***ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ.***

Ф.И.О:

Дата рождения (возраст): 1947 г.р. (53 года)

Образование: высшее

Профессия:

Место работы: детский сад

Место жительства:

Поступил 14.03.2001 г.

Диагноз направившего учреждения: Хроническая головная боль

Диагноз предварительный: Хроническая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных шейных мышц

***ЖАЛОБЫ.***

* На практически постоянную тяжесть в голове, больше в затылке, преимущественно по утрам. 1 – 2 раза в месяц приступы интенсивных головных болей по типу «обруча», начинающиеся чаще справа в области затылка, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, онемением в кончиках пальцев, нехваткой воздуха, сердцебиением, заложенностью ушей.

***РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.***

Пациентка считает себя больной с 1986 года, когда впервые появились приступы незначительных головных болей, продолжительностью 1 день, ничем не сопровождающиеся, начало которых ни с чем не связано, на которые больная вначале не обращала внимания, к врачам не обращалась и ни чем эти боли не купировала. В последующем она стала замечать усиление болей, уменьшение промежутков между приступами и увеличение продолжительности самих приступов. После обращения в поликлинику по месту жительства, больной была произведена ЭЭГ, ЭхоЭГ, при исследованиях патологии выявлено не было. Было назначено лечение стогероном, церебролизином (без эффекта). Больная отмечала положительный эффект от проведения массажа шейной области, приёма но-шпы. На протяжении последующих лет тактика лечения существенно не менялась, частота и интенсивность приступов увеличивалась (2-3 раза в месяц, продолжительность последнего приступа около 5 суток, во время которого на пике болей пациентка перенесла временную (4 часа) частичную потерю зрения). Больная поступила в клинику нервных заболеваний 14 марта 2001 года для лечения и коррекции терапии.

***ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО.***

Больная родился в срок 19.04.1947 года в \*\*\*\*\*, возраст матери при рождении ребёнка – 24 года, отца – 27 лет, родители на этот момент были здоровы. Была 1 по счету ребенком в семье, вскармливалась молоком матери, в физическом и умственном развитии не отставала от сверстников. Ходить и говорить начала в возрасте соответствующем среднестатистическим нормам. Учиться начала в возрасте 7 лет, училась легко. Окончила пединститут, с 1972 года работает по специальности логопед, профвредностей не имела. Питание регулярное, качественное. Жилищно – бытовые условия удовлетворительные.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, необильные, безболезненные, б –3, р – 2, м\а – 1.

Перенесённые заболевания: детские инфекции, 1968 год – тонзилэктомия, хронический поверхностный гастрит с 1991 года, 1999 год – ампутация матки.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез сенная лихорадка.

Вредные привычки: нет.

***НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.***

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, телосложение среднее, нормостеническое, степень упитанности умеренная.

Температура тела 36,8 с, рост 170 см, вес 70 кг.

Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, сухие. Конъюнктива век и склеры без изменений. Высыпаний на коже нет. Эластичность кожи нормальная, волосяной покров выражен нормально, оволосение по женскому типу. Ногти на руках и ногах не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка развита о, равномерно. Толщина кожной складки на уровне угла лопаток 2см, отёков нет.

Прощупываются мелкие, около 2мм, подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы – единичные, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Околоушные, шейные, ярёмные, надключичные, локтевые, паховые - не прощупываются. Кожа над указанными группами лимфатических узлов не изменена (отсутствуют отёк, покраснение, деформация, изъязвление кожи).

Мышечная система - жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - хорошее, атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не наблюдается. Болезненности при ощупывании мышц не отмечается. Тонус мышц нормальный, мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костная система - жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформации, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

Суставы – жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменения околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранён. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

Щитовидная железа не визуализируется и не пальпируется.

Обе молочные железы развиты правильно, выделений из соска нет, при пальпации патологических образований в них не определяется.

***ОГАНЫ ДЫХАНИЯ.***

Жалоб нет. Дыхание через нос свободное, ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют, обоняние сохранено. Болей у спинки и корня носа, на местах проекций лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается. Гортань - жалоб нет. Голос громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы. При ощупывании области гортани болезненности не определяется. Форма грудной клетки –коническая. Над- и подключичные ямки правая и левая выражены умеренно, одинаковы справа и слева, эпигастральный угол острый. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки не отстают от грудной клетки. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания - брюшной. Частота - 18 в минуту. Ритм дыхания правильный. Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и 6 ребер спереди:

* при спокойном дыхании: 101 см
* при максимальном вдохе: 103 см
* при максимальном выдохе: 99 см

**Перкуссия лёгких.**

*Сравнительная перкуссия*. При сравнительной перкуссии лёгких в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

*Топографическая перкуссия***.**

Высота стояния верхушек.

 справа слева

спереди 3 см выше 3 см выше

 уровня ключицы уровня ключицы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сзади на уровне остистого отростка на уровне остистого отростка

 7 шейного позвонка 7 шейного позвонка

Нижние границы лёгких.

Топографические

линии справа слева

окологрудинная 5 межреберье -------

среднеключичная 6 ребро -------

передняя подмышечная 7 ребро 7 ребро

средняя подмышечная 8 ребро 8 ребро

задняя подмышечная 9 ребро 9 ребро

лопаточная 10 ребро 10 ребро

околопозвоночная остистый отросток остистый отросток

 11 грудного позвонка 11 грудного позвонка

Подвижность нижних краёв лёгких.

Топографические

линии справа слева

 на на сум- на на сум-

 вдохе выдохе марно вдохе выдохе марно

средне- 2 2 4 -- -- --ключичная

средняя 3 3 6 3 3 6 подмышечная

лопа- 2 2 4 2 2 4

точная

**Аускультация лёгких.**

При аускультации лёгких над лёгкими определяется везикулярное дыхание.

Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется.

Бронхофония - одинакова с обеих сторон.

***СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ.***

Жалоб нет.

При осмотре сосудов шеи отмечается набухание вен, слабая пульсация сонных артерий. Грудная клетка в области сердца не изменена, сердечного горба нет. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье по среднеключичной линии, не разлитой, не усиленный, умеренно резистентный. Сердечный толчок не определяется. Пульсации в эпигастральной области нет.

**Перкуссия сердца.**

*Границы относительной тупости сердца:*

Правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье;

левая: на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье;

верхняя: в 3 межреберье по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Поперечник относительной тупости сердца: 3 + 10 = 13 см

*Границы абсолютной тупости сердца:*

правая: левый край грудины;

левая: 2 см кнутри от левой среднеключичной линии;

верхняя: на уровне 4 ребра.

Поперечник абсолютной тупости сердца: 5 см

Правая и левая границы сосудистого пучка расположены во 2 межреберье по соответствующим краям грудины.

Поперечник сосудистого пучка: 5 см

**Аускультация сердца.**

Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС 68 уд/мин, ритм правильный.

**Исследование сосудов**.

Жалоб нет. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии мягкие, не извитые с эластичными стенками. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный. Частота - 68 уд/мин, дефицита пульса нет, наполнение удовлетворительное, ненапряжённый, нормальной формы, капиллярный пульс не определяется, АД 130/80 мм рт. ст. При осмотре, пальпации и аускультации вен патологических изменений не обнаружено. При аускультации сонных, бедренных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявлены.

***ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.***

Жалоб нет.

Аппетит средний, отвращений к пище нет, динамики веса нет, жажда не усилена, вкусовые ощущения не изменены, пищу прожёвывает хорошо, болей при жевании не отмечает, глотание свободное безболезненное.

*Осмотр полости рта.*

запаха нет; слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба нормальной окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют; дёсны не кровоточат; язык нормальной величины и формы, влажный, не обложен; нитевидные и грибовидные сосочки выражены достаточно хорошо; зев нормальной окраски; нёбные дужки хорошо контурируются; миндалины не выступают за нёбные дужки; слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность гладкая. Склеры нормальной окраски.

*Осмотр живота.*

живот нормальной формы, симметричный, коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены; патологической перистальтики нет; мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания; ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют. В ответ на кашель усиление болей в эпигастрии не происходит. Окружность живота 80 см.

*Ориентировочная перкуссия живота.*

Определяется тимпанит различной степени выраженности, притупления в отлогих местах живота не отмечается.

*Ориентировочная поверхностная пальпация живота.*

Болезненности нет; симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При исследовании “слабых мест” передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не образуется.

*При глубокой методической скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско-Василенко:*

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae sinistra на протяжении 15см., цилиндрической формы, диаметр - 2см., плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность в пределах 3-4 см., безболезненная, не урчащая; слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae dextra в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягко-эластичной консистенции, диаметр 3-4 см., слегка урчащего при пальпации. Остальные участки кишечника пропальпировать не удалось.

*Пальпация желудка и определение его нижней границы:*

- методом перкуссии, методом стетоакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка.

- методом глубокой пальпации большой кривизны желудка, методом шума плеска нижнюю границу желудка определить не удалось.

- малая кривизна и привратник не пальпируются; шум плеска справа от срединной линии живота (симптом Василенко) не определяется.

*Аускультация живота.*

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Определение границ абсолютной печёночной тупости.*

Методом перкуссии определяется:

верхняя граница - по правой передней подмышечной линии - 7 ребро

 по правой среднеключичной линии - 6 ребро

 по правой окологрудинной линии - 5 ребро

нижняя граница

по правой передней подмышечной линии – 3 см книзу от 10 ребра. по правой среднеключичной линии - 5 см. книзу от рёберной дуги

по правой окологрудинной линии - 6 см. книзу от рёберной дуги

по передней срединной линии - 10 см. книзу от основания

 мечевидного отростка

левая граница печёночной тупости выступает за окологрудинную линию по краю рёберной дуги на 2см.

размеры печёночной тупости:

по правой передней подмышечной линии - 16 см,

по правой среднеключичной линии - 16 см

по окологрудинной линии - 14 см

по передней срединной линии - 14 см

косой размер (по Курлову) - 10 см

печень не пальпируется; желчный пузырь не пальпируется; болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря отсутствует, симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси –отрицательные.

*Перкуссия селезенки.*

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости:

верхняя - на уровне 9 ребра;

нижняя - на уровне 11 ребра.

передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.

размеры селезеночной тупости: поперечник - 6 см; длинник - 8 см.

Селезенка не пальпируется.

*Исследование поджелудочной железы.*

Поджелудочная железа не пальпируется; болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена отсутствует; симптом Мейо - Робсонаотрицательный.

*Исследование прямой кишки.*

При осмотре заднего прохода мацерация, гиперемия кожных покровов перианальной области отсутствует. При пальцевом исследовании: тонус сфинктера нормальный, отсутствие опухолей, воспалительных инфильтратов, уплотнённых геморроидальных узлов. Предстательная железа нормальной формы, консистенции и размеров, безболезненна.

***ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.***

Жалоб нет; при осмотре области почек патологических изменений не выявляется; почки не пальпируются; болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует; симптом поколачивания (симптом Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон; мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сплетением; мочеиспускание свободное, безболезненное 4 – 6 раз в сутки.

***НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.***

1. **Сознание** ясное. Ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Критика сохранена. Больная контактна. Возможность говорить и понимать разговорную речь не нарушена. Расстройств памяти и внимания не наблюдается. Сон в норме. Рвоты нет. Головная боль см. Эпилептический синдром отсутствует.
2. **Двигательная сфера**: атрофий и фасцикуляций нет, походка нормальная, отклонение при ходьбе не наблюдается. Активные движения сохранены. Мышечная сила достаточная во всех группах мышц. Пассивные движения сохранены в полном объёме. Мышечный тонус не изменён. Гиперкинезов не наблюдается. Сопутствующие движения отсутствуют.
3. **Рефлексы**. Рефлексы – норма. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов Бабинского, Оппенгейма не выявлено.
4. **Оценка координации**. В позе Ромберга больной устойчив как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Пальце – носовая и пяточно – коленная пробы удовлетворительные. Гиперметрии, дизметрии нет. Адиадохокинез норма. Симптом отсутствия обратного толчка отсутствует. Горизонтального и вертикального нистагма не выявлено.
5. **Чувствительная сфера**. Болей и парестезий не отмечается. Болезненности нервных стволов нет, при пальпации болевых точек болезненности не выявлено. Симптомы Ласега и Мацкевича отрицательные. Экстероцептивная чувствительность сохранена. Проприоцептивная чувствительность сохранена. Двумерное пространственное чувство и стереогноз в норме.
6. **Черепно-мозговые нервы**:

I пара – обоняние сохранено в полном объёме.

II пара – нарушений нет.

III, IV, VI пара – глазные щели одинакового размера. Птоза нет. Движения глазных яблок в полном объёме. Косоглазия, диплопии и паралича взора не наблюдается. Анизокории не обнаружено. Прямая и содружественная реакция на свет сохранена. Спазма и паралича аккомодации не отмечается. Конвергенция в норме. Симптом Горнера не выявлен. Экзофтальм, энофтальм отсутствует.

V пара – все виды чувствительности лица, языка, слизистых сохранены, болезненности нервных стволов нет. Поли - и парестезии в области лица не выявлено. Спазма и атрофии жевательной мускулатуры не наблюдается, движения нижней челюсти в полном объёме. Корнеальный и конъюнктивальный рефлекс сохранены.

VII пара – ассиметрии лица не наблюдается. Носогубные складки в покое и при оскаливании равномерны. Углы рта на одном уровне, не опущены. Складки лба при наморщивании лба не сглажены. При зажмуривании глазные щели полностью смыкаются. Лагофтальма и слёзотечения не наблюдается.

VIII пара – со стороны слуха изменений не отмечается. Головокружений нет.

IX, X пара – рефлексы мягкого нёба сохранены. Дисфонии и дисфагии нет.

XI пара – поднимание плеч и повороты головы осуществляются в полном объёме, атрофий и фасцикуляций нет.

XII пара – движения языка в полном объёме, отклонения при высовывании не наблюдается, атрофии мышц языка и фибриллярных подёргиваний нет.

1. Менингеальных симптомов нет.
2. Тазовых расстройств не обнаружено.
3. У больной выявлен миофасциальный синдром на перикраниальном уровне, больше справа.

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

Хроническая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных шейных мышц, приступообразные цервикогогенные головные боли.

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

1. Общие анализы крови и мочи.

2. Биохимический анализ крови.

3. ЭКГ.

4. РЭГ.

5. УЗДГ.

6. Консультации окулиста.

7. Ro графия шейного отдела позвоночника.

***Данные лабораторных и дополнительных методов исследования.***

Биохимический анализ крови.

Общий белок 7,6 г%

Альбумин 5,0 г%

Креатинин 1,0 мг%

Неорган. Фосфор 3,6 мг%Р

Глюкоза 90 мг%

Азот мочевины 16 мг%

Общий билирубин 0,4 мг%

Прямой билирубин 0,2 мг%

Общий анализ мочи.

Цвет жёлтый

Реакция кислая

Удельный вес 1015

Прозрачность полная

Белок нет

Сахар нет

Ацетон нет

Лейкоциты 1-2 в п. зр.

Эритроциты нет

Цилиндры нет

Слизь немного

Бактерии нет

Общий анализ крови.

WBC 13.9\*10 3

RBC 5.24\*10 6

HGB 14.7 g/dl

HCT 44.7 %

PLT 259\*10 3

Электрокардиограмма.

Ритм синусовый, вертикальное положение оси сердца, ЭКГ без существенных отклонений от нормы.

Рентгенография шейного отдела позвоночника

Определяется сглаженность лордоза, остеохондроз С5 – С6, с задними остеофитами, гипертрофия поперечных отростков С7. На функциональных р.г. определяется нестабильность С3 – С4.

Реоэнцефалография.

Пульсовое кровенаполнение в системе сонных и позвоночных артерий в пределах нормы. Периферическое сопротивление в пределах нормы. Признаки венозной дисфункции. При проведении функциональных проб с поворотами и наклонами головы пульсовое кровенаполнение снижено в бассейне обеих позвоночных артерий.

***КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.***

Основное заболевание: Хроническая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных шейных мышц, приступы цервикогогенных головных болей.

***ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.***

Диагноз ставится на основании данных анамнеза – начало болей в 38 лет, также характерно, что данное заболевание чаще встречается у женщин. Больная страдает головными болями на протяжении последних 15 лет, что говорит о хроническом течении заболевания. Продолжительность приступов за эти 15 лет возросла с 24 часов до 5 суток. Для хронического течения данного заболевания также характерно высокая частота приступов – 3 приступа в месяц. Боль двусторонняя, часто затылочная, боль не усиливается при физической активности, носит распирающий, давящий характер, часто возникает ощущение обруча, стягивающего голову. Сопровождающие приступ рвота, онемение в кончиках пальцев, нехватка воздуха, сердцебиение, заложенность ушей также характерны для данного заболевания. О вовлечении шейных перикраниальных мышц свидетельствует тот факт, что значительное облегчение во время приступа приносит массаж шейной области. Хронизации заболевания у данной больной видимо способствовала патология шейного отдела позвоночника, выявленная на рентгенограмме.

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.***

Проводится с: мигренью, кластерной головной болью и пароксизмальной гемикранией.

Дифференциальный диагноз с мигренью. Мигрень манифестирует чаще в подростковом возрасте, продолжительность приступов – 12 – 24 часа, локализация головной боли односторонняя, лобно-височная или глазничная, началу приступа нередко предшествует «аура».

Дифференциальный диагноз с кластерной головной болью. Продолжительность кластерной головной боли 45 – 90 минут, возникает 1 – 3 приступа в сутки на протяжении 6 – 8 недель, она строго односторонняя, периорбитальная (глазнично-височная), боль сверлящая, сопровождается инъекцией склер, заложенностью носа, ринореей, слезотечением, синдромом Горнера, моторным возбуждением.

Дифференциальный диагноз с пароксизмальной гемикранией. Продолжительность приступа при пароксизмальной гемикрании 15 – 120 минут, возникает 4 – 30 приступов в сутки, боль односторонняя, периорбитальная, сверлящая, сопровождается инъекцией склер, заложенностью носа, ринореей, слезотечением, синдромом Горнера, моторным возбуждением.

***ЛЕЧЕНИЕ.***

1. сермион 5 мг 1т х 3р в день
2. амитриптилин 25 мг 1т х 3р в день
3. индометацин 25 мг 1т х 3р в день
4. sol. Vit B1 1.0 в/м
5. sol. Ac. Nicotinici 1.0 в/м