Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней с курсом неврологии и рефлексотерапии ФУВ АГМУ

Зав. кафедрой, профессор Шумахер Г.И.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Насильственный гиперкинез мышц лица и шеи

КУРАТОР: ст-ка 436

гр. Березовикова Ирина Ивановна.

срок КУРАЦИИ: 21.04. 2008-25.04. 2008 г.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: Морозова И.С.

Барнаул 2008 г.

## Паспортные данные

Ф.И. О.: …

Возраст: 10 лет (дата рождения 9.12. 1997г)

Ученик 3 класса

Домашний адрес: с. Зудилово, ул. Молодежная 12.

Дата поступления в клинику: 14.04.08г.

Дата начала курации: 21.04.08г.

## Жалобы

На быстрые непроизвольные сокращения мышц лица (круговой мышцы глаз, проявлялось частым морганием; носогубного треугольника) и шеи, продолжительностью 10 минут, возникающие после эмоциональных переживаний. Со стороны других систем жалоб не предъявляет.

## Anamnesis morbi

Со слов бабушки болен в течение 3 лет, когда после травмы головы (упал с велосипеда) впервые появились быстрые непроизвольные подергивания глаз, в течение 5 минут, которые затем бесследно исчезали. По этому поводу к врачу не обращались. Долгое время, около 1,5 лет, тиков не было. Три месяца назад на фоне эмоционального стресса тики вновь появились. Длительность тиков увеличилась до 10 минут, захватывая мышцы лица (круговые мышцы глаз, область носогубного треугольника) и шеи. Обратились к педиатру по месту жительства, который направил их в неврологический диспансер для уточнения диагноза и лечения.

## Anamnesis vitae

Ребенок родился от второй беременности, вторых родов. Беременность протекала без патологий. Родые самостоятельные, через естественные родовые пути, осложнений во время и после родов не было, состояние ребенка по шкале Апгар на первой минуте 5-6, через 5 минут 7-8 баллов. Масса 3500 г, рост 54 см. Из роддома выписали на 3 сутки. Ребенок находился на естественном вскармливании до 1 года.

Жилищные, санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, семья из 4 человек (мама, папа, брат 16 лет), питание регулярное, полноценное.

Перенесенные хронические заболевания: С 1 года до 5 лет стоял на учете у педиатра по поводу пиелонефрита, на данный момент жалоб нет. В 3 года – тонзилит.

Простудными заболеваниями болеет 1-2 раза в год.

В контакте с инфекционными больными не состоял.

Операций и гемотрансфузий не было. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания у себя и членов семьи отрицает.

Аллергический анамнез не отягощен.

Наследственность не отягощена.

## Status praesens communis

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение больного в постели активное, телосложение правильное, осанка прямая, рост 140 см, вес 36 кг. Реакция на окружающих адекватная.

Осмотр по системам:

Кожные покровы телесного цвета, умеренно влажные, эластичные, тургор кожи сохранен.

Сыпи и пигментаций нет. Температура 36,60 С.

Изменения скелета и суставов нет. Подкожный жировой слой выражен умеренно.

Лимфатические узлы и миндалины без патологий. Щитовидная железа не увеличена.

Грудная клетка симметричная, нормостенический тип, ЧДД18 в мин., экскурсия грудной клетки 5 см.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках, ощущения трения плевры нет.

Определяется ясный легочной звук по всем девяти парам точек.

При аускультации дыхание везикулярное, дополнительные дыхательные шумы не выслушиваются, бронхофония одинакова на симметричных участках, шума трения плевры нет.

Деформаций и дефигураций в области сердца не выявляется. Патологические пульсации не выявляются.

Пальпаторно верхушечный толчок располагается в 5 межреберье по среднеключичной линии.

Пульс частотой 76 в мин., правильный и равномерный, ритмичный, умеренного напряжения и величины, полный, скорый.

При перкуссии границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы.

При аускультации тоны ясные, ритмичные, без изменений, ЧСС – 76 уд/мин. Внутри - и внесердечные шумы, шум трения перикарда не выслушиваются. АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст.

Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Венозный рисунок не определяется, перистальтических и антиперистальтический движений не выявляется.

При поверхностной пальпации живот безболезненный, мышечная резистентность не определяется, расхождений по белой линии и грыжевых выпячиваний по белой линии и пупочному кольцу не выявляется, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, опухолевых образований под кожей живота не определяется.

Нарушений стула нет.

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, отечности кожи не наблюдается. Выпячивание над лобком нет.

Почки не пальпируются. Модифицированный симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Притупления перкуторного звука в надлобковой области не выявляется. Мочеиспускание не нарушено.

Неврологический статус:

Состояние психики:

Сознание ясное. В контакт вступает охотно, дружелюбно. Поведение адекватное. Ориентируется во времени и пространстве. Умственное развитие соответствует возрасту и образованию. Внимание, память и сообразительность сохранны. Эмоциональный фон стабильный.

Речь, гнозис, праксис:

Речь больного сформирована правильно, соответствует возрасту. Дизартрия, скандирование, монотонность, брадилалия, заикание, костноязычие – отсутствуют. Спонтанная речь и понимание речи сохранны (отсутствует афазия: моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).

Ориентировка в пространстве и топография частей своего тела не нарушены (агнозии: слуховая, зрительная, обонятельная, вкусовая, температурная, тактильная, болевая, амузия, астереогнозия, аутотопогнозия, агнозия пальцев, пространственная агнозия, анозогнозия, псевдоамелия, псевдополимелия),

Целенаправленные действия сохранны (апраксия моторная, идеаторная, конструктивная отсутствуют).

Черепные нервы:

I пара – обонятельный нерв.

Обоняние сохранено, одинаково справа и слева. Гипер-, гипо-, ан-, дизосмия отсутствует. Обонятельных галлюцинаций не отмечает.

II пара – зрительный нерв.

Острота зрения в норме. Поля зрения определяются в полном объеме (концентрическое сужение полей зрения, скотома, гемианопсия: гомонимная, гетеронимная – битемпоральная, биназальная, квадрантная – отсутствуют). Цветоощущение сохранено. Ахроматопсии и дисхроматопсии нет.

III, IV, VI пары – глазодвигательный, отводящий, блоковый, нервы.

Справа и слева глазные щели симметричные. Птоза, экзофтальма, энофтальма нет. Глазные яблоки подвижны, движения в полном объеме, синхронные. Пареза взора не отмечается. Диплопия отсутствует. Зрачки среднего размера, справа и слева диаметр зрачков 3 мм, округлой формы, реакция на свет прямая и содружественная сохранна, симметричная. Реакции конвергенции и аккомодации не нарушены, одинаковые, живые, симметричные с обеих глаз. Нистагма нет. Синдром Аргайла - Робертсона, Клода - Бернара - Горнера, Гертвига – Мажанди отрицательные.

V пара – тройничный нерв.

Болевая, температурная и тактильная чувствительность кожи лица и головы, слизистой оболочки рта и языка сохранена, болезненности при надавливании на точки выхода ветвей тройничного нерва нет. Неприятных ощущений в лице, парестезий нет.

Напряжения жевательных мышц нет, трофика не нарушена. Надбровный, конъюнктивальный, корнеальный и нижнечелюстной рефлексы сохранены справа и слева.

Слезотечение, слюнотечение, ринорея, ощущение песка в глазах отсутствуют.

VII пара – лицевой нерв.

В покое лицо симметричное. Лобные и носогубные складки, глазные щели, положение углов рта симметричны. Симметричность при зажмуривании глаз и оскале. Лагофтальма нет. Вкус на передних 2/3 не изменен. Слезоотделительная функция не нарушена. Гиперакузии нет. Симптом ресниц, Белла отрицательны.

VIII пара - преддверно - улитковый нерв.

Острота слуха на разговорную и шепотную сохранна. Шума в ушах нет. Вестибулярная система: головокружение в покое и при переезде в транспорте на большие расстояния отсутствует, тошноты, рвоты нет.

IX, Х пара – языкоглоточный и блуждающий нервы.

Глотание не затруднено, поперхиваний нет.

Артикуляция и фонация голоса не изменена. Мягкое небо подвижно. Небные и глоточные рефлексы живые справа и слева. Саливация умеренная. Вкус на задней 1/3 языка сохранен. Пареза голосовых связок, дисфонии нет.

XI пара - добавочный нерв.

Голова расположена по средней линии. Поднимание плеч не затруднено. Повороты головы и поднимание плеч выполняет симметрично. Сила, напряжение и трофика грудино-ключично-сосцевидных мышц не снижены. Кривошеи нет.

XII пара - подъязычный нерв.

Язык расположен в полости рта, при высовывании по средней линии. Атрофия и фибриллярные подергивания мышц языка отсутствуют.д. изартрии не отмечается.

Симптомы орального автоматизма отрицательны.

Двигательная сфера:

При осмотре атрофии мышц, истинных гипертрофий мышц, псевдогипертрофий нет. Фибриллярных и фасцикулярных подергиваний в мышцах нет. Контрактур и ретраксии нет. Пассивные и активные движения в верхних и нижних конечностях в полном объеме. Парезов, параличей нет. Пробы Мингаццини-Барре отрицательны. Ходьба не затруднена. Сила мышц в дистальных и проксимальных отделах справа и слева - 5 баллов. Тонус мышц не изменен.

Сухожильные и надкостничные рефлексы.

Рефлексы с двуглавой мышцы (С5-С6), с трехглавой (С6-С7), запястно-лучевой (С5-С8), брюшные: верхний (D6-D8), средний (D9-D10), нижний (D11-D12), кремастерный (L1-L2), коленный (L2-L4), ахиллов (S1-S2), подошвенный (L5-S2) живые, симметричные справа и слева, зоны не расширены.

Патологические рефлексы.

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

Координация движений:

Статические пробы: в позе Ромберга устойчив, походка устойчивая, пробу Бабинского выполняет удовлетворительно, симптомы Ожеховского и Стюарта – Холмса отрицательны.

Динамические пробы: пальценосовую, пяточно – коленную, пробу на адиадохокинез, пронаторную и указательную пробы выполняет удовлетворительно обеими конечностями. Нарушений почерка нет.

Интенционный тремор отсутствует. Атаксия и скандированная речь отсутствуют.

Чувствительность:

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

Симптомы натяжения.

Симптомы Ласега, Вассермана, Нери отрицательны.

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

В зонах Захарьина-Геда болезненности нет.

Менингеальные симптомы:

Ригидности мышц затылка нет. Симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний) отрицательные.

Вегетативно-трофическая сфера.

Окраска кожных покровов телесного цвета. Дермографизм красный, умеренно выраженный, не распространенный, появляется через 20 сек, исчезает через 2-3 мин. Сальность кожи, температура в норме. Кожные покровы и придатки без трофических изменений, пролежней, повышенного потоотделения нет. Подкожный жировой слой развит умеренно. Болезненность при пальпации шейных вегетативных узлов, солнечного сплетения отсутствуют. Зрачки симметричные. Рефлекс Ортнера: урежение на 9 уд/мин. Синдром Бернара – Горнера отрицателен. Ортоклиностатическая проба: показатели в норме. Симптом Ашнера: урежение на 10 уд\мин.

## План дополнительных методов обследования больного

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови.

Биохимический анализ крови.

Общий анализ мочи.

Исследование кала на яйца глистов.

Инструментальные исследования:

ЭХО – энцефалограмма

ЭЭГ

МРТ головного мозга

КТ

РЭГ

УЗИ внутренних органов

## Топический диагноз

На основании жалоб больного на быстрые непроизвольные сокращения мышц лица (круговых мышц глаз и области носогубного треугольника) и шеи; данных анамнеза: тики появились 3 года назад после травмы головы. Данная симптоматика усиливается после психоэмоционального стресса. Можем предположить, что в патологический процесс вовлечена экстрапирамидная система, а в частности стриарная.

Основываясь на вышеизложенное можно поставить следующий диагноз: насильственный гиперкинез мышц лица и шеи.

Дифференциальный диагноз:

Клинический диагноз:

На основании анамнеза и жалоб больного можно поставить следующий диагноз:

Насильственный гиперкинез мышц лица и шеи.

Дневник:

21.04.08

Знакомство с больным. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, нарушений интеллекта и памяти нет. В контакт вступает охотно. Настроение ровное. Мимика адекватная, достаточно живая. Собран анамнез, проведено объективное исследование. Жалоб не предъявляет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80, пульс 76 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

23.04.08

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Приступов тиков не было. Настроение ровное, сон полноценный. Проведено исследование неврологического статуса. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

25.04.08

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Приступов тиков не было. Настроение хорошее, сон без отклонений. Субъективно ощущает себя лучше. Изменений неврологического статуса нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

## Лечение

Охранительный щадящий режим, четкий режим дня, исключение дополнительных физических и эмоциональных нагрузок.

противоэпилептические препараты: Конвулекс

транквилизаторы: Седуксен

витамины группы В

физиотерапия

## Литература

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1984.
2. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1989.
3. Гусев Е.И. и др. Неврология и нейрохирургия: Учебник. - М.: Медицина, 2000.
4. Симптомы и синдромы. Энциклопедический словарь – справочник в трех томах. Под ред.А.Н. Смирнова. Справочная библиотека врача. Вып.10. – М.: КАППА, 1994.