Ф.И.О. Джабулова Наталья Анатольевна.

Возраст. 26-лет.

Дата рождения. 23 июля 1972г.

Меесто жительства. ул. Вишняковская 12/122.

Место работы. помощник нотариуса.

Группа крови. В(111). Rh+.

Дата поступления. 26.04.99г.

Диагноз при направлении. Острый неврит лицевого нерва справа.

Диагноз при поступлении. Острый неврит лицевого нерва справа.

Диагноз клинический. Множественная мононейропатия лицевого нерва и неврит

 тройничного нерва.

Жалобы.

На момент курации больная предъявляет жалобы на онемение правой половины лица, незначительную болезненность, невозможность улыбнуться.

Anamnesis morbi (анамнез заболевания).

Считает себя больной с 26-го апреля, когда проснувшись утром почувствовала онемение правой половины лица и незначительную болезненность. За неделю до развившейся симптоматики у больной отмечались клинические симптомы ОРЗ, а именно подъем температуры до 38, катаральные явления (насморк, кашель, гиперемия миндалин). 25-го апреля больная с жалобами на слезотечение, и выше перечисленные симптомы обратилась к участковому врачу. Где после осмотра ей был выставлен диагноз ОРЗ, коньюктивит и назначено амбулаторное лечение.

Вечером того же дня больная почувствовала легкое, непродолжительное, онемение правой половины лица. А утром 26-го апреля больная проснулась с чувством онемения правой половины лица. По поводу чего, больная, обратилась в поликлинику, где ей был выставлен диагноз неврит лицевого нерва справа и дано направление на госпитализацию в неврологическое отделение 63ГКБ, где больная и находится на стационарном лечении на момент курации.

Anamnesis vite (анамнез жизни).

Родилась в Москве, вторым ребенком в семье. Рост и развитие соответствовало возрастным нормам. Из-за наличия в детстве астматического бронхита все плановые прививки были сделаны с некоторым изменением сроков. Образование высшее, специальность юрист.

Замужем с 1993г, имеет ребенка 5-ти лет. Беременность протекала нормально, отмечался небольшой токсикоз первой половины беременности. Роды физиологичны, в срок. Жилищно бытовые условия хорошие, питание регулярное. Работает помощником нотариуса, проф. вредностей нет, но иногда, ближе к вечеру, после переутомления на работе появляются головные боли, судороги икроножных мышц, несколько раз были обмороки.

Перенесенные заболевания: краснуха, ветряная оспа, корь, астматический бронхит, ОРЗ- частые (3-4раза/год).

Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен, аллергии на продукты питания, лекарственные препараты, вакцины небыло.

Status presens.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы розовые, сыпи нет, при пальпации эластичные, умеренно влажные. Видимые слизистые розового цвета, склеры белые.

Подкожно жировой слой выражен умеренно, распределен равномерно, при пальпации отеков нет.

Периферические группы лимфоузлов не пальпируются.

Мышечная система развита по возрасту, сила мышц хорошая.

Кости правильной формы, болезненности при пальпации и перкуссии нет.

Симметричные суставы обычной формы, деформации, отеков, t0 , болезненности нет. Объем движений в симметричных суставах не нарушен, пассивные и активные движения в суставах в полном объем.

Дыхательная система: дыхание через нос свободное, тип дыхания грудной, грудная клетка цилиндрической формы, участвует в акте дыхания.

Перкуторно над всеми полями легких выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 18/мин.

Сердечно сосудистая система: при осмотре центрального и периферического цианоза нет. При пальпации: пульс на лучевых артериях синхронный, ритмичный, ЧСС- 76уд/мин. При перкуссии границы сердца в пределах нормы.

При аускультации – сердечные тоны ясные, ритмичные.

Пищеварительная система: При осмотре слизистая полости рта розовая, миндалины не увеличены, язык влажный, чистый. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует. При глубокой пальпации: пальпируется слепая и сигмовидная кишка в виде мягкого, эластичного тяжа d-0,5cм, безболезненная. Печень и селезенка не пальпируется. При аускультации выслушивается периодическая перистальтика кишечника. Аппетит хороший. Стул 1раз/сут, оформленный.

Система органов мочеотделения.

Дизурических расстройств нет. Поясничная обл. при осмотре не изменена, отеков нет. При пальпации: почки, и мочевой пузырь не пальпируются, при пальпации по ходу мочеточника болезненности нет. Симптом поколачевания отрицательный. Половые органы развиты по женскому типу. Мочеиспускание не нарушено.

Неврологический статус.

Общемозговые симптомы: Сознание ясное. Больная ориентирована в пространстве и времени, хорошо и правильно отвечает на поставленные вопросы, адекватное отношение к собственной болезни. Интеллект развит хорошо, соответствует возрасту. На момент осмотра жалоб на головные боли, судороги нет, но из анамнеза известно, что у больной иногда после переутомления на работе ближе к вечеру появляются непродолжительные головные боли с локализацией в височной области. Также после переутомления отмечаются судороги икроножных мышц, несколько раз были обмороки. Головокружения, шума в голове, тошноты и рвоты нет.

Менингеальные симптомы: менингеальной позы (как следствие рефлекторного тонического сокращения мышц при поражении мозговых оболочек ) нет.

Регидности затылочных мышц (повышенный тонус мышц разгибателей шеи) нет, при попытки пригнуть голову к груди сопротивление не ощущается.

Гиперестезии (повышенная общая кожная чувствительность), светобоязни и гиперакузии (повышенная чувст. к слуховым и зрительным раздражителям) нет.

С-мы Кернига, верхний и нижний Брудзинского, Гиллена, Фанкони, Мейтуса (невозможность сесть в постели при фиксации коленных суставов), отрицательны.

Черепномозговые нервы:

1-пара обонятельный нерв: при исследовании аносмия, гипосмия, гиперосмия, дизосмия, справа и слева не выявлена.

2-пара зрительный нерв: при исследовании остроты зрения на правый и левый глаз, амавроза (полная потеря), амблиопии (снижение остроты зрения) не выявлено. Острота зрения равна единице. Исследование цветоощущения проводилось с помощью цветовых картинок, ахроматопсия (полная цветовая слепота) и дисхроматопсия (нарушенное восприятие отдельных цветов) не выявлены.

При исследовании полей зрения сужения и выпадения полей зрения нет.

Гемианопсия – выпадение половины поля зрения.

Гомонимная гемианопсия – выпадение одноименных половин полей зрения (правых или левых) каждого глаза.

Гетеронимная гемианопсия – разноименных половин полей зрения (обеих внутренних или наружных).

3-пара глазодвигательный ; 4-пара блоковой; 6-пара отводящий нервы: ширина и равномерность глазных щелей не изменена, птоз(парез м. поднимающей верхнее веко), экзофтальм(парез всех мышц инервируемых 3-парой), энофтальм не обнаружен. Парез взора вверх и кнутри при «конвергенции»(поражена 3-я пара), вниз(4-я пара), в стороны(6-я пара), диплопия (двоение в глазах, резко усиливается при взгляде в сторону пораженных мышц), не выявлены. Страбизма «расходящееся косоглазие - при параличе 3-й пары» нет. Форма и величина зрачков одинаковая, реакция на свет (прямая и содружественная) хорошая, снижение р-ии развивается при поражении эфферентной части дуги зрачкового рефлекса.

Расстройства аккомодации, (при параличе m.ciliarae, изменяющей кривизну хрусталика), нет.

5-я пара тройничный нерв: при исследовании двигательных волокон нижнечелюстной ветви n.trigeminus. симптомов поражения не выявлено. Так при осмотре атрофии жевательных мышц нет, при пальпации мышц во время акта жевания слабости и дряблости нет, при открывании рта смещения нижней челюсти в сторону не выявлено.

При оценке чувствительной порции волокон n.trigeminus.отмечается болезненность в местах выхода его ветвей «n.ophthlmicus, n.maxillaris, n.mandibullaris.» справа при пальпации. Гипестезия справа по переферическому типу. Надбровный, коньюктивальный, корнеальный и нижнечелюстной рефлексы снижены.

7-я пара лицевой нерв: при осмотре определяется правосторонний паралич мимических мышц, лицо ассиметрично, так как тонус мышц здоровой половины лица «перетягивает» рот в свою сторону. Пораженная сторона маскообразна, отсутствуют носогубная и лобные складки, невозможна улыбка. Сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии лица отмечается при надувании щек и оскаливании зубов. Логофтальм – глаз открыт из-за паралича m.orbicularis oculi. При попытке закрыть глаз глазное яблоко смещается вверх, радужка уходит под верхнее веко, глазная щель остается не сомкнутой (с-м Белла). Вкус на передних 2/3 языка справа отсутствует, выражено слезотечение правого глаза, гиперакузии (неприятное, усиленное восприятие звука возникает при поражении волокон n.stapedius) нет.

8-я пара слуховой и вестибулярный нервы: Острота звука в правом и левом ухе не нарушена, гипакузии и гиперакузии нет. Источник звука определяет правильно.

Головокружения в покое, при ходьбе, резком повороте головы нет. Тошнота и рвота отсутствуют. Нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный) не выявлен. Нарушения координации движений нет.

9-я пара языкоглоточный, 10-я блуждающий нервы: при исследовании ф-и двигательных волокон (nucl. аmbiguus)положение и подвижность мягкого неба не нарушена, а именно свисания мягкого неба нет, язычок «uvula» расположен по середине, при произношении звука «а» отставания правой или левой половинки мягкого неба нет. Глотание «дисфагия», фонация, артикуляция не нарушена, небный и глоточный рефлексы не изменены.

Нарушение вкуса на задней трети языка не отмечено, чувствительность глотки не изменена, нарушение саливации «9, сухости во рту» нет.

11-я пара добавочный нерв: напряжение и трофика грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не изменены, кривошея отсутствует. Плечи, лопатки расположены горизонтально на одном уровне друг к другу. При поднимании плеч, повороте головы, патологии нет.

12-я пара подъязычный нерв: атрофии, фибриллярных подергиваний м. языка нет. Кончик языка при высовывании находится по средней лини, смещения нет. Дизартрии (нарушение речи) – нет.

Бульбарный паралич имеющий периферический характер, развивающийся при сочетанном поражении ядер или корешков 9,10,12-пар ч.м.н. и проявляется дисфагией, дисфонией, дизартрией, отсутствует.

Псевдобульбарный паралич развивается при поражении корково-ядерных путей (центральный) также отсутствует. Рефлексы присутствие которых характерно при данном параличе (лодонно-подборобочный, губной рефлекс Вюрпа, сосательный рефлекс Оппенгейма, дистанс-оральные рефлексы) не выявлены.

Исследование двигательной сферы: положение больной активное, форма позвоночника, грудной клетки, кистей, стоп (как результат поражения мышц) не изменена. Атрофия, гипертрофия, псевдогипертрофия (разрастание жировой и соединительной ткани) не выявлены. Фибриллярных и фасцикулярных подергиваний нет. Движения в суставах в полном объеме.

Пробы Мингаццини-Барре (для выявления слабости мышц конечностей) верхняя и нижняя отрицательные. Мышечная сила равна 5- баллам. Тонус мышц сохранен, мышечной атонии, гипотонии, гипертонии нет.

Рефлексы со слизистых оболочек: конъюктивалиный, корнеальный, глоточный, небный, справа и слева не изменены.

Сухожильные и надкостничные рефлексы: Надбровный и нижнечелюстной снижен справа, слева не изменен. С двуглавой, трехглавой мышц, лопаточно-плечевой, карпорадиальный, реберно-абдоминальный, лобковый, коленный, ахиллов, подошвенный рефлексы, справа и слева не изменены. Гиперрефлексии, гипорефлексии, арефлексии нет.

Кожные рефлексы: Брюшные (верхний, средний, нижний), кремастерный, подошвенный, анальный, ягодичный рефлексы, справа и слева не изменены.

Патологические рефлексы: кистевые – возникает рефлекторное медленное сгибание пальцев кисти. Россолимо (короткий, отривистый удар по кончикам 2-5 пальцев больного), Жуковского (удар молоточком по середине ладони больного), Якобсона-Ляска (удар молоточком по шиловидному отростку больного), не выявлены.

Стопные а)(сгибательные) – симптомы Россолимо, Жуковского, Бехтерева (удар молоточком по тылу стопы в области 4-5-го пальцев или по пятке больного).

б)разгибательные – Бабинского (проводят рукояткой молоточка по наружному краю подошвы), Оппенгейма (тыльной поверхностью 2-3 пальцев по передней поверхности голени исследуемого), Гордона (вызывается сжатием икроножной мышцы больного), Шеффера (сжатие ахиллова сухожилия), не выявлены.

Координация движений: нарушение равновесия (атаксия) при стоянии, движении не выявлено. Проба Ромберга простая и «сенсибилизированная» отрицательная. Интенционный тремор (дрожание конечностей в конце целенаправленного движения, усиливающееся по мере приближения к целе) отсутствует. Пальценосовая проба и пяточно-коленная отрицательные. Адиадохокинез (затруднение чередования противоположных движений) не отмечен. Проба Шильдера положительная. Атаксия мозжечковая, вестибулярная, заднеканатиковая, корковая отсутствует. Речь не нарушена.

Чувствительность: болевая, температурная, тактильная, проприоцептивная чувствительность не изменена. Чувство локализации не изменено, больная точно указывает место раздражения нанесенного на кожу при закрытых глазах. Дискриминационная чувствительность (способность раздельно воспринимать два одинаковых раздражения, одновременно наносимых на кожу) хорошая.

Качественных нарушений чувствительности, связанных с извращением содержания принимаемой информации, таких как: раздвоение болевого ощущения, полистезии (одиночное раздражение воспринимается как множественное), аллохейрии (восприятие болевого раздражения не в том месте где оно наносится, а на симметричном участке), дизестезии (извращенное восприятие рецепторной принадлежности, тепло воспринимается как холод), парестезии (ощущение жжения, покалывания, стягивания, ползания мурашек) не выявленно.

Симптомы натяжения: болевые с-м при поражении задних корешков, сплетений, стволов переферических нервов, с-м Ласега (при натяжении седалищного нерва, при попытке поднять выпрямленную ногу у больного лежащего на спине), с-м Мацкевича (при натяжении бедренногонерва, больному лежащему на животе сгибают ногу в коленном суставе), с-м Вассермана (боль при попытке поднять вытянутую ногу в положении на животе), с-м Нери (сгибание головы вперед вызывает боль в пояснице), с-м посадки, не выявлены.

При исследовании болевых точек, отмечается боль в местах выхода ветвей тройничного нерва, а в остальных точках (затылочные, паравертебральные, остистые, болезненность нервных стволов) болезненности нет.

Вегетативно – трофическая сфера: Кожные покровы бледно-розовые, теплые, умеренно влажные, потоотделение не выражено. Пролежней нет, форма ногтей не изменена, оволосение по женскому типу. Местный дермографизм – красный, рефлекторный дермографизм не изменен, пиломоторный рефлекс сохранен.

Глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера, (при надавливании на переднебоковые поверхности глазных яблок в течение 20-30 с, пульс замедляется на 8-10 уд/мин.), положительный. Ортостатическая проба (переход из горизонтального положения в вертикальное в норме пульс учащается на 10-12 в минуту) положительная.

Изменения тазовые функций в виде: «Центральный тип нарушения мочеиспускания – возникает при поражении спинного мозга на всем поражении и проявляется клинически; задержкой мочи, императивными позывами, пов. тонуса сфинктера.

Переферический – характеризуется снижением тонуса сфинктера, развивается при поражении парасимпатического, симпатического спинномозгового центров или смешанного поражения. Клинически проявляется – парадоксальной ишурией (выделение мочи по капли), истинным недержанием мочи с сохранным тонусом детрузора, или с атонией детрузора», не выявлено.

Высшие корковые функции:

Гнозис «узнавание» – это запас сведений об окружающем мире складывается из анализа и синтеза потоков сенсорных импульсов и откладывается в системах памяти. Благодаря чему, возможна ориентировка в окружающем мире, связана с узнаванием формы, величины, пространственной соотнесенности предметов, с пониманием их значения, которое заключено в названии предмета.

Агнозия – при сохранности восприятия предметов теряется ощущение их «знакомости» и окружающий мир становится непонятным, лишенным значения.

Зрительная агнозия – возникает при поражении затылочных отделов коры, больной видит предмет, но не узнает его, ( при ощупывании узнает), может теряться способность к чтению.

Слуховые агнозии – возникают при поражении височной доли в области извилины Гешля, больной не может узнать знакомые ранее звуки, мелодии.

Сенситивные агнозии – обусловлены нарушением узнавания тактильных, болевых, температурных, проприоцептивных образов или их сочетаний. Больной не в состоянии определить предмет на ощупь, его форму, поверхность. Не осознает свой дефект «паралич, фантомные ощущения». Астереогноз – расстройства схемы тела.

При исследовании данной больной – зрительной, слуховой, сенситивной, вкусовой и обонятельной агнозии не выявлено.

Праксис – целенаправленное действие, благодаря усвоению в процессе жизни массы специальных двигательных актов, которые формируются при участии высших корковых механизмов.

Апраксия – возникновение своеобразных двигательных расстройств при поражении корковых механизмов, при которых нет ни параличей, ни нарушения тонуса или координации. Чаще возникает при поражении теменно-височно-затылочной области доминантного полушария. По клиническим проявлениям различают.

Моторная апраксия – больной не может выполнить действие по заданию или даже по подражанию.

Идеаторная апраксия – больной не может выполнить действие по заданию, с реальными и воображаемыми предметами, в то же время действия по подражанию сохранены.

Констуктивная апраксия – больной может выполнить различные действия по подражанию и по устному приказу, но оказывается не в состоянии создать качественно новый двигательный акт.

При исследовании праксиса у больной данной патологии не выявлено.

Речевые агнози и апраксии называются афазиями.

Сенсорная афазия (афазия Вернике), или словестная глухота, возникает при поражении левой височной области. а)акустико-гностическая форма в результате нарушения слухового гнозиса «речь не воспринимается как речь». б)акустико-мнестическая афазия – в основе нарушение памяти, больной забывает названия предметов, хотя понимает устную и письменную речь.

Моторная афазия (афазия Брока, речевая апраксия) – возникает при поражении задней части нижней лобной извилины, что соответствует смежным центрам передней центральной извилины для движения гортани, губ и языка, при посредстве которых совершается артикуляция. И характеризуется сочетанным нарушением разговорной речи и письменной речи. Больной понимает речь но не может говорить, хотя у него нет паралича, но он утратил «память приемов произношения».В легких случаях у больного сохраняются некоторые слова из которых он строит простые предложения «телеграфный стиль».

При исследовании больной данной патологии не выявлено, аграфии (нарушение письма), алексии (нарушение понимания письменной речи), акалькулии (нарушение счета) нет.

Память хорошая, внимание не изменено, интеллект сохранен, соответствует уровню развития и возрасту. Поведение больной адекватное, сон спокойный.

План обследования:

М-ЭХО.

Электромиография.

ЭЭГ.

ЭКГ.

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

Анализ на ВИЧ и RW.

М-ЭХО от 27.04. – с обеих сторон остроконечное, устойчивое. Ширина 3-го желудочка с обеих сторон 5мм, дополнительных импульсов нет. Смещения срединных структур не выявлено.

ЭЭГ заключение: изменение биоритмов ЭЭГ не выявлено, отмечаются диффузные ирригативные изменения на фоне дезорганизации корковой аритмии и ослабления альфа – ритма.

ЭКГ от 28.04. – полувертикальная электрическая ось сердца, ритм синусовый, признаки перегрузки левого желудочка.

Клинический диагноз и его обоснование:

На основании жалоб больной на онемение правой половины лица, незначительную болезненность, невозможность улыбнуться.

Данных обьктивного исследования и исследования неврологического статуса, а именно выявленных изменений при исследовании 5-й и 7-й пар черепно- мозговых нервов: 5-я пара тройничный нерв: при исследовании двигательных волокон нижнечелюстной ветви n.trigeminus. симптомов поражения не выявлено.

При оценке чувствительной порции волокон n.trigeminus.отмечается болезненность в местах выхода его ветвей «n.ophthlmicus, n.maxillaris, n.mandibullaris.» справа при пальпации. Гипестезия справа по периферическому типу. Надбровный, коньюктивальный, корнеальный и нижнечелюстной рефлексы снижены.

7-я пара лицевой нерв: при осмотре определяется правосторонний паралич мимических мышц, лицо асимметрично, так как тонус мышц здоровой половины лица «перетягивает» рот в свою сторону. Пораженная сторона маскообразна, отсутствуют носогубная и лобные складки, невозможна улыбка. Сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии лица отмечается при надувании щек и оскаливании зубов. Логофтальм – глаз открыт из-за паралича m.orbicularis oculi. При попытке закрыть глаз глазное яблоко смещается вверх, радужка уходит под верхнее веко, глазная щель остается не сомкнутой (с-м Белла). Вкус на передних 2/3 языка справа отсутствует, выражено слезотечение правого глаза, гиперакузии (неприятное, усиленное восприятие звука возникает при поражении волокон n.stapedius) нет.

Можно поставить диагноз: Множественная мононейропатия лицевого нерва и неврит тройничного нерва.

Общий план лечения:

-в острой стадии - противовоспалительная терапия, включающая применение антибиотиков, сульфаниламидов, аспирин, хлорид или глюконат кальция.

Антигистаминные средства.

Витамины С, группы В.

В некоторых случаях применяют кортикостероиды.

При наблюдение за состоянием коньюктивы (альбуцид, вазелиновое масло).

-в восстановительный период – прозерин, галантамин, нивалин.

Массаж и комплекс лечебных упражнений.

Физиотерапевтические процедуры.(УВЧ, диатермия, озокеритные аппликации).