Паспортная часть:

ФИО: x

Возраст: 49 лет

Профессия: техничка

Место жительства: Коченево

Жалобы.

 При поступлении больная предъявляла жалобы пос-

тоянное дрожание обеих рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера); эпизоды дрожания мышц нижних конечностей, особенно правой голени, связанные с длительным хождением; выраженную немотивированную слабость в правой руке. Кроме выше перечисленного, обращает вни-

мание на практически постоянную головную боль, преимущественно в затылочной области давящего характера, хорошо купирующуюся приемом анальгетиков; эпизодически возникает чувство онемения, "ползания мурашек" в обеих стопах и нижних третях голени по типу "полусапог", а также в виде отдельных полос по медиальным поверхностям голеней. Периодически бывают приступы несистемного головокружения, связанного, по мнению больной, с изменением АД (на высоте приступа однократно было зафиксировано АД 90/60 мм.рт.ст нормальные цифры 110/70 мм.рт.ст.); последние 4 года, по сравнению с прошлым, стала резко раздражительна, в указанный период отмечает прогрессирующее снижение способности концентрироваться на какой-либо проблеме, снижение памяти и внимания, нарушение сна (плохое засыпание, частые просыпания в середине ночи).

 На момент осмотра характер жалоб не изменился, отмечает общую слабость, усиление чувства онемения нижних конечностей указанной выше локализации.

 Anamnesis morbi.

 Считает себя больной с осени 1989 г., когда после тяжелых физических нагрузок (связанных с уборкой урожая) появилась постоянная ноющая боль в левом предплечье, которой больная не предала особого внимания. Через месяц там же появилась постоянная дрожь, усиливающаяся при физической нагрузке и эмоциональных волнениях и напряжение мышц. Обратилась к терапевту поликлиники, поставлен диагноз невроз (со слов больной), назначен курс иглорефлексотерапии, не принесший выраженного эффекта. Осмотрена невропатологом, госпитализирована с диагнозом "паркинсонизм ?", после курса проведенного лечения с некоторым улучшением выписана на амбулаторное лечение. В январе 1990 г. была повторно направлена к невропатологу, для исключения болезни Коновалова-Вильсона госпитализирована, где в течение 1 месяца проходила лечение без улучшения состояния. В марте 1991 г. была выполнена стереотаксическая таламотомия справа.

Послеоперационный период гладкий, отмечает исчезновение всей симптоматики. Через 2 недели после оперативного вмешательства рецидив в виде появления всех ранее беспокоящих больную симптомов. С 1991 г. ежегодно госпитализируется для курса поддерживающей и восстановительной терапии. В 1993 г. из-за семейных проблем не

госпитализировалась - отмечает резкое ухудшение общего состояния, нарастание выраженности тремора левой руки, появление парастезий нижних конечностей. В 1995 г. отмечает появление напряжения и дрожания мышц правой руки.

 Поводом настоящей госпитализации явилось направление участкового невропатолога на плановое лечение.

 Anamnesis vitae.

 Родилась в 1949 году в г. Лениногорске восточно-казахстанской области. Была первым ребенком из троих в семье. Росла и развивалась здоровым ребенком. Из детских болезней: нечастые простудные, в возрасте 11-12 лет перенесла ревмокардит, в течение 1 месяца находилась на стационарном лечении, затем в течение 3 лет получала курс противорецидивной терапии. Из диагностированных заболеваний: хр. цистит. Туберкулез, острые заразные, венерические заболевания у себя и родных отрицает. Травм не было. Из операций: стереотаксическая правосторонняя таламотомия от 1991 года. Про-

фессиональные вредности не отмечает. Вредных привычек, хронических интоксикаций нет. Аллергоанамнез не отягощен. Отмечает укус клеща весной 1996 года, изменения общего состояния не было, за медицинской помощью не обращалась. Было 3 беременности; 2 родов неосложненного течения; 1 медицинский аборт.

 Генеалогическое дерево:

1поколение

2 поколение

Наследственной патологии не выявлено.

Status praesens communis.

 Больная в ясном сознании, активном положении. Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает замедленно. Ориентирована во времени и пространстве. Конституционально- нормостеник, нормального питания. Температура- 36,6, ЧСС- 75 в минуту, пульс на обеих лучевых

артериях симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения

и напряжения, средней величины и формы. ЧДД- 18 в минуту, АД- 130/75. Рост 170 см, вес 65 кг

 Видимые слизистые розовой окраски, кожные покровы чистые, те-

лесного цвета, сухие, тургор снижен. Патологическая пигментация,

сыпь, расчесы не выявляются. Волосяной покров не выражен. Ногти

обычной формы, неломкие. Подкожно-жировой слой не выражен. Види-

мых отеков и пастозности кожи нет. Подкожные вены хорошозамет-

ные, нерасширенные. Поверхностные лимфоузлы не увеличены.

 Голова правильной формы, нормальной величины. Рубцы и дефор-

мации не отмечаются. Выражение лица застывшее, половины лица сим-

метричные, глазные щели нормальных размеров, симметричные, скле-

ры белые, инъекция сосудов не выражена, конъюнктива физиологичес-

кой окраски. Глазные яблоки занимают срединное положение. Реак-

ция зрачков на свет - прямая: живая, равная, D=S; содружествен-

ная: живая, равная, D=S. Аккомодация и конвергенция сохранены.

Нос правильной формы, изъязвлений нет, крылья носа симметричны,

движутся синхронно. Губы симметричные, углы губ на одном уровне,

физиологической окраски, сухие. Слизистая полости рта без кро-

воизлияний, пятен, изъязвлений; розовая. Десны розовые, не крово-

точащие. Зубы - умеренный кариес.

 Язык обычной формы, симметричный, не увеличен, суховат, обло-

жен серо-белым налетом у корня. Зев без высыпаний и налетов, ро-

зовой окраски, мягкое небо в тонусе, не свисает; язычок симметри-

чен, расположен по центру. Миндалины не увеличены. Слизистая

глотки гладкая, гиперемии, налетов, изъязвлений нет. Видимой

пульсации сосудов шеи нет. Щитовидная железа нормальной величины,

не уплотненная, безболезненная. Общее мышечное развитие нор-

мальное, дрожания мышц нет. Пальпация мышц безболезненная,

мышечная сила сохранена; правая рука и левая рука- 5 баллов, D=S; пра-

вая нога и левая нога- 5 баллов, D=S. Осанка не изменена, поход-

ка ахейрокинез. Позвоночник и кости не деформированы, пальпация и

поколачивание безболезненны. Позвоночник подвижен во всех отде-

лах, умеренно болезнен в шейном и в поясничном. Суставы обычной

конфигурации, не увеличены, крепитация, местная гипертермия,

флюктуация над ними не выявляются. Объем активных и пассивных

движений в суставах сохранен. Движения координированы, рефлексы

сохранены, патологические рефлексы не выявляются, в позе Ромбер-

га устойчива.

 Грудная клетка правильной формы. Дыхание поверхностное, рит-

мичное, тип дыхания- верхнереберный. Обе половины грудной клетки

симметрично участвуют в акте дыхания, вспомогательная группа мышц

не задействована. Пальпаторно: грудная клетка ригидная, безболез-

ненная; голосовое дрожание не изменено. Перкуторно: над всей по-

верхностью легких- ясный легочной звук; гамма звучности с обеих

сторон спереди и сзади сохранена. Над основной массой легочной

ткани аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, побоч-

ных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена.

 При осмотре видимых деформаций в прекардиальной области,

пульсации в области проекции сосудистого пучка нет; сердечный

толчок не определяется. Верхушечный толчок пальпируется в облас-

ти V межреберья на 2 см кнутри от среднеключичной линии слева,

шириной до 1,5 см, низкой высоты, умеренной силы и резистентнос-

ти. Аускультативно на верхушке сердца- тоны ритмичные, ясные, от-

мечается систолический шум; на основании- акцент II тона над аор-

той, патологические шумы и тоны не выслушиваются.

 Живот правильной формы, в акте дыхания не участвует; мягкий,

безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины

нет, пульсация сосудов и видимая перистальтика не выявляется.

Объемные образования, ограниченные выпячивания, расхождения по

средней линии живота, желчный пузырь, селезенка не пальпируются.

Печень перкуторно по краю реберной дуги.

 При осмотре поясничной области гиперемии, припухлости, отеч-

ности кожи нет. почки не пальпируются во всех положениях. Сим-

птом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус.

 I пара- обонятельный нерв (n. olfactorius): больная разли-

чает все виды ароматических запахов одинаково правым и левым но-

совым ходом, D=S.

 II пара- зрительный нерв (n. opticus): острота зрения: Visus

 1,6/1,6 с кор. +3,0/+3,0= 1,0/1,0. Зрительные поля:

 OS OD

 ¦65 ¦65

 ¦ ¦

 ¦ ¦

 ¦ ¦

85-------- +--------55 55-------+--------85

 ¦ ¦

 ¦ ¦

 ¦ ¦

 ¦ ¦

 65 65

 III, IV, VI пары- глазодвигательный, блоковый, отводящий

нервы (nn. oculomotorius, trochlearis et abducens): зрачки круг-

лые c ровными краями, нормальной величины с обеих сторон, D=S.

Реакция зрачков на свет- прямая: живая, равная, D=S; содружес-

твенная: живая, равная, D=S. Реакция зрачков на конвергенцию с

аккомодацией живая, равная, D=S. Симптом Арджиль-Робертсона не

выявляется. Объем движений глазных яблок полный, D=S. косоглазие,

нистагм, птоз не определяются.

 V пара- тройничный нерв (n. trigeminus): чувствительность на

обеих половинах лица и передней трети головы сохранена, D=S. Кор-

неальный и конъюнктивальный рефлексы живые, равные, D=S. Жевание

осуществляется в полном объеме, ограничение движения нижней

 челюсти не определяется. Вкус на симметричных половинах передних

двух третях языка сохранен.

 VII пара- лицевой нерв (n. facialis): при наморщивании лба,

нахмуривании бровей образующиеся складки симметричны; при оскали-

вании зубов углы рта на одном уровне; носогубная складка не выра-

жена, симметрична. Отмечается симптом Мари.

 VIII пара- слуховой и вестибулярный нервы (n. vestibulococh-

learis): острота слуха для шепотной речи слева и справа состав-

ляет 6 м., D=S; для разговорной 25 м. для левого и правого уха,

D=S. В позе Ромберга устойчива, головокружения нет.

 IX и Х пара- языкоглоточный, блуждающий нервы (nn. glossopha-

ryngeus et vagus): вкус на задней трети языка сохранен, глоточ-

ный и небный рефлексы живые и равные, D=S. Мягкое небо в тонусе,

не свисает; язычок симметричен, расположен по центру. Акт глота-

ния не нарушен. Фонация сохранена.

 XI пара- добавочный нерв (n. accesorius): поднятие плеч,

сведение лопаток, поворот головы в стороны выполняется в полном

объеме, одинаково с обеих сторон, D=S. Сила мышц справа и слева 5

баллов, D=S.

 XII пара- подъязычный нерв (n. hypoglossus): ограничения

движения языка в стороны, девиации не выявляются. Акт членораз-

дельной речи не нарушен.

 Двигательная сфера

 В руках: объем активных и пассивных движений полный, при

пассивном разгибании левой кисти выявляется симптом "зубчатого

колеса", темп движений замедленный, сила мышц слева и справа 5

баллов, D=S; тонус повышен, S>D; рефлексы карпорадиальный, с дву-

х- и трехглавых мышц живые, равные, D=S.

 В ногах: объем активных и пассивных движений полный, темп

движений достаточный, сила мышц слева и справа 5 баллов, D=S; то-

нус повышен, D>S; коленный, с ахиллова сухожилия, подошвенный жи-

вые, равные, D=S. Патологических стопных знаков нет.

 Симптомы орального автоматизма не выявляются.

 Координация движений

 Отмечается тремор верхних конечностей и правой нижней, мел-

коритмичного характера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и

практически исчезающий при произвольных движениях. При выполне-

нии пальце-носовой пробы правой и левой рукой и коленно-пяточной

правой и левой ногой на всем ее протяжении дрожание не выявляет-

ся, нарушения выполнения проб нет. Скандированная речь, адиадо-

хокинез не выявляются. Двигательная инициативность больной резко

снижена. В обычной и сенсибилизированной позе Ромберга устойчива.

Походка замедленная, инициальная фаза движения затруднена, опре-

деляется ахейрокинез. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия не

выявляются.

 Чувствительная сфера

 Болезненность нервных стволов при пальпации и вытяжении не

отмечается, симптомы Ласега, Вассермана не определяются, выяв-

ляется положительный симптом Нери. Болезненности в болевых точ-

ках Валли нет, кроме умеренной болезненности в паравертебральных

точках шейного отдела позвоночника. Температурная чувстви-

тельность, мышечно-суставное чувство, стереогноз сохранены, оди-

наковы в симметричных участках тела. Чувствительность правой и

левой половины тела одинакова, D=S. Анестезия, дизестезия, гипер-

патия в отношении всех видов чувствительности не выявляются.

Больная отмечает парастезии в обеих стопах и нижних третях голе-

ни по типу "полусапог", а также в виде отдельных полос по ме-

диальным поверхностям голеней.

 Функция тазовых органов

 Дизурических расстройств нет, мочеиспускание безболезненно;

задержку или учащение стула не отмечает, стул регулярный, нор-

мальной консистенции; императивных позывов на акт мочеиспускания

и тенезмов нет.

 Оболочечные симптомы.

 Ригидность затылочных мышц не выявляется. Симптомы Кернига и

Брудзинского не отмечаются.

 Вегетативно-эндокринная система

 Дермографизм розовый, быстрый; потоотделение не усилено; пи-

ломоторный рефлекс не выражен. Щитовидная железа не увеличена,

"больших признаков" тиреотоксикоза нет; расстройств менструально-

го цикла нет.

 Речь

 Устная речь: понимание затруднено и замедлено; произношение-

выраженных нарушений нет. Письменная речь: чтение- скорость чте-

ния и усвоение прочитанного материала снижены; письмо- нарушен

процесс начертания букв. Анартрии, афазии, дизартрии нет. Речь

ближе к монотонной, немодулированная.

 Психическая сфера

 Корковые процессы несколько ослаблены, плохая переключае-

мость и произвольность психических процессов, отмечается невыра-

женная "вязкость" мышления. Сознание ясное, ориентирована во вре-

мени, пространстве. Внимание и ассоциативные процессы снижены.

Поведение адекватное, настроение апатичное.

Дневник:

8.04.98.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 110\70.

Предъявляет жалобы на головокружение.

9.04.98 Самочувствие хорошее, АД 110\80, пульс 78 ударов в мин.

Предъявляет жалобы на нарушение сна.

10/04/98Состояние удовлетворительное, сознание ясное. АД 110\70, пульс 75 ударов в минуту. Жалобы на головокружение, шум в ушах, потливость.

Ведущий синдром: на основании жалоб больной на дрожание обеих

рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положи-

тельного, так и отрицательного характера); эпизоды дрожания мышц

нижних конечностей; объективных данных: гипомимия, симптом "зуб-

чатого колеса" при пассивном разгибании левой кисти, повышенный

тонус мышц верхних (особенно левой руки) и нижних конечностей;

тремор верхних конечностей и правой нижней, мелкоритмичного ха-

рактера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и практически ис-

чезающий при произвольных движениях; снижение двигательная ини-

циативности, замедление походки, затрудненность инициальной фазы

движения, ахейрокинез можно сделать вывод о наличии у больной ги-

покинетического-гипертонического синдрома.

Обоснование топического диагноза:

 Выше перечисленные симптомы, характерные для гипертоническо-

го-гипокинетического синдрома, а также отсутствие клинических

признаков поражения пирамидной системы и нарушения чувстви-

тельности позволяют предположить поражение экстрапирамидной сис-

темы, а именно патологию паллидума.

Клинический диагноз: На основании жалоб больной на тремор обеих рук,

постоянную головную боль, объективных данных: гипомимию, тремор

рук и правой ноги мелкоритмического характера, практически исчезающий при произвольных движениях, симптом “зубчатого колеса” при пассивном сгибании левой кисти, повышенный тонус мышц рук и ног, можно поставить предварительный клинический диагноз - дрожательный паралич (paralisis agitans) или болезнь Паркинсона.

Дифференциальный диагноз:

Болезнь Паркинсона следует дифферинцировать от гепато-лентикулярной дегенерации

Вильсона-Коновалова, для этой болезни характерен тремор, гипомимия, отсутствие пирамидных знаков, однако пакркинсоноподобные варианты гепато-лентикулярной дегенерации отличается наличием роговичного кольца Кайзера-Флейшера и патологии печеночных проб. Поводом предположения паркинсонизма могут стать многочисленные заболевания, сопровожд. тремором. Тремор при рассеяном склерозе, где дрожание носит смешаный интенционно-статический характер. Может напоминать дрожание паркинсоников. Решает диагностику наличие пирамидных знаков и мозжечковая атаксия. Сенильный тремор характеризуется отсутствием других отклонений в неврологическом статусе. Аналогичным образом дифференцируется с паркинсонизмом эссенциальный семейный тремор Минора. Заболевание носит наследственный характер и начинается нередко в детстве. Он сочетает в себе элементы и статического и интенционного дрожания. Характерной особенностью, отличающей медикаментозный паркинсонизм (применение больших доз нейролептиков –резерпин, аминозин). От болезни Паркинсона, служит не редкое сочетание акинетико-регидного синдрома с оральными гиперкинезами, приступообразным напряжением мышц ротовой полости, языка, глотки, жевательных мышц, иногда с нарушением голоса и дыхания, судорогой взора, спастической кривошеей. Т о на основании выше перечисленного можно поставить окончательный клин. Диагноз – болезнь Паркинсона.

Патологич. анатомия.

При макроскопич. Изучении срезов мозга обычно бросается в глаза депегментация субстанции nigra и locus ceruleus. Гисто-патологич. изменения при болезни Паркинсона максимально выражены в черном веществе мозговой ножки, где наблюдается уменьшение нейронов. Специфической находкой для идиопатической болезни Паркинсона считается сфероидные гиалиновые включения пигмент содержащих ганглиозных клетках, известные под названием телец Льви.

Этиология и патогенез:

Этиологическая классификация – различают 6 основных форм: наследственная, постэнцефалическая, атепросклеротическая, токсическая, травматическая, бластематозная.

Генетические механизмы, лежащие в основе семейных случаев болезни паркинсона не ясны. Патогенетические основы: основу всех форм паркинсонизма составляют резкое

уменьшение, подчас до 10% нормального уровня, концентрации дофамина в базальных ганглиях и черной субстанции, где в обычных условиях его концентрация максимальна по сравнению с другими отделами мозга. По мнению Барбье в мозге имеется постоянное равновесие между антагонистически действующими катехоламинами и серотонином, с одной стороны, и ацетолхолином и гистамином с другой. При паркинсонизме падает содержание первый двух в-в, и поэтому возрастает относительный уровень ацетилхолина и гистамина. Конкретные механизмы Трансформации указанных биохим. Нарушений при паркинсонизме расстройстве тонуса и моторики не ясны, равно как и локализация этих основных симптомов.

Прогноз и течение:

Заболевание хроническое, медленно прогрессирующее. Течение данного заболевания доброкачественно. Если больная будет ежегодно приходить курс поддерживающей восстановительной терапии, то прогноз более благоприятен.

Лечение:

1.L-DOPA 0,125 после еды

2.Vit В6

3.лечебная физкультура

4.массаж

 Подпись куратора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Короткова Е.В.)