Алтайский государственный медицинский университет

**Кафедра нервных болезней с курсом неврологии и рефлексотерапии ФУВ АГМУ**

Зав. кафедрой, профессор Шумахер Г.И.

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**БОЛЬНОЙ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Височная криптогенная эпилепсия, ВСД, надсегментарный уровень, смешанный тип, пермонентнопароксизмальное течение, венозная церебральная дисфункция.

КУРАТОР: Смирнова А.В., 432 гр.

### СРОК КУРАЦИИ:4.06.08-6.06.08

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: Владыкина Л.Н.

#### Паспортные данные

* Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Возраст: 9 лет (дата рождения 14.02.99)
* Ученик 3 класса
* Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Дата поступления в клинику: 25.05.2008
* Дата начала курации: 04.06.2008

#### Жалобы:

На головную боль в височной области, головокружение, тошноту, на учащение периодических судорожных припадков до 2-4 раз в неделю, на ночное недержание мочи.

#### Anamnesis morbi:

Со слов мамы больным считается с 2-х недельного возраста, когда внезапно синел носогубный треугольник, ребенок падал, поджимал руки и ноги, отмечалось подергивание мышц. В 8 месяцев был поставлен диагноз височной эпилепсии. Три года назад отмечались кратковременные отключения сознания, больной не реагировал на внешние раздражители. После постановки диагноза височной эпилепсии находится на стационарном лечении 4 раза в год. В последнее время приступы отмечаются 1-2 раза в месяц, перед стационарным лечением учащение до 2-4 раз в неделю. Приступу предшествуют агрессивность, раздражительность, слабость, сонливость. Больной не помнит событий предшествующих приступу и сам приступ. Приступы через 1-1,5 часа после засыпания. Больной издает грубый крик, иногда синеет носогубный треугольник, отмечается тоническое напряжение туловища и конечностей, после подергивания мышц, хрипящее дыхание, продолжительность приступа 2-3 минуты, далее обильное мочеиспускание и больной засыпает. После приступа больной отмечает головную боль, боль в ногах, снижение зрения и обильное слюноотделение. Эпизоды ночного недержания мочи 2 раза в неделю. В марте 2005 г. больному был выставлен диагноз височная криптогенная эпилепсия, вегетодистония, надсегментарный уровень, ваготония, пермонентное течение, венозная дисфункция на резедуально-органическом фоне. В данный момент находится на лечении в ДГБ № 5.

#### Anamnesis vitae:

Ребенок родился от второй беременности, вторых родов на фоне токсикоза второй половины беременности, угрозы прерывания в III триместре. При родах произошел подвывих шейного отдела позвоночника. Роды самостоятельные, осложнений после родов нет, состояние ребенка по шкале Апгар 7-8 баллов. Масса 3790 г, рост 53 см. Из роддома выписали на 4 сутки.

Жилищные, санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, семья из 4 человек (мама, папа, брат 14 лет), питание регулярное, полноценное.

Перенесены коклюш и в/оспа.

Хирургическое вмешательство по поводу лимфаденита.

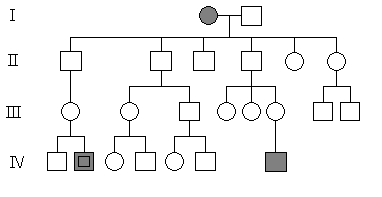
В контакте с инфекционными больными не был.

Переливаний крови не было.

Туберкулеза, вен. заболеваний, гепатита в семье нет.

Непереносимость димедрола и новокаина.

Схожая симптоматика отмечалась у родственников.



#### Status praesens communis

**Общий осмотр:**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение больного в постели активное, телосложение правильное, удовлетворительного питания, осанка прямая, рост 136 см, вес 32 кг.

Кожные покровы обычной окраски, эластичные, влажность умеренная, патологических высыпаний не наблюдается. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное, отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Подкожные вены малозаметны. Форма носа без особенностей, изъязвлений нет. Язык влажный, чистый. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зев нормальной окраски. Миндалины не изменены. Запах изо рта обычный. Носовое дыхание свободное.

#### Опорно-двигательный аппарат:

Изменения окраски кожи и температуры над суставами нет, средняя степень развития мышечной системы. Деформаций и искривлений костей и суставов нет.

Форма грудной клетки цилиндрическая. Патологических искривлений позвоночника, деформации костей таза нет. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

#### Органы дыхания:

Грудная клетка симметричная, нормостенический тип, экскурсия обеих половин легких одинакова, межреберные промежутки не расширены, тип дыхания смешанный, ритм дыхания правильный, 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.

Высота стояния верхушек, ширина полей Кренига, нижние границы легких и активная подвижность нижнего легочного края в пределах возрастной нормы.

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

#### Органы кровообращения:

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

Пальпаторно верхушечный толчок располагается в 5 межреберье кнутри от среднеключичной линии на 1 см.

Симптом «кошачьего мурлыканья» в систолу и диастолу не определяется. Пульс частотой 78 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 соотношение тонов не нарушено, тоны обычного тембра, ритм правильный, число тонов 2, дополнительных тонов в систолу и диастолу не выслушивается, ЧСС 78 в минуту, внутрисердечные, сосудистые шумы, шум трения перикарда не выслушиваются. АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст.

#### Органы брюшной полости:

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.

Печень выступает из-под правой реберной дуги на 1 см, край закруглен, поверхность ровная, консистенция мягкоэластичная, пальпация безболезненна. Селезенка, желчный пузырь не пальпируются.

Нарушений стула нет.

#### Органы мочевыделения:

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

Почки, в положении стоя (по Боткину) и лежа (по Образцову) не пальпируются. При пальпация надлобковой области патологических образований не обнаружено.

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

**Неврологический статус:**

##### Общемозговые симптомы:

Сознание ясное, немного заторможен. Поведение адекватное. Ориентируется во времени и пространстве. Головные боли в височной области, головокружения, тошнота.

##### Менингеальные симптомы:

Поза свободная. Ригидности мышц затылка нет. Симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний) отрицательные. Напряжения брюшных мышц, гиперестезии, светобоязни нет.

###### *Черепные нервы:*

I пара – обонятельный нерв.

Обоняние сохранено D=S. Гипер-, гипо-, ан-, дизосмия отсутствует. Обонятельных галлюцинаций не отмечается.

*II пара – зрительный нерв.*

Острота зрения не нарушена. Поля зрения определяются в полном объеме (концентрическое сужение полей зрения, скотома, гемианопсия: гомонимная, гетеронимная – битемпоральная, биназальная, квадрантная – отсутствуют). Цветоощущение сохранено. Ахроматопсии и дисхроматопсии нет. Глазное дно: Легкое нарушение венозного оттока.

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

Глазные щели симметричные D=S. Птоза, экзофтальма, энофтальма нет. 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, симметричная. Реакции конвергенции и аккомодации не нарушены, одинаковые, живые, симметричные с обеих глаз. Отмечается горизонтальный нистагм, больше слева. 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 нижнечелюстной рефлексы сохранены D=S.

*VII пара – лицевой нерв.*

Лицо в покое симметрично. 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.*

Отсутствуют жалобы на звон и шум в ушах. Острота слуха не снижена D=S, гипакузия, акузия отсутствуют. Иногда слуховые галлюцинации.

Вестибулярная система: головокружение в покое отсутствует. Головокружение при переезде в транспорте на большие расстояния, тошнота. Рвоты нет.

*IX, Х пара – языкоглоточный и блуждающий нервы.*

Глотание не затруднено, поперхиваний нет.

Артикуляция не изменена. Фонация голоса изменена – монотонность речи.

Мягкое небо подвижно. Небные и глоточные рефлексы живые D=S. Саливация умеренно повышена. 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. Дизартрии 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 D=S, зоны не расширены.

*Патологические рефлексы.*

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

*Координация движений:*

Статические пробы: в позе Ромберга покачивание, 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-, гип-, гипер-, дизестезии нет. Гиперпатии нет. Парестезий, болей не отмечает.

*Симптомы натяжения.*

Симптомы Ласега, Мацкевича, 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.

***Вегетативно-трофическая сфера:***

Окраска кожных покровов умеренно бледная. Сальность, температура в норме. Кожные покровы и придатки без трофических изменений, пролежней, повышенного потоотделения нет. Дермографизм красный, умеренно выраженный, не распространенный, появляется через 30 сек, исчезает через 2-3 мин. 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. Расстройство функции тазовых органов виде эпизодического ночного недержания мочи.

***Высшие корковые функции:***

Нарушения гнозиса (агнозии: слуховая, зрительная, обонятельная, вкусовая, температурная, тактильная, болевая, амузия, астереогнозия, аутотопогнозия, агнозия пальцев, пространственная агнозия, анозогнозия, псевдоамелия, псевдополимелия), праксиса (апраксия моторная, идеаторная, конструктивная) отсутствуют.

Речь сохранена (отсутствует афазия: моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).

Функции письма, чтения, счета не нарушены, соответствуют возрасту. Память: грубых нарушений нет (снижение памяти на события перед приступом и во время него).

Внимание: способность к концентрации внимания сохранена. Интеллект не снижен, соответствует возрасту. Эмоциональная сфера без грубых нарушений. Поведение адекватное. Сон не нарушен.

**План дополнительных методов обследования больного:**

## *Лабораторные исследования:*

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Исследование кала на яйца глистов.

## *Инструментальные исследования:*

## ЭХО – энцефалограмма

## ЭЭГ

## МРТ головного мозга

## КТ

## РЭГ

## УЗИ внутренних органов

#### Результаты дополнительных методов обследования:

## Результаты лабораторных исследований:

1. *Общий анализ крови.*
2. Эритроциты- 3,9х10^12/л
3. Hb- 132 г/л
4. Лейкоциты- 4,5х10^9/л
5. эозинофилы- 0%
6. палочкоядерные- 3%
7. сегментоядерные- 88%
8. Лимфоцитов- 8%
9. Моноцитов- 1%
10. CОЭ- 18 мм/ч
11. *Биохимический анализ крови.*
12. Общ. белок 69,8 г/л
13. АсАТ 0,22 ммоль/л
14. АлАТ 0,16 ммоль/л
15. Билирубин общ. 11,7 мкмоль/л
16. Не прямой 9,3 мкмоль\л, прямой 2,4 мкмоль\л
17. Са++ 2,14 ммоль/л
18. Глюкоза 3,20 ммоль\л

3. *Общий анализ мочи..*

Цвет насыщенный желтый Белок 0 г/л

Прозрачная Сахар 0

Реакция кислая Уробилин (-)

Уд. вес 1,035 Желч. пигменты (-)

Лейкоциты 1-2 в поле зрения

Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения

Эпителий плоский 3-4 в поле зрения

4. Кал на яйца глистов.

Яйца глистов не обнаружены.

Результаты инструментальных исследований:

1*. ЭХО – энцефалограмма*

Смещения срединных структур головного мозга не выявлено. Признаки легкой внутричерепной гипертензии.

2*. ЭЭГ*

Очага органической и эпилептической активности не выявлено. ЭЭГ соответствует возрастной.

3*. РЭГ*

Гипотония сосудов. Венозная дисфункция в бассейнах a.carotis et a.basilaris. Признаки неблагоприятного вертеброгенного воздействия на кровоток.

*4.УЗИ внутренних органов*

Мочевой пузырь, печень, поджелудочная железа, селезенка без патологии.

Деформация желчного пузыря.

УЗИ почек: двухсторонняя коликоэктазия, левосторонняя пиелоэктазия.

**Топический диагноз:**

У больного с раннего детского возраста наблюдаются судорожные припадки, сопровождающиеся потерей сознания, с последующей амнезией, к которым впоследствии присоединились абсансы. Приступу предшествует аура:тошнота, головная боль, головокружение, слабость, сонливость. Приступы через 1-1,5 часа после засыпания. У больного отмечается тоническое напряжение туловища и конечностей, после подергивания мышц, продолжительность приступа 30сек.-1 мин., далее больной засыпает. После приступа отмечаются вегето-висцеральные расстройства: головная боль, тошнота, обильное слюноотделение. Также боль в ногах, снижение зрения. Эпизоды ночного недержания мочи 2 раза в неделю. Отмечается высокая лабильность психики ребенка. У больного бывают слуховые галлюцинации. По наличию симптоматики большого судорожного припадка, наличию психической ауры, вегето-висцеральных расстройств, слуховых галлюцинаций, в связи с не установленной, скрытой причиной можно поставить диагноз височной криптогенной эпилепсии.

**Дифференциальный диагноз:**

Эпилептические припадки следует дифференцировать от судорожных параксизмов при опухолях головного мозга в височной области. При опухолях, в отличие от эпилепсии, будет характерно повышение внутричерепного давления, будут наблюдаться продолжительные и интенсивные головные боли, у больного наблюдается вынужденное положение головы, рвота без предварительной тошноты, симптом мостомозжечкового угла, альтернирующий синдром Шмидта, проводниковые нарушения двигательной и чувствительной функции, нарушения дыхания и сердечно-сосудистого ритма. У данного больного при проведении дополнительных исследований в клиническом и биохимическом анализах крови нет признаков онкопатологии. При проведении ЭЭГ не выявлено органического очага.

**Клинический диагноз:**

На основании жалоб, анамнеза и данных объективного исследования больному можно поставить диагноз: криптогенная эпилепсия

**Дневник:**

**04.06.08**

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. Жалобы на головную боль, тошноту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80, пульс 78 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

**05.06.08**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Приступов не было. Головная боль за последние сутки не беспокоила. Настроение ровное, сон полноценный. Проведено исследование неврологического статуса. Живот мягкий, безболезненный. Ночное недержание мочи.

**06.06.08**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Приступов не было. Головная боль за последние сутки не беспокоила. Настроение хорошее, сон без отклонений. Субъективно ощущает себя лучше. Изменений неврологического статуса нет. Живот мягкий, безболезненный. Ночное недержание мочи.

**Лечение:**

1. Охранительный щадящий режим, четкий режим дня, исключение дополнительных физических и эмоциональных нагрузок.
2. Применение противоэпилептических препаратов:карбамазепин, вальпроаты, фенитоин, фенобарбитал.
3. Дегидратационная терапия: глюкоза, инсулин и KCl.
4. Сосудистые препараты: трентал.
5. Метаболиты.
6. Витамины группы В.
7. Для профилактики рекомендуется избегать крепкого кофе и чая, переедания, переохлаждения и перегревания. Показаны молочно-растительная диета, длительное пребывание на воздухе, легкие физические упражнения, соблюдение режима труда и отдыха.

**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.