1. . Паспортные данные
2. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол: женский
4. Возраст: 57 лет (1955 г.р.)
5. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место работы, профессия: пенсионерка, инвалид 3 группы
7. Дата и время поступления в стационар: 27.04.2012 г.
8. Клинический диагноз: Болезнь Паркинсона: акинетико-ригидная форма, умеренной степени тяжести (II), тип течения равномерно прогрессирующий.

2. Основные жалобы пациента

Жалобы при поступлении:

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на скованность и ограничение движений в левой конечности, постоянное дрожание обеих рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера).

Жалобы на момент курации:

Пациентка предъявляет жалобы на скованность в конечностях, больше левых.

3. История заболевания (anamnesis morbi)

Пациентка считает себя больной в течение 5-7 лет. Диагноз – болезнь Паркинсона впервые был выставлен в 2009 году. В 2010 году находилась на стационарном лечении в БЦБ. После прохождения курса лечения пациентке был назначен прием препарата Мадопар 250 мг 4 раза в сутки. Пациентка отмечает ухудшение состояния в течение последнего месяца, в связи с чем пациентка была направлена в ВОКБ для госпитализации и коррекции медикаментозного лечения.

4. История жизни (anamnesis vitae)

Пациентка родилась в 1955 году в г.п. Богушевск Витебской области. Была первым ребенком из троих детей в семье. Росла и развивалась без особенностей.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное, 3-4 раза в день. Всю жизнь работала сестрой- хозяйкой в БЦБ. Сейчас пациентка на пенсии, инвалид 3 группы.

Вредных привычек нет.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает простудные. У пациентки выявлен узловой зоб в 2009 году.

Пациентка вирусный гепатит, туберкулёз, сифилис, сахарный диабет, ВИЧ- инфекцию и венерическикие заболевания у себя и у родственников отрицает.

Травм, операций не было.

Онкологические заболевания, летальные исходы у родственников в молодом возрасте при сердечно-сосудистых заболеваниях пациентка отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Переливание крови, кровезаменителей не проводилось.

Профессиональные вредности не отмечает. Было 3 беременности; 3 родов неосложненного течения.

Генеалогическое дерево:

1поколение

2 поколение

Наследственной патологии не выявлено.

5. Объективное исследование (status praesens)

Общий осмотр

Общее состояние – удовлетворительное.

Сознание – ясное.

Положение – активное.

Телосложение: нормостеническое. Рост 170см, вес 65 кг.

Температура тела в норме.

Кожный покров: бледно - розового цвета, наблюдается сухость и снижение тургора кожи. Шелушения, очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, «сосудистых звездочек», ангиом, рубцов, расчесов, сыпи, зуда, нет.

Видимые слизистые оболочки: без изменений, бледно-розового цвета, нормальной влажности.

Оволосение: тип оволосения соответствует полу.

Ногти: форма правильная – овальная, ровная поверхность, прозрачные. Исчерченности, ломкости, матовости нет.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Толщина кожной складки по правой срединно-ключичной линии на уровне Х ребра – 2 см;

Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные) пальпируются, не увеличены.

Мышечная система: степень развития мышц умеренная, при пальпации мышц болезненности нет, сила мышц в кисти, бёдрах, голени - умеренная, повышенный мышечный тонус преобладает в сгибателях верхних и нижних конечностей, судорог нет.

Костно-суставная система. Деформации и искривления костей нет.

Суставы: деформации, температура кожи над суставами нормальная, флюктуации, болезненности и хруста при движениях не выявлено; объём активных и пассивных движений ограничен, наблюдается тремор кистей рук, нарушения функции суставов нет.

Позвоночник: подвижность при сгибании, разгибании, боковых движениях сохранена, искривлений отдельных позвонков при ощупывании и постукивании не выявлено. Походка шаркающая, мелкими шажками.

***Осмотр головы, лица, шеи***

Голова: овальной формы, положение головы прямое, подвижность свободная.

Лицо: наблюдается гипомимия; цвет кожи лица бледно-розовый.

Глаза: глазная щель правильной формы. Косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска нет.

Зрачки: реакция на свет сохранена, нормальная.

Веки: западения, выпячивания, отечности, опущения век нет; симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные.

Нос: правильной формы, без деформаций. Движения крыльев носа при дыхании нет.

Зев: не гиперемирован, чистый, налета, изъязвления, кровоизлияния, сыпи нет.

Шея: обычной длины. Щитовидная железа: увеличена, болезненности и уплотнений при пальпации нет. Подвижность при пальпации и глотании сохранена.

***Система органов дыхания.***

***Статический осмотр грудной клетки.***

Форма грудной клетки нормостеническая: надчревный угол приблизительно прямой, ребра идут почти в косом направлении, межреберные промежутки выражены слабо. Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ассиметричных выпячиваний и западений грудной клетки нет.

***Динамический осмотр грудной клетки.***

Тип дыхания смешанный. Дыхание через нос свободное. Дистанционных хрипов, шумов, одышки не выявлено. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, средней глубины. Частота дыхания – 16 в минуту.

***Пальпация грудной клетки.***

Ригидность грудной клетки нормальная. Болезненности при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника не выявлено.

Голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

***Перкуссия грудной клетки.***

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушек легких спереди на 5 см выше края ключицы.

Высота стояния верхушек легких сзади на 1 см выше остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кринига: справа – 6см, слева – 7см.

Нижние границы легких:

Топографические линии Правое легкое Левое легкое

L parasternalis верхний край VI ребра -

L medioclavicularis нижний край VI ребра -

L axillaris anterios нижний край VII ребра нижний край VII ребра

L axillaris media нижний край VIIIребра нижний край VIII ребра

L axillaris posterior нижний край IX ребра нижний край IX ребра

L scapularis нижний край X ребра нижний край X ребра

L paravetebralis остистый отросток XI грудного позвонка.

Активная подвижность нижних краев легких (см):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические  линии | Справа | | | Слева | | |
| Вдох | Выдох | В сумме | Вдох | Выдох | В сумме |
| L medioclavicularis | 2 | 3 | 5 | - | - | - |
| L axillaris media | 3 | 5 | 8 | 3 | 5 | 8 |
| L scapularis | 2 | 3 | 5 | 2 | 2,5 | 4,5 |

***Аускультация легких.***

При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается на боковой поверхности гортани спереди, на уровне 7 шейного позвонка сзади, в области рукоятки грудины, в межлопаточной области на уровне 2-4 грудных позвонков.

Добавочных дыхательных шумов, крепитации, хрипов нет.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки не изменена.

***Система органов кровообращения.***

***Осмотр области сердца и сосудов***.

Выпячивания грудной клетки в области сердца нет.

Сердечный толчок не определяется. Надчревной пульсации нет.

Верхушечный толчок не виден; патологической пульсации сосудов нет.

***Пальпация сердца и сосудов.***

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадь его 1,5 см2 . Площадь верхушечного толчка 2 см2, умеренной высоты, умеренно резистентный.

Свойства пульса на лучевых артериях – одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 80 пульсовых волн в минуту стоя и лежа, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

***Перкуссия сердца и сосудистого пучка.***

Границы относительной тупости сердца:

Правая: в четвертом межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: в пятом межреберье слева на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край III ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4-ом межреберье – 3 см, слева в 5-ом межреберье – 8 см, в целом – 13см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая: левый край грудины на уровне IV межреберья.

Левая: в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край IV ребра слева по окологрудной линии.

Аускультация сердца и сосудов.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС= 80 в 1 минуту. Добавочных шумов, тонов не выявлено.

При аускультации крупных сосудов патологические тоны и шумы не выслушиваются.

Измерение артериального давления: 100/70 мм.рт.ст.

***Система органов пищеварения***

Общий осмотр

Язык влажный, розового цвета, немного обложен белым налетом, в размерах не увеличен, сосочки не гипертрофированы; отпечатков зубов, трещин, прикусов, язвочек нет. Девиации языка в сторону при высовывании нет.

***Исследование живота в вертикальном положении.***

Общий осмотр.

Живот нормальной конфигурации; асимметрий и местных выпячиваний нет. Расширения вен передней брюшной стенки, видимой перистальтики, рубцов, сыпи, пигментации не выявлено. Обе половины живота равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация живота поверхностная:

при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения мышц, грыж передней брюшной стенки не выявлено.

Перкуссия живота:

при перкуссии живота над желудком определяется тимпанит, над кишечником – участки тимпанита чередуются с притупленным тимпанитом. Признаки метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости отсутствуют.

Аускультация эпигастральной области: после проглатывания жидкости первый шум совпадает с актом глотания, второй шум появляется через 6 секунд.

***Исследование живота горизонтальном положении.***

Общий осмотр

Живот нормальной конфигурации; асимметрий и местных выпячиваний нет. Пупок втянут.

Перкуссия живота:

при перкуссии живота над желудком определяется тимпанит, над кишечником – участки тимпанита чередуются с притупленным тимпанитом. Асцит перкуторно не выявлен.

Аускультация живота:

перистальтика кишечника обычная, живая, частота перистальтических волн – 8 в минуту.

Поверхностная ориентировочная пальпация:

при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения мышц, передней брюшной стенки, грыж, опухолевидных образований , зон гиперестезии не выявлено.

Глубокая скользящая пальпация: все отделы кишечника безболезненны, доступны при пальпации.

***Перкуссия печени.***

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии – нижний край VII ребра,

правой срединно-ключичной линии – нижний край VI ребра,

правой окологрудинной линии – верхний край VI ребра.

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии – верхний край X ребра,

правой срединно-ключичной линии – нижний край реберной дуги,

правой окологрудинной линии – на 1,5 см ниже реберной дуги,

передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком,

левой окологрудинной линии – на уровне нижнего края реберной дуги.

***Пальпация печени.***

Печень пальпируется на уровне окологрудинной линии на 1,5 ниже реберной дуги. Край печени ровный, закругленный, эластичный, безболезненный.

***Перкуссия и пальпация селезенки.***

Селезенка не пальпируется, безболезненна.

***Мочеполовая система.***

Осмотр поясничной области: выпячиваний поясничной области нет. Покраснение и отечность кожи, припухлость кожных покровов отсутствуют.

Перкуссия почек: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пальпация почек: почки не пальпируются; болезненности нет.

6.Неврологический статус

Высшие мозговые функции.

Пациентка контактна, сознание ясное, умственное развитие соответствует возрасту и образованию, внимание устойчивое, память на ближайшие и отдаленные события не утрачена, отношение к своему заболеванию не критичное. Целенаправленность действий сохранена. Понимание значения зрительных, слуховых, и других раздражителей не изменено. Ориентируется в пространстве. Пациентка сама может себя обслужить.

Черепные нервы.

При общем осмотре птоза, нарушения положения глазных яблок, асимметрии зрачков, лицевой мускулатуры не выявлено. Признаков нарушения артикуляции речи нет.

I пара - обонятельный нерв (n. olfactorius): больная различает все виды ароматических запахов одинаково правым и левым носовым ходом, D=S.

II пара - зрительный нерв (n. opticus): острота зрения: Visus OD =0,01 OS= 1,0. Поля зрения не сужены. Гемианопсий, скотом не выявлено.

III, IV, VI пары - глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы (nn. oculomotorius, rochlearis et abducens): зрачки круглые c ровными краями, нормальной величины с обеих сторон, D=S. Реакция зрачков на свет - прямая: живая, равная, D=S; содружественная: живая, равная, D=S. Реакция зрачков на конвергенцию с аккомодацией живая, равная, D=S. Объем движений глазных яблок полный, D=S. косоглазие, нистагм, птоз не определяются.

V пара- тройничный нерв (n. trigeminus): чувствительность на обеих половинах лица и передней трети головы сохранена, D=S. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы живые, равные, D=S. Жевание осуществляется в полном объеме, ограничение движения нижней челюсти не определяется. Вкус на симметричных половинах передних двух третях языка сохранен.

VII пара - лицевой нерв (n. facialis): при наморщивании лба, нахмуривании бровей образующиеся складки симметричны; при оскаливании зубов углы рта на одном уровне; носогубная складка не выражена, симметрична.

IX и Х пара - языкоглоточный, блуждающий нервы (nn. glossopharyngeus et vagus): мягкое небо в тонусе, не свисает; язычок симметричен, расположен по центру. Акт глотания не нарушен. Фонация сохранена.

XII пара - подъязычный нерв (n. hypoglossus): ограничения движения языка в стороны, девиации не выявляются. Акт членораздельной речи не нарушен.

Двигательная сфера

Атрофий, фасцикуляций, фибриллярных подергиваний мышц, генерализованных и двигательных парциальных припадков не обнаружено.

Исследование объема активных движений: наблюдается скованность и замедленность движений (олигобрадикинезия), активные движения совершаются очень медленно, имеются нарушения походки. Параличей, парезов нет.

Мышечная сила сохранена.

Исследование объема пассивных движений и мышечного тонуса: наблюдается преобладание повышения мышечного тонуса в сгибателях верхних и нижних конечностей, особенно левых. Мышечный тонус равномерно прерывистый (феномен «зубчатого колеса»). При повторных пассивных движениях мышечный тонус повышается - пластическая (ригидная) гипертония.

Рефлексы карпорадиальный, бицепс-рефлекс, трицепс-рефлекс живые, D<S. Коленный, с ахиллова сухожилия, подошвенный живые, D<S. Патологические стопные знаки положительны. Рефлекс орального автоматизма положителен.

Координация движений

Отмечается тремор верхних конечностей, выраженный в покое и практически исчезающий при произвольных движениях. При выполнении пальце-носовой пробы правой и левой рукой и коленно-пяточной правой и левой ногой на всем ее протяжении выявляется дрожание, нарушение выполнения проб отмечается слева. Скандированная речь, адиадохокинез не выявляются. В позе Ромберга легкая неустойчивость.

Походка замедленная, шаркающая, инициальная фаза движения затруднена, определяется ахейрокинез.

Чувствительная сфера

Болезненность нервных стволов при пальпации и вытяжении не отмечается, симптомы Ласега, Вассермана, Нери не определяются. Болезненности в болевых точках Валли нет, кроме умеренной болезненности в паравертебральных точках шейного отдела позвоночника. Температурная чувствительность, мышечно-суставное чувство, стереогноз сохранены, одинаковы в симметричных участках тела. Чувствительность правой и левой половины тела одинакова, D=S. Анестезия, дизестезия, гиперпатия в отношении всех видов чувствительности не выявляются.

7. Топический диагноз

На основании исследования неврологического статуса: гипомимия, симптом "зубчатого колеса" при пассивном разгибании левой кисти, повышенный тонус мышц верхних (особенно левой руки) и нижних конечностей; тремор верхних конечностей , выраженный в покое и практически исчезающий при произвольных движениях; снижение двигательная инициативности, замедление походки, затрудненность инициальной фазы движения, ахейрокинез можно сделать вывод о наличии у пациентки гипокинетического-гипертонического синдрома.

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

8. План обследования пациента

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, АсАТ, АлАТ, билирубин, глюкоза, Na,К, Са общий).

4. Коагулограмма.

5. ЭКГ.

6. RW, группа крови

7. МРТ головного мозга..

8. ЭхоЭС

9. ЭЭГ

10. Рентгенограмма ОГК

11. Консультация терапевта

12. Консультация психиатра, психолога

13. Консультация офтальмолога( глазное дно, острота зрения, поля зрения).

9. Результаты лабораторных и инструментальных исследований.

1. Общий анализ крови от 16.04.12 г.:

Эритроциты – 3,7х10 12/л

Гемоглобин – 120г/л

Цветовой показатель – 0,96

СОЭ – 10 мм/ч

Лейкоциты – 5,2х109 /л

Заключение: общий анализ крови в норме.

1. Общий анализ мочи от 16.04.12 г.:

Относительная плотность – 1018

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция рН – щелочная

Белок – отсутствует

Сахар – отсутствует

Плоский эпителий – 2-3 в поле зрения

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения .

Заключение: общий анализ мочи в норме.

1. Биохимический анализ крови от 16.04.12 г.:

Мочевина – 6,4 ммоль/л

Холестерин – 5,12 ммоль/л

Билирубин общий – 14 мкмоль/л

Прямой – 3,0 мкмоль/л

Глюкоза – 4,1 ммоль/л.

Тимолова проба – 0,7 ед

Общий белок- 82

Заключение: биохимический анализ крови в норме.

1. Электрокардиограмма от 16.04.12:

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 85 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

1. Осмотр офтальмолога: ОД= 0,01 OS= 1,0. Поля зрения в норме.
2. Клинический диагноз

На основании жалоб на скованность и ограничение движений в левой конечности, постоянное дрожание обеих рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера); данных анамнеза заболевания ( пациентка считает себя больной в течение 5-7 лет. Диагноз – болезнь Паркинсона впервые был выставлен в 2009 году. В 2010 году находилась на стационарном лечении в БЦБ. После прохождения курса лечения пациентке был назначен прием препарата Мадопар 250 мг 4 раза в сутки); объективных данных: гипомимию, тремор кистей рук, повышенный тонус мышц верхних и нижних конечностей, ограничение активных и пассивных движений, шаркающая походка, мелкими шажками; данных неврологического исследования (наблюдается скованность и замедленность движений (олигобрадикинезия), гипомимия, активные движения совершаются очень медленно, наблюдается преобладание повышения мышечного тонуса в сгибателях верхних и нижних конечностей, особенно левых. Мышечный тонус равномерно прерывистый (феномен «зубчатого колеса»). При повторных пассивных движениях мышечный тонус повышается - пластическая (ригидная) гипертония, патологические стопные знаки положительны. Рефлекс орального автоматизма положителен, отмечается тремор верхних конечностей, при выполнении пальце-носовой пробы правой и левой рукой и коленно-пяточной правой и левой ногой на всем ее протяжении выявляется дрожание, нарушение выполнения проб отмечается слева, в позе Ромберга легкая неустойчивость, походка замедленная, шаркающая, инициальная фаза движения затруднена, определяется ахейрокинез) пациентке можно поставить клинический диагноз:

Болезнь Паркинсона: акинетико- ригидная форма, умеренной степени тяжести(II), тип течения равномерно прогрессирующий.

1. Дифференциальный диагноз

Следует дифференцировать болезнь Паркинсона от:

***1. Эссенциальный тремор*** – самостоятельное экстрапирамидное заболевание, встречающееся в 2-5 раз чаще болезни Паркинсона. В отличие от болезни Паркинсона, дрожание при эссенциальном треморе:

- возникает при удержании позы и усиливается при движении (постурально-кинетический тремор),

- как правило, не бывает односторонним, вовлекая одновременно или с небольшим интервалом обе руки,

- может вовлекать голову и голосовые связки,

- не сопровождается развитием выраженной ригидности и гипокинезии, даже если от момента появления первых симптомов проходит более 3 лет.

Следует учитывать, что у небольшой части больных с эссенциальным тремором спустя 10 и более лет развиваются характерные признаки болезни Паркинсона.

***2. Лекарственный паркинсонизм*** может быть вызван нейролептиками или другими препаратами, блокирующими дофаминовые D2-рецепторы (например, циннаризином, метоклопрамидом), либо симпатолитиками (например, резерпином), истощающими пресинаптические запасы дофамина. Лекарственный генез имеют по данным разных исследований от 2 до 20% случаев синдрома паркинсонизма. Помимо связи с приемом лекарственного препарата, для лекарственного паркинсонизма характерны:

- подострое развитие,

- двусторонний дебют симптомов,

- преобладание постурального тремора над тремором покоя,

- сочетание с другими дискинезиями, например, с акатизией, стереотипиями, орофациальными дискинезиями,

- возможность регресса симптомов в течение нескольких недель после отмены соответствующего препарата (иногда регресс симптомов занимает месяцы и даже годы, особенно после применения препаратов длительного действия). Следует учитывать, что скрыто протекающее нейродегенеративное заболевание может повышать риск развития экстрапирамидных осложнений, в том числе и паркинсонизма. В этих случаях симптомы паркинсонизма даже после отмены нейролептика продолжают неуклонно нарастать (иногда после непродолжительного улучшения).

***3. Прогрессирующий надъядерный паралич*** (болезнь Стила-Ричардсона-Ольшевского) – преимущественно спорадическая мультисистемная дегенерация, преимущественно вовлекающая стволовые ядра, базальные ганглии, кору лобной доли. Заболевание является причиной 2-5% случаев паркинсонизма и обычно начинается на седьмом-восьмом десятилетиях жизни. Для диагностики заболевания чаще всего используют критерии Litvan et al. (1996):

## *1) Облигатные признаки:*

- Неуклонно прогрессирующее течение.

- Начало после 40 лет.

- Парез вертикального взора (вверх или вниз).

- Развитие выраженной постуральной неустойчивости с частыми падениями на первом году заболевания.

## *2) Признаки, свидетельствующие против диагноза:*

- Энцефалит в анамнезе.

- Синдром «чужой» конечности, нарушение сложных видов чувствительности.

- Галлюцинации и бред, не связанные с дофаминергической терапией.

- Корковая деменция альцгеймеровского типа (с выраженной амнезией, афазией или агнозией).

- Выраженные рано развивающиеся мозжечковые симптомы, рано развивающаяся необъяснимая вегетативная недостаточность (ортостатическая гипотензия, импотенция, расстройство мочеиспускания).

- Выраженная асимметрия симптомов паркинсонизма (особенно брадикинезии).

- Нейровизуализационные признаки структурных изменений головного мозга (например, инфаркты базальных ганглиев и ствола, фокальная (лобарная) атрофия).

- Болезнь Уиппла, подтвержденная при необходимости полимеразной цепной реакцией.

## *3)Подтверждающие признаки (не обязательны для диагноза):*

- Симметричная акинезия или ригидность, более выраженные в проксимальном отделе, чем в дистальном.

- Патологическая установка шеи (ретроколлис).

- Отсутствующая, минимальная или преходящая реакция паркинсонических симптомов на препараты леводопы.

- Раннее развитие дисфагии и дизартрии.

- Раннее развитие нейропсихологических нарушений, в том числе 2 и более из следующих признаков (апатия, нарушение абстрактного мышления, снижение речевой активности, полевое поведение, эхопраксия) или лобных знаков.

*Возможный диагноз* требует паралича вертикального взора (вверх или вниз) либо замедления вертикальных саккад в сочетании с выраженной постуральной неустойчивостью и частыми падениями, развивающимися на первом году заболевания.

*Вероятный диагноз* требует сочетания паралича вертикального взора (вверх или вниз) и выраженной рано развивающейся постуральной неустойчивости.

*Достоверный диагноз* прогрессирующего надъядерного паралича требует патоморфологического подтверждения.

1. Лечение пациента

Режим палатный.

Диета:

Медикаментозная терапия:

1. Амантадин 200-500 мг в три приема внутрь;
2. Бромокриптин: 1 неделя- 1,25 мг на ночь; 2 неделя- 2,5 мг на ночь; 3 неделя- 2,5 мг 2 раза в сутки; средняя доза 10-40 мг в сутки в несколько приемов внутрь;
3. Леводопа+ Бенсеразид 125-1000 мг в сутки, начиная со 125 мг в сутки, повышая каждые 3 дня на 125 мг в сутки в 3 приема;
4. Пропранолол 20-60 мг в сутки в 2-3 приема внутрь;
5. Пирацетам 20% р-р 10 мл в/в или 5мл в/м;

Физиотерапия:

1. Электрофорез аминофиллина, глютаминовой кислоты по Бургиньону № 10
2. Магнитотерапия
3. СМТ на шейные симпатические узлы № 10
4. ЛФК

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Прогноз

Заболевание хроническое, медленно прогрессирующее. Течение данного заболевания доброкачественно. Если больная будет ежегодно проходить курс поддерживающей восстановительной терапии, то прогноз более благоприятен.

1. Дневник наблюдения за пациентом

07.05.2012

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела – 36,7 С.

Пациентка предъявляет жалобы на скованность движений в конечностях, больше левых.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Резко повышен тонус конечностей, больше левых. Положительный рефлекс орального автоматизма. Девиации языка не наблюдается. Сухожильный, периостальный рефлексы D<S. Стопные знаки с двух сторон. В позе Ромберга легкая неустойчивость. Менингиальных знаков нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 16 в минуту. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс– 80 пульсовых волн в минуту .

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 80 в минуту. Артериальное давление – 100/70мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. Стул и мочеиспускание в норме.

Продолжать ранее назначенное лечение.

1. Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 57 лет, пенсионерка, инвалид 3 группы госпитализирована в неврологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 27.04.2012 г. с жалобами на скованность и ограничение движений в левой конечности, постоянное дрожание обеих рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера).

Пациентка считает себя больной в течение 5-7 лет. Диагноз – болезнь Паркинсона впервые был выставлен в 2009 году. В 2010 году находилась на стационарном лечении в БЦБ. После прохождения курса лечения пациентке был назначен прием препарата Мадопар 250 мг 4 раза в сутки.

В связи с ухудшением общего состояния пациентка была направлена на госпитализацию в ВОКБ.

На основании основных жалоб пациентки, анамнеза заболевания, данных объективного исследования, данных неврологического статуса, пациентке поставлен следующий клинический диагноз:

Болезнь Паркинсона: акинетико- ригидная форма, умеренной степени тяжести(II), тип течения равномерно прогрессирующий.

За время пребывания в стационаре пациентка получала: амантадин, бромокрептин, леводопа+ бенсеразид, пропранолол,пирацетам, физиолечение.

Отмечается положительная динамика, улучшение общего состояния. Пациентка остаётся в стационаре. Назначенное лечение продолжить.