Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней с курсом неврологии

и рефлексотерапии ФУВ АГМУ

Зав. кафедрой, профессор Шумахер Г.И.

Преподаватель: к.м.н., д.м.н. Пархоменко Е.В.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного:\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в стационар: 28.10.2008.

Дата курации: с 28.10.2008 по 01.11.2008.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание: Невропатия лицевого нерва справа.

Периферический парез нижних конечностей

Куратор: студент 4 курса 462 группы мед.-проф. факультета АГМУ

Пашкевич А.В.

Барнаул 2008 год

**1 .ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.:\_\_\_\_\_\_\_

2. Полженский

3. Дата рождения:29 июня 1991 года.

4. Место проживания: г. Павловск

5. Профессия: учащаяся

6. Дата поступления:28.10.2008.

7. Дата курации: с 28.10.2008 по 01.11.2008

**2. ЖАЛОБЫ**

Появление общей слабости, повышение температуры тела до субфебрильных цифр и выраженной мышечной слабости в нижних конечностях. Возникшие судороги в икроножных мышцах вызвали сильную боль и невзможность сгибания и разгибания нижних конечностей. Появились легкие боли, онемения и покалывания слева в области уха и сосцевидного отростка. Спустя два дня больная отметила перекошенное лицо, незначительное слезотечение из левого глаза, невозможность улыбки, не может сомкнуть левый глаз, нарушение глотания и дыхания.

**3. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

20 октября настоящего года, у больной спонтанно возникли судороги в икроножных мышцах вызвавшие сильную боль и невозможность движения нижних конечностей, в результате больная не могла продолжить ходьбу, тогда же появились легкие боли и парастезии слева в области уха и сосцевидного отростка. Чувство дискомфорта проявилось стреляющими и ноющими болями в левом ухе и незначительной головной болью. На следующий день больная обнаружила перекос лица, несмыкание правого века, опущение угла рта справа. Нарушение дыхания и глоточного рефлекса.

После чего была госпитализирована. Также больная отмечает появившееся слюнотечение, которое прекратилось 21 октября, повысилось слезоотделение.

**4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

Родилась в Алтайском крае г. Павловске в 1991 году. Жилищно-бытовые условия хорошие. Живет с родителями. Режим питания соблюдает. Отдает предпочтение мясу. Вредные привычки отрицает.

Перенесенные заболевания: отрицает. Туберкулез, венерические болезни, малярию, гепатит, брюшной тиф отрицает.

**5. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

Не отягощена.

**6. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ(STATUS PRAESENS)**

Общее состояние пациента: средней тяжести

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое, осанка прямая.

Температура тела: 37.2 С

Выражение лица: спокойное

Кожные покровы: бледно-розового цвета, чистые

Ногти, волосы и видимые слизистые: ногти обычной формы, розового цвета;

волосы блестящие; видимые слизистые розового цвета, влажные, чистые. Зев: розового цвета, чистый. Склеры: обычного цвета (белые), блестящие.

Лимфатические узлы: не увеличены.

Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно.

Костно-мышечная система: Без патологии.

**Система органов дыхания:**

При осмотре форма носа не изменена, носовое дыхание не затруднено. Деформации и припухлости в области гортани нет, голос громкий, чистый. Грудная клетка нормостенической формы: эпигастральный угол прямой, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Обе половины грудной клетки симметричны.

Тип дыхания - смешанный, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, ЧДД=18 в минуту. Грудная клетка эластична, безболезненна, голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки одинаково. При сравнительной перкуссии характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки ясный легочный. При топографической перкуссии: границы легких не изменены. Аускультация:

везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинакова с обеих сторон.

**Система органов кровообращения:**

При осмотре: Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, ограниченный - площадь 1 см, умеренной силы и величины, положительный. Сердечный толчок не определяется. Пульс лучевой артерии ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, частота пульса в минуту-80 ударов. Границы относительной и абсолютной тупости сердца не изменены. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС=Ps=76. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД(рабочее)- 120/80 мм рт. ст.

**Желудочно-кишечный тракт:**

Язык с налетом, влажный.

Живот овоидной формы, участвует в акте дыхания, венозный рисунок и видимая перистальтика отсутствуют, грыжевых выпячиваний нет. Стул регулярный. При перкуссии живота над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук. Асцита нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный, расхождение прямых мышц живота нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

**Печень и желчный пузырь:**

Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется.

**Селезенка и поджелудочная железа:**

При перкуссии размеры селезенки не изменены. Пальпаторно селезенка и поджелудочная железа не определяется. При аускультации живота выслушивается периодическая перистальтика кишечника. Шума трения брюшины в правом и левом подреберьях нет.

**Мочевыделительная система:**

При осмотре поясничной области: цвет кожи не изменен, болезненности при пальпации нет. При осмотре области мочевого пузыря над лобком выбухания нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Болезненности в области мочеточниковых точек нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При перкуссии мочевого пузыря после его опорожнения - тимпанический перкуторный звук.

**Эндокринная система:**

Кожа эластична, имеет умеренную влажность, на ладонях и подошвах влажность слегка повышенна. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Оволосение по женскому типу.

**Нервная система и органы чувств:**

Общемозговые симптомы: сознание ясное, ориентирована.Головных болей, тошноты, рвоты, судорог нет.

Менингиальные симптомы: поза свободная. Ригидности мышц затылка нет. Симптомы Кернига, Брудзинского (верх., сред, ниж.), а также Мейтуса и Фанкони отрицательные. Светобоязнь, гиперестезия, гиперакузия отсутствует.

**Исследование черепно-мозговых нервов:**

I пара - обонятельный нерв. Обоняние сохранено D=S. Гипер-, гипо-, ан-, дизосмия отсутствует. Обонятельных галюцинаций не отмечается.

П пара - зрительный нерв. Острота зрения снижена.Поля зрения не сужены (концентрическое сужение полей зрения, выпадение отдельных участков-скотома, гемианопсия: гомонимная и гетеронимная - битемпоральная биназальная, квадрантная - отсутствуют). Цветоощущение сохранено. Отсутствуют врожденные (ахроматопсия, дисхроматопсия, дальтонизм) и приобретенные (ксантопсия и др.) расстройства светоощущения. Глазное дно:диски зрительных нервов бледно-розовые, артерии сужены, вены полнокровны, извиты.

III, IV, VI пара - глазодвигательный, отводящий, блоковый нервы. Глазные щели асимметричные (D>S).Глазные яблоки подвижны, движения в полном объеме, синхронные. Пареза взора не отмечается. Диплопия отсутствует. Зрачки среднего размера, S=D, диаметр зрачков 3 мм, округлой формы, реакция на свет прямая и содружественная живая.Конвергенция не нарушена.Аккомодация в норме. Синдром Аргайла Робертсона ,Бернара -Горнера, Гертвига - Мажанди отрицательные.

V пара - тройничный нерв. Движения нижней челюсти не ограничены. Напряжения жевательных мышц нет,трофика не нарушена. Боли и парестезии в лице отсутствуют. Пальпация в точках выхода ветвей безболезненна.Чувствительность кожи лица сохранена. Надбровный, конъюнктивальный, корнеальный и нижечелюстной рефлексы снижены,D>S.

VII пара - лицевой нерв. Асимметрия лица,лагофтальм справа, слезотечение.На пораженной стороне слева: сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии при надувании щек и оскаливании зубов (опущение правого угла рта),свисает щека и асимметрия лобных складок при поднимании бровей; на пораженной стороне угол рта неподвижен, невозможна улыбка, жидкая пища выливается изо рта. Глазные яблоки равномерно увлажнены. Вкус на передних 2/3 языка не нарушен.

VIII пара - преддверно-улитковый нерв. Отсутствуют жалобы на звон и шум в ушах. Острота слуха не снижена D=S, гипакузия, акузия отсутствуют. Вестибулярная система: головокружение в покое и при движении отсутствует. Нистагм не отмечается. Жалоб на тошноту и рвоту нет.

IX, Х пара – языкоглоточный и блуждающий нервы. Глотание затруднено. Фонация и артикуляция не изменены (отсутствует гнусавость голоса). Присутствует поперхивание. Мягкое небо подвижно. Небные и глоточные рефлексы живые,S=D. Саливация умеренно повышена. Вкус на задней 1/3 языка на горькое и соленое сохранен. Голос умеренно звонкий.

XI пара - добавочный нерв. Голова расположена по средней линии. Поднимание плеч не затруднено. Сила, напряжение и трофика грудино-ключично-сосцевидной мышцы не снижена. Кривошеи нет.

XII пара - подъязычный нерв. Язык расположен во рту и при высовывании по средней линии. Атрофия и фибриллярные подергивания мышц языка отсутствуют. Дизартрии не отмечается.

Симптом орального автоматизма отсутствует.

Двигательные функции:

У больной полностью утрачены двигательные функции нижних конечностей. Активные движения верхних конечностей в полном объёме удовлетворительной скорости. Наблюдается диффузная гипотрофия мышц нижних конечностей преимущественно дистальных отделов. Фибриллярных и фасцикулярных подёргиваний нет. Пассивные движения верхних конечностей в полном объёме. Тонус мышц верхних конечностей сохранён. Тонус мышц нижних суставов, где наблюдаются затруднения при попытке полного конечностей, снижен. Гиперкинезов нет. Сухожильные и периостальные физиологические рефлексы верхних конечностей (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой и карпорадиальный) симметричны, средней живости. Сухожильные и периостальные физиологические рефлексы нижних конечностей (коленный и рефлекс с ахилова сухожилия) отсутствуют. Клонусы коленных чашечек и стоп не вызываются. Кожные рефлексы (брюшные и кремастерные) без особенностей. Подошвенный кожный рефлекс усиленной живости на обеих ногах. Патологические рефлексы орального автоматизма (назолабиальный, хоботковый, сосательный и ладонно-подбородочный) отсутствуют. Патологические стопные рефлексы (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Россолима, Бехтерева и Жуковского) отрицательные. Патологические синкинезии не наблюдаются. Координация движений: пальценосовая и пальцеуказательная пробы без особенностей. Коленнопяточная проба угнетена из-за утраты движений нижних конечностей. Интенционного тремора и адиадохокинеза не выявлено. Скандированная речь не наблюдается.

Вывод: у больной наблюдается полное отсутствие движений нижних конечностей, гипотония и гипотрофия мышц нижних конечностей, отсутствие мышечной силы в дистальных отделах нижних конечностей, отсутствие физиологических рефлексов (коленного и рефлекса с ахилова сухожилия), отсутствие походки.

Чувствительность:

Болевая, температурная, тактильная, мышечно-суставное чувство, чувство давления, чувство массы, вибрационная чувствительность, чувство локализации, дискриминационная чувствительность, кинестетическая чувствительность, двухмерно-пространственное чувство сохранены по сегментарному, проводниковому и периферическому типу. Астереогнозии нет. Болезненности в точках Эрба, Гара, Балле нет. Симптомов натяжения (Ласега, Нери, Мацкевича, Вассермана) нет. В зонах Захарьина-Геда болезненности нет.

**Вегетативно-трофическая сфера:**

Кожные покровы: окраска умеренно бледная, без трофических изменений, отеков, повышенного потоотделения. Подкожный жировой слой не развит умеренно. Дермографизм красный, умеренно выраженный, не распространенный, появляется через 30 сек, исчезает через 2-3 мин. Оволосение по женскому типу. Ногти обычной окраски, трофических расстройств и признаков хронической гипоксии нет. Болезненных участков в области солнечного сплетения нет.

Тазовые функции: Функции тазовых органов контролирует.

Высшие корковые функции:

Нарушения гнозиса (агнозия: слуховая, зрительная, обонятельная, вкусовая, аутопагнозия, пространственная агнозия, псевдоамелия, псевдополимелия, анозогнозия), праксиса (моторная, идеаторная, конструктивная) отсутствуют. Речь сохранена (отсутствует афазия: моторная, сенсорная, амнестическая). Функции письма, чтения, счета не нарушены. Память: грубых нарушений нет (некоторое снижение памяти на даты, последовательность событий в прошлом). Внимание: способность к концентрации внимания сохранена. Интеллект не снижен. Эмоциональная сфера без грубых нарушений. Поведение адекватное. Сон не нарушен.

**7. СВОДКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ**

Ассиметрия лица

Опущен левый угол рта

На пораженной стороне сглажена носогубная складка

Смыкание глазной щели слева неполное (лагофтальм)

Щека левая одутловата, свисает

В спокойном состоянии заметное перекашивание рта вправо

Смыкание глазной щели слева неполное (лагофтальм)

Невозможно наморщивание лба, нахмуривание бровей на пораженной стороне

Снижение на пораженной стороне надбровного, конъюктивального и корнеального рефлексов

Слезотечение из левого глаза

На пораженной стороне угол рта неподвижен, невозможна улыбка

Жидкая пища выливается изо рта

**8. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Основное заболевание: Невропатия лицевого нерва. Переферический парапарез нижних конечностей.

Клинический диагноз был поставлен на основании: жалоб больной при поступлении: на ассиметрию лица, слезотечение и опущение угла глаза слева; невозможность произвести улыбку. Из истории развития настоящего заболевания: заболеванию предшествовало переохлаждение больной, в частности головы, после чего к вечеру появились неприятные ощущения в ухе, выражающиеся болевым синдромом, а на утро появились основные симптомы заболевания. Из неврологического статуса выявлено: наличие у больной асимметрии лица, лагофтальма слева, слезотечения. На пораженной стороне слева: сглаженность носогубной складки и усиление асимметрии при надувании щек и оскаливании зубов (опущение правого угла рта),свисает щека и асимметрия лобных складок при поднимании бровей; на пораженной стороне угол рта неподвижен , невозможна улыбка, жидкая пища выливается изо рта.

Это указывает на поражение n.facialis справа в виде развития периферического паралича мимических мышц и слезотечения при не нарушенной чувствительности пораженной стороны.

**9. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА**

1. Поражение лицевого нерва до места отхождения n.petrosus major поражение самого n.petrosus major приводит к сухости глаза, гиперакузии и нарушению вкуса.

2. Поражение на уровне волокон n.stapedius приводит к гиперакузии.

3. Поражение барабанной струны или поражение лицевого нерва выше ее отхождения приводит к потере вкуса на передних 2/3 языка и сохранности нормальной саливации.

4. При поражении корково-ядерных волокон с одной стороны развивается центральный паралич мимической мускулатуры нижней части лица на противоположной очагу стороне.

5. Поражение ядра лицевого нерва сопровождается поражением лицевой мускулатуры на стороне очага и контралатеральная спастическая гемиплегия.

При поражении корешка лицевого нерва паралич может сочетаться с симптоматикой поражения 5,6 8 нервов.

6. На периферический парапарез, преимущественно в дистальных отделах; основании объективных данных у больного выявлены синдромы. Гиперэстезия подошвенных поверхностей стоп.

7. У больного можно заподозрить наличие двустороннего симметричного полиневропатического синдрома в виде поражения периферических нервов, а также зрительного нерва в виде его атрофии.

**10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Опухоль слухового нерва сопровождается парезом лицевой мускулатуры, снижением слуха на пораженной стороне с явлениями раздражения в виде звона в ушах, треска, свиста в ухе, также поражением 5,6,9,10,12 пар черепных нервов.

Таким образом, после проведенного дифференциального и топического диагноза можно сказать, что у больной имеется поражение периферического нейрона лицевого нерва ниже отхождения chordae tympani.

Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия Гийена-Барре - одно из наиболее тяжелых заболеваний периферической нервной системы и самая частая причина острых периферических параличей. В трети случаев требует проведения всего комплекса мероприятий интенсивной терапии, включая ИВЛ. Это заболевание - одно из немногочисленных среди тяжелых поражений нервной системы, при правильном лечении позволяющее добиваться полного восстановления у подавляющего большинства больных, многие из которых в течение недель и месяцев находились на ИВЛ и/или были прикованы к постели вследствие тотальных параличей мышц тела.

Диагноз: Острая нейропатия лицевого нерва справа. Периферический парапарез нижних конечностей.

**11. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Электрокардиография. (19.03.02)

Ритм правильный, синусовый, ЧСС 80уд/мин. P-Q-0,14 ceк; ORS-0,06 сек PQ=0,14.Заключение: Синусовый ритм правильный.

Биохимический анализ крови (28.10.08)

Общий белок 74 г/л

Мочевина 7,1 ммоль/л

Холестерин общий 6,8 ммоль/л

Билирубин общий 32,1 мкмоль/л

Билирубин связанный 2,5 мкмоль/л

Сывороточное железо 19,3 мкмоль/л

АлАт 30,2 нмоль/с~л

АсАт 34,3

Глюкоза 6,4 ммоль/л

СОЭ 23

П/яд 2 С/яд 51

Моноциты 7

Лимфоциты 38

Эозинофилы 2

Анализ мочи(28.10.08)

Относ. плотн. 1024

Реакция кислая

Белок 0,05

Уробилиногены повышены

Эпителий плоский – умеренно повышен

Лейкоциты 35-40 в п/зр

Эритроциты 3-4 в п/зр

d) Люмбальная пункция:

Концентрация белка повышена, что подтверждает синдром Гийена-Барре.

**12. ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение гипертонической болезни: Tab.Enap 5 мг х2 раза в день

Витамины группы В: -В1 5%- 2,0 мл в/м -В6 5%-2,0 мл в/м

Таб.Indometacini 0.25 ( п/восп.,обезб.)

Кокарбоксилаза 0,1 мг в день

Прозерин по 0,015 г 2-3 раза в день (блокатор холинэстеразы)

ФЗТ на правый сосцевидный отросток

Стол № 10

Массаж

Фуросемид 0,04

Глюкокортикоидная терапия (преднизолон 30-60 мг)

Никотиновая к-та 1% 4-6 мл в/к в район околоушной железы

**13. ПРОГНОЗ**

По данному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации.

**14. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ТРУДОУСТРОЙСТВО**

При адекватном лечении возможно полное выздоравление и восстановление трудоспособности; в этом случае проблем с трудоустройством по здоровью не будет.

Этиология. Патогенез

Причина болезни остается не достаточно выясненной. Часто развивается после предшествующей острой инфекции. Возможно, заболевание вызывается фильтрующимся вирусом, большинство исследователей считают природу заболевания аллергической. Заболевание рассматривается как аутоиммунное с деструкцией нервной ткани, вторичной по отношению к клеточным иммунным реакциям. Обнаруживаются воспалительные инфильтраты в периферических нервах, а так же корешках, сочитающихся с сегментарной демиелинизацией.

Предполагается, что в основе заболевания лежат аутоиммунные механизмы, где роль пускового фактора отводится определенным вирусам и бактериям. Основными провоцирующими агентами считаются Campylobacter jejuni (обнаруживается в трети случаев заболеваний) и цитомегаловирус (до 15% случаев). Установлена определенная связь и с вирусом Epstein - Barr (около 10% случаев). Основной целью иммунных атак при наиболее распространенной форме болезни – острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатии (ОВДП) являются шванновские клетки и миелин. В развитии патологических изменений в нервах принимают участие как клеточные, так и гуморальные механизмы. Роль последних особенно велика. При ОВДП под действием тех или иных патогенов происходят активация антиген-специфичных Т- и В-клеток; появление циркулирующих антиганглиозидных или антигликолипидных антител; развитие местных клеточных воспалительных реакций, активация комплемента и отложение мембранолитического атакующего комплекса на миелиновой оболочке периферических нервов в области перехватов Ранвье; начинается и бурно нарастает инвазия миелиновой оболочки нервов сенсибилизированными макрофагами. Природа антител остается предметом активных дискуссий.

**Список используемой литературы**

Бадалян Л.О. Детская неврология. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1984.

Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1989.

Гусев Е.И. и др. Неврология и нейрохирургия: Учебник. - М.: Медицина, 2000.

Симптомы и синдромы. Энциклопедический словарь – справочник в трех томах. Под ред. А.Н. Смирнова. Справочная библиотека врача. Вып. 10. – М.: КАППА, 1994.