НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

 им. акад. А.А. БОГОМОЛЬЦА

 Кафедра Нервных Болезней

 Зав. кафедрой - проф. Винничук В. П.

 Преподаватель - ас.

 ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

 x

 Клинический диагноз: Рассеяный склероз цереброспинальная форма

 III ст. , ремиттирующее течение , фаза обострения .

 Куратор - студент IV курса

 1 группы 3-го медицин-

 ского факультета

 Мыльников Павел Олегович

 Время курации с 17.04.99

 по 24.04.99

 Киев - 1997

 1. Паспортные данные.

 Фамилия , Имя , Отчество : x

 Возраст : 1936 ( 61 года ) . Пол : мужской

 Семейное положение : женат .

Образование : среднее .

 Профессия : электрик

 Место жительства : г. Киев , Минский р-н.

 Дата поступления в клинику : 18.03.1997

 Диагноз при поступлении в клиннику: крестцовый ради-

 кулит .

 2. Жалобы больного .

 Больной предъявляет жалобы на переодически возникающие боли в

 нижних конечностях в области голеней , средней интенсивности. Так-

 же шаткость походки , ощущение тяжести и утомляемость при дли-

 тельной ходьбе, в положении лежа чувство жжения в дистальных отде-

 лах нижних конечностей , уменьшение объема нижних конечностей.

 Кроме этого больной отмечает преходящее снижение остроты зрения , ощущение нечеткости изображения , появление " сетки " перед глазами , нарушения почерка - которое связывает с наруше нием зрения.

 3. Анамнез болезни .

 Заболевание началось остро зимой 1996 года. На фоне полного здоровья появилось чувство онемения правой половины тела ( нижняя конечность до середины грудной клетки. При обращении в поликлинику по месту жительства , невропатологом был поставлен диагноз пояснично-крестцовый радикулит и назначено лечение ( диклофенак , плазмол , никотиновая кислота ) . Назначеное лечение оказало эф фект , симптомы заболевания исчезли полностью. 18 января 1997 года у больного возобновились симптомы заболевания - онемение обеих

 нижних конечностей. Больной возобновил прием ранее назначенных

 лекарственных средств , однако положительного эффекта лечение не

 оказало. Кроме этого больной стал отмечать шаткость походки при

 ходьбе , расстройства почерка , переодически возникающее снижение

 остроты зрения , ощущение нечоткости изображения и появление "

 пленки " пред глазами. Позже присоединилось чувство жжения в дис-

 тальных отделах нижних конечностей в положении лежа. 18 марта 1997

 года больной в плановом порядке , поступил на стационарное лече-

 ние в отделение неврологии .

 4. История жизни

 Родилася и проживает в Киеве , в детстве жилищно - бытовые ус ловия и питание были удовлетворительными. Школу окончил в возрас-

 те 17 лет , после окончания школы работал электриком на базаре . На

 рабочем месте контакта с вредностями производства не имел.

 В настоящее время жилищно - бытовые условия удовлетворительные,

 питание рациональное сбалансированное . Материальная обеспечен-

 ность средняя .

 Вредные привычки-курит до пачки в день , алкоголь , никотин , мор-

 фин не употребляет.Туберкулез , болезнь Боткина , сифилис , бруце-

 лез-отрицает . Аллергических реакций на лекарственные средства ,

 пищевые продукты, а также на растительные субстраты не отмечает.Женат с 23 лет. Родственники и дети

 здоровы , у отца наблюдались переходящие нарушения зрения. Психи-

 ческие нервные болезни у себя и родственников отрицает.

 5. Общее состояние

 Общее самочувствие больного средней тяжести , положение в

 постели активное. Выражение лица спокойное , осанка прямая , ходь-

 ба не быстрая не уверенная. Рост 175 см. вес 68 кг. нормостеничес-

 кий конституционный тип.

 Кожные покровы бледно - розового цвета. Тургор кожи не изме-

 нен , влажность кожи нормальная .

 Видимые слизистые бледно - розового цвета. Подкожная клетчат-

 ка развита умеренно , равномерно. Форма головы симметричная , нос

 не искривлен. Разрез глаз по европеоидному типу , волосы не лом-

 кие каштановые , ногти без видимых изменений. Лимфатические узлы

 не изменены , безболезненные , не спаянные с окружающими тканями.

 Степень развития мышц хорошая , тонус мышц сохранен. Отмечает-

 ся некоторое снижение тонуса мышц нижних конечностей и гипотрофия

 их.Костная система развита пропорционально , суставы - пассивные и

 активные движения в полном объеме.

 Дыхательная система :Дыхание свободное , проходимость носовой

 полости не затруднена. Голос больного не изменен.

 Грудная клетка нормостенической формы , обе половины грудной

 клетки симметричны. Над- и подключичные ямки выражены умеренно ,

 лопатки прилегают к грудной клетке. В акте дыхания обе половины

 грудной клетки участвуют одинаково . Частота дыхательных движе-

 ний - 18 в минуту , тип дыхания брюшной. Дыхание ритмичное глубо-

 кое.

 При пальпации грудной клетки умеренная резистентность. Голосо-

 вое дрожание не изменено , межреберные промежутки сглажены.

 Сравнительная перкуссия грудной клетки выявила ясный легочной

 звук над симетричными половинами грудной клетки

 При топографической пер-

 куссии :

 нижняя граница легких левое легкое правое легкое

 окологрудинная линия - 5-е ребро

 среднеключичная - 6-е межреберье

 передняя подмышечная 8-е ребро 7- е ребро

 средняя подмышечная 9-е ребро 8-е ребро

 задняя подмышечная 10-е ребро 9-еребро

 лопаточная 11-е ребро 10-е ребро

 околопозвоночная ост. отр. ост. отр.

 12-го гр. 11-гогр.

 позвонка позвонка

 Высота стояния верхушек легких , поля Кренига :

 левое легкое правое легкое

 высота стояния

 верхушек легких

 спереди 4 см. 3 см.

 сзади 3 см. 3 см.

 поля Кренига 5см. 4 см.

 Активная подвижность легких не изменена. Полулунное простран-

 ство Траубе - ширина основания 6 см. высота 1.5 см.

 Аускультативная картина : нормальное везикулярное дыхание

 Бронхофония не изменена

 Система кровообращения : Боли в области сердца (за грудиной)

 не беспокоят , перебоев в работе сердца больной не отмечает .

 Артериальный пульс одинаков на обеих руках , ритм правильный ,

 частота пульса ( 78 уд. мин. ). Дефицита пульса не наблюдается ,

 удовлетворительное наполнение , напряжение снижено. Величина ифор-

 ма пульса средние. АД - 110/70 , верхушечный толчок пальпируется в

 5-ом межреберье на 0,5 см. от среднеключичной линии , умеренно ре-

 зистентный , нормальной силы , высокий , площадь 2 кв. см. , огра-

 ниченный.

 Перкуссия сердца :

 Границы относительной тупости сердца .

 правая - 1.5 см. от правого края грудины

 верхняя - III-е ребро

 левая - 0,5 см. от левой среднеключичной линии

 поперечник сердца - 15 см.

 Границы абсолютной тупости сердца .

 правая - левый край грудины

 верхняя - 4-е ребро

 левая - 0,5 см. вправо от левой границы относительной тупости

 Поперечник сосудистого пучка 5,5 см.

 Аускультация : тоны сердца ритмичные,частота 78 уд в мин,пато-

 логичеких аускультативных феноменов не определяется. Система пище-

 варения : Со стороны пищеварительной системы больной жалоб не

 предъявляет.

 Слизистая оболочка полости рта розового цвета без признаков

 паталогии . Десны без видимых изменений , язык чистый влаж-

 ный.Миндалины не увеличены , признаки воспаления отсутствуют.

 При исследовании в положении стоя и лежа живот округлой формы

 пупок втянут , участие в акте дыхания равномерное. . Перкутор-

 ный звук имеет тимпанический оттенок. При аускультации нормальные

 перестальтические шумы. Свободная жидкость в брюшной полости не

 определяется.

 Поверхностная пальпация живота безболезненая , Мышцы передней

 брюшной стенки не напряжены , симптомы Щеткина - Блюмберга и Мен-

 деля отрицательные. При глубокой методической пальпации по Образ-

 цову - Стражеско , сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого

 плотного цилиндра 2 см. в диаметре , не урчит , безболезненна ,

 смещаема в пределах 2,5 см. . Слепая кишка пальпируется в виде уп-

 ругого цилиндра. При надавливании отмечается незначительное урча-

 ние , диаметр 3,5 см. . Большая кривизна желудка определяется в

 виде валика , малая не пальпируется. Поперечная ободочная кишка

 определяется в виде цилиндра 2,5 см. в диаметре , не урчит , без-

 болезненна умеренной плотности. Конечная часть подвздошной кишки ,

 аппендикс , привратник , а также восходящая и нисходящая ободоч-

 ные кишки не пальпируются. Нижняя граница желудка 3 см. вверх от

 пупка.

 Границы печени перкуторно : верхняя нижняя

 l.parastern. dextr. 6-е ребро l.pstern.sinistr. по реберной

 l.mammillaris dextr.7-е межреберье дуге

 l.axillaris media 7-е ребро l.mediana граница верхн.

 l.scapularis 9-е межреберье и средней 1/3

 l. vertebralis ост. отр. от пупка до

 11-го позвонка xiphoideus

 l.parastern.dextr. на 2 см. ниже

 ребнрн. дуги

 l.mammillaris.dextr.по реберн.

 дуге

 l.axillaris.media на 10-ом реб-

 dextr. ре

 Размеры печени по Курлову :

 l.parastern.dextr. 5 см.

 l.mammillaris dextr. 6 см.

 l.axillaris media 7 см.

 dextr.

 Пальпаторно нижний край печени гладкий упругий ровный. Не выс-

 тупает из-под реберной дуги , безболезненый. Желчный пузырь не

 увеличен при пальпации безболезненный. Симптомы Кера , Мерфи , Мю-

 си-Георгиевского отрицательные. Селезенка не увеличена , плотная ,

 при пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется,

 болезненности в зонах Шофара и Мейо-Робсона не отмечается .

 Стул регулярный один раз в сутки , плотной консистенции , ко-

 ричневого цвета .

 Система мочеотделения : Мочеиспускание безболезненое до 4 раз

 в сутки. Количество мочи в сутки 1500 - 2000 мл. , цвет - соломен-

 но желтый. Моча прозрачна без запаха.

 Почки не пальпируются , симтом Пастернацкого отрицательный ,

 мочевой пузырь не выступает над лобком. Наружные половые органы

 без изменений.

 Щитовидная железа обычных размеров , умеренно плотной консис-

 тенции , бугристая ( дольчатая ) безболезненна. Симптомов наруше-

 ния эндокринных желез нет.

 6. Данные неврологического обследования

 Состояние психики

 Больной контактен,сознание ясное,умственное развитие соответ-

 ствует возрасту и образованию,внимание устойчивое , память на бли-

 жайшие и отдаленные события не утрачена,отношение к своему заболе-

 ванию не критичное, наличие обонятельных,зрительных и вкусовых

 галлюцинаций отрицает.

 "Речь , гнозис , праксис Речь больного несколько скандирована ,

 спонтанности речи не наблюдается , понимание речи не изменено. Це-

 ленаправленность действий сохранена. Понимание значения зри-

 тельных , слуховых , и других раздражителей не изменено. Ориенти-

 руется в пространстве и в топографии частей своего тела.

 "Менингиальные симптомы Ригидность затылочных мышц , симптомы

 Кернига , Брудзинского - верхний и нижний , брадикардия , тошнота

 , рвота не отмечается.

 "Рефлекторно двигательная функция Определяется наличие гипотро-

 фий мышц дистальных отделов нижних конечностей , фибрилярные и

 фасцикулярные подергивания не отмечаются. Объем активных и пасив-

 ных движений не ограничен. Сила мышц верхних конечностей можна

 оценить в 5 баллов , их тонус удовлетворительный ; Сила мышц ниж-

 них конечностей составляет 3 балла , тонус их повышен по спасти-

 ческому типу ( в правой выше чем в левой ). У данного больного при

 ходьбе определяются физиологические синергии ,патологические син-

 кинезии (глобальные , координаторные , имитационные)не выявлены.

 Гиперкинезы ( хорея , атетоз , торзионная дистония ,гемиболизм ,

 миоклонии , тики ) у данного больного не выявлены. Судорожные пипад-

 ки ( общие и локальные )больной отрицает. Проба Барре отрица-

 тельная.

 Рефлексы Сгибательные и разгибательные : локтевые , карпора-

 диальные - на обеих конечностях не изменены D=S ; рефлексы колен-

 ные и с ахилова сухожилия высокие D>S. Брюшные рефлексы отсут-

 ствуют с обеих сторон , при штриховом раздражении кожи наружного

 края подошвы определяется выраженный симптом Бабинского D>S. Пато-

 логические рефлексы Бехтерева и Жуковского положительные D=S. Рефлекс Россолимо положителен справа. Рефлексы Шефара и Гордона поло-

 жительны на правой конечности. Клонус стопы и надколенника не оп-

 ределяется.Рефлексы орального автоматизма , хватательный не выявляются.

 Координация движений

 При выполнении пальценосовой пробы больной промахивается. При вы-

 полнении пяточноколенной пробы пятка соскакивает с гребня больше-

 берцовой кости , особенно это выражено справа. Проба на адиадохо-

 кинез выявляет отставание правой руки. Феномен Стюарта - Холмса

 отрицательный. При исследовании почерка отмечается макрография ,

 почерк неровный , зигзагообразный ломаными линиями , поднимается

 вверх к концу строки. Больной в позе Ромберга неустойчив , походка паретико-атактическая .

 Чувствительная функция

 Анталгическая поза у больного отсутствует. Симптомы натяжения

 нервных стволов и корешков ( Лассега , Вассермана , Мацкевича ,Не-

 ри , Дежерина ) отрицательные.Болевая чувствительность снижена в

 дистальных отделах нижней конечности , температурная , тактильная

 не изменены , мышечно-суставное чувство - нарушено распознавание

 положения пальцев на левой нижней конечности , вибрационная не из-

 менена. Наблюдаются парестезии ( чувство " жжения " ) в дис-

 тальных отделах нижних конечностей. Болезненость при надавливании

 в точках выхода корешков и на переферические нервные стволы - бо-

 левых точках тройничного , затылочного нервов ; болезненность в

 области плечевого сплетения ; паравертебральных точках ; по ходу

 межреберных нервов ; при постукивании по остистым отросткам ; по

 ходу седалищного нервов отсутствует .

 Исследование функции черепных нервов

 I - при использовании набора с ароматическими веществами было

 выявлено , что восприятие и дефферинцировка запахов вблизи и на

 расстоянии у данного больного не нарушена. Обонятельные галлюцинации отсутствуют.

 II - У больного определяется снижение остроты зрения ,уменьше-

 ние полей зрения. При иисследовании глазного дна отмечается поб-

 леднение дисков зрительных нервов обеих глаз .

III,IV,VI- обе глазные щели равномерно сужены. Птоза ,

 экзо- , эндофтальма , признаков сходящегося и расходящегося косог-

 лазия не обнаружено , диплопия отсутствует. Зрачки одинаковой ве-

 личины , округлой формы , умеренно сужены. Прямая и содружествен-

 ная реакция зрачков на свет сохранена , аккомодация и конверген-

 ция не нарушены. Симптомы Аргайля - Робертсона , Бернара - Горне-

 ра отрицательны .

 V - поверхностная чувствительность ( температурная , болевая ,

 тактильная ) на симметричных участках лица выражена одинаково

 удовлетворительно. Надбровный , корнеальный , роговичный рефлексы

 живые и симметричные. Тонус жевательной мускулатуры сохранен. Дви-

 гательная функция жевательной мускулатуры сохранена

 VII- лицо симметричное , разрез глазных щелей симметричен.

 Сужения щели , птоза , " заячьего глаза " нет.Кожная складка лба

 при взгляде вверх , нахмуривании бровей симметрична. Длина ресниц

 при зажмуривании глаз одинакова , носогубная складка выражена оди-

 наково с двух сторон , опущений угла рта нет. Симптом " паруса "

 отрицательный, ротовая щель симметрична, оскал зубов симметричный

 ( симптома " морковки " не наблюдается. При улыбке, свисте асим-

 метрии не выявлено. Сухости глаз и слезотечения, а также сухости

 во рту и повышенного слюноотделения не выявлено. Вкусовая чувстви-

 тельность на передних 2/3 языка не нарушена.

 VIII - острота слуха , исследованная при помощи шепотной

 ( D=10м ) и громкой речи удовлетворительное. Камертонные пробы Вебера, Швабаха, Рине не изменены.

 IX,X- глоточный рефлекс живой. Глотание жидкой и твердой пищи

 не нарушено. Дужки мягкого неба в покое распологаются симметрично,

 при произнесении звука " а " выявляется подвижность дужек мягкого

 неба. Ps - 78 уд. в мин., ЧДД - 18 мин.. Голос не изменен: гнуса-

 вости, глухости не выявленно. Тембр голоса низкий, вкусовая чув-

 ствительность ( ощущение горького ) на задней 1/3 языка не нарушено.

 XI-положение гловы и шеи относительно продольной оси тела сим-

 метричное. Движения головы в стороны, запрокидывание ее назад,

 поднятие, отведение плечевого пояса кзади, возможность поднятия

 рук выше горизонтального уровня не нарушены ( возможны в полном

 объеме ). Атрофии мышц шеи, фибрилярных подергиваний в трапецевидных и грудинноключичнососцевидных мышцах не выявлено.

 XII- язык располагается в ротовой полости симметрично. Движения языка сохранены в полном объеме, при высовывании его из рта отклонений в сторону не наблюдается. Атрофии и фибрилярноые подергивания мышц языка не определяются. Артикуляция речи не нарушена

 ( дизартрия отсутствует ).

 Вегетативно - трофическая функция

 Кожа обычной температуры ( в подмышечной впадине 36,6 С ), окраска бледнорозовая. Дермографизм местный, белый, в виде белой полоски, сохраняется 9 мин., пото-, сало- и слюноотделение не нарушено. Трофические изменения кожи и придатков, костей, суставов не обнаружено. Пролежни отсутствуют. Болезненность при пальпации шейных вегетативных узлов, солнечного сплетения отсутствуют. Зрачки симметричные. Функции тазовых органов: половая не нарушена, акт дефекации и мочеотделения без патологических ( задержка, переодическое недержание, императивные позывы, истинное недержание мочи ) изменений.

 7. Топический диагноз.

 По имеющимся у больного признаков нарушения рефлекторно-двига-

 тельной функции - наличие мышечноной гипотрофии в дистальных отде-

 лах нижних конечностей, повышение тонуса мышц по спастическому ти-

 пу, высоких коленных, ахиловых, отсутствие брюшных рефлексов с

 обеих сторон, наличие выраженныж патологических рефлексов Бабин-

 ского, Бехтерева, Жуковского, Россолимо, Шефара и Гордона дает

 возможность предполагать о центральном типе парапареза нижних ко-

 нечностей, вызванным поражением пирамидных путей в боковых канати-

 ках спинного мозга на уровне грудного отдела ( сегменты ThIII- ThXII ).

 Координации движений - промахивание при выполнение пальценосо вой пробы, соскальзывание пятки с гребня большеберцовой кости при проведении пяточно-коленной пробы, отставание правой руки при пробе на адиадохокинез, изменение почерка ( по типу макрографии ) указывает на поражение левого полушария мозжечка. Астазия и абазия указывает на повреждени клочково-узелковой доли мозжечка. Нарушение сенсорной функции в виде снижения болевой чувствительности в дистальных отделах нижних конечностей, нарушение мышечно-суставного чувства, парестезии в дистальных отделах нижних конечностей возможно указывает на поражение задних рогов спинного

 мозга LV-SII, а также на возможность частичного поражения ме диальной петли изнутри слева.

 8. Данные параклинических методов обследования .

18.03.1997

 Общеклинический анализ мочи :

 Количество - 150 мл; Реакция - слабокислая;

 Цвет - светло желтый; Удельный вес - 1014 кг/см3;

 Прозрачность - прозрачная; Сахар - нет;

 Белoк - нет.

 Микроскопия осадка :

 слизь - нет эпителий - еденичный в поле зрен

 цилиндры - нет лейкоциты - 2 в поле зрения

18.03.1997

 Общеклинический анализ крови :

 Hb - 110 г/л; Лейкоциты - 7,0 \* 10 9

 Эритроциты -3.5 \* 10 12; Базофилы - 1%

 Эозинофилы - 2%;

 Цветной показатель - 0,9; Нейтрофилы :

 Гематокрит - 0,5; Юные - 0%

 СОЭ - 15 мм. час; Палочкоядерные - 9%;

 Сегментоядерные - 60%;

 Лимфоциты - 20%;

 Моноциты - 8%.

 8.04.97.

 Биохимия крови :

 Общий белок - 77 г/л в - 10 %

 Альбумины - 57 % гамма - 20 %

 Глобулины - 43 % А/Г коефициент - 1.2

 а1 - 3% С-реактивный белок - отр.

 а2 - 10%

 9.04.97.

 ЭКГ исследование : Ритм синусовый , ЧСС - 103 уд.мин , регулярный.

 Электрическая позиция сердца горизонтальная , еденичные желудочко-

 вые экстрасистолы. Диффузные изменения в миокарде.

 10. Предварительный клинический диагноз.

 На основании имеющихся у данного больного жалоб на переодически

 возникающие боли в нижних конечностях в области голеней , средней

 интенсивности, шаткость походки , ощущение тяжести и утомляемость

 при длительной ходьбе, в положении лежа чувство " жжения " в дис-

 тальных отделах нижних конечностей , уменьшение объема нижних ко-

 нечностей, преходящее снижение остроты зрения , ощущение нечеткос-

 ти изображения , появление " сетки " , " плеки " перед глазами ,

 нарушения почерка - которое связывает с нарушением зрения.

 Данных анамнеза ( острое начало заболевания, возраст больного,

постипенное нарастание симптоматики, ухудшение состояния больного. Указание больного на то, что у его отца наблюдались переходящие нарушения зрения.Данных неврологического обследования ( отношение к своему заболеванию не критичное, речь больной несколько скандирована, определяется наличие гипотрофий мышц дистальных отделов нижних конечностей , тонус нижних конечностей повышен по спастическому типу,реылексы коленные и с ахилова сухожилия высокие D>S. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон , при штриховом раздражении кожи наружного края подошвы определяется выраженный симптом Бабинского D>S. Патологические рефлексы Бехтерева и Жуковского положительные D=S. Рефлекс Россолимо положителен справа. Рефлексы Шефара и Гордона положительны на правой конечности.При выполнении пальценосо вой пробы больной промахивается. При выполнении пяточноколенной пробы пятка соскакивает с гребня большеберцовой кости , особенно это выражено справа. Проба на адиадохокинез выявляет отставание

 правой руки.При исследовании почерка отмечается макрография , почерк неровный , зигзагообразный ломаными линиями , поднимается вверх к концу строки. Больной в позе Ромберга неустойчив , походка ретикоатактическая.Болевая чувствительность снижена в дистальных отделах нижней конечности , мышечно-суставное чувство нарушено распознавание положения пальцев на левой нижней конечности , Наблюдаются парестезии ( чувство " жжения " ) в дистальных отделах нижних конечностей, поражение II-пары ч.м.н. ( снижение остроты зрения ,уменьшение полей зрения. При иисследовании глазного дна отмечается побледнение дисков зрительных нервов обеих глаз, можно поставить предварительный клинический диагноз: Рассеяный

 склероз. Цереброспинальная форма, III-ст., ремиттирующее течение, стадия обострения.

 11. Дифференциальный диагноз.

 Рассеяный склероз необходимо дифференцировать с :

-опухолью спинного мозга с локализацией в грудном отделе,для которой характерно наличие опоясывающей корешковой боли, выпадение всех видов чувствительности в нижней части тела, симптома ликворного толчка и синдрома вклинивания, для данного больного это не характерно. Так же у данного больного имеется поражение вышележащих мозговых структур, что не наблюдается при опухоли грудного отдела спинного мозга и имеет место при рассеяном склерозе.

 - опухолью головного мозга для которой характерна множественность

 поражения ЦНС, наличие психических нарушений, отсутствие четких нарушений чувствительности по проводниковому типу, чего не наблюдается у данного больного и наличие ремиссий.

 - острым рассеяным энцефаломиелитом, который протекает по типу ос-

 трого заболевания с быстрым нарастанием симптомов, и дальнейшим их

 регрессом. Характерно повышение температуры, озноб, психомоторное

 возбуждение, менингиальные явления, могут быть выражены общемозго-

 вые симптомы. Не характерно снижения остроты зрения и исчезнове-

 ние брюшных рефлексов в начальных этапах заболевания. Отсутсвие

 рецидивов и ремиссий всегда свидетельствует в пользу острого рас-

 сеяного энцефаломиелита.

 - опухолью мозжечка которая чаще наблюдается в детском возрасте,

 характеризуется быстрым наростанием симптомов заболевания, наличием множественного поражения ЦНС, повышением внутричерепного давления, отсутствием ремиссий.

 - дисциркуляторной энцефаломиелопатии протекающей с расстройствами памяти, ,значительными нарушениями в эмоционально-волевой сфере псевдобульбарными и паркинсоническими синдромами,эпилепсией. На

 глазном дне наблюдается атеросклероз сосудов и бледность дисков

 зрительного нерва, и встречающейся в основном у пожилых людей.

 12. Клинический диагноз

 На основании обоснованного предварительного и дифференциально-

 го дигнозов, можно поставить следующий диагноз: Рассеяный склероз.

 Цереброспинальная форма, III cт., ремиттирующее течение, фаза

 обострения.

 13. Этиология и патогенез.

 Рассеяный склероз представляет собой 6 основных звеньев патоло-

 гической цепи.

 1. Полифакториальное воздействие ( геоклиматические, экологи-

 ческие, инфекционные ) на стволовые надсегментарные структуры го-

 ловного мозга и прежде всего гипоталамической области, у генети-

 чески предрасположенных лиц способствует возникновению нарушения

 различных видов обмена, в том числе и белкового.

 2. Нарушение регуляции белкового метаболизма вызывает его рас-

 стройство, в генетически молодых структурах проводников, представ-

 ленных нейрокератиновой сетью миелиновых пластин, с распростране-

 нием их дезинтеграции в наиболее дифференцированых волокнах еди-

 ной системы, чем объясняются особенности клинических проявлений

 заболевания.

 3. Продукты распада белка миелина, представляющие собойвысо-

 коактивные энцефалитогенные полипептиды, в норме адекватно стиму-

 лируют надсегментарные образования к выработке противомозговых ан-

 тител, направленных на уборку дериватов, ускоряя течение регенера-

 тивных процессов. При нарушении функции высших регуляторных сис-

 тем, которые в каждом конкрктном случае проявляется выраженностью

 торпидности в восприятии малых концентраций продуктов распада мие-

 лина, ведет к задержке его восстановления в проводящих структурах,

 что клинически проявляется индивидуальным выражением манифестации

 заболевания.

 4. По достижениям дериватами миелина уровней, которые способны

 воспринимать высшие регуляторные центры, последние включают меха-

 низмы, направленные на восстановление пораженных структур миелино-

 вых пластин проводниковых систем, что морфологически проявляется

 процессами ремиелинизации, а клинически ремиссией заболевания.

 5. Энцефалитогенные полипептиды, являясь высокоактивными ком-

 плексонами, способствуют развитию неконтролируемых нейроаллерги-

 ческих и аутоиммуных процессов, а также нарушению регуляции сосу-

 дистого тонуса, сопровождающегося морфофункциональными изменения-

 ми стенок сосудов. Последнее ведет к расстройствам гемодинамики, в

 том числе на уровне МЦР, развитию плазморрагий и формированию пе-

 реваскулярных инфильтратов с активацией элементов гематогенного

 происхождения, а в целом обеспечивает прогрессирование изменений

 паренхиматозных структур нервной системы и образование склероти-

 ческих бляшек. Подобные механизмы действуют на сосудыи ткани внут-

 ренних органов, в частности печени.

 6. Ведущими в развитии висцеральных расстройств, в том числе

 печени, являются нарушения регуляции нейротрофических процессов в

 следствие функциональной недостаточности как высших надсегментар-

 ных структур ЦНС, так и в развитии демиелинизирующего процесса

 проводниковых систем различных уровней. В свою очередь нейротрофи-

 ческие изменения в печени вызывают расстройство белковообразова-

 тельной и вегетативной ее функции, что задерживает ресинтез белка

 миелина осложняя тем самым течение основного заболевания.

 14. Лечение.

 Базисная терапия рассеяного склероза: витамины группы В

 ( В1,В6,В12 ), РР, Е, Ноотропил, биостимуляторы.

 Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2.5% - 1ml

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить в/м по 1ml через день.

 Rp.: Sol. Piridoxini 5% - 1ml

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить в/м по 1ml 2раза в день через день.

 Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% - 1ml

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить в/в по схем: 1ml,2ml,3ml до 10ml, по

 том снижать по 1ml ежедневно.

 Rp.: Tab. Nootropili mini 0.1 N50

 D.S.: По 1 таблетке 2 раза в день .

 Rp.: Sol. Tocopheroli acetas oleosae 5% - 10ml

 D.S.: Принимать по 2 капли на кусок хлеба

 через день.

 Rp.: Extr. AloЎs fluidi 1,0

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить п/к по 1ml 1раз в день день .

 Rp.: Sol. Corpus vitrei 2ml

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить п/к по 2ml 1раз в день день .

 Лечение в остром периоде с выраженной иммуноагрессией: Предни-

 золон, Гемодез, Ретаболил, Панангин, Верошпирон, Аскорбиновая кис-

 лота, препараты влияющие на метаболизм: Эсенциале, АТФ, Кокарбок-

 силаза, при координационных нарушениях Глицин.

 Rp.: Tab. Prednisolonii 00.5 N20

 D.S.: Принимать по 2 таблетки через день, после

 завтрака в два приема.

 Rp.: Sol. Retabolili oleosae 5% 1ml

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить в/м по 1ml 1раз в 2 недели .

 Rp.: Tab. Spironolactoni 0,025 N50

 D.S.: По 1 таблетке утром и днем.

 Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 1% - 1ml

 D.t.d. N 10 in ampull.

 S.: Вводить в/в по 5ml ежедневно.

 Rp.: Sol. Haemodesi 400ml

 D.t.d. N 3

 S.: Вводить в/в капельно 1 раз в день.

 15. Дневник.

 20.04.97. Состояние больного средней тяжести, сознание ясное,

 положение в постели активное. Температура тела 36.6ЁС, Ps-76

 уд.мин., АД 110/70 мм. рт. ст.. Больная отмечает улучшение состоя-

 ния. Лечение по ранее указанной схеме продолжать.

 24.04.97. Состояние больного средней тяжести, сознание ясное,

 положение в постели активное. Температура тела 36.6 С, Ps-73

 уд.мин., АД 105/70 мм. рт. ст.. Больнаой предъявляет жалобы на го-

 ловную боль в связи с изменением погоды, в связи с чем больной

 назначен Цитрамон однократно 0,5г.Лечение по ранее указанной схе-

 ме продолжать.

 16. Прогноз и рекомендации.

 Прогноз в отношении жизни благоприятный при соблюдении базис-

 ной терапии и своевременном купировании обострений заболевания.

 Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен, заболевание хро-

 ническое, прогрессирующее. Трудовой прогноз благоприятен при соз-

 дании облегченных условий труда. Больному даны рекомендации по соб-

 людению здорового образа жизни, профилактического лечения, по из-

 менению характератрудовой деятельности.

 17. Эпикриз.

 Больной x, 1936г. рождения поступил в неврологическое отделение стационара 31.03.97. с жалобами на пе реодически возникающие боли в нижних конечностях в области голе ней , средней интенсивности, шаткость походки , ощущение тяжести и утомляемость при длительной ходьбе, в положении лежа чувство жжения в дистальных отделах нижних конечностей , уменьшение объема нижних конечностей, преходящее снижение остроты зрения , ощущение

 нечеткости изображения , появление " сетки " , " пленки " перед глазами , нарушения почерка - которое связывает с нарушением зрения. Из данных анамнеза - имело место острое начало заболевания, постепенное нарастание симптоматики, ухудшение состояния больного. По данным неврологического обследования, исследований функций черепно-мозговых нервов, вегетативно трофической функции был поставлен клинический диагноз: Рассеяный склероз. Цереброспинальная форма, III-ст., ремиттирующее течение, стадия обострения. Была назначена медикаментозная терапия признаваемая больным эффективной. Больному даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни,профилактического лечения, по изменению характера трудовой деятельности.

 18. Список литературы.

 1. Мадьяр И. Дифференциальная диагностика заболеваний внутренних

 органов.- Будапешт. 1987.-1154с.

 2. Нетяженко В.З., Семина А.Г., Присяжнюк М.С. Практические заня-

 тия по методам обследования больных в клинике внутренних

 болезней.-Киев.:Хрещатик.1995.-222с.

 3. Сборник научных трудов Ленинградского Государственного Институ-

 та Усовершенствования Врачей им. С.М. Кирова.- Ленинград. 1984.

 4. Ярош А.А. Нервные болезни.-Киев.:Вища школа.1985.-463 с.

 5. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни.-Москва.:Ме-

 дицина,1988.-640 с.

 6. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Хлопченко Э.И. Атлас топической

 диагностики нервной системы.-Киев.:Вища школа,1979.-216 с.