Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Ижевская государственная

медицинская академия

Кафедра неврологии, нейрохирургии

и медицинской генетики

История болезни

\_\_\_\_\_\_\_

Основное заболевание: Синдром паркинсонизма на фоне системного атеросклероза.

Осложнения основного заболевания: цефалгический синдром.

Сопутствующие заболевания: дисциркуляторная энцефалопатия 2 степени умеренно выраженная вестибулопатия, иридоциклит слева

Преподаватель: ассистент

Малафеевская Т. Н.

Куратор: студент 401Л группы

Сумин К.Н.

Паспортные данные

. \_\_\_\_

. Возраст - 57 лет

. Пол - женский

. Национальность - русская

. Профессия - документовед

. Место работы - «Буммаш»

. Семейное положение - замужем

. Домашний адрес - г. Ижевск, \_\_\_\_\_

. Дата начала заболевания - март 2001года

.Дата поступления - 14 мая 2004 года

Анамнез настоящего заболевания. Anamnesis morbi

Основные жалобы.

Жалобы на диффузные головные боли более интенсивные справа в теменно-височной области. Боли беспокоят постоянно, усиливаются при смене погоды, волнениях, иррадиируют в правое ухо. Жалобы на ограничение подвижности шеи во всех плоскостях, боли в шейной области при движениях, боли, онемение в воротниковой области. Жалобы на боли средней интенсивности в коленных, голеностопных, мелких суставах стопы при ходьбе, ноющие боли в правом плечевом суставе в покое и при движениях. Ночью беспокоят ноющие боли в тазобедренных суставах, судороги в правой икроножной мышце. Жалобы на общую слабость, снижение памяти на прошедшие события, снижение работоспособности, быструю утомляемость. На периодически возникающие после физического или эмоционального перенапряжения приступы ощущения тяжести, шума в голове, кратковременного головокружения, мелькания точек перед глазами.

Развитие и течение болезни.

Больной считает себя с марта 2001 года когда стала ощущать общую слабость, повышенную утомляемость, диффузные головные боли средней интенсивности. Появились отеки верхних конечностей, слабость в руках, постепенное уменьшение мышечной массы, затем отеки всего тела, общая слабость. В течение месяца потеряла 10 кг веса. Стали беспокоить слабость в ногах при ходьбе, боли в коленных и голеностопных суставах. Беспокоили боли и ограничение движений шеи. К врачу не обращалась, лечилась средствами народной медицины принимала настой сабельника внутрь и для натираний конечностей и шеи, бальзам Макарова внутрь. Отеки исчезли через месяц, общее самочувствие начало улучшаться, слабость уменьшилась. С осени начали беспокоить боли в правом плечевом суставе, распространявшиеся по всей руке. В течение 10 дней получала медовый массаж, после чего значительно уменьшились боли, улучшилась подвижность конечности и мышечная сила, далее в течение 2 лет боли в суставе и руке не появлялись. С 2002 года стала отмечать периодические после эмоциональной и физической нагрузки приступы головокружения, ощущения шума в голове, мелькание точек перед глазами. В настоящее время поступила на плановое лечение в неврологическое отделение 1РКБ.

Анамнез жизни. Anamnesis vitae

Место рождения: Челябинская область, г. Чеберкуль. Социальное положение - служащая. Развитие в раннем детстве нормальное, от сверстников не отставала. Окончила школу, получила средне - специальное образование в автомеханическом техникуме. Работала на ижевском Автозаводе технологом в техническом бюро, затем буфетчицей, с 1975г на заводе «Буммаш» документоведом. Условия труда удовлетворительные. Питание регулярное Условия быта удовлетворительные. Перенесенные заболевания: в детском возрасте - корь, ОРЗ; в зрелом возрасте ОРВИ, грипп, иридоциклит с 1981г. Операции - аппендэктомия в 1964г. Черепно-мозговых травм не было. Вредные привычки: курение с 15 до 32 лет 1 пачка сигарет в сутки. Употребляет алкоголь (сухое вино не более 200мл) с 18 лет редко.

Наследственность: у родителей и родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, психических заболеваний не было. У матери системный атеросклероз, инфаркт миокарда.

Аллергологический анамнез: без особенностей.

Переливания крови не проводились.

Объективное исследование

Общий статус.

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Конституция астеническая, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы не пальпируются. Опорно-суставной аппарат: мышцы развиты в соответствии с возрастом и характером работы слабо, болезненность при пальпации правого плечевого сустава и при движениях в нем, суставы не гиперемированы, не отечны, пальпация костей безболезненна. Границы легких не изменены, активная подвижность сохранена, над всей поверхностью легких перкуторный звук ясный легочной, дыхание ясное везикулярное без побочных шумов. Пульс одинаковый на обеих руках, удовлетворительного напряжения и наполнения, нормальной величины и формы, частотой 73 в минуту. Границы сердца не расширены, тоны ясные ритмичные, патологических шумов нет. Язык розовый без налета, влажный. Живот мягкий безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не выступает из-под правой реберной дуги, безболезненная. Селезенка, почки не пальпируются. Размеры печени по Курлову 10 - 8 - 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Артериальное давление 110\70 мм. рт. ст.

Неврологический статус.

Общемозговые и менингиальные симптомы. Головная боль средней интенсивности беспокоит постоянно, усиливается при волнениях и при перемене погоды, боль диффузная, более выражена в правых височной и теменных областях. Тошнота, рвота не беспокоят. Менингеальные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний и нижний), ригидность мышц затылка отрицательные.

Черепно-мозговые нервы.

Обонятельный нерв. При исследовании набором ароматических веществ обоняние обоих половин носа сохранено.

Зрительный нерв. Острота зрения снижена на оба глаза, преимущественно на левый, правосторонняя гемианопсия, цветоощущение не изменено.

Глазодвигательный, блоковидный, отводящий нервы. Ширина глазных щелей, величина зрачков одинаковая у обоих глаз, форма зрачков округлая, экзофтальма, эндофтальма не наблюдается. Прямая реакция зрачков на свет живая; содружественная - не реагирует левый глаз. Конвергенция сохранена, снижена реакция левого зрачка на аккомодацию. Диплопии и косоглазия нет, объем движений глазных яблок сохранен.

Тройничный нерв. Тригеминальные точки на лице безболезеннны. Чувствительность лица по ветвям тройничного нерва и зонам Зельдера сохранена. Корнеальные рефлекс и рефлекс со слизистой полости носа вызывается. Вкус на передней 2/3 языка сохранен. Жевательные мышцы мягко-эластичной консистенции, симметричные. Объем движений нижней челюсти не снижен.

Лицевой нерв. Состояние мимических мышц в покое - носогубные и лобные складки симметричны, не сглажены. Произвольные мимические движения: поднятие бровей, зажмуривание глаз, оскаливание зубов выполняются нормально. Движение мышц лица при смехе симметричное. Амимия, подергивания, контрактура лица, тики не выявляются.

Слуховой нерв. Шепотная речь 5м с обоих сторон. Громкая речь более 6 метров. Шум в ушах во время исследования не беспокоит, нистагм не выявляется.

Языкоглоточный и блуждающий нервы. Функция речи нормальная, осиплости, гнусавости, носового оттенок не наблюдается. Глотание происходит нормально, жидкая пища в нос не попадает. Мягкое неба расположено обычно, дужки и язычок симметричны, подвижны. Глоточный рефлекс и рефлекс мягкого неба вызываются нормально. Вкус задней 1/3 языка сохранен. Частота сердцебиения 73 удара в минуту, ритм правильный, тип дыхания смешанный.

Добавочный нерв. Положение головы обычное, повороты головы во все стороны болезненны, из-за чего подвижность ограничена, поднимание плеч происходит нормально.

Подъязычный нерв. Положение языка в полости рта обычное, при высовывании легкое отклонение кончика вправо. Фибриллярных подергивания языка, гиперкинезов, дизартрий нет.

Двигательная сфера.

Объем активных и пассивных движений левой руки сохранен, в правой ограничено поднятие плеча выше горизонтальной линии, вращение кзади, отведение. С трудом выполняет приседание

Походка неуверенная замедленная, шаги мелкие. С трудом ходит на пятках и на носках. Патологические синкинезии не возникают. Сила мышечных групп конечностей: сила мышц плеч и предплечий удовлетворительная, одинаковая на обеих руках, сила мышц обеих кистей уменьшена (3балла). Сила мышц бедер и голеней, стоп - 4 балла.

В верхней и нижней пробах Барре конечности опускаются одновременно. Состояние мышечного тонуса - гипертония. Псевдогипертрофии не отмечаются. Фибриллярные подергивания в правой икроножной мышце. Гиперкинезов, общей скованности, судорожных припадков нет. Механическая возбудимость мышц обычная.

Рефлекторная сфера.

Периостальные рефлексы: карпо-радиальный, карпо-ульнарный средней живости с обеих рук. Сухожильные рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц средней живости с обеих рук. С ног - коленный справа ослаблен, слева средней живости; ахиллов справа средней живости, слева ослаблен. Кожные рефлексы - брюшные и подошвенные в норме. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Россолимо, Корнилова-Жуковского, Мендель-Бехтерева, клонусы коленной чашечки и стопы не определяются.

Координаторная сфера.

Пальце - носовая и коленно-пяточная пробы выполняются без промахивания. Адиадохокинез, асинергия Бабинского не наблюдаются. В простой позе Ромберга легкое пошатывание, в усложненной падает вправо с закрытыми глазами, с открытыми расстройств не наблюдается. Походка неуверенная замедленная, шаги мелкие.

Чувствительная сфера.

Болезненность при пальпации остистых отростков позвонков, паравертебральных корешковых зон Валле и Гара, а также по ходу нервных стволов не выявляется. Симптомы натяжения: Нери-Куницина, Дежерина, Секара, Вассермана, Мацкевича отрицательные, Ласега нерезкая болезенность угол 600. Поверхностной чувствительность на правой руке снижена в виде перчатки, на остальных участках тела чувствительность выражена симметрично. Глубокое мышечно-суставное чувство на симметричных участках туловища и конечностей, в дистальных и проксимальных отделах сохранено, выражено одинаково. Стереогностическое чувство сохранено.

Вегетативная нервная система.

Трофика кожи, суставов обычная. Пигментации нет. Дермографизм красный неразлитой, влажность кожи физиологическая. Глазо-сердечный рефлекс Ашнера: наблюдается уменьшение частоты сердечных сокращений на 8 ударов в минуту. Ортостатическая проба - учащение пульса на 12 ударов, клиностатическая - замедление на 5 ударов. Жажда, аппетит обычные. Тазовые органы: расстройства дефекации и мочеиспускания нет.

Вторая сигнальная система.

Речь - понимание своей и чужой речи происходит нормально. Афазии нет. Читает, пишет нормально. Воспроизведение чужих действий, выполнение заданий, целесообразные движения, подражание движениям выполняет нормально. Апраксии, агнозии, акалькулии, амузии нет. Интеллект сохранен, память, внимание несколько снижены воображение, ассоциативные процессы в норме.

. Психический статус.

Сознание ясное. Больная ориентирована во времени и пространстве. Настроение ровное, спокойное. Снижена память на прошедшие события. Мышление сохранено. Галлюцинаторных бредовых и навязчивых явлений нет.

Общее заключение

На основании анамнеза и физикального исследования можно выделить следующие неврологические синдромы:

подкорковый гипертонический гипокинетический (наблюдается олигокинезия, замедленная походка, в обычной позе руки согнуты в локтевых суставах, мимика бедна, речь монотонна, повышен тонус мышц конечностей по пластическому типу, преимущественно в ногах);

синдром вестибулярной атаксии умеренно выраженный (шаткость при ходьбе, неустойчивость в усложненной позе Ромберга);

цефалгический синдром - постоянные головные боли, усиливающиеся при смене погоды, эмоциональных нагрузках.

Топический диагноз

Основной патологический процесс локализован в области подкорковых ядер - черной субстанции.

Поражена вестибулярная область коры.

Имеются общемозговые диффузные изменения вследствие нарушения кровообращения.

Предварительный диагноз

Синдром паркинсонизма, дисциркуляторная энцефалопатия, вестибулопатия. Подобная симптоматика отмечается при болезни Паркинсона.

Дополнительные обследования

Биохимический анализ крови (липопротеиды, холестерин, специфические белки).

Гликемический профиль.

КТГ головного мозга.

Люмбальная пункция.

Глобальная электромиография.

Электроэнцефалография.

Стабилография.

Составление родословной.

Консультации травматолога, офтальмолога.

Дифференциальный диагноз

Паркинсонизм другой этиологии. Для постэнцефалического паркинсонизма характерны глазодвигательные симптомы, могут быть кривошея, торсионная дистония, встречаются нарушения сна, дыхательные дискинезии с приступами зевоты, кашля, адипозогенитальные нарушения, вегетативные пароксизмы. Посттравматический паркинсонизм с вестибулярными расстройствами, нарушением интеллекта и памяти возникает после тяжелых, нередко повторных черепно - мозговых травм, которые не отмечаются в анамнезе у курируемой пациентки. В анамнезе больной нет данных о хронической химической интоксикации угарным газом, марганцем и другими химическим веществами, применении нейролептиков, производных раувольфии, метилдофа, что исключает токсический и лекарственный паркинсонизм. Подобные состояния и заболевания у родственников не выявлены, что не характерно для болезни Паркинсона. При болезни Паркинсона отмечают аутосомно - доминантный тип наследования, мужчины болеют чаще, чем женщины.

При сенильной атеросклеротической деменции наблюдаются грубые растройства психики, вплоть до деменции, что не обнаружено у курируемой больной.

Отдельные клинические проявления паркинсонизма могут быть выражены при наследственно-дегенеративных заболеваниях: атаксии Фридрейха, оливопонтоцеребеллярной атрофии, отростатической гипокинезии, болезни Крейтцфельда-Якоба. При этих заболеваниях наряду с акинетико-ригидным синдромом имеются прогрессирующие явления мозжечковой атаксии, чего нет у курируемой больной.

Окончательный клинический диагноз

Основное заболевание: синдром паркинсонизма на фоне системного атеросклероза. жалоба паркинсонизм лечение

Осложнения основного заболевания: цефалгический синдром.

Сопутствующая патология: дисциркуляторная энцефалопатия 2 степени, умеренно выраженный вестибулярный синдром, иридоциклит слева.

Этиология и патогенез. Возможна наследственная предрасположенность к атеросклерозу, аномалии развития сосудов, несбалансированное питание, малоподвижный образ жизни, вазопатии, повышение атерогенных липопротеидов и снижение антиатерогенных, недостаток липотропных факторов - холина, метионина, полиненасыщенных жирных кислот. Это ведет к отложению липидных комплексов в интиме сосудов, поражению эндотелия и дальнейшему формированию атероматозной бляшки. Возникает сужение просвета артерий. Эти факторы привели к нарушению кровоснабжения базальных ядер, дегенерации нейронов черного вещества, что ведет к нарушению обмена катехоламинов в экстрапирамидной системе. Уменьшается выработка дофамина, снижается его уровень в хвостатом ядре и скорлупе, снижается его тормозное влияние. Возникает блокада импульсов, поступающих из экстрапирамидных зон к передним рогам спинного мозга, но к ним поступают импульсы из бледного шара и черного вещества. В результате усиливается циркуляция импульсов в системе альфа и гамма-мотонейронов спинного мозга с преобладанием альфа активности, что приводит к возникновению паллидарно - нигральной ригидности мышечных волокон и тремору.

Принципы лечения

Лечение паркинсонизма комплексное, длительное включает специфические противопаркинсонические средства, седативные средства, физиотерапию. Начинать лечение можно с противопаркинсонических препаратов наком, синимед - заместительная терапия, при выраженных симптомах и в возрасте более 60 лет перейти на леводопу, мадопар; использовать агонисты дофаминовых рецепторов - бромкриптин, проноран, миропекс; ингибиторы МАО - юмекс, антидепрессанты - амитриптилин, стимулирующие выброс дофамина - мидантан, центральные холиноблокаторы - циклодол.

Учитывая сосудистую этиологию заболевания важное значение имеет организация режима труда и отдыха, ограничение психоэмоциональных нагрузок. Целесообразно применение ангиопротекторов - продектин, доксиум, антиагрегантов - аспирин, трентал, ноотропов - пирацетам, семакс, церебролизин, коррекция липидного обмена - клофибрат, седативные препараты, транквилизаторы.

Режим - стационарный.

Диета - стол № 10.

Медикаментозные назначения:. Tiamini chloridi 5% - 1ml

По 1мл внутримышечно 1 раз в день. Piridoxini hidrochloridi 0.005 №10.S. По 1 таблетке 3 раза в день внутрь. Amitriptilini 0.05 N 10.S. внутрь по 1 таблетке 1 раз в день.3ml.t.d. N 10 in amp.. Вводить внутримышечно содержимое

ампулы 1 раз в день.. Pentoxyphillini 2% - 5ml.t.d N 10 in amp.. Развести содержимое 1 ампулы в 250 мл физиологического раствора натрия хлорида, вводить внутривенно капельно 1 раз в день.. Cavintoni 0.5% - 2ml.t.d N 10 in amp.. Развести содержимое 1 ампулы в 500 мл физиологического раствора натрия хлорида, вводить внутривенно капельно 1 раз в день.. Acidi ascorbinici 5%-2ml.t.d N 10 in amp.. Вводить содержимое 1 ампулы внутримышечно 2 раза в день.. Arpenali 0.05 N50.S. Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды.0,25.t.d. N 20 in caps. gel.. Принимать по 2 капсулы внутрь 3 раза в день.Acidi nicotinici 1%-1ml.t.d N 10 in amp.. Вводить содержимое 1 ампулы внутривенно медленно 1 раз в день.. Pyridoxini hydrochloridi 0.005 N50. S. Внутрь по 2 таблетки 3 раза в день . “Aevitum” N10.S. По 1 капсуле 2 раза в день.

Физиотерапия.

Лекарственные ингаляции с настоем пустырника N 12 по 1 ежедневно.

Дарсонвализация волосистой части головы и шеи. Мощность по ощущению (легкое покалывание), по 10 минут N 10 ежедневно.

Вакуумный массаж паравертебральной области N 5 через день.

Лечебная физкультура.

Прогноз

Течение заболевания неуклонно прогрессирующее. Лечение способно уменьшить выраженность симптомов, замедлить прогрессирование Прогноз в отношении жизни благоприятный, в отношении трудоспособности при соблюдении антиатерогенной диеты, режима и лечении относительно благоприятный, в течение нескольких лет прогрессирования заболевания возможна инвалидизация.

Трудовая и военная экспертиза

Не рекомендуется работа, связанная с физическим напряжением, выполнением точных и координированных движений. Учитывая умеренное нарушение двигательных функций и характер настоящей работы пациентки она временно нетрудоспособна, после прохождения курса лечение возможно продолжение рабочей деятельности.

Список литературы

Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Бурд Г. С. «Неврология и нейрохирургия»\Москва: «Медицина»,2000.

Мисюк Н. С., Гурленя А. М. «Нервные болезни»\Минск, 1984.

Триумфов А. В. «Топическая диагностика заболеваний нервной системы»\Москва: Медпресс, 2000.