**Паспортная часть**

Ф.И.О.: --------------------------------------

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы**

При поступлении больная предъявляла жалобы постоянное дрожание обеих рук и ног, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера), а также нарушение походки. Кроме выше перечисленного, обращает внимание на практически постоянную головную боль разной локализации, хорошо купирующуюся приемом анальгетиков. Периодически бывают приступы несистемного головокружения. Также больная отмечает прогрессирующее снижение способности концентрироваться на какой-либо проблеме, снижение памяти и внимания, нарушение сна (плохое засыпание, частые просыпания в середине ночи).

На момент осмотра характер жалоб не изменился, отмечает общую слабость, боль в шее.

**История настоящего заболевания**

Считает себя больной в течение многих лет (примерно 18) когда впервые заметила дрожание мизинца у себя на левой руке, в дальнейшем дрожь распространилась на предплечье, плечо, на другую конечность и ноги. Долгое время больная не получала никакого лечения. В настоящее время больная лежит в больнице 2 раза в год, данная госпитализация вторая по счёту (первая была пол года назад в связи с такими же жалобами).

**История жизни**

Пациентка родилась в Пензе вторым ребёнком в семье, росла и развивалась в соответствии с возрастом и полом. Мать вскармливала ребёнка своим молоком в течение 1,5 лет. С 3 лет пошла в детский сад. С 6 лет посещала среднюю школу. По окончании школы обучалась в среднем специальном учебном заведении. Замужем, есть взрослые дочь и сын. В молодости была перенесена ЧМТ (сотрясение головного мозга). Инвалид 1-й группы.

Трудовой анамнез: Основная профессия – медицинская сестра скорой помощи. Условия работы удовлетворительные. В данный момент не работает, т. к. является пенсионеркой.

Бытовой анамнез: Материально-бытовые условия хорошие, живёт в 3-х комнатной квартире вместе с мужём. Климатические условия благоприятные. В зонах экологических бедствий не прибывала.

Питание: Питается регулярно 3-4 раза в день, но не всегда принимает горячую пищу.

Вредные привычки: Вредных привычек не имеет.

Перенесённые заболевания: В анамнезе хронический ОРВИ, ангина, детские инфекции. Наличие инфекционных заболеваний (туберкулёз, малярия, венерические болезни, ВИЧ – инфекция, гепатит, болезнь Боткина) отрицает.

Эпидемиологический анамнез: Гемотрансфузий не производилось. Косметологических манипуляций, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов, больной не производилось. Регулярно посещает стоматолога.

Гинекологический анамнез: Месячные с 14 лет, цикл установился сразу. Очень болезненные, обильные, продолжительные (5 дней). Цикл регулярный 26 дней. Начала вести половую жизнь с 23 лет. Имеет 2-х детей, абортов, выкидышей не было. В настоящий момент – климактерический период.

Аллергический анамнез: больная отмечает наличие аллергической реакции в виде зуда на стопах на анальгин и димедрол, а также в виде перебоев в работе сердца на эуфилин.

Наследственность: Наследственность не отягощена.

**Данные клинико-неврологического исследования**

**Общее состояние**

Состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,5°, сознание ясное, положение активное, наблюдается тремор верхних и нижних конечностей, сгибательная поза: голова и туловище наклонены вперёд, руки полусогнуты в локтевых, лучезапястных и фаланговых суставах, ноги полусогнуты в коленных суставах. Пульс 100 ударов в минуту, частота дыхательных движений – 17 в минуту, АД 130/80 мм. рт. ст.

**Физическое развитие и состояние внутренних органов**

Кожный покров: Кожа чистая, эластичная, бледно-розового цвета, тургор кожи сохранен, умеренно влажная, сыпи нет. Ногтевые пластинки не изменены. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Расчёсов, узлов, «сосудистых звёздочек», рубцов не обнаружено.

Подкожная клетчатка: Толщина подкожной жировой клетчатки умеренная, отёков нет.

**Опорно-двигательный аппарат:**

Мышечная система: хорошо развита.

Костная система: патологических искривлений позвоночника нет, деформация стопы по типу Фридрейха (на правой меньше).

Суставы: безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

**Система органов дыхания**

Осмотр:

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное, состояние слизистой удовлетворительное, отделяемого нет. Гортань нормальной формы, припухлостей нет.

Дыхательные движения: ровные, симметричные, ЧДД 17 в минуту.

Участие дополнительной мускулатуры в дыхании: не обнаружено

**Пальпация грудной клетки:**

Болезненные места не выявлены, голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон, нормальное, шум трения плевры не ощущается. Целостность грудной клетки не нарушена, ригидность сохранена.

**Перкуссия грудной клетки:**

Ясный лёгочный перкуторный звук, в симметричном положении изменения не наблюдается.

Топографическая перкуссия лёгких: в пределах нормы.

Аускультация лёгких:

Выслушивается везикулярное дыхание на симметричных частях грудной клетки, крепитации, побочных дыхательных шумов не выявлено.

**Бронхофония:**

Не изменена с обеих сторон на симметричных участках грудной клетки.

**Сердечнососудистая система**

**Осмотр сердечной области:**

Видимых выпячиваний и пульсации в области сердца нет. Осмотр артерий и вен: « пляска каротид» не просматривается, извитость артерий нормальная.

**Пальпация сердца:**

Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, визуально не определяется, ограничен. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральной пульсации нет. Симптом «кошачьего мурлыканья» не выявлен.

Перкуссия сердца: в пределах нормы.

**Аускультация сердца:**

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст.

Шумы не обнаружены.

**Осмотр сосудов:**

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 100 ударов в мин., частый, нормального наполнения и напряжения. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка не изменена. Пульсация аорты не определяется.

Аускультация сосудов. При выслушивании брюшного отдела аорты, чревной артерии (в области мечевидного отростка), почечных артерий патологических шумов не выявлено.

Артериальное давление на правой руке 130/80 мм. рт. ст., на левой руке 130/80 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система**

**Желудочно-кишечный тракт**

Осмотр

Полость рта:

Твёрдое нёбо бледно-розового цвета, влажное, высыпаний нет. Язык обычной формы и размера, влажный, выраженность сосочков в пределах нормы, прикусов, трещин, язвочек нет. Дёсны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не изменены. Слизистая зева влажная, бледно-розового цвета, налёта и высыпаний не выявлено. Миндалины обычной формы, величины, розовой окраски, без гнойных пробок и налёта.

Живот:

Форма живота обычная, живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика отсутствует. Живот равномерно участвует в акте дыхания.

Аускультация:

Кишечные шумы выслушиваются. Газы отходят. Стул был.

Перкуссия:

Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. Перкуссия безболезненна. Асцита нет.

Пальпация:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, защитное напряжение мышц не определяется. Симптом раздражения брюшины Щёткина-Блюмберга, ректальный симптом отрицательны, тошноты и рвоты нет.

Печень: обычных размеров, не выступает за край рёберной дуги, при пальпации безболезненна, край острый.

Размеры печени по Курлову: в пределах нормы.

Желчный пузырь: не пальпируется

Селезёнка: не пальпируется, перкуторно длинник располагается по X ребру, и равен 7 см, поперечник – 5 см.

**Мочеполовая система**

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, ассиметрии надлобковой и поясничной области не обнаружено. Напряжения поясничных мышц нет. Мочеиспускание редкое с малым количеством мочи. Симптом Пастернацкого и симптом поколачивания отрицательны с обеих сторон.

Пальпация:

В положении лёжа почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточников не определяется.

Перкуссия:

В надлобковой области над лоном определяется тимпанический перкуторный звук.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерные для акромегалии отсутствуют. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

**Состояние психики**

Сознание ясное, больная ориентирована в пространстве и контактна. Умственное развитие соответственно возрасту, на вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает замедленно. Повышенной раздражительности, апатии, депрессии, эйфории, слабодушия не отмечено. Мнительности и навязчивых страхов нет. Отношение к своему заболеванию критическое. При исследовании отмечаются навязчивые жевательные движения в оромандибулярной зоне, в разговоре больной отмечается последовательное изложения событий, эмоциональных реакций при беседе не возникало.

Речь, гнозия, праксия

Речь больной нормальная (дизартрии, скандирования, монотонности, заикания нет). Целенаправленные действия, понимание значения зрительных, слуховых раздражителей, ориентировка в пространстве и топография собственного тела сохранены. Отмечается гипомимия.

**Функции черепных нервов**

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): миопия -2,5 с молодости, изменения цвеоощущения нет, очки не носит

III, IV, VI пары- глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы (nn. oculomotorius, trochlearis 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. Симптом Арджиль-Робертсона не выявляется. 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. Симптом Мари не отмечается

VIII пара- слуховой и вестибулярный нервы (n. vestibulocochlearis): острота слуха для шепотной речи слева и справа составляет 6 м., D=S; для разговорной 25 м. для левого и правого уха, D=S. В позе Ромберга устойчива, головокружения нет.

IX и Х пара- языкоглоточный, блуждающий нервы (nn. glossopharyngeus et vagus): вкус на задней трети языка сохранен, глоточный и небный рефлексы живые и равные, D=S. Мягкое небо в тонусе, не свисает; язычок симметричен, расположен по центру. Акт глотания не нарушен. Фонация сохранена.

XI пара- добавочный нерв (n. accesorius): поднятие плеч, сведение лопаток, поворот головы в стороны выполняется в полном объеме, одинаково с обеих сторон, D=S. Сила мышц справа и слева 5 баллов, D=S.

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

**Двигательная сфера**

Сила мышц шеи слева и справа 5 баллов, объём активных и пассивных движений полный, темп замедленный. Гипотонии, спастичности, ригидности нет.

В руках: объем активных и пассивных движений полный, темп движений замедленный, сила мышц слева и справа 5 баллов, D=S; тонус справа повышен, D>S; рефлексы карпорадиальный, с двух- и трехглавых мышц слабые, равные, D=S.

В ногах: объем активных и пассивных движений полный, темп движений достаточный, сила мышц слева и справа 5 баллов, D=S; тонус повышен, D>S; коленный, с ахиллова сухожилия, подошвенный слабые, равные, D=S. Патологических стопных знаков нет. Походка шаркающая (мелкими скользящими шагами) к вечеру.

Симптомы орального автоматизма не выявляются.

**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.

**Координация движений**

Отмечается тремор верхних и нижних конечностей преимущественно дистальных отделов, мелкоритмичного характера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и практически исчезающий при произвольных движениях, а также некоторая скованность произвольных движений. При выполнении пальце-носовой пробы правой и левой рукой и коленно-пяточной правой и левой ногой на всем ее протяжении дрожание не выявляется, нарушения выполнения проб нет. Скандированная речь, адиадохокинез не выявляются. Двигательная инициативность больной резко снижена. В обычной и сенсибилизированной позе Ромберга устойчива. Походка замедленная, инициальная фаза движения затруднена, ахейрокинез определяется.

Менингеальные симптомы не выявлены.

**Вегетативные функции**

Местного изменения температуры и окраски, трофических изменений кожи, костей и суставов не обнаружено. Дермографизм местный. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение в пределах возрастной нормы. Пролежней нет. Болезненность при пальпации вегетативных узлов и сплетений не выявлено. Больная испытывает постоянное головокружение.

**Лабораторные и специальные методы исследования**

Общий анализ крови:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Норма | 01.02.06 | 05.02.07 | Единицы измерения |
| Эритроциты | 3,4-5,0 | - | 4,2 | 1012/л |
| Гемоглобин  | 120-160 | 132 | 126 | г/л |
| Лейкоциты  | 4,0-9,0 | 4,5 | 4,9 | 109/л |
| Базофилы | 1-5 | - | 1 | % |
| Моноциты | 2-6 | - | 3 |  |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 45-70 | - | 51 | % |
| Эозинофилы | 0-5 | - | 3 | % |
| Лимфоциты | 18-40 | - | 43 | % |
| СОЭ | 0-15 | 7 | 10 | мм/час |

Кровь на RW – отрицательна.

Биохимический анализ крови:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 05.02.07 | 07.02.07 | Норма |
| Протромбиновый индекс | - | 10,0 | 6,9-10,5% |
| СРБ | - | 0 | 0 |
| Билирубин | - | 10 | 8,5-20,5 ммоль/л |
| Щелочная фосфотаза | - | 11,1 | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Креатинин | 92 | 81 | 44-132 ммоль/л |
| Холистерин | 5,60 | - | 3,6-6,7 моль/л |
| Триглицериды | 0,68 | - | 0,15-1,82 |
| Β-липопротеиды | 3,01 | - | до 6 |
| Глюкоза крови | 5 | - | 3,5-5,5ммоль/л |
| Ca2+ | 2,39 | - |  |
| Р3+ | 1,48 | - |  |

Общий анализ мочи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 01.02.07 | 02.02.07 | Норма |
| Цвет | соломенно-желтая | соломенно-желтая | соломенно-желтая |
| Прозрачность | полная | полная | полная |
| Реакция  | кислая | кислая | кислая |
| Удельный вес | 1,017 | 1,018 | 1,005-1,025 |
| Белок | нет | нет | нет |

Микроскопическое исследование:

* Цилиндры - 6 в поле зрения
* Эпителий - 8 в поле зрения
* Лейкоциты - 6 в поле зрения

Результаты ЭКГ

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 100 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси, гипертрофия левого желудочка (?), ишемические изменения в области верхней боковой стенки, переходая зона смещена вправо.

**Результаты рентгенографии**

На спондилограммах шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях выявлено:

- субхондральный остеопороз,

- краевые заострения шейных позвонков,

- заострения универтебральных отростков,

- ступенчатость С3-С4 за счёт подвывиха по Ковачу,

- уменьшение высоты межпозвоночного диска С5-С6.

Заключение: остехондроз III степени С5-С6, спондилоартроз II степени.

**Консультация окулиста**

Глазное дно: диск зрительного нерва с бледным оттенком, границы чёткие, склеральный конус, до 1/4 радиуса диска зрительного нерва, атеросклероз, выраженные признаки запустевания сосудов до капиллярного слоя.

Заключение: артериолосклероз сетчатки обоих глаз.

**Анализ данных анамнеза и результатов клинического исследования**

На основе жалоб больной на постоянную головную боль, тремор верхних и нижних конечностей преимущественно дистальных отделов (усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера)), мелкоритмичного характера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и практически исчезающий при произвольных движениях, а также некоторую скованность произвольных движений, прогрессирующее снижение способности, концентрироваться на какой-либо проблеме, снижение памяти и внимания, нарушение сна (плохое засыпание, частые просыпания в середине ночи), замедление походки, а также на основе данных полученных при проведении клинико-неврологического исследования: пластическая гипертония мышц лица в виде жевательных движений, ахейрокинез, гипомимия, повышенный тонус мышц верхних конечностей особенно правой руки можно сделать вывод о наличии у больной гипертонически-гипокинетического синдрома.

**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.

**Дифференциальный диагноз**

Болезнь Паркинсона следует дифферинцировать от гепато-лентикулярной дегенерации Вильсона-Коновалова, для этой болезни характерен тремор, гипомимия, отсутствие пирамидных знаков, однако паркинсоноподобные варианты гепато-лентикулярной дегенерации отличается наличием роговичного кольца Кайзера-Флейшера и патологии печеночных проб. Поводом предположения паркинсонизма могут стать многочисленные заболевания, сопровождается тремором. Тремор при рассеяном склерозе, где дрожание носит смешаный интенционно-статический характер. Может напоминать дрожание паркинсоников. Решает диагностику наличие пирамидных знаков и мозжечковая атаксия. Сенильный тремор характеризуется отсутствием других отклонений в неврологическом статусе. Аналогичным образом дифференцируется с паркинсонизмом эссенциальный семейный тремор Минора. Заболевание носит наследственный характер и начинается нередко в детстве. Он сочетает в себе элементы и статического и интенционного дрожания. Характерной особенностью, отличающей медикаментозный паркинсонизм (применение больших доз нейролептиков –резерпин, аминозин). От болезни Паркинсона, служит не редкое сочетание акинетико-регидного синдрома с оральными гиперкинезами, приступообразным напряжением мышц ротовой полости, языка, глотки, жевательных мышц, иногда с нарушением голоса и дыхания, судорогой взора, спастической кривошеей. Также болезнь Паркинсона необходимо отдеференцировать от сосудистого Паркинсонизма, при котором характерно сильное снижение памяти, нарушение способности ставить перед собой цель (цели), апатия, нарушение планирования – способности выстроить программу достижения цели – выделить и структурировать ряд этапов и шагов, необходимых для достижения цели, нарушения выполнения целенаправленных действий – трудности начала действия и его исполнения, трудности переключения с одного действия на другое; трудности «эффективного исполнения» – нарушение способности контролировать и регулировать собственную активность, замечать и исправлять собственные ошибки. Т. о. на основании выше перечисленного можно поставить окончательный клинический диагноз – Болезнь Паркинсона (дрожательно-ригидная форма).

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больной на тремор обеих рук и ног, постоянную головную боль, объективных данных: гипомимию, тремор, рук и ног мелкоритмического характера, практически исчезающий при произвольных движениях, повышенный тонус мышц рук особенно правой, можно поставить предварительный клинический диагноз - дрожательный паралич (paralisis agitans) или болезнь Паркинсона (дрожательно-ригидная форма), сопутствующий диагноз – остеопороз.

**Лечение, прогноз и экспертиза**

План лечения

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.

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**

05.02.07.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 110\70. Предъявляет жалобы на головокружение, шум в ушах, нарушение сна – плохое засыпание.

07.02.07.Самочувствие хорошее, АД 110\80, пульс 95 ударов в мин. Предъявляет жалобы на нарушение сна.

09.02.07.Состояние удовлетворительное, сознание ясное. АД 110\70, пульс 97 ударов в минуту. Жалобы на небольшое головокружение.

Prognosis

Prognosis quo ad sanationem completan (прогноз полного выздоровления) - dubia (сомнительный).

Prognosis quo ad sanationem relativam (прогноз частичного выздоровления) - bona (хороший).

Prognosis quo ad vitam longam (прогноз продолжительности жизни) - bona (хороший).

Prognosis quo ad laborem (прогноз для полного выздоровления) – dubia (сомнительный).

Экспертиза не проводится, т.к. больная пенсионерка.

**Эпикриз**

1.Ф.И.О.: ----------------------------

2. Время поступления в стационар: 01.02.2007 (8:25-9:00)

 Время выписки из стационара: 10.02.2007

3. Клинический диагноз:

Основное заболевание: болезнь Паркинсона (дрожательно-ригидная форма)

Сопутствующие заболевания: остехондроз III степени С5-С6, спондилоартроз II степени

4. Обоснование диагноза:

Диагноз поставлен на основании жалоб на постоянную головную боль, тремор верхних и нижних конечностей преимущественно дистальных отделов (усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера)), мелкоритмичного характера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и практически исчезающий при произвольных движениях, а также некоторую скованность произвольных движений, прогрессирующее снижение способности, концентрироваться на какой-либо проблеме, снижение памяти и внимания, нарушение сна (плохое засыпание, частые просыпания в середине ночи), замедление походки, а также на основе данных полученных при проведении клинико-неврологического исследования: пластическая гипертония мышц лица в виде жевательных движений, ахейрокинез, гипомимия, повышенный тонус мышц верхних конечностей особенно правой руки.

5. Во время нахождения в стационаре проводилось:

Общее клиническое обследование:

1. ОАК (цель: оценка показателей крови)

2.ОАМ (цель: оценка показателей мочи)

3.Биохимический анализ крови (триглицериды (цель: исключение нарушения липидного обмена, ожирения), билирубин (цель: исключение патологии печени), холестерин (цель: оценка состояния факторов атерогенности), β-липопротеиды (цель: оценить количество эндогенного холестерина), фибриноген (цель: оценка состояния системы свёртываемости крови), глюкоза крови (цель: исключение сахарного диабета), протромбиновый индекс (цель: оценка состояния системы свёртываемости крови), Ca2+ (цель: оценка содержания кальция в крови) ,Р3+ (цель: оценка содержания фосфора в крови))

4.ЭКГ (цель: исключение патологии со стороны сердечно-сосудистой системы)

5. Кровь на реакцию Вассермана (цель: исключение сифилиса)

6. Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях (цель: оценка состояния шейного отдела позвоночника)

7. Консультация окулиста (цель: оценка состояния глазного дна)

Лечение:

Режим палатный

Стол №15

Лечебная физкультура и массаж

L-дофа (по 0,25 в день) или Наком (0,5 таблетки после еды)

Мидантан (по 1 таблетке после еды)

Пиридоксин по 2мл 5% раствора внутримышечно.

6. На момент выписки состояние больной удовлетворительное. Выписана под наблюдение по месту жительства.

7. Рекомендовано:

1. Наблюдение у невролога по месту жительства
2. Комплекс оздоровительных упражнений

3.Дальнейшее принятие лекарств по прилагающейся схеме (L-дофа (по 0,25 таблетки в день) или Наком (0,5 таблетки после еды), Мидантан (по 1 таблетке после еды), Пиридоксин по 2мл 5% раствора внутримышечно)