

Покраснения, отечности в поясничной области нет, модифицированный симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Развитие половых органов соответствует возрасту.

Неврологический статус:

Состояние психики

Контакт с ребенком не затруднен, умственное развитие соответствует возрасту, Память на ближайшие и отдаленные события не нарушена, наблюдается легкое нарушение концентрации внимания: часто отвлекается, на некоторые просьбы реагирует не сразу, после повторения. Эмоциональный фон не нарушен. Отношение к своему заболеванию - считает себя здоровым.

Поведение при исследовании: мимика - периодически гримасничает при ответах на вопросы, сгибает, разгибает руки, кисти.

Речь, гнозис, праксис

Речь сформирована правильно, соответствует возрасту, дизартрии, скандирования, монотонности, брадилалии, заикания, косноязычия нет. Сохранность целенаправленных действий, понимание значения зрительных, слуховых раздражителей, ориентировка в пространстве не нарушешены.

Общемозговые симптомы:

Сознание ясное, больная легко вступает в контакт, хорошо ориентируется в пространстве, собственной личности. Головной боли, головокружения, тошноты, рвоты нет.

Менингиальные симптомы:

Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) – отрицательные. Напряжения брюшных мышц, светобоязни, гиперестезии не наблюдается.

Черепные нервы:

I пара (обонятельный нерв): гипосмии, аносмии, гиперосмии, дизосмии справа и слева - не обнаружено.

II пара (зрительный нерв): амблиопии, амавроза, гемианопсии – не обнаружено. Цветоощущение не нарушено, ахроматопсии и дисхроматопсии нет

III, IV,VI пары (глазодвигательные нервы): глазные щели одинаковой величины справа и слева. Птоза, энофтальма, экзофтальма – не выявлено. Сходящегося и расходящегося косоглазия – нет.д.вижение глазных яблок в полном объеме. Зрачки правильной округлой формы, одинаковой величины, округлой формы, миоза и мидриаза – не выявлено, анизокории – нет. Прямая и содружественная реакция в норме. Реакции конвергенции и аккомодации – сохранены. Диплопии не выявлено. Синдром Аргайла – Робертсона, Бернара – Горнера, Гертвига – Можанди – отрицательны.

V пара (тройничный нерв): движение нижней челюсти в полном объеме. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи головы, лица, слизистой оболочки полости рта и языка – сохранены. При надавливании на точки выхода тройничного нерва болезненности нет. Надбровный, конъюктивальный, корнеальный и нижнечелюстной рефлексы – сохранены.

VII пара (лицевой нерв): Лицо в покое симметрично. Лобные и носогубные складки, глазные щели, положение углов рта симметричны. Симметричность при зажмуривании глаз и оскале. Лагофтальма нет. Вкус на передних 2/3 не изменен. Слезоотделительная функция не нарушена. Гиперакузии нет. Симптом ресниц, Белла отрицательны.

VIII пара (слуховой, вестибулярный нервы): острота слуха справа и слева не нарушены, звона и шума в ушах не отмечает, гипокузии и акузии не выявлено. Вестибулярная система: головокружение в покое и при движениях не отмечает, тошноты, рвоты нет. Нистагма нет.

IX, X пары (языкоглоточный и блуждающий нервы): дисфагии, дисфонии, дисартрии – не выявлено. Носового оттенка голоса нет. Чувствительность глотки и корня языка сохранена. Небные и глоточные рефлексы сохранены. Саливация не изменена, вкус на задней трети языка не изменен.

XI пара (добавочный нерв): повороты головой и поднимание плеч выполняет симметрично.

XII пара (подъязычный нерв): язык симметричен, при высовывании не отклоняется в сторону. Атрофии и фибриллярных подергиваний нет.

Двигательная сфера

Осмотр: атрофии мышц проксимальных, дистальных, локальных и диффузных – не выявлено. Истинной гипертрофии мышц, псевдогипертрофии – нет. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания не наблюдаются. Ретракции и контрактуры нет. Объем движений в верхних и нижних конечностях в полном объеме. Парезы и параличи отсутствуют. Ходьба не затруднена. Сила мышц в дистальных и проксимальных отделах справа и слева - нормальная. Тонус мышц в норме.

Сухожильные и надкостничные рефлексы.

Рефлексы с двуглавой мышцы (С5-С6), с трехглавой (С6-С7), запястно-лучевой (С5-С8), брюшные: верхний (D6-D8), средний (D9-D10), нижний (D11-D12), коленный (L2-L4), ахиллов (S1-S2), подошвенный (L5-S2) живые, симметричные, зоны не расширены.

Патологические рефлексы.

Кистевые (Россолимо, хватательный, Маринеску – Радовича, Бехтерева, Жуковского), стопные (Россолимо, Бабинского, Бехтерева – Менделя, Жуковского – Корнилова, Пуссепа), рефлексы Оппенгейма, Гордона, Шеффера не вызываются. Клонусы кисти, коленной чашечки, стопы отсутствуют.

Координация движений:

Статические пробы: в позе Ромберга устойчива, походка устойчивая, пробу Бабинского выполняет удовлетворительно.

Динамические пробы: пальценосовую, пяточно – коленную, пробу на адиадохокинез, пронаторную и указательную пробы выполняет удовлетворительно обеими конечностями. Интенционный тремор отсутствует. Атаксия и скандированная речь отсутствуют.

Чувствительность:

Болевая, температурная, тактильная, проприоцептивная чувствительность, чувство локализации, стереогноз сохранены по проводниковому, сегментарному, периферическому типу. Ан-, гип-, гипер-, дизестезии нет. Гиперпатии нет. Парестезий, болей не отмечает.

Симптомы натяжения.

Симптомы Ласега, Мацкевича, Вассермана, Нери отрицательны.

При надавливании на болевые точки тройничного нерва, затылочные, остистые, паравертебральные болей не отмечает, не отмечает болезненности по ходу нервных стволов.

В зонах Захарьина-Геда болезненности нет.

Вегетативно-трофическая сфера.

Окраска кожных покровов умеренно бледная. Сальность, температура в норме. Кожные покровы и придатки без трофических изменений, пролежней, повышенного потоотделения нет.д.ермографизм красный, умеренно выраженный, не распространенный, появляется через 30 сек, исчезает через 2-3 мин. Подкожный жировой слой развит слабо. Болезненность при пальпации шейных вегетативных узлов, солнечного сплетения отсутствуют. Зрачки симметричные. Рефлекс Ортнера: урежение на 9 уд/мин. Синдром Бернара – Горнера нет. Расстройство функции тазовых органов виде эпизодического ночного недержания мочи.

## План дополнительных методов обследования больного

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови.

Биохимический анализ крови (общий белок, АЛТ/АСТ, билирубин общий, сахар)

Общий анализ мочи.

Исследование кала на яйца глистов.

Инструментальные исследования:

ЭХО – энцефалограмма

ЭЭГ

РЭГ

МРТ головного мозга

УЗИ внутренних органов

Консультации:

Психиатра.

Окулиста (глазное дно)

Результаты дополнительных методов обследования:

Результаты лабораторных исследований:

Общий анализ крови.

Эритроциты - 3,9х10^12/л Hb - 132 г/л Лейкоциты - 4,5х10^9/л эозинофилы - 0% палочкоядерные - 3% сегментоядерные - 88% Лимфоцитов - 8% Моноцитов - 1% CОЭ - 18 мм/ч

Биохимический анализ крови.

Общ. белок 69,8 г/л АсАТ 0,22 ммоль/л АлАТ 0,16 ммоль/л Билирубин общ.11,7 мкмоль/л Не прямой 9,3 мкмоль\л, прямой 2,4 мкмоль\л Са++ 2,14 ммоль/л Глюкоза 3,20 ммоль\л

3. Общий анализ мочи. .

Цвет насыщенный желтый Белок 0 г/л Прозрачная Сахар 0 Реакция кислая Уробилин (-) Уд. вес 1,035 Желч. пигменты (-) Лейкоциты 1-2 в поле зрения Эритроциты свеж.0-1 в поле зрения Эпителий плоский 3-4 в поле зрения

4. Кал на яйца глистов.

Яйца глистов не обнаружены.

Результаты инструментальных исследований:

1. ЭХО – энцефалограмма

Смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

2. ЭЭГ

Очага органической и эпилептической активности не выявлено. Диффузные изменения корковой ритмики органического характера. ЭЭГ соответствует возрасту.

## Топический диагноз

На основании данных анамнеза и жалоб на непроизвольные движения мышц лица, проявляющиеся гримасами: зажмуриванием, частыми морганиями, шмыганье носом, не произвольные движения мышц верхних конечностей: сгибание, разгибание мышц предплечья, кисти – можно предположить, что присутствуют насильственные гиперкинезы. При объективном исследовании выявлено: при ответах на вопросы пациент гримасничает, сгибает, разгибает руки, отводит их в сторону, нарушена концентрация внимания (часто отвлекается, иногда не реагирует на вопросы, просьбы). Можно предположить что страдает экстрапирамидная система (стриатум). Так как гиперкинезы не только на лице, а распространяются на верхние конечности – гиперкинезы генерализованные.

Из данных анамнеза болезни, диагноз: « хронические моторные тики», заболевание длится более 1 года, прогрессирует, и сочетается с нарушением внимания и гиперактивностью, говорит о хроническом течении процесса.

Диагноз: хроническое моторное тикозное расстройство.

## Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз между тиками и другими непроизвольными движениями бывает сложным. Характерных лабораторных данных нет. Диагноз основывается на клинической картине - осмотре, анамнезе и наблюдении. Для тикозных движений типична повторяемость, быстрота, неритмичность и непроизвольность.

Основные заболевания, с которыми дифференцируют тики:

1. Парциальные эпилептические припадки - клиническая картина простого парциального припадка зависит от расположения эпилептогенного очага. Простые парциальные припадки протекают с моторными проявлениями (локальные клонические или тонические в лице, ноге, руке); с соматосенсорными проявлениями (парестезии в контралатеральных очагу конечностях или половине лица); специфическими сенсорными симптомами (простые галлюцинации); вегетативными симптомами (ощущения в эпигастральной области, бледность, потение, покраснение кожи, расширение зрачков и др.); с психическими симптомами.

У больных эпилепсией и их ближайших родственников находят отклонения в водно-солевом балансе, кислотно-основном состоянии, углеводном, жировом, медиаторном бмене, в составе белковых фракций и др. На ЭЭГ изменения пик-волновой активности характерные для эпилепсии.

В данном случае у больного показатели биохимического анализа крови в пределах нормы. На ЭЭГ очага органической и эпилептической активности не выявлено.

2. Хорея Сиденгама (малая хорея) - неврологическое осложнение ревматизма, при котором наблюдаются хореические и атетозные движения, в том числе - туловища.

У данного больного ревматизма в анамнезе не было.

3. Пароксизмальный хореоатетоз – характери, зуется приступами, сопровождающимися хореоатетоидными, баллистическими, миоклоническими движениями. Приступы короткие до 1 мин. Приступы возникают в разное время суток, часто при пробуждении. Описаны семейные случаи пароксизмального хореоатетоза. ЭЭГ и неврологический статус в межприступный период обычно нормальные.

У данного больного в жалобах нет характерных признаков пароксизмального хореоатетоза. Наследственность не отягощена.

Клинический диагноз

На основании жалоб, анамнеза болезни и жизни, на основании данных объективного исследования, данных дополнительных методов исследования можно поставить клинический диагноз: - хроническое двигательное тикозное расстройство.

Дневник:

15.09.08

Знакомство с ребенком. Состояние ребенка удовлетворительное, дополнительных жалоб нет, лечение переносит хорошо. В неврологическом статусе без отрицательной динамики. Со стороны внутренних органов без особенностей, стул, диурез в норме.

16.09.08

Состояние ребенка удовлетворительное, дополнительных жалоб нет, лечение переносит хорошо. В неврологическом статусе без отрицательной динамики. Со стороны внутренних органов без особенностей, стул, диурез в норме.

При осмотре наблюдалось гримасничанье.

17.09.08

Состояние ребенка удовлетворительное, дополнительных жалоб нет, лечение переносит хорошо. В неврологическом статусе без отрицательной динамики. Со стороны внутренних органов без особенностей, стул, диурез в норме.

## Лечение

Цель лечения - не только уменьшить или ликвидировать тик, но и улучшить социальную адаптацию и способствовать правильному развитию.

Немедикаментозное лечение.

1. Индивидуальная психотерапия.

2. Массаж

3. Водные процедуры.

Медикаментозное лечение:

1. Нейролептики – лучше тиоридазин, по 0,005, 2 раза в день. Чтобы устранить психомоторное возбуждение.

2. Общеукрепляющая терапия: витамины группы В, аскорбиновая кислота.

## Литература

1. Руководство по детской неврологии под ред. В.И. Гузевой, С.П. «ФОЛИАНТ» 2004 г.
2. Пропедевтика клинической неврологии. А.А. Скоморец М. 2004 г.
3. «Лекарственные средства» М.Д. Машковский, М., 2002 г