**Паспортная часть**

Ф.И.О. больного:

Возраст: 61 год

Постоянное место жительства:

Место работы: пенсионер

Дата и час поступления в стационар:

Дата курации:

**Жалобы больного**

Больную беспокоят тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеянность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы.

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила появление мелких ритмичных непроизвольных дрожаний в конечностях в покое, усиливающихся при волнении. Замедление, затруднение движений, уменьшение двигательной активности, появления гнусавости и смазанности речи, скованности, неловкости в движениях, осанка стала сгорбленной, отметилось изменение почерка. По данным симптомам никуда не обращалась. Однако состояние постепенно ухудшалось, прогрессировала рассеянность внимания, тремор рук усилился, особенно в покое, появились частые позывы к мочеиспусканию, стали беспокоить запоры, не связанные с приемом пищи. По этому поводу обратилась в ООКБ для обследования и постановки диагноза с последующим лечением

**История жизни больного (anamnesis vitae)**

Больная родилась 07.01.50 г в г Орле первым ребенком по счету. Родители в данный период были здоровы. Вскармливалась молоком матери. Развивалась нормально. В детстве отмечает простудные заболевания. В школу пошла с 7 лет. Затем вышла замуж. Имеет двоих детей. Жилищные и санитарно гигиенические условия в быту отвечают нормам. Вредные привычки отрицает. Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания, онкозаболевания, ВИЧ отрицает. Переливания крови или кровезаменителей отрицает. Аллергические реакции на оксациллин. Из перенесенных заболеваний отмечает: Хронический билиарнозависимый панкреатит. МКБ. Хронический вторичный пиелонефрит. В 2002 году перенесла операцию по удалению желчного пузыря. Аппендэктомия.

Менопауза с 55 лет

**Наследственность**

Наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых, эндокринных и психических заболеваний, геморрагических диатезов, алкоголизма отрицает. Наличие болезни Паркинсона у ближайших родственников отрицает.

**Настоящее состояние больного (status praesens)**

Общее состояние больной: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение больного: активное.

Телосложение: нормостенический тип. Рост 159см. Масса тела -73 кг. ИМТ- 28,7.

Осанка сутуловатая, походка медленная, шаркающая.

Выражение лица: амимичное.

Температура тела 36,7оС.

Кожные покровы бледные, влажные.

Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы.

Пигментаций или депигментаций, высыпаний не обнаружено. Оволосение по женскому типу. Видимые слизистые бледные. Высыпаний не обнаружено.

Ногти правильной формы, розового цвета.

Подкожно-жировая клетчатка развита сильно. Отеков нет. Болезненности или крепитации при пальпации подкожно-жировой клетчатки нет.

Периферические лимфоузлы (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы умеренное. Болезненность или уплотнения не выявлены.

**Органы дыхания**

Дыхание через нос свободное; патологического отделяемого из носа не наблюдается, обоняние нормальное. Носовых кровотечений не выявлено.

Деформаций или припухлостей в области гортани не обнаружено. Голос чистый, звонкий. Форма грудной клетки нормостеническая. Обе половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки, ширина межреберных промежутков выражены нормально. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Эпигастральный угол прямой. Ритм дыхания правильный, число дыханий в минуту - 18. Обе половины грудной клетки синхронно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной.

Резистентность грудной клетки в норме, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуторный звук одинаковый в симметричных участках легочных полей, ясный легочный. Высота выстояния верхушек легких над соответствующими ключицами - 3см, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Перкуторно определены нижние границы правого легкого: по окологрудинной линии 5 межреберье, по среднеключичной линии 6 ребро, по передней подмышечной 7 ребро , по средней подмышечной 8 ребро по задней подмышечной 9 ребро по лопаточной 10 ребро и по околопозвоночной на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.. нижние границы левого легкого: по передней подмышечной 7 ребро , по средней подмышечной 8 ребро по задней подмышечной 9 ребро по лопаточной 10 ребро и по околопозвоночной на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

При аускультации: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Шума трения плевры и крепитации нет. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

**Сердечно-сосудистая система**

При осмотре области сердца деформаций, усиленной пульсации в области сердца, яремной ямки не обнаружено. Верхушечный толчок не визуализируется.

При пальпации: верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии, низкий, ограниченный. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация не обнаружена. Дрожания в области сердца не выявлено.

Болезненности нет.

Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии в 5-ом межреберье, верхняя - на уровне 3-го ребра по левой окологрудинной.

Поперечник относительной тупости сердца - 15 см. Ширина сосудистого пучка 5 см. конфигурация сердца нормальная. Границы абсолютной сердечной тупости: правая - по левому краю грудины, левая – 4 см к нутри от среднеключичной линии, верхняя - на уровне 4 межреберья.

Дрожания в области сердца не выявлено.

При аускультации: ритм сердечной деятельности ритмичный. Частота сердечных сокращений - 78 в мин.

Тоны сердца приглушены. Сердечные шумы не выявлены.

Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет.

Пульс на лучевых артериях хорошего наполнения, ритм правильный, частота - 78 в мин. Артериальное давление - 100/70 мм.рт.ст. Пульсация на общих сонных, височных, плечевых артериях, брюшной аорте сохранена.

При аускультации сонных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявляются.

Варикозных вен, гиперпигментаций нет.

Отеки не выявлены.

**Органы пищеварения**

Запаха изо рта нет. Губы нормальной окраски. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски, без патологических изменений.

Язык нормальной формы и величины, расположен по средней линии, бледно-розовой окраски, влажный, не обложен, сосочки не выражены, слизистая без дефектов.

Живот не увеличен в объеме, симметричен, участвует в акте дыхания. Видимых грыжевых выпячиваний, не выявлено. При перкуссии выявлено наличие свободной жидкости.

Поверхностная пальпация безболезненна, защитного напряжения мышц живота нет. Глубокая пальпация брюшной полости безболезненна, патологические образования не обнаружены.

Размеры печени по Курлову: 9-8-7см. Селезенка не пальпируются.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание безболезненное.

Поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются. Оволосение по женскому типу.

**Нервно-психический статус**

Сознание ясное. Больная ориентируется во времени, месте и своей личности. Интеллект снижен.Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, а также поверхностность и медлительность мышления-брадифрения. Наблюдается трудное активное переключение с одной мысли на другую - брадипсихия, прилипчивость, эгоцентризм (акайрия). Больная в контакт вступает легко.

Оболочечный синдром отсутствует. Общемозговая симптоматика отсутствует. Перкуссия черепа безболезненна.

Черепно-мозговая иннервация:1 пара-обоняние не нарушено.

2 пара- не исследовалась.

3.4,6 ширина глазных щелей равномерная зрачки круглой формы D=S

Световые реакции удовлетворительной амплитуды. Подвижность глазных яблок в полном объеме, ослаблена конвергенция, установочный горизонтальный нистагм при крайних отведениях. Умеренно выражены симптомы орального автоматизма.

5 пара- корнеальный рефлекс живой, D=S чувствительность на лице сохранена

7 пара-лицо симметричное, мимика скудная(маскообразное лицо)

9-10 пара глотание, фонация не нарушены.

11 пара-голова, Надплечья подвижны.

12 пара-язык по средней линии

Объем активных движений в конечностях полный. Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением(симптом зубчатого колеса), патологические рефлексы и парезы отсутствуют. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, D=S, ахиллов рефлекс слева снижен. Коленный рефлекс снижен D>S. Патологических стопных рефлексов нет. Брюшные поверхностные рефлексы в норме,D=S

Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчива. Убедительных расстройств чувствительности на туловище и конечностях не показывает

**Ведущие клинические синдромы**

Акинетико-ригидный синдром(гипокинезия, ригидность мышц при пассивных движениях, тремор конечностей в покое, симптом счета монет).

Психоорганический синдром (характеризуется снижением интеллекта, ослаблением памяти, внимания).

Вегетативный синдром(запоры и частые позывы к мочеиспусканию, потливость, сальность лица и волосистой части головы).

**Предварительный диагноз**

Основной: Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, проградиентное течение.

Осложнения: нет

Сопутствующий: Хронический билиарнозависимый панкреатит, стадия ремиссии. МКБ. Хронический вторичный пиелонефрит, стадия ремиссии.

**План обследования**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Липидный спектор
5. Исследование крови на RW
6. Глобальная электромиография
7. ЭКГ
8. Электроэнцефалография
9. Эхоэнцефалоскопия

**Данные лабораторных и дополнительных методов обследования**

1. Общий анализ крови (18.04.11):

Гемоглобин – 130 г/л;

эритроциты –4,0\*109/л

лейкоциты – 6,6\*109/л;

нейтрофилы:

палочкоядерные - 1%,

сегментоядерные - 49%,

эозинофилы - 4%;

лимфоциты - 45%;

моноциты - 4%;

СОЭ - 3мм/ч.

Тромбоциты- 217,006

Цветной показатель 0,9

Заключение: в общем анализе крови патологии не выявлено.

2. Обший анализ мочи (18.04.11.):

Цвет соломенно-желтый,

количество - 200мл,

относительная плотность - 1015;

рН – 5,1;

белок - abs;

глюкоза - abs;

лейкоциты – 3-4 в п/з;

эритроциты - единичные в п/з;

цилиндры - abs.

Заключение в общем анализе мочи патологии не выявлено

3. Анализ фракций холестелина (18.04.11)

Общий белок 69,3

Холестерин общий 3,84

Холестерин ЛПВП 1,19

К. атерогенности 2,23

Триглицериды общие 1,21

Холестерин ЛПНП 2,04

Холестерин ЛПОНП 0,65

Заключение исследование патологии не выявило

1. ЭКГ(18.04.11)

Заключение: Гипертрофия левого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение процессов метаболизма в миокарде.

5. Глобальная электромиография(19.04.11)

Заключение: нарушение электрогенеза мышц – повышение биоэлектрической активности мышц в покое и наличие ритмических групповых разрядов потенциалов.

6. Электроэнцефалография.(19.04.11)

Заключение: обнаруживаются преимущественно диффузные негрубые изменения биоэлектрической активности головного мозга.

**Клинический диагноз**

Основной: Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, проградиентное течение.

Осложнения: нет

Сопутствующий: Хронический билиарнозависимый панкреатит, стадия ремиссии. МКБ. Хронический вторичный пиелонефрит, стадия ремиссии.

Обоснование

Диагноз поставлен на основании анализа жалоб больной на тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеяность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы.

На основании общего осмотра-

Осанка сутуловатая, походка медленная, шаркающая. Выражение лица: амимичное. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы. Интеллект снижен.Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, брадифрения, брадипсихия, акайрия. Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением(симптом зубчатого колеса), Коленный рефлекс снижен D>S. Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчива.

На основании лабораторных и инструментальных исследований: -нарушение электрогенеза мышц – повышение биоэлектрической активности мышц в покое и наличие ритмических групповых разрядов потенциалов;

-обнаруживаются преимущественно диффузные негрубые изменения биоэлектрической активности головного мозга.

**Дифференциальный диагноз**

*Эссенциальный тремор*

Эссенциальный тремор наследственное заболевание, которое характеризуется двусторонним, симметричным тремором рук. В отличие от паркинсонического тремора дрожание рук при эссенциальном треморе

отсутствует в покое и возникает при работе мышц. Обычно оно максимально выражено тогда, когда больной вытягивает руки перед собой, может присутствовать также при совершении произвольных движений, часто затрудняя бытовые виды деятельности (например, еду). Обычно при эссенциальном треморе наблюдается тремор головы по типу нет-нет или да-да и тремор голоса. Последние могут быть первыми проявлениями эссенциального тремора, а также встречаться изолированно в отсутствие дрожания конечностей. В отличие от эссенциального тремора дрожание головы и голоса, как правило, не встречаются при БП. Напротив, вертикальный тремор нижней челюсти в состоянии покоя и дрожание ног часто имеют место при БП и редко при ЭТ.. При ЭТ может иметь место феномен зубчатого колеса, но в отличие от БП никогда не отмечается истинной акинезии и ригидности мышц.

*Атеросклеротический псевдопаркинсонизм*

Атеросклеротический псевдопаркинсонизм, или сосудистый псевдопаркинсонизм. Пациенты, страдающие этими нарушениями, как правило, пожилые люди, часто имеющие в анамнезе артериальную гипертензию. Наиболее характерной чертой сосудистого псевдопаркинсонизма является выраженное нарушение походки: больные ступают короткими шагами, нередко широко расставляя ноги (что нехарактерно для истинного П). Часто затруднена инициация ходьбы и повороты, имеют место также нарушение равновесия и падения. Наряду с этим в верхней половине тела, руках и лице полностью отсутствуют какие-либо проявления П: мимика больных живая, голос нормально модулирован, движения рук свободны, ахейрокинез отсутствует. Тремор также не является частью клинической картины. Сосудистый псевдопаркинсонизм может сочетаться со снижением высших психических функций, пирамидными знаками (хотя это не обязательное явление).

**Лечение**

***L-ДОФА***

Rp: Tabl. Levodopi 0.25

D.t.d. № 100

S. внутрь после еды по 1 таблетке 4 раза в день.

***Агонисты дофамина***

Rp: Tabl. Bromokriptini 0.0025

D.t.d. № 30

S. По одной таблетке 1 раз в сутки вечером во время еды.

***Селективные ингибиторы моноаминоксидазы типа B***

Rp: Tabl. Selegilini 0.01

D.t.d. № 30

S.По 1 таблетке 2 раза в день во время еды.

***Ингибиторы обратного нейронального захвата дофамина***

Rp Tabl. Midantani 0.1

D.t.d. № 30

S.По 1 таблетке 3 раза в день.

***Центральные холиноблокаторы***

Rp Tabl. Cyclodoli 0.001

D.t.d. № 50

S. По одной таблетке до еды 3 раза в день.

**Дневники**

***23.04.11***

Больная предъявляет жалобы на тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеянность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В легких перкуторный звук ясный легочный, аускультативно: везикулярное дыхание. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 76 уд в мин. АД 110/80 мм.рт.ст Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Неврологический статус

Выражение лица: амимичное. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы. Интеллект снижен. Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, брадифрения, брадипсихия, акайрия.

Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением (симптом зубчатого колеса), Коленный рефлекс снижен D>S. Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон.

В позе Ромберга не устойчива.

Лечение переносит хорошо.

***25.0.11***

Больная предъявляет жалобы на тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеяность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В легких перкуторный звук ясный легочный, аускультативно: везикулярное дыхание. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 76 уд в мин. АД 110/70 мм.рт.ст Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Неврологический статус

Выражение лица: амимичное. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы. Интеллект снижен. Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, брадифрения, брадипсихия, акайрия. Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением(симптом зубчатого колеса), Коленный рефлекс снижен D>S. Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчива.

Лечение переносит хорошо.

***26.04.11***

Больная предъявляет жалобы на тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеяность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В легких перкуторный звук ясный легочный, аускультативно: везикулярное дыхание. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 76 уд в мин. АД 100/70 мм.рт.ст Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Неврологический статус

Выражение лица: амимичное. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы. Интеллект снижен. Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, брадифрения, брадипсихия, акайрия. Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением (симптом зубчатого колеса), Коленный рефлекс снижен D>S. Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчива.

Лечение переносит хорошо.

***27.04.11***

Больная предъявляет жалобы на тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеяность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В легких перкуторный звук ясный легочный, аускультативно: везикулярное дыхание. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 76 уд в мин. АД 100/70 мм.рт.ст Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Неврологический статус

Выражение лица: амимичное. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы. Интеллект снижен. Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, брадифрения, брадипсихия, акайрия. Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением (симптом зубчатого колеса), Коленный рефлекс снижен D>S. Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчива.

Лечение переносит хорошо.

**Эпикриз**

Больная 07.01.50 года рождения поступила в ООКБ с жалобами на тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, слабость в ногах и руках, рассеянность внимания. Также отмечаются запоры и частые позывы к мочеиспусканию. Больная предъявляет жалобы на потливость и повышенную сальность кожи лица и волосистой части головы. При осмотре выявлено: Сутуловатая осанка, походка медленная, шаркающая. Выражение лица: амимичное. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечается сальность кожи лица и волосистой части головы. Интеллект снижен. Проявляются утрата инициативы, активности, сужение кругозора и интересов. Отмечается резкое понижение эмоциональных реакций, брадифрения, брадипсихия, акайрия. Пассивные движения в суставах осуществляются с сопротивлением (симптом зубчатого колеса), Коленный рефлекс снижен D>S. Пальце-носовую и колено-пяточную пробу не выполняет удовлетворительно с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчива.

Из проведенных лабораторных и инструментальных исследований выявлено нарушение электрогенеза мышц, повышение биоэлектрической активности мышц в покое и наличие ритмических групповых разрядов потенциалов, обнаруживаются преимущественно диффузные негрубые изменения биоэлектрической активности головного мозга. Больной поставлен диагноз:

Основной: Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, проградиентное течение.

Осложнения: нет

Сопутствующий: Хронический билиарнозависимый панкреатит, стадия ремиссии. МКБ. Хронический вторичный пиелонефрит, стадия ремиссии.

Назначено лечение:

Tabl. Levodopi 0.25,

Tabl. Bromokriptini 0.0025

Tabl. Selegilini 0.01

Tabl. Midantani 0.1

Tabl. Cyclodoli 0.001

В настоящее время больная продолжает лечение в ООКБ для стабилизации состояния и предотвращения осложнений.

**Прогноз**

Для здоровья: неблагоприятный

Прогноз для жизни: сомнительный

Прогноз для работы: неблагоприятный

**Литература**

Гусев Е. И., Коновалов А. Н. "Неврология и нейрохирургия" М. Медицина 2000г

Болезни нервной системы: руководство для врачей: в 2 т. Т.1. / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003. – 744 с

Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: Литтерра, 2006. – 272 с.

Коллинз Р.Д. Диагностика нервных болезней: иллюстрированное руководство: пер. с англ. / Р.Д. Коллинз. – М.: Медицина, 1986. – 240 с.: ил.