Паспортная часть.

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Дата рождения:
3. Возраст: 66 лет.
4. Пол: женский.
5. Семейное положение: замужем.
6. Домашний адрес:
7. Место работы: на пенсии.
8. Дата поступления:
9. Диагноз при поступлении: Болезнь Паркинсона.
10. Клинический диагноз: Болезнь Паркинсона. Дрожательно-ригидная форма.

Расспрос.

Жалобы при поступлении.

Больная была госпитализирована в клинику ММА имени И.М. Сеченова с жалобами на:

-дрожание в правой руке и правой ноге;

-замедление движений;

-шаркающую походку;

-оскуднение и монотонность речи;

-сильное ухудшение памяти;

-сердцебиение;

-затруднение при мочеиспускании;

-запоры.

История настоящего заболевания.

Начало заболевания – с 2000 года, когда появился тремор в правой ноге, а через некоторое время в процесс вовлеклась и правая рука. Пациентка постепенно стала обращать внимание на замедление движений, особенно в быту, а также на шаркающую походку, мелкими шажками. В момент инициации движений – с топотанием. Уменьшалась живая мимика, родные заметили, что лицо пациентки стало маскообразным. Речь оскуднела, стала монотонной.

Отмечает снижение памяти как в быту (забывает как зовут внука), так и на текущие события (оказывалась в незнакомом месте). Испытывает иллюзии.

Ощущает тахикардию, чувство дурноты, головокружение при переходе из горизонтального положения в вертикальное (приблизительно в течение 5 минут). Запоры, затруднение при мочеиспускании в момент инициации процесса.

Год назад была начата терапия мадопаром, на фоне которой стала уменьшаться ригидность, несколько улучшилась походка.

История жизни больного.

Родилась в 1936 году в Москве. Родилась в срок. Находилась на естественном вскармливании, рахитом не болела. С 7 лет ходила в школу, училась хорошо, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставала, всегда была общительна. Жилищные условия и питание в период детства и юности хорошие. Обстановка в семье благоприятная.

Работала старшим инспектором главка запчастей, начальником связи свердловского узла (профессиональных вредностей не было), в 55 лет вышда на пенсию.

Семейный анамнез.

Замужем, есть дочь, 5 внуков и 1 правнук. Проживает в Москве в отдельной квартире, жилищно-бытовые условия удовлетворительные, общий бюджет удовлетворительный, обстановка благоприятная. Питается дома, питание удовлетворительное.

Употребление алкоголя, наркотиков и курение отрицает.

Перенесённые заболевания.

Детские инфекции. Травма правой голени в 1997г.

Операции: холецистэктомия в 93 г., гемитиреоидэктомия в 95 г.

Аллергологический анамнез.

Аллергические реакции на лекарства, пищевые продукты, пыльцу растений и т.д. отрицает.

Наследственность.

По материнской линии – сердечно-сосудистые заболевания.

Гинекологический анамнез.

Менструации с 16 лет, установились сразу, через 28 дней продолжительностью около 4-5 дней, умереннообильные, регулярные, безболезненные. Характер менструаций после начала половой жизни не изменился. В репродуктивный период: 1 беременность и 1 роды.

Менопауза с 53 лет, климактерический период перенесла легко, без сопутствующих симптомов.

Объективное исследование. Status praesens.

Общее состояние: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Выражение лица: спокойное.

Телосложение: нормостеническое. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается.

Рост: 172 см. Масса: 89 кг.

Окраска кожных покровов: кожа бледная. Видимые слизистые: розовые, чистые, влажные. Кожные покровы чистые. Влажность и эластичность кожных покровов в норме. Волосяной покров: нормально развит на голове, в подмышечной области. Тип оволосения - женский. Ногти нормальной формы, не ломкие.

Степень развития ПЖК: хорошее. Распределение подкожно-жирового слоя равномерное.

Определяется незначительная пастозность голеней.

При осмотре лимфатические узлы не видны.

Общее развитие мышечной системы умеренное, одноимённые группы мышц развиты симметрично с обеих сторон.

Болей в костях нет. Деформации костей таза нет. Болезненность при ощупывании и поколачивании трубчатых костей отсутствует.

Болей в суставах не возникает. Припухлости или утолщения области суставов отсутствуют.

Молочные железы без патологии.

Система дыхания.

Дыхание через нос: не затруднено.

В гортани при разговоре и глотании болей не возникает. Дыхание в гортани не затруднено.

Осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки: цилиндрическая. Грудная клетка симметрична. Уплощений, выбуханий грудной клетки не отмечается, западения или выбухания над- и подключичных пространств нет.

При дыхании правая и левая половины грудной клетки движутся синхронно. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Тип дыхания: смешанный. Число дыхательных движений в минуту - 18. Ритм дыхания правильный.

При аускультации над всей поверхностью лёгких определяется везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не выслушивается.

Система кровообращения.

Исследование сердечно-сосудистой системы:

При осмотре сосудов и области сердца патологии не выявлено.

Аускультация сердца и больших сосудов:

Тоны: глухие, нормального ритма. Число сердечных сокращений в минуту - 75. Шума трения перикарда нет.

Исследование сосудов:

При осмотре и пальпации артерии: неизвитые, мягкие, с эластичными стенками, симптом «щипка» отрицательный.

Пульс одинаковый на правой и левой руках. Ритм правильный. Частота - 74 уд/мин. Пульс хорошего наполнения, напряжённый, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс отсутствует.

Артериальное давление: систолическое - 140, диастолическое - 100.

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не наблюдается.

Система пищеварения.

Жалоб на боли после еды и на голодный желудок не предъявляет. Тошноты, рвоты, повышения температуры нет.

Неприятных ощущений в животе не испытывает.

Болей при дефекации нет.

Иногда ощущает изжогу.

Слюнотечения нет. Жевание и глотание безболезненны.

Стул ежедневно по утрам, нормальный. Отхождение газов нормальное.

Исследование органов пищеварения:

Полость рта: запах обычный.

Язык: розовый, влажный, слегка обложен массами белого цвета ближе к корню языка. Слизистая полости рта розовая, влажная. Пигментации, кровоизлияния, налёты, трещины, язвочки не наблюдаются. Зубы нормальные.

Живот овоидной формы, обе половины живота симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации живот безболезненный, расхождения прямых мышц живота нет.

Пальпация печени: не проводилась.

Желчный пузырь и селезёнка не пальпировались.

Система мочеотделения.

Осмотр области почек:

Гиперемии, припухлости и других патологических изменений кожи над областью почек нет.

Исследование почек:

Метод поколачивания: симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Почки не пальпируются.

Мочевой пузырь: не пальпируется.

Эндокринная система.

Исследование щитовидной железы:

Окружность шеи на уровне щитовидной железы не изменена (30 см). Экзофтальма нет. Патологические симптомы Авицены, "потолка", Грефе, Мебиуса, Кохера, Дальримпля, Жофруа, Штельвага, Труссо, Хвостека отсутствуют.

Нервно-психическая сфера. Неврологический статус.

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное.

Головной боли нет.

Тошноты и рвоты нет.

Менингеальные знаки: симптом ригидности затылочных мышц, симптомы Кернига (прямой и перекрестный), симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний) – отсутствуют.

Черепно-мозговые нервы:

1 – обоняние сохранено с двух сторон.

2 – острота зрения: у больной гиперметропия, поддающаяся коррекции линзами. Поля зрения не ограничены.

3,4,6 – ширина глазных щелей нормальная, одинаковая с обеих сторон. Объём глазных движений полный при взгляде в стороны и вверх, диплопии при этом не возникает. Величина зрачков нормальная, одинакова с обеих сторон, D = S, форма зрачков округлая. Фотореакция зрачков: прямая и содружественная – сохранена. Аккомодация и конвергенция не нарушены, реакция зрачков нормальная. Экзофтальма или энофтальма не наблюдается.

5 – чувствительность на лице сохранена, болей в лице не испытывает, болезненности в точках Валле не возникает. Роговичные рефлексы справа и слева сохранены; нижнечелюстной рефлекс отсутствует. Жевательные мышцы симметричны, тризм отсутствует, смещения нижней челюсти при открывании рта не наблюдается, движения нижней челюсти – в полном объёме.

7 – лицо симметрично. Мимические пробы: поднимание и нахмуривание бровей, наморщивание лба, зажмуривание глаз, надувание щёк, оскаливание, вытягивание губ трубочкой – в полном объёме. Надбровный рефлекс живой. Блефароспазма нет.

8 – слух нормальный. Головокружения, нистагма нет.

9,10 – глотание, фонация сохранны. Мягкое нёбо расположено по срединной линии. Глоточный рефлекс живой. Болей в глотке, миндалинах, ухе нет.

11 – поднятие плеч, повороты головы – в полном объёме. Атрофии и фасцикуляции отсутствуют.

12 – девиация языка, атрофии, фибрилляции отсутствуют.

Двигательная сфера:

Проба Баре верхних и нижних конечностей отрицательная. Объём активных и пассивных движений полный, сопротивление конечностей полное – на 5 баллов. Гипотрофии конечностей не наблюдается, фибрилляций нет, тонус не изменён.

Наблюдается гипомимия, маскообразное лицо.

Насильственные движения: тремор покоя в правых конечностях.

Сухожильные рефлексы на верхних конечностях: сгибательнолоктевой и разгибательнолоктевой – живые, симметричные. Патологический рефлекс Россолимо верхних конечностей отсутствует. Сухожильные рефлексы нижних конечностей: коленный и ахиллов – живые, симметричные. Патологические рефлексы: Бабинского, Россолимо, Оппенгейма и Гордона – отсутствуют.

Брюшные рефлексы: верхний, средний, нижний – живые, симметричные.

Патологические рефлексы отсутствуют, кроме рефлексов орального автоматизма в виде хоботкового, назолабиального, ладоноподбородочного; синкинезий и клонусов нет.

Координация:

Координаторные пробы: пальце-носовая, пяточно-коленная, на дизметрию, дисдиадохокинез, асинергию, симптом обратного толчка, проба Ромберга, хотьба с закрытыми глазами, пальце-пальцевая – выполнены удовлетворительно. Походка – семенящая, шаркающая.

Тазовые органы:

Императивных позывов не возникает.

Недержания нет.

Задержка: сложности при мочеиспускании во время инициации процесса.

Чувствительность:

Боли, иррадиации, парестезии отсутствуют.

Мышечно-суставное чувство не нарушено.

Симптомы натяжения (Лассего, Вассермана) отсутствуют.

Высшие мозговые функции:

Речевые расстройства: отсутствуют, однако наблюдается замедление речи и мышления (брадифрения).

Праксис: счёт, чтение, кратковременная и идиоторная память – сохранены, долговременная память нарушена.

Галлюцинации отсутствуют, но есть иллюзии.

Отношение к своей болезни: анозогнозии нет.

Определение правой и левой стороны – в норме.

Депрессия – присутствует.

План обследования больного.

Клинико-лабораторное исследование в условиях МЭС:

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. ЭКГ.
5. МРТ.
6. Консультации: терапевта, офтальмолога.
7. Исследование крови на определение гормонов щитовидной железы.

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гемоглобин | 121,3 | г/л |
| Эритроциты | 3,93 | 1012/л |
| СОЭ | 30 | мм/ч |
| Тромбоциты | 302 | 109/л |
| Лейкоциты: | 12,0 | 109/л |
| Нейтрофилы | 35,96 | % |
| Лимфоциты | 28 | % |
| Моноциты | 6 | % |
| Базофилы | 0,53 | % |
| Гематокрит | 32,8 | % |

Свёртываемость: в пределах нормы.

Антитела к ВИЧ не выявлены.

Биохимическое исследование крови.

Все показатели в норме.

Анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 160 мл |
| Цвет | Соломенно-жёлтый |
| Реакция | PH 5 |
| Уд.вес | 1006 |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Белок | Нет |
| Сахар | Нет |
| Ацетон | Нет |
| Желчные пигменты | Отрицательные |
| Уробилин | в норме |
| Эпител. Клетки плоские | Немного |
| Лейкоциты | Единичные в п/з |
| Слизь | Немного |
| Бактерии | Немного |

Все показатели в норме.

ЭКГ.

Ритм синусовый, ЭОС отклонена влево, неполная блокада передней ветви правой ножки пучка Гиса. Диффузные изменения миокарда. Недостаточность кровоснабжения задней стенки левого желудочка.

Гормоны щитовидной железы.

Т3 – 1,25 (0,8-3,0)

Т4 – 115,3 (60-160)

ТТГ – 1,97 (0,17-4,05)

МРТ.

На полученных изображениях очагов патологического МР-сигнала не выявлено. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены.

Субарахноидальные пространства полушарий большого мозга расширены в височно-теменных отделах.

Церебро-спинальный переход без видимых изменений, нижний край миндалин мозжечка расположен на уровне линии Чемберлена.

Структура паренхимы спинного мозга на уровне С1-3 позвоночника гомогенна. Дополнительные образования в позвоночном канале на верхне-шейном уровне не выявлено.

Заключение: МР-картина атрофического процесса.

Нейроофтальмологическое обследование.

Моторно-зрачковых нарушений нет.

Гиперметропия средней степени.

Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

Плавающее помутнение в стекловидном теле.

Заключение терапевта.

ИБС: стенокардия напряжения, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями проводимости. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных сосудов.

Артериальная гипертензия.

Медикаментозно компенсированный гипотиреоз.

Клинический диагноз.

Болезнь Паркинсона. Дрожательно-ригидная форма.

Обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб на: дрожание в правых конечностях, замедление движений, шаркающую походку, оскуднение и монотонность речи, сердцебиение, запоры, сложности при мочеиспускании, снижение памяти.
2. Анамнеза заболевания: течение 3 лет; характерное начало с появления тремора в правой ноге (с одной стороны), затем вовлечение в процесс правой руки; замедление движений, особенно в быту; а также на шаркающую походку, мелкими шажками. Уменьшение живой мимики, маскообразное лицо. Ощущение тахикардии, чувства дурноты, головокружения при переходе из горизонтального положения в вертикальное. Запоры, затруднение при мочеиспускании в момент инициации процесса.

На фоне лекарственной терапии стала уменьшаться ригидность, несколько улучшилась походка.

1. Неврологического осмотра: брадикинезия, гипомимия; тремор покоя в правых конечностях. Походка шаркающая, семенящая. Наличие рефлексов орального автоматизма. Вегетативные нарушения в виде ортоствтической гипотонии, сердцебиения, нарушений мочеиспускания. Брадифрения. Депрессия.

Дифференциальный диагноз.

В первую очередь следует дифференцировать болезнь Паркинсона от синдрома: для синдрома Паркинсона не характерно начало с одной стороны, что наблюдается у данной больной.

Для постэнцефалического паркинсонизма характерны глазодвигательные симптомы, кривошея, торсионные дистонии, чего нет у пациентки.

Посттравматический паркинсонизм чаще встречается у людей молодого и среднего возраста, к тому же в анамнезе отсутствует черепно-мозговая травма.

Марганцевый и оксиуглеродный паркинсонизм исключаются в связи с отсутствием марганца и карбоксигемоглобина в биологических жидкостях.

Лечение.

1.Заместительная терапия мадопаром.

2.Лечение сопутствующего заболевания верапамилом.

3.Трентал.

4.Ноотропил.

Прогноз.

Заболевание неуклонно прогрессирует, приводит к инвалидизации в течение нескольких лет.