Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии

Заведующий кафедрой:

д.м.н., проф. Команденко Н.И.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

 Ф.И.О. больного: x

 Возраст: 38 лет

 Профессия и место работы: инвалид II группы

 Дата поступления: 18.04.1997 г.

 Диагноз клинический: Резидуальные явления

перинатального поражения центральной нервной системы с

преимущественной локализацией процесса в стриопаллидарной системе

справа (атетоз, гемиспазм лицевой мускулатуры), диффузно в мозжечке и

отдельных правосторонних волокнах пирамидного пути.

 Куратор: студент Савюк В.Я.

 Факультет: ЛПФ

 Курс: IV

 Группа: 1312

 Ассистент: Жанкова В.И.

 Томск --- 1997 г.

 Формальные данные

 Ф.И.О. больного: x

 Возраст: 38 лет

 Пол: мужской

 Национальность: русский

 Место жительства: г. Томск

 Профессия и место работы: инвалид II группы

 Семейное положение: разведён, 1 ребёнок

 Дата поступления в стационар: 18.04.1997 г.

 Дата выписки:

 Диагноз направления: Перинатальное поражение нервной

системы

 Диагноз клинический: Резидуальные явления

перинатального поражения центральной нервной системы с

преимущественной локализацией процесса в стриопаллидарной системе

справа (атетоз, гемиспазм лицевой мускулатуры), диффузно в мозжечке и

отдельных правосторонних волокнах пирамидного пути.

 Анамнез

 Жалобы пациента

При поступлении больной предъявлял жалобы на насильственные движения

в дистальных отделах верхней и нижней конечности слева, движения

медленные, червеобразные, в покое не очень большой амплитуды,

усиливающиеся при нервном напряжении. Больной отмечает напряжение

лицевой мимической мускулатуры слева и плохое произношение,

усиливающиеся при эмоциях.

 Анамнез болезни

Пациент имеет более или менее выраженную симптоматику поражения

нервной системы на протяжении всех лет жизни. Роды у матери вызваны

на восьмом гестационном месяце и проходили с наложением акушерских

щипцов. При рождении отмечались гиперкинезы в дистальных отделах

левых конечностей и спастические явления со стороны мимических лиц

левой половины лица. По мнению больного причиной патологии явилось

наложение акушерских щипцов. В течении всей жизни симптоматика

оставалась постоянной, новых симптомов не появлялось. С возрастом

пациент заметил, что при нервном напряжении усиливаются

насильственные движения в дистальных отделах, ухудшается артикуляция.

В детстве поставлен на диспансерный учёт к невропатологу с диагнозом

детский церебральный паралич. До 16 лет в неврологических стационарах

не лечился. С 16 лет периодически проходит освидетельствование по

направлению ВТЭК в неврологических отделениях, где проводится общая

терапия сосудорасширяющими, ноотропными средствами и т.д. без

видимого эффекта. Настоящая госпитализация связана с перепрохождением

комиссии на установление группы инвалидности. Является инвалидом II

группы.

 Анамнез жизни

Родился в Томске. Особенности интранатального периода жизни см. в

анамнезе болезни. Перенесенные заболевания не помнит, страдал в

детстве экссудативно-катаральным диатезом. Развитие своё оценивает

как запоздалое: плохая успеваемость в школе, переводился в

специализированную школу No 22. Образование 10 классов. Работает

слесарем. Работа связана с пребыванием на открытом воздухе.

Взаимоотношения с коллективом спокойные. Состоял в браке, имеет одну

дочь. Состояние здоровья дочери оценивает как нормальное в раннем

детстве, в последние несколько лет её не видел. Материально-бытовые

условия удовлетворительны во все периоды жизни. Курит.

Алкоголизируется еженедельно. Наркотики не принимает. Травм не было.

Перенёс оперативное вмешательство в 1990 году по поводу уропатологии.

Венерический анамнез не отягощён.

Родители: у отца сахарный диабет, мать здорова. Нервных и психических

заболеваний в семье нет.

 Объективное исследование

 Вес: 71 кг 500 г

 Рост: 170 см

 Общее состояние больного: удовлетворительное

 Тип телосложения: нормостенический

 Температура тела: $36,6^ circ$

 Положение пациента: активное

 Выражение лица: нормальное

 Кожа и видимые слизистые оболочки

Кожа загорелая. Тургор сохран "ен, эластичная. Влажность достаточная.

Патологических элементов не найдено.

Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые,

чистые, отделяемого нет. Склеры нормальной окраски.

 Волосы, ногти

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикул "еза не

выявлено. Нарушений роста волос не обнаружено.

Ногти гладкие, блестящие, без

поперечной исчерченности.

 Подкожная жировая клетчатка

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, от "еков нет.

Патологического локального скопления жира не найдено.

 Мышечная система

Мышцы конечностей и туловища развиты хорошо. См. также

 <Нервная система >.

 Костный аппарат

Костная система сформирована правильно. Череп нормальной формы и

размеров, рубцов и костных дефектов нет, болезненности при перкуссии

не отмечает. Позвоночник нормальной конфигурации, подвижность его

отделов не изменена, болезненности при движениях нет, при перкуссии

остистых отростков боль не беспокоит. Осанка

правильная. Плоскостопия нет. Пальпация и перкуссия трубчатых костей

безболезненная.

 Суставы

 Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и

активных движений, болезненности при движениях, хруста,

 изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих

мягких тканей.

 Лимфатические узлы

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

единичных шейных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные. Также пальпируются паховые лимфоузлы ---

 множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные,

 неподвижные. Другие лимфатические группы (подключичные, локтевые,

подмышечные, бедренные, подколенные) не прощупываются, что

соответствует норме.

 Полость рта

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и трещин.

Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые, блестящие.

Зубная формула --- 8:8/8:8, кариеса нет.

Д "есны не изменены. Язык нормальных размеров и строения, нал "ета

нет. Н "ебо, зев, без особенностей. Миндалины выходят за пределы

передних дужек.

 Шея

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр "емных вен нет.

Ограничений подвижности нет.

Дизрафии (изменения формы черепа, асимметрия лица, высокое небо,

приращение мочек ушей, деформация грудной клетки, выбухание лопатки,

утолщение ключиц, отсутствие мечевидного отростка, деформация стоп,

синдактилия, неравномерность развития грудных желез, добавочные

рудиментарные грудные железы и др.) нет.

 Органы дыхания и грудная клетка

Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического

секрета нет. Гортань не изменена.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно.

Окружности грудной клетки составляют 92 см на выдохе и 98 см на вдохе.

Пальпация грудной клетки инфо -р -мации о болевых точках не да "ет.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках. Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л "егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л "егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких без особенностей.

При аускультации л "егких в клиностатическом и ортостатическом

положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л "егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

 Сердце

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка,

выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также

эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не

обнаружено. При пальпации сердечной области верхушечный толчок

определяется в V межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии на 1

см, не разлитой (ширина 2 см), не усилен. Толчок правого желудочка не

определяется. Пальпация основания сердца и детальная пальпация

области аорты и области л "егочного ствола инфо -р -мации не да "ет.

При перкуссии сердца абсолютная и относительная тупость определяются

в пределах физиологических границ.

Высота стояния правого атриовазального угла находится на III реберном хряще

у нижнего его края, на 0.5 см правее правого края грудины.

Размеры сердца: поперечник --- 14 см, длинник --- 15 см.

Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом

положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются

нормальные тоны сердца.

 Аорта и сосуды

Пульсации аорты не обнаружено.

Извитости и видимой пульсации области височных

артерий, <пляски каротид >, симптома Мюссе и капиллярного пульса нет.

Вены конечностей не переполнены. Венный пульс не определяется.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую

величину; пульс ритмичен (pulsus regularis), частота --- 60 в

минуту, дефицита нет, пульс напряж "енный, тв "ердый (pulsus

durus), полный (pulsus plenus), равномерный по наполнению

(pulsus al -qu -a -lis), скорый по форме (pulsus celer). Пульсовая

волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и

артериях стопы. Аритмии нет.

Артериальное давление 120/80 мм ртутного столба на обеих руках.

Пульсовое давление --- 40 мм рт. ст.

 Живот

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости не определяется.

Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior в

виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во

время исследования не обнаружено. Симптом Щ "еткина - Блюмберга

отрицательный.

 Желудок

Осмотр области желудка не да "ет инфо -р -мации. При перкуссии

нижняя граница определяется на 3 см выше пупка.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

 Кишечник

При поверхностной л "егкой пальпации болезненности нет.

Все отделы кишечника расположены правильно, обычного диаметра,

эластичные, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет.

 Поджелудочная железа

Pancreas не пальпируется, что является нормой. Типичные точки

безболезненные.

 Печень

Перкуторные границы в норме. Ординаты Курлова 10, 9 и 8 см.

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

Осмотр области желчного пузыря не инфо -р -мативен. Пальпация

безболезненная (симптом Курвуазье отрицательный). Симптомы Мюсси,

Ортнера отрицательны.

 Селез "енка

Границы в норме.

Поперечник селез "енки --- 6 см, длинник ---12 см.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

 Почки и мочевыводящие пути

Левая и правая почки в горизонтальном и вертикальном положениях не

пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

 Исследование нервной системы

 Общемозговые симптомы

На момент обследования больной не отмечает головной боли, однако, в

анамнезе прослеживается умеренная, затылочной локализации боль,

усиливающаяся при резких движениях головы. Изредка бывает

головокружение в виде чувства дурноты.

Рвоты без алиментарных причин не было, но, иногда, бывает тошнота.

Данное состояние является перманентным. Изменения пульса и нарушения

дыхания отрицает.

 Менингеальные симптомы

При пассивном наклоне головы больного к груди не определяется

ригидности мышц. Симптом Кернига отрицателен. При исследовании на

наличие верхнего, среднего и нижнего симптомов Брудзинского сгибания

ног в коленных и тазобедренных не получено. Не отмечается общей

гиперестезии, светобоязни, болезненности глазных яблок при движениях.

Поза больного свободная.

 Черепномозговые нервы

 I пара --- обонятельный нерв (n. olfactorius)

Снижения обоняния (гипосмия), его утраты (аносмия), повышения

(гиперосмия) и извращения (дизосмия) по данным опроса нет.

Обонятельные галлюцинации больной отрицает. Исследование обоняния с

помощью набора ароматических средств не проводилось.

 II пара --- зрительный нерв (n. opticus)

Жалоб на снижение остроты зрения, ограничение или выпадения полей

зрения, ощущения тумана, тёмных пятен, искр, мелькания перед глазами

нет. Больной дифференцирует основные цвета. Зрительные галлюцинации

отрицает. Таблицы Головина-Сивцева не применялись. Для полной картины

необходимо исследование глазного дна.

 III, IV, VI пары --- глазодвигательный, блоковой,

отводящий нервы (nn. oculomotorius, trochlearis, abducens)

Диплопии не отмечается. Глазные щели обычной ширины, симметричные:

птоза, энофтальма, экзофтальма нет, синдром Горнера не выявлен.

Объём движения глазных яблок не уменьшен. Нистагм не обнаружен.

Сходящегося и расходящегося косоглазия, пареза, паралича и судороги

взора не отмечено. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет

выражена нормально. Конвергенция не нарушена. Аккомодация сохранена.

 V пара --- тройничный нерв (n. trigeminus)

 Чувствительная функция.

Болей и парестезий в области

лица нет. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны.

Чувствительность на симметричных участках лица одинакова,

интенсивность ощущений в зонах иннервации всех трёх ветвей

тройничного нерва нормальная (исследована болевая и тактильная

чувствительность). Больной отрицает изменения вкуса на сладкое и

кислое (не исследовано).

 Двигательная функция.

Положение mandibulla при открывании рта по средней линии, при жевании

мышцы равномерно напрягаются, в достаточной степени, челюсть

свободно двигается в стороны и вперёд: тонус и функция жевательных

мышц не изменены.

 Рефлексы тройничного нерва.

Конъюнктивальный (V и VII нервы), корнеальный (V и VII нервы) и

нижнечелюстной (V нерв) рефлексы сохранены.

 VII пара --- лицевой нерв (n. facialis)

При осмотре лица в покое заметна асимметрия мимических мышц: глазная

щель слева уже, чем справа, рот слегка перекошен за счёт спастических

явлений слева, носогубные складки изменены также. Лобные складки

симметричны. Во время разговора отмечаются лёгкие гиперкинезы

мимических мышц слева. При исследовании функции мимических мышц

отмечается меньшая активность с левой нижней стороны за счёт

спастических явлений и непроизвольной двигательной активности.

Симптомов орального автоматизма нет. Феномен Хвостека не наблюдается.

Мигание нормальной частоты. Патологические содружественные лицевые

движения отсутствуют. Электро-механические исследования не

проводились.

 VIII пара --- преддверно-улитковый нерв (n.

vestibulocochlearis)

Больной не отмечает понижения слуха или повышенного восприятия

звуков, шума, звона в ушах, слуховых галлюцинаций, а также

головокружений системного характера. Шёпотная речь воспринимается с 6

метров. Камертонные пробы не проводились.

 IX и X пары --- языкоглоточный и блуждающий нервы (nn.

glossopharingeus et vagus)

Голос больного нормальной звучности, без охриплости и носового

оттенка. Глотание пищи свободное, нет попадания в нос, при еде не

попёрхивается. Положение мягкого нёба и язычка в покое и при фонации

серединное, движения без отклонения в сторону, мышцы напрягаются

симметрично, достаточно. Вкус на задней трети языка на горькое и

солённое не изменён (не исследовалось). Рефлексы мягкого нёба и

глоточный сохранены.

 XI пара --- добавочный нерв (n. accessorius)

Осмотр и пальпация mm. sternocleidomastoideus et trapezius не

выявляют атрофии и гипертрофии, функция не изменена.

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

При высовывании язык располагается по средней линии, без явлений

атрофии, фибриллярных подёргиваний, тремора. Активные движения языка

в разных направлениях сохранены.

 Двигательная сфера

При общем осмотре мускулатуры конечностей и туловища атрофий,

гипертрофий не обнаружено. В дистальных отделах верхней и нижней

конечности слева определяются медленные червеобразные движения.

 Активные движения. Активные движения в конечностях (сгибание

и разгибание локтевых и лучезапястных суставов, сжатие и разжатие

кулаков, abductio et adductio пальцев кисти, противопоставление

большого пальца; отведение и приведение бедра, сгибание и разгибание

в коленном суставе, тыльное и подошвенное сгибание стопы, supinatio

et pronatio стопы, сгибание и разгибание пальцев стопы) в полном

объёме и нормальной скорости.

 Сила мышц. При исследовании силы мышц поочерёдно с обеих

сторон отмечено умеренное снижение при полном объёме движений.

 Пассивные движения. Объём пассивных движений во всех суставах

конечностей справа сохранён; слева отмечается увеличение объёма,

вследствие гипотонии мышц; контрактур и анкилозов не обнаружено.

Проба с угломером не проводилась.

 Тонус мышц. При пассивных движениях, а также при пальпации

находящихся в покое мышц обнаружено лёгкое, равномерное сопротивление

справой стороны; слева --- отмечается значительное снижение тонуса в

верхней и нижней конечности, отсутствует сопротивление мышц

растяжению, увеличен объём пассивных движений, мышцы на ощупь

дряблые.

При общей оценке двигательной активности больного обращает внимание

олигокинезия, проявляющаяся в медленной шаркающей походке,

недостаточной жестикуляции при общении.

Проба Барре (выявление парезов ) отрицательная. Симптомов

периферического и центрального параличей не обнаружено.

 Исследование координации движений.

 Проба Ромберга --- отмечено пошатывание больного с открытыми

и с закрытыми глазами. При усложнении позы больной падает.

Пальценосовая проба --- отмечается мимопопадание, тремор и

нечёткость выполнения пробы. Пальце-указательная проба --- с

закрытыми глазами проведение пробы не возможно, из-за тремора,

мимопопадания. Пяточно-коленная проба --- при проведении

пробы больной испытывает некоторые трудности. При выявлении

нарушений координации движения больного нечёткие, неплавные с обеих

сторон. Проба на диадохокинез --- отставания движений кисти,

неловкости движений не отмечено. Проба Стюарт-Холмса ---

гиперметрии не обнаружено.

 пронаторная проба --- отрицательная.

Асинергии при проведении пробы Бабинского и пробы с наклоном

туловища кзади не обнаружено.

Таким образом, у пациента обнаружены умеренные статическая и

динамическая атаксии обусловленные диффузным поражением мозжечка.

 Гиперкинезы

У пациента имеется клиника умеренного атетоза: непроизвольные

движения, медленные, червеобразные, с тенденцией к пере разгибанию

дистальных частей конечностей слева. Помимо этого определяется

лицевой гемиспазм --- тонические левосторонние сокращения лицевых

мышц рта, щёк, шеи, языка, глаз. Эти явления усиливаются при

нервно-эмоциональном напряжении. Исчезают во сне.

 Чувствительная сфера

На момент обследования боли при натяжении нервных стволов и корешков

нет. Симптомы Ласега, Вассермана, Нери, Бехтерева отрицательны.

Анталгических поз, контрактур нет. При пальпации нервов и корешков

(паравертебрально) болевые точки не найдены. Болезненность при

перкуссии черепа и позвоночника не определяется. Болевая,

температурная и суставно-мышечная чувствительность на всех участках

тела и конечностях сохранены, симметричны. Астереогноза нет.

Двухмерно-пространственное чувство сохранено.

 Рефлекторная сфера

 Кожные рефлексы

Подошвенный рефлекс на щекотание (L1-2) отрицательный.

Подошвенный на укол -- отсутствует.

Брюшной верхний (Th8-9) --- отсутствует.

Брюшной средний (Th9-10) --- отсутствует.

Брюшной нижний (Th11-12) --- отсутствует.

 Сухожильные рефлексы

С m. biceps brachii (C5-6): высокий, S$>$D.

С m. triceps brachii (C5-7): высокий, S$>$D.

Коленные (L2-4): высокий, S$>$D.

С t o m.triceps surae (S1-2): высокие, S$>$D.

Клонус надколенника: отсутствует.

Клонус стопы: отсутствует.

Клонус кисти: отсутствует.

 Мышечные и периостальные рефлексы:

 высокие, S$>$D.

 Патологические рефлексы

Бабинского: присутствует слева.

Мендель-Бехтерева: отсутствуют.

Оппенгейма: отсутствует.

Синкинезий не обнаружено.

 Речь

Больной понимает обращённую речь, правильно определяет окружающие

предметы, воспринимает простые и сложные предложения, фонематический

слух не нарушен. При исследовании артикуляции и отражённой речи

отмечается нечёткость произношения звуков и слов. Автоматизированная

речь не нарушена. Обозначающие функции сохранены. Повествование

правильное. Т.о. у больного имеется нарушение речи в виде дизартрии,

связанное с расстройством функции речевой мускулатуры слева.

Апраксии, аграфии, алексии, агнозии всех видов нет.

 Вегетативная нервная система

В анамнезе отсутствуют указания на головные боли типа мигрени,

обморок, меньероподобные приступы, ангионевротический отёк. Кожные

покровы розовой окраски, подкожножировой слой выражен

удовлетворительно, распределён равномерно.

 Местный дермографизм --- при лёгком штриховом раздражении

передней поверхности грудной клетки рукояткой молоточка появляется

белая полоса. Патологического дермографизма не получено.

Рефлекторный дермографизм --- при штриховом раздражении кожи

туловища инъекционной иглой через 20 секунд появляется розово-красная

полоса с неровными фестончатыми краями шириной 1 см, которая

удерживается 2 минуты. Пилоромоторный рефлекс --- щипковое

раздражение кожи надплечья вызывает появление <гусиной кожи > на

одноимённой половине грудной клетки. Исследование

глазо-сердечного рефлекса Ашнера не показано. При переходе больного

из горизонтального положения в вертикальное происходит учащение

сердцебиения с 70 ударов в минуту до 76 ( ортостатический

рефлекс ). При переходе пациента из вертикального положения в

горизонтального пульс вновь снизился до 70 ( клиностатический

рефлекс ). Кожа пациента достаточной влажности и температуры.

 Психическая сфера

 Сознание больного ясное --- ориентируется в месте, времени,

пространстве, собственной личности, окружающих предметах и лицах.

Контакт осуществляется легко. Восприятие не нарушено: нет

тактильных, слуховых, зрительных, обонятельных и вкусовых

галлюцинаций, иллюзий; психосенсорных расстройств, в том числе

расстройства <схемы тела > не обнаружено. Мышление --- нет

замедления и ускорения ассоциативного процесса, навязчивых идей,

бредовых высказываний; больной оценивает своё состояние критично.

 Внимание достаточной привлекаемости и устойчивости.

Память --- больной отмечает в последнее время ухудшение памяти на

недавние события, долговременная не изменена. Интеллект

соответствует возрасту, образованию и социальному положению.

 Личность больного сохранена, признаков невротизации и

психопатизации не определено. Настроение устойчивое, ровное.

 Сон --- засыпает через 20-30 мин, продолжительность 8--9 часов,

сон глубокий, пробуждений не помнит, самочувствие после сна бодрое.

 Дневник течения болезни

Дата t, П, Д. Течение болезни Назначения head

30.04. 1997. $36,6^ circ C$, пульс 60, 120/80 мм

 Состояние больного удовлетворительное, Жалобы на насильственные

движения в конечностях слева, нарушение артикуляции, асимметрию лица.

Объективно: атетоз слева, гемиспазм мимических мышц лица слева,

дизартрия, мозжечковая атаксия. Стул 1 раз. Диурез без

особенностей. Режим

стационарный. Диета No 15. Гигиеническая ванна. Кавинтон,

никотиновая кислота, цианокобаламин, ноотропил. Массаж конечностей.

Электрофорез. (Схемы и дозы см. в разделе <Лечение >)

5.05. 1997. $36,6^ circ C$, пульс 60, 120/80 мм

 Состояние больного удовлетворительное. Изменений

характера жалоб и объективных данных нет.

Стул 1 раз.

 Режим, диета без изменений. Лечение тоже.

 longtable

 Обоснование диагноза

При изучении анамнеза больного прослеживается факт

многолетнего страдания с младенческого возраста, связанного с

патологией нервной системы. Учитывая то, что заболевание

диагностировано после патологически протекавших родов (наложение

акушерских щипцов на 8 месяце гестации) предполагается, что имело

место перинатальное поражение, вследствие гипоксического состояния

плода на фоне эклампсии матери. Такая ситуация объясняет слабую

родовую деятельность и раннее родоразрешение. Однако, следует учесть,

что сами акушерские щипцы могли привести к механической травме черепа

новорожденного с повреждением отделов ЦНС. Учитывая клиническую

картину поражения, практически одинаково выраженную во все периоды

жизни, диагностируется очаг необратимого поражения в следующих

структурах головного мозга:

полосатое тело с волокнами к бледному шару и stantia nigra справа

--- проявляется атетозом и лицевым гемиспазмом слева, гипотонией мышц;

мозжечок --- диффузно поражены полушария и червь, проявляется

статической и динамической мозжечковой атаксией одинаковой с обеих

сторон;

возможно, отдельные волокна пирамидного пути на уровне промежуточного

и среднего мозга справа, что проявляется положительным рефлексом

Бабинского (без клиники центрального пареза) и дизартрией (IX пара).

 Диагноз клинический: Резидуальные явления

перинатального поражения центральной нервной системы с

преимущественной локализацией процесса в стриопаллидарной системе

справа (атетоз, гемиспазм лицевой мускулатуры), диффузно в мозжечке и

отдельных правосторонних волокнах пирамидного пути.

Учитывая яркую клиническую картину и богатый анамнез необходимость

дифференциальной диагностики отпадает.

 Лечение

Режим клинический

Диета No 15

Медикаментозная терапия:

Кавинтон --- таблетки по 0,005 г, по одной таблетке 3 раза в день в

течение месяца

Цианокобаламин 0,01 % 1мл ежедневно, No 10, в/м

Никотиновая кислота 1 % 1мл ежедневно, No 15, в/м

Ноотропил --- капсулы по 0,4; по одной капсуле 3 раза в день

Физиотерапевтическое лечение

Массаж левосторонних конечностей No 12

Электрофорез с новокаином 0,25 % на левую лицевую область No 5

 Подпись куратора : САВЮК В.Я.

 Литература

Гусев Е.И. и др. Нервные болезни.

Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. 2 тома.

Антонов И.П., Шанько Г.Г. Гиперкинезы у детей.

Никитина М.Н. Детский церебральный паралич.