СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский институт

Кафедра педиатрии

Заведующий кафедрой :профессор, к. м. н. Куярова Г.Н.

Преподаватель: к.м.н., доцент Смертина Л.П.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

## Ф.И.О.:

Клинический диагноз:

Основной: Болезнь Паркинсона.

Сопутствующий: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, ср. ст. , ремиссия, ДН1.

Гипертоническая болезнь 2 ст, ст. АГ 2, риск 4, НК0.

Сахарный диабет 2 типа, ср. ст, стадия компенсации.

Куратор: студентка IV курса МИ 3184 «а»

Абубакирова Екатерина Раилевна

Время курации: с 16.05.2012 - 19.05.2012г.

Сургут 2012г.

Паспортная часть

Ф.И.О.

Возраст 74 года (17.10.1937)

Семейное положение женат

Пол мужской

#### Образование среднее

Постоянное место жительства ул.

#### Дата поступления в клинику 13.05.2012 г.

Жалобы при поступлении: на кашель с трудноотделяемой мокротой, потливость, одышка при физической нагрузке, дрожь во всём теле.

Жалобы в день курации: на кашель с трудноотделяемой мокротой, потливость, одышка при физической нагрузке, дрожь во всём теле.

Anamnesis morbi:

В течение 20 лет болеет бронхиальной астмой, 3 года назад лечился стационарно в пульмонологическом отделении СОКБ (выписки на руках нет). Постоянно беротек, беродуал, беклазон. Ухудшение состояния в течение 10 дней, участились приступы удушья, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышка, после ингаляции непродолжительный положительный эффект. Вызвал бригаду скорой помощи, был доставлен в СОКБ.

vitae:

На Севере с 1972 года. Развивался нормально, в развитии от сверстников не отставал.

В детстве перенес: ОРВИ, Ветряную оспу.

Операции, травмы отрицает.

Сахарный диабет 2 типа, принимает глидиаб 2-4 т утром, гипертоническая болезнь много лет макс АД 190/110 мм рт ст., привычное давление 130/80 мм РТ ст., принимает престариум 10 мг 1/2 раза в день, ЖКБ, хронический калькулёзный холецистит.

Материально-бытовые условия: проживает с женой в благоустроенной 2-х комнатной квартире.

Характер питания: питание регулярное, полноценное, жирным и соленым не злоупотребляет.

Семейное положение: женат.

Вредные привычки: курит с 16 лет по пачке в день, алкогольные напитки не употребляет в течение нескольких лет.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Описторхоз, вен. заболевания, туберкулез: отрицает.

Наследственный анамнез:



Заключение: Наследственный анамнез отягощён по гипертонической болезни и сахарному диабету 2 типа.

Настоящее состояние больного - status praesens

Общий осмотр:

Общее состояние - средней степени тяжести.

Сознание - ясное.

Ориентация пациента во времени, пространстве и собственной личности сохранена.

Положение - активное.

Выражение лица - спокойное

Телосложение - правильное

Конституция - нормостеническая

Рост - 172 см

Вес - 83 кг

Кожные покровы, подкожно - жировая клетчатка

Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, акроцианоз, без высыпаний, эластичность кожи нормальная, потливость умеренная. Подкожно-жировая клетчатка развита неравномерно. Тургор снижен. Отеков нет. Волосяной покров развит умеренно, рост волос не изменен. Ногти без патологических изменений.

Лимфатические узлы

Не пальпируются, не визуализируются.

Костно-мышечная система

Мышцы развиты согласно полу и возрасту. Кости без видимых деформаций, болезненности нет. Суставы обычной конфигурации, при пальпации безболезненны. Объем пассивных и активных движений сохранен.

Система дыхания

Дыхание через нос, свободное. Тип дыхания - смешанный.

Осмотр грудной клетки: грудная клетка без видимых деформаций, форма - нормостеническая, симметрична, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, направление ходов ребер - косое, межреберные промежутки одинаковые, обычных размеров. Частота дыхательных движений 25/мин. Ритм правильный.

Пальпация грудной клетки: безболезненная

Перкуссия легких:

при сравнительной перкуссии над лёгкими звук с коробочным оттенком с обеих сторон.

Топографическая перкуссия

Границы легких в пределах нормы

Аускультация лёгких:

при аускультации дыхание диффузно ослабленное, сухие свистящие хрипы.

Заключение: при сравнительной перкуссии над лёгкими звук с коробочным оттенком с обеих сторон, дыхание ослаблено, сухие свистящие хрипы.

Сердечно - сосудистая система

Осмотр: выпячивания и выбухания в области сердца нет. Сердечный горб, сердечный толчок не определяются. Верхушечный толчок не визуализируется, расположен в 5-ом межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Патологических пульсаций в области сердца нет.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца

Расширены.

Конфигурация сердца - нормальная.

Ад на правой руке 140\ 84 мм рт. ст.

Ад на левой руке 140\ 94 мм рт. ст.

ЧСС 62 уд. в минуту

Пульс на правой руке: частота 88 уд/в мин.

Пульс на левой руке 88 уд в мин

Аускультация сердца

Тоны сердца приглушенные, соотношение тонов сохранено, ритм правильный, патологических шумов нет.

Заключение: патологии не выявлено.

Система пищеварения

Полость рта: При осмотре слизистая рта и щёк физиологической окраски. Слизистая оболочка без повреждений.

Дёсны: физиологической окраски, не кровоточат.

Язык: покрыты белым налётом у корня, сосочки выражены, не отёчный.

Зев: физиологической окраски, миндалины не увеличены, слизистая умеренно влажная.

Живот: увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, симметричный, участвует в акте дыхания, безболезненный.

Заключение: патологии не выявлено.

Система мочевыделения

Осмотр области почек: при осмотре патологических выбухания нет, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

Частота мочеиспускания в норме (около 5-6 раз в день). Мочеиспускание безболезненно, моча светло-желтого цвета. Мочевой пузырь не пальпируется.

Заключение: патологии не выявлено.

Неврологический статус

Исследование психического состояния:

Сознание ясное, в пространстве, времени и местности ориентируется нормально, контактен, свое состояние оценивает адекватно. Поведение уравновешенное.

Общемозговые симптомы: Головных болей, головокружений, шума в голове, ушах, тошноты и рвоты нет.

Менингиальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний), симптом Кернига отрицательные.

Черепные нервы:

I пара (обонятельный нерв) запахи ощущает обеими половинами носа отдельно, обонятельных галлюцинаций нет.

II пара (зрительный нерв) снижение остроты зрения , цветоразличие не нарушено, выпадения полей зрения нет. Зрачки равные.

III, IV, VI пары (глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы). В норме

V пара (тройничный нерв). Болезненности при пальпации точек выхода ветвей тройничного нерва нет, чувствительность по ходу ветвей и в зонах Зельдера не нарушена. Жевательная мускулатура развита хорошо, симметрично учавствует в акте жевания. Корнеальный и надбровный рефлексы живые, нижнечелюстной не выражен. Движения нижней челюсти совершаются в полном объеме.

VII пара (лицевой нерв). Лицо симметрично в покое и в мимике, глазные щели ровные, носогубные складки симметричны, не сглажены, угол рта не опущен, слезотечения и сухости глаз нет

VIII пара (предверно - улитковый нерв). Нарушения со стороны слуха; головокружения, нистагма нет.

IX, X пары (языкоглоточный и блуждающий нервы) Глотание не нарушено, без поперхивания, глоточный и небный рефлексы средней живости. Фонация не нарушена. пара: (добавочный нерв). Плечевой пояс симметричен. Объем движений сохранен.

XII пара (подъязычный нерв) язык по центру, без атрофии и фасцикуляций. Движения языка не нарушены.

Рефлексы орального автоматизма: назолабиальный рефлекс Аствацатурова, хоботковый рефлекс Бехтерева - отрицательные, ладонно - подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи отрицательный. Походка шаткая.

Глубокие сухожильные рефлексы с верхних конечностей средней живости, равные. Глубокие рефлексы с нижних конечностей оживлены слева. Патологические стопные и кистевые знаки отсутствуют. Брюшные рефлексы не вызываются.

Координационные пробы: Пальце-носовая, пяточно-коленная проба выполняется с неуверенностью, в позе Ромберга - не устойчив.

Чувствительность: поверхностная (болевая, температурная, вибрационная) чувствительность не нарушена, глубокая - (мышечно-суставное чувство) чувствительность - не нарушена.

План обследования

## План доп. обследования

## . ОАК

## . ОАМ

## . Кровь на RW

## . Биохимический анализ крови

## . Коагулограмма

## . Печеночные пробы

## . ЭЭГ

## . ЭКГ

## . Рентгенография шейного отдела позвоночника

## . Консультация окулиста и кардиолога.

Результаты лабораторного обследования:

общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Норма |  | Единицы измерения |
| Эритроциты | 4,4-5,5 | 4,4 | 1012/л |
| Гемоглобин | 120-160 | 131 | г/л |
| Лейкоциты | 6,0-8,0 | 5,0 | 109/л |
| Базофилы | 1 | - | % |
| Эозинофилы | 3 | - | % |
| Нейтрофилы юные | - | - | % |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 4 | 8 | % |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 63 | 58 | % |
| Моноциты | 6 | 6 | % |
| Лимфоциты | 23 | 28 | % |
| СОЭ | 0-15 | 10 | мм/час |
| Цветовой показатель | 1 | 0,89 |  |

. Кровь на RW отрицательна

. Биохимический анализ крови:

Билирубин 12,2 ммоль/л

Сахар 7,6 ммоль/л

. ЭКГ от 14.05.2012г.= 0,15II= 0,08II

Ритм синусовый, ЧСС 86/мин

Электрическая ось сердца полугоризонтальная

Диффузные дистрофические изменения миокарда.

. R-грамма шейного отдела позвоночника в двух проекциях от 14.05.2012

Заключение: R-грамма без патологии.

Общий анализ мочи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | | Исходное | норма |
| Цвет | | Светло-желтая | От соломенно-желтого до янтарно-желтого |
| прозрачность | | прозрачная | прозрачная |
| Удельный вес | | 1,016 | 1,001-1,040 |
| Реакция | | Кислая | кислая |
| Сахар | | Отриц. | Отриц. |
| Микроскопия |  | |  |
| Эпителий | 0-1 | | 0-2в п/з |
| Лейкоциты | 0-1 | | 0-2в п/з |

Заключение: патологий не выявлено

Топический диагноз

Выше перечисленные симптомы, характерные для гипертонически-гипокинетического синдрома, а также отсутствие клинических признаков поражения пирамидной системы и нарушения чувствительности позволяют предположить поражение экстрапирамидной системы, а именно патологию паллидума.

Клинический диагноз:

· Основной: : Болезнь Паркинсона.

· Сопутствующий: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, ср. ст. , ремиссия, ДН1.

Гипертоническая болезнь 2 ст, ст. АГ 2, риск 4, НК0.

Сахарный диабет 2 типа, ср. ст, стадия компенсации.

Обоснование клинического диагноза

На основании:

**1.** Жалоб : дрожь во всём теле.

. Anamnesis morbi:

В течение 20 лет болеет бронхиальной астмой, 3 года назад лечился стационарно в пульмонологическом отделении СОКБ (выписки на руках нет). Постоянно беротек, беродуал, беклазон. Ухудшение состояния в течение 10 дней, участились приступы удушья, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышка, после ингаляции непродолжительный положительный эффект. Вызвал бригаду скорой помощи, был доставлен в СОКБ.

.Общее состояние - средней степени тяжести, сознание - ясное, ориентация пациента во времени, пространстве и собственной личности сохранена, положение активное, выражение лица спокойное, телосложение правильное, конституция нормостеническая. Выраженный тремор верхних конечностей и головы.

. Топический диагноз:

Выше перечисленные симптомы, характерные для гипертонически-гипокинетического синдрома, а также отсутствие клинических признаков поражения пирамидной системы и нарушения чувствительности позволяют предположить поражение экстрапирамидной системы, а именно патологию паллидума.

. Лабораторных данных: общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Норма |  | Единицы измерения |
| Эритроциты | 4,4-5,5 | 4,4 | 1012/л |
| Гемоглобин | 120-160 | 131 | г/л |
| Лейкоциты | 6,0-8,0 | 5,0 | 109/л |
| Базофилы | 1 | - | % |
| Эозинофилы | 3 | - | % |
| Нейтрофилы юные | - | - | % |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 4 | 8 | % |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 63 | 58 | % |
| Моноциты | 6 | 6 | % |
| Лимфоциты | 23 | 28 | % |
| СОЭ | 0-15 | 10 | мм/час |
| Цветовой показатель | 1 | 0,89 |  |

. Кровь на RW отрицательна

. Биохимический анализ крови:

Билирубин 12,2 ммоль/л

Сахар 7,6 ммоль/л

. ЭКГ от 14.05.2012г.= 0,15II= 0,08II

Ритм синусовый, ЧСС 86/мин

Электрическая ось сердца полугоризонтальная

Диффузные дистрофические изменения миокарда.

. R-грамма шейного отдела позвоночника в двух проекциях от 14.05.2012

Заключение: R-грамма без патологии.

чувствительность тремор конечность кашель

Общий анализ мочи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | | Исходное | норма |
| Цвет | | Светло-желтая | От соломенно-желтого до янтарно-желтого |
| прозрачность | | прозрачная | прозрачная |
| Удельный вес | | 1,016 | 1,001-1,040 |
| Реакция | | Кислая | кислая |
| Сахар | | Отриц. | Отриц. |
| Микроскопия |  | |  |
| Эпителий | 0-1 | | 0-2в п/з |
| Лейкоциты | 0-1 | | 0-2в п/з |

Заключение: патологий не выявлено

Лечение

)Режим палатный

)Стол №15

)L-дофа (Levodopum) (по 0,25 в день) или Наком (Nakom) (0,5 таблетки после еды) при паркинсонизме уменьшает в первую очередь гипокинезию и ригидность, в меньшей мере и позднее уменьшаются тремор, дисфагия, слюнотечение.

)Мидантан (Midantanum) (по 1 таблетке после еды) - стимулирует выделение дофамина из нейрональных депо и повышает чувствительность дофаминергических рецепторов к медиатору (дофамину); таким образом, даже при уменьшении образования дофамина в базальных ганглиях создаются условия для нормализации происходящих в них нейрофизиологических процессов. Имеются также данные, свидетельствующие о том, что мидантан тормозит генерацию импульсов в моторных нейронах ЦНС.

## 5)Мадопар в таблетках по 250мг 2 раза в сутки. При неэффективности дозу можно увеличивать до 800мг в сутки

## Фармакологическое действие. Комбинированный препарат для лечения паркинсонизма. Леводопа - непосредственный метаболический предшественник допамина - восполняет дефицит допамина в базальных ганглиях ЦНС у больных с паркинсонизмом. Однако после приема внутрь леводопа быстро декарбоксилируется как в церебральных, так и в экстрацеребральных тканях. По этой причине ббльшая часть введенной леводопы не достигает базальных ганглиев, а периферический дофамин часто вызывает побочные явления. В связи с этим блокирование экстрацеребрального декарбоксилирования дает большие преимущества. Это достигается путем одновременного введения леводопы и бенсеразида, ингибитора периферической декарбоксилазы. Мадопар является комбинацией этих веществ.

6)Пиридоксин (Pyridoxinum) 2 мл 5 % раствора в день внутримышечно. Курс состоит из 20 - 25 инъекций. Через 2 - 3 месяца курс лечения повторяют. Препарат действует, главным образом уменьшая дрожание.

Лечебная физкультура, массаж для улучшения кровоснабжения мышц, а также для улучшения общего состояния организма.

Дневники

.05.12

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 130/80 мм рт ст. , Т тела 36,6 , ЧДД 22/ мин, пульс 83 уд/мин. Предъявляет жалобы на головокружение, шум в ушах, нарушение сна - плохое засыпание, на дрожание всего тела.

17.05.12

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 135/90 мм рт ст. , Т тела 36,9, ЧДД 22/ мин, пульс 80 уд/мин. Предъявляет жалобы на головокружение, шум в ушах, нарушение сна - плохое засыпание, на дрожание всего тела.