**ПАСПОРТНА ЧАСТИНА**

ПІП хворого:…

Вік: …

Місце проживання: м. Київ, …

Місце роботи: …

Посада: …

**СКАРГИ ХВОРОГО**

Скаржиться на перекошеність обличчя, ниючий біль за вушною раковиною, сльозотечу з правого ока, і неможливість змикання правої повіки.

**АНАМНЕЗ ХВОРОБИ**

Вважає себе хворим з 09.03.08, коли зранку відчув ниючий і стріляючий біль в потилиці і вушній раковині справа. Назавтра з`явилась перекошеність обличчя, сльозіння правого ока.

За день до появи симптомів працював на присадибній ділянці (без головного убору). Захворювання пов`язує саме із переохолодженням голови під час цієї роботи.

Самостійного лікування не проводив.

В клініку був доставлений каретою швидкої допомоги за сомозверненням з діагнозом гострий неврит лицевого нерва справа.

**АНАМНЕЗ ЖИТТЯ**

Умови проживання і навчання в дитинстві вважає задовільними. Хворів на краснуху в 11 років.

Має середню спеціальну освіту. Побутово-житлові умови задовільні. Шкідливих виробничих факторів не відмічає.

Перенесені оперативні втручання: видалення варикозно-зміненої великої підшкірної вени справа (1989 р.), видалення меланоми (2003 р.).

В 2000 році діагностовано гіпертонічну хворобу І ст.

В 2006 хворів на неврит лицевого нерва зліва.

Алергічних реакцій та непереносимості лікарських препаратів не відмічає.

Гепатит, туберкульоз, венеричні хвороби заперечує.

Шкідливих звичок не має.

Має брата, двох дорослих дітей. Брат хворіє на гіпертонічну хворобу зі стабільним перебігом.

**ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД**

Загальний стан середньої важкості. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна.

Зріст 167 см, вага 94 кг. Конституція гіперстенічна. Шкірні покриви звичайного кольору. Стан волосся і нігтів нормальний. Лімфатичні вузли не пальпуються. Підшкірна жирова клітковина розвинена надмірно.

Склери білі. Слизові оболонки ротової порожнини блідо-рожеві. Язик обкладений легким білим нальотом.

Грудна клітка нормальної форми, симетрична. Голосове тремтіння на симетричних ділянках однакове. Дихання при аускультації нормальне везикулярне.

Аускультація серця: І і ІІ тони звучні, ритмічні. Над верхівкою вислуховується м`який протосистолічний шум. АТ – 170/120 мм рт.ст., пульс – 76, ЧСС – 76.

Живіт симетричний, рівномірно випуклий. При пальпації м`який, безболісний. Симптоми Щоткіна-Блюмберга і Менделя негативні. Сигмоподібна кишка пальпується як еластичний тяж з гладенькою поверхнею діаметром 3 см.

Симптом Пастернацького негативний. Пальпація надлобкової ділянки безболісна.

Щитовидна залоза нормальних розмірів, не болюча. Поверхня гладенька. Симптоми Грефе, Мебіуса, Марі, Кохера негативні. Оволосіння за чоловічим типом.

**НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС**

Свідомість ясна. Адекватно реагує на запитання. Інтелект відповідає віку і освіті. Галюцинацій не відмічає. Критично оцінює свій стан.

Розуміє звернену до нього мову. Дизартрія не спостерігається. Логічно будує свої відповіді на запитання. Орієнтується в топографії свого тіла, просторі і часі. Функції читання, письма і рахування не порушені. Сон не порушений.

Тонус потиличних м`язів нормальний. Симптоми Керніга і Брудзинського (верхній, середній і нижній) негативні. Нудоти не відчуває. Блювання не спостерігалося.

Об`єм активних і пасивних рухів у суглобах кінцівок повний. Тонус м`язів збережений, сила – 5 балів (за п`ятибальною шкалою). М`язові атрофії, фібриляції, фасцикуляції і судоми відсутні.

***Дослідення сухожилкових рефлексів***:

*Згинально-ліктьовий* – жвавий, D=S. Р-на дуга: n. musculocutaneus → C5 – C6.

*Розгинально-ліктьовий* – жвавий, D=S. Р-на дуга: n. radialis → C7 – C8.

*Колінний* – жвавий, D=S. Р-на дуга: n.femoralis → L3 – L4.

*Ахіловий* – жвавий, D=S. Р-на дуга: n. tibialis → S3 – S1.

***Дослідження рефлексів зі слизових оболонок***:

*Рогівковий* – D<S. Р-на дуга: n. ophtalmicus → pars superior nucl. n. trigemini → nucl. n. facialis → n. facialis.

*Кон`юнктивальний* – D<S. Р-на дуга: така сама, як у попереднього.

***Дослідження періостальних рефлексів***:

*Надбрівний* – D<S. Р-на дуга: така сама, як у попереднього.

*Зап`ястково-променевий* – жвавий, D=S. Р-на дуга: nn. medianus, radialis, musculocutaneus → C6 – C8.

*Нижньощелепний* – жвавий. Р-на дуга: n. mandibularis → nuclei n. trigemini.

***Дослідження шкірних рефлексів***:

*Поверхневі черевні (верхній, середній і нижній)*  – жваві, D=S. Р-ні дуги: nn. intercostales → Th7 – Th12.

*Підошвовий* – жвавий, D=S. Р-на дуга: n. ischiadicus → L5 – S1.

При виконанні пальце-носової, вказівної і п`яточно-колінної проб мимопопадання і інтенційного тремору не спостерігалось. Симптом Стюарта-Холмса – негативний. В позі Ромберга стоїть нормально. Діадохокінез нормальний. Хода звичайна. Нормографія.

Симптоми натягу нервових стовбурів і корінців (Лассега, Вассермана, Мацкевича, Дежеріна) негативні.

Больова, температурна, тактильна, вібраційна і м`язово-суглобова чутливість збережені.

Болючості в точках виходу гілок трійчастого нерва немає. Болючість в точці виходу потиличного нерва справа. Міжреберні проміжки і паравертебральні точки не болючі при пальпації.

Пірамідні знаки, патологічні розгинальні (Бабінського, Гордона) і згинальні (Россолімо, Бехтєрєва) рефлекси негативні.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЧЕРЕПНИХ НЕРВІВ**

**І пара.** Сприйнятливість запахів зблизька та на відстані збережена з обох боків.

**ІІ пара.** Гострота зору і сприйняття кольорів відповідає нормі з обох сторін.

**ІІІ, IV, VI пари.** Зіниці округлої форми, діаметром 3 мм. Пряма, співдружня реакція зіниць на світло. Акомодація, конвергенція збережені. Рухи очних яблук у повному об`ємі, синхронні. Симптом сонця, що сходить не спостерігається. Синдром Аргайля-Робертсона, Бернара -Горнера, Гертвіга-Мажанді негативні.

**V пара.** Чутливість на обличчі збережена. В точках виходу гілок трійчастого нерва болючість відсутня. Надбрівний, конюктивальний і корнеальний рефлекси справа відсутні. Нижня щелепа рухлива, напруження жувальних м`язів нормальне.

**VII пара.** Тонус мімічних м`язів справа різко знижений, що викликає асиметрію обличчя. Носо-губна складка справа згладжена. При оскаленні зубів – рот перетягується в лівий бік. Очна щілина справа розширена. При піднятті брів – горизонтальні шкірні складки на чолі справа не утворюються. Лагофтальм, феномен Белла, сльозотеча справа. Не може надути щоки. Смак на передніх 2/3 язика не порушений. Болючість в точці виходу потиличної гілки.

**VIII пара.** Слух нормальний, D=S. Розрізняє шепітну мову з відстані 5 м. Стоїть і ходить не хитаючись.

**IX, X пари.** Стан ковтання та фонації не порушені. М`яке піднебіння рухливе. Відчуття смаку на задній третині язика збережене.

**XI пара.** Повороти голови в сторони, закидання її назад, підняття і відведення плечового пояса, піднімання вище горизонтальної лінії можливе.

**XII пара.** Атрофій та посмикувань язика не виявлено. Язик при висовуванні відхиляється в здоровий бік.

**ВЕГЕТАТИВНО-ТРОФІЧНА ФУНКЦІЯ**

Температура тіла в пахвовій ямці 36,7 °С. Шкіра звичайного кольору, без трофічних змін, набряків, підвищеного потовиділення. Дермографізм червоний, помірно виражений, не поширений, з`являється через 30 с і зникає через 2-3 хв.

Волосся і нігті на вигляд нормальні.

Деформації кісток не виявляються. Форма суглобів, шкіра над ними не змінені. Пасивні і активні рухи виконуються у повному об`ємі, безболісні.

Пальпація в області проекції шийних вегетативних вузлів і сонячного сплетіння – безболісна. Зіниці нормальної форми і розміру.

Сечовипускання і дефекація регулярні, довільні.

**ТОПІЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Перез мімічних м`язів справа вказує на ураження лицевого нерва з однойменного боку. Відсутність тонусу м`язів вказує, що це парез периферичний, тобто, потенційно можуть бути уражені як ядро VII пари, так і сам нерв. Однак, зольоване ураження ядра лицевого нерва з одного боку дуже мало ймовірне, а симтомів ураження інших структур моста нема, тому патологію ядра виключаємо. Нерв на шляху свого пролягання віддає гілки, за залученням яких у патологічний процес можна судити про рівень ураження: порушується функція і всіх нервів, які відходять нижче.

Першим відгалужується n. petrosus major. Його ураження супроводжується сухістю ока, чого не спостерігається.

Ураження ganglion geniculi проявляється гіпестезією, болем, появою герпетичних висипань в ділянці вушної раковини (синдром Ганта). Цього немає.

Наступним відходить n. stapedius, виключення функції якого призведе до гіперакузії. В даному разі – симптом відсутній.

Наступна гілка – chorda tympani – проводить нервові імпульси від смакових рецепторів передніх 2/3 язика, але у пацієнта порушення смаку немає. А болючість в точці виходу ramus occipitalis свідчить, що осередок ураження знаходиться нижче від chorda tympani але вище місця відгалуження цієї гілки.

Таким чином, можна поставити топічний діагноз: ураження правого лицевого нерва нижче відходження барабанної струни.

**ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ**

Загальний аналіз крові

Біохімічний аналіз крові

Коагулограма

Загальний аналіз сечі

RW

УЗД органів черевної порожнини

Огляд окуліста

**ДАНІ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ**

***Загальний аналіз крові 10.03.08***

Hb 132 г/л

Еритроцити 4,4 Т/л

ГК 41%

Тромбоцити 220 Г/л

Лейкоцити 6,7 Г/л

Паличкоядерні 2%

Сегментоядерні 57%

Лімфоцити 39%

Моноцити 2%

ШОЕ 3 мм/год

***Біохімічний аналіз крові 10.03.08***

Цукор 5,2 ммоль/л

Креатинін 55 мкмоль/л

Білок 72 г/л

Білірубін 12 мкмоль/л

Холестерин 6,16 ммоль/л

***Коагулограма 10.03.08***

Фібрин 10 мг

Фібриноген 2,5 г/л

Активований час рекальцифікації 62 с

Протромбіновий час 50%

***Загальний аналіз сечі 11.03.08***

Кількість 250 мл

Колір: жовтий

Реакція: лужна

Питома вага: 1019 г/л

Білок: сліди

Солі: аморфні фосфати

**RW**

RW «-»

***УЗД органів черевної порожнини 11.03.08***

Печінка +1 см, паренхіма ізоехогенна, структура однорідна. Жовчний міхур: товщина стінки 2 мм, вміщує конкремент діаметром 10 мм. Підшлункова залоза, нирки, селезінка – без патологічних змін.

Заключення: УЗД ознаки холециститу, ЖКХ.

***Огляд окуліста 11.03.08***

Неповне змикання повік справа.

**ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ**

Гостра нейропатія лицевого нерва справа.

**ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ**

Неврит лицевого нерва слід диференціювати з такими нозологічними формами як невринома слухового нерва в мосто-мозочковому куті, понтінна форма остеомієліту, стовбуровий синдром з симптомом Міяр-Гублера, ішемічний інсульт в кіркових гілках середньої мозкової артерії з парезом мімічних м`язів, оскільки вони потенційно можуть мати у своїй симптоматиці парез мімічних м`язів – основний прояв даного захворювання.

Однак при всіх наведених нозологічних формах, швидше за все, буде спостерігатись ураження окрім VII пари також і інших структур моста (ядрер, пірамідних шляхів) і ЧМН.

При поліомієліті є загальноінфекційні прояви, може бути виділений збудник.

Невринома слухового нерва завжди проявляється слуховими порушеннями, можуть бути симптоми ураження трійчастого і відвідного нервів.

Наявність в анамнезі переохолодження голови характерна для невриту.

**КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ**

На підставі скарг пацієнта (на перекошеність обличчя, ниючий біль за вухом, сльозотечу з правого ока, і неможливість змикання правої повіки), анамнезу захворювання (почалося гостро, після переохолодження), анамнезу життя (вже мав неврит лицевого нерва, але зліва два роки тому), неврологічного статусу (тонус мімічних м`язів справа різко знижений, носо-губна складка справа згладжена, при оскаленні зубів – рот перетягується в лівий бік, очна щілина справа розширена, при піднятті брів – горизонтальні шкірні складки на чолі справа не утворюються, лагофтальм, феномен Белла, сльозотеча справа, не може надути щоки, болючість в точці виходу потиличної гілки n. facialis) можна поставити клінічний діагноз гостра нейропатія лицевого нерва справа.

Супутні захворювання: АГ ІІ ст., ЖКХ.

Ускладнення основного захворювання: не виявлені.

**ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ**

Зустрічається частіше уражень інших ЧМН. Це можна пояснити більш поверхневим розташуванням його кінцевих гілок і заляганням основного стовбура у вузькому кістковому каналі. Тому при набряку розвивається тунельний синдром – функція нерва випадає. Етіологічним фактором в нашому випадку є, швидше за все, переохолодження голови – типова причина даного захворювання.

**ЛІКУВАННЯ**

Режим вільний. Стіл №15 за Певзнером.

Тунельний синдром можна зняти призначенням протизапального препарату. Враховуючи легкий ступінь ураження доцільно віддати перевагу групі нестероїдних протизапальних препаратів.

Rp: Tab. Diclofenac 0,025 №28

D. S. По 2 таблетки двічі на день після їди.

Екстракт алое і кавінтон сприятимуть відновленню функції нерва.

Rp: Extracty Aloicis Fluidi 1.0

D. T. D №10 in amp.

S. По 1 мл підшкірно.

Rp: Tab. Kavintoni 0.05 №15

D. S. По 1 таблетці тричі на день після їди.

Протягом другого тижня проводити ЛФК і масаж для м`язів ураженої і здорової половини обличчя, парафінові аплікації на хвору сторону з метою підвищення тонусу і трофіки ураженої мускулатури та профілактики контрактур на здоровій стороні.

При АГ показаний гіпотензивний препарат:

Rp: Tab. Сaptopres №20

D. S. По 1 таблетці на день.

**ЩОДЕННИКИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11.03.08 | Скаржиться на асиметрію обличчя, незначну сльозотечу.  Стан середньої важкості. t = 36,7 °С, пульс = 76. Парез мімічних м`язів правої половини обличчя. Внутрішні органи без особливостей. Стул і сечовипускання – N. | Диклофенак по 2 таб. 2 р/д, кавінтон по 1 таб. 3 р/д, Екстракт алое по 1 мл підшкірно. |
| 19.03.08 | Відзначається позитивна динаміка у відновленні функції уражених м`язів. Сльозовиділення зникло.  t = 36,5 °С, пульс = 78.  Пальпується сигмоподібна кишка еластичної консистенції. Стул і сечовипускання – N. | Екстракт алое по 1 мл підшкірно. ЛФК, масаж |

24.03.08 виписаний зі стаціонару у зв`язку з покращенням стану. Лікування продовжуватиме в поліклініці за місце проживання.

**ПРОГНОЗ І РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Прогноз для життя, одужання і відновлення працездатності сприятливий. Враховуючи наявність в анамнезі вже перенесеного подібного захворювання слід уникати переохолодження голови, захворювань на ГРВІ і ГРЗ.

**ЕПІКРИЗ**

…, … роки, доставлений каретою швидкої допомоги в неврологічне відділення ЦМКЛ м. Києва з діагнозом гострий неврит лицевого нерва справа. Скаржився на перекошеність обличчя, ниючий біль за вухом, сльозотечу з правого ока, і неможливість змикання правої повіки.

*При об`активному обстеженні*: загальний стан середньої важкості, положення в ліжку активне, свідомість ясна.

*В неврологічному статусі*: тонус мімічних м`язів справа різко знижений, носо-губна складка справа згладжена, при оскаленні зубів – рот перетягується в лівий бік, очна щілина справа розширена, при піднятті брів – горизонтальні шкірні складки на чолі справа не утворюються, лагофтальм, феномен Белла, сльозотеча справа, не може надути щоки, болючість в точці виходу потиличної гілки n. facialis справа.

Додаткові методи обстеження виявили артеріальну гіпертензію ІІ ст, і жовчокам`яну хворобу.

На основі проведених досліджень був поставлений клінічний діагноз гострий неврит лицевого нерва справа.

Супутні захворювання: АГ ІІ ст., ЖКХ.

Ускладнення основного захворювання: не виявлені.

*Проведено лікування*: Режим вільний. Стіл №15 за Певзнером. Диклофенак по 2 таб. 2 р/д, кавінтон по 1 таб. 3 р/д, екстракт алое по 1 мл підшкірно, ЛФК, масаж, парафінові аплікації на уражену половину обличчя.

24.03.08 виписаний зі стаціонару у зв`язку з покращенням стану. Лікування продовжуватиме в поліклініці за місце проживання.