**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст: 76 лет

Пол: мужской

Профессия: УВОВ, инвалид I гр.

Место жительства: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Время поступления в клинику: 25 февраля 2003 года

Диагноз при поступлении: отдаленные последствия перенесенного энцефаломиелополирадикулоневрита

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Больной жалуется головные боли, боли в плечевых суставах, на неспособность самостоятельно ходить, на боли в ногах, на уровне от середины бедра до дистальных частей обеих конечностей. Боли постоянные, жгучего характера, интенсивные, не имеющие связи со временем суток. Слабость в нижних конечностях выражается в отсутствии движений дистальных частей. Больной предъявляет жалобы также на ухудшение зрения, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, недержание мочи.

**ANAMNES MORBI**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больным с 1964 года, когда впервые стал отмечать некоторые дискомфортные ощущения в носках обеих ног, которые со временем стали подниматься выше, до уровня средней трети голени. К врачу не обращался. В этом же году больной был направлен в госпиталь для прохождения планового медицинского осмотра. Со слов больного, при явке в госпиталь, когда он шел по коридору он ощутил слабость в ногах, его «зашатало и повело вправо» (считает, что повело вправо из-за нарушений вестибулярного аппарата). В госпитале было выполнено обследования больного и проведена диагностическая пункция спинномозговой жидкости. Был выставлен диагноз – инфекционно-аллергический энцефало-миелополирадикулоневрит и проведено лечение. После лечения больному стало лучше, после чего был выписан, далее последовало увольнение из вооруженных сил бывшего СССР, и больной был отправлен на пенсию.

В этом же 1964 году вернулся к семье в Новгород. В 1978 году, находясь дома, ощутил неприятное жжение в дистальной части обеих ног, после стал отмечать вновь слабость и боли «как будто горят» в ногах. Боли носили неприятный, жгучий характер, одинаковой интенсивности, усиливающиеся на холоде. С 1982 обратился к невропатологу и с того же года находиться на постоянном наблюдении у врача и проходит курсы стационарного лечения один раз в год. В 1983 году отказала правая нога, потом резко и левая, с тех пор больной не может самостоятельно ходить.

**ANAMNES VITAE**

*Краткие биографические данные:* родился 27 сентября 1926 года в Вологодской области, в семье из 6 человек. Родители долгожители. Рос и развивался соответственно возрасту. Закончил 7 классов средней школы и поступил в Челябинское военное училище, где проучился один год. Затем в 1944 году был направлен на фронт, где пробыл до 1945 года. На фронте получил легкие ранения, одну контузию. Затем был дислоцирован на дальний Восток, где месяц провоевал с японцами. Там был оставлен на службе. Семейное положение: женат. *Питание:* регулярное, хорошее, недостатка не отмечает. *Привычные интоксикации:* алкоголь употребляет по праздникам и после каждой пенсии (не много), курит сигареты с 17 лет, на данный момент выкуривает по 1 пачке «Космоса» за 2 дня. *Аллергологический анамнез:* аллергических реакции (сыпь) на витаминные лекарственные препараты группы В1 и В12. Аллергических реакций на фрукты, пыльцу растений и животные аллергены больной не отмечает. *Наследственность:* наследственные заболевания отрицает, считает наследственность хорошей, делает акцент на долгожитие родителей. Специфических заболеваний родителей отрицает. *Перенесенные заболевания:* детские инфекции: скарлатина, коклюш, ангина. В 1950 году – аппендэктомия. 1953 год – операция по поводу грыжи пупочного кольца. В 1983 году перенес оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни желудка с 1978 года, гастроэктомия 2/3 желудка. Туберкулез, сифилис, тифы, психические заболевания, злокачественные новообразования отрицает. Гемотрансфузий ранее не проводилось. За последние 6 месяцев с температурящими больными не контактировал. *Бытовой анамнез:* жилищно-бытовые условия удовлетворительные - теплая благоустроенная квартира из 3 комнат. Численность семьи - 3 человека, проживает с женой и внуком.

*Сопутствующие заболевания:* ХНЗЛ; хронический обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность I-II ст., эмфизема легких. Хронический простатит, аденома предстательной железы. Церебральный атеросклероз в состоянии с артериальной гипертензией.

**ОБЬЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**STATUS PRAESENT**

*Общий осмотр:* состояние больного относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение пассивное. Телосложение нормостеническое, питание хорошее. Толщина кожной складки у реберной дуги составляет 1 см. Рост 184 см, вес 88кг.

*Оценка статуса питания:*

Индекс Брокка = масса тела (в кг)

  рост (см) - 100

Индекс Брокка = 88:(184-100)=1,05 (N=0,9-1,1)

Индекс телесной массы (Кетле):

ИТМ=масса(кг)/рост(м)2 (N=20,05-25 для мужчин) Индекс Кетле = 88:3,68=23,9

Величина индекса Брокка в норме (1,06); величина индекса Кетле в пределах нормы (23,9). Данные величины индекса Брокка и Кетле свидетельствуют об адекватности питания.

Форма шеи обычная, контуры ровные. Щитовидная железа не определяется. Пальпируется ее перешеек однородной, мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими ткаными.

Кожные покровы бледного цвета, сухие, тургор снижен. Видимые слизистые: розового цвета. Ногти: розового цвета, ломкие. Волосистая часть головы: волосы сухие, ломкие, выпадают.

Подкожно-жировая клетчатка: развита хорошо. Подкожно-жировая клетчатка при пальпации безболезненна, однородной консистенции, отеков и пастозности нет.

 Лимфатические узлы: подмышечные, паховые, бедренные, подчелюстные справа и слева пальпируются как эластичные, 1см в диаметре безболезненные, не спаянные с кожей образования.

Мышцы на нижних конечностях (ниже коленного сустава) атрофичны (при пальпации дряблые), мышцы туловища хорошо развиты, без изменений. Верхние конечности хорошо развиты, мышцы при пальпации упругие, безболезненные. У больного отмечаются подчеркнутые височные ямки, дряблость кожи лица, легкая гипомимия, голос соответствует полу и возрасту. Также наблюдается парез стоп вследствие поражения и атрофии перонеальных мышц. Форма костей скелета правильная, без утолщений и болезненности при пальпации. Суставы подвижные, безболезненные. Объем пассивных движений в суставах полный. При осмотре позвоночника видимых деформаций не обнаружено, наблюдается ограничение движений в поясничном отделе, выраженная болезненность при перкуссии по остистым отросткам пояснично-крестцового отдела, при нагрузке.

**Система органов дыхания:**

*осмотр*

Дыхание через нос свободное. Голос тихий. Форма грудной клетки нормостеническая. Над- и подключичные ямки сильно выражены. Эпигастральный угол острый. Лопатки и ключицы не выступают.

Грудная клетка: симметрична, поперечные размеры несколько преобладают над переднезадними.

Тип дыхания брюшной, обе половины одинаково участвуют в дыхании. ЧД - 16/мин. Дыхание поверхностное, ритмичное.

*пальпация*

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Голосовое дрожание одинаково в симметричных отделах легких справа и слева.

*перкуссия легких*:

Сравнительная перкуссия: перкуторный звук ясный легочный в обоих легких, в нижних отелах справа выявляется притупление.

Топографическая перкуссия:

Верхняя граница легких:

Высота стояния верхушек спереди над ключицей:

 слева: справа:

 3см 3 см (N=3-4 см)

Высота стояния верхушек сзади: на уровне 7 шейного позвонка

нижняя граница легких слева: справа:

по окологрудинной линии - 6р

по среднеключичной линии - 6р

по передней подмышечной линии 7р 7р

по средней подмышечной линии 8р 8р

по задней подмышечной 9р 9р

по лопаточной линии 10р 10р

по околопозвоночной линии: на уровне ост. отростка 11 грудного позвонка

Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое легкое | Левое легкое | Суммарное знач. |
| вдох | выдох | вдох | выдох | правое  | Левое |
| l. medioclavicularis | 2 см | 2 см | -- | -- | 4 см | -- |
| l. axillaris media | 3 см | 3 см | 3 см | 3 см | 6 см | 6 см |
| l. scapularis  | 2 см | 2 см | 2 см | 2 см | 4 см | 4 см |

ширина полей Кренига: 5см (N=3-8 см)

*аускультация:*

Дыхание жесткое, в нижних части обоих легких слабо выслушивается. Из побочные дыхательные шумов выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Бронхофония одинакова с обеих сторон, в нижних отделах легких ослаблена.

**Система органов кровообращения:**

*осмотр.*

Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

*пальпация.*

Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева от среднеключичной линии. Площадь ограниченная, 1,5см2. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зон гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено.

Пульсация височных артерий и дистальных артерий верхних конечностей сохранена, на нижних конечностях ослаблена с обеих сторон.

*перкуссия.*

1. относительная тупость сердца

границы относительной тупости сердца: верхняя - 3-е межреберье

левая- на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии по 5-му межреберью

правая- по правому краю грудины 4-е межреберье

поперечник относительной тупости сердца 13,5 см

ширина сосудистого пучка 7см

2. границы абсолютной тупости сердца:

правая: по левому краю грудины

левая: на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии по четвертому межреберью

верхняя: по четвертому межреберью

ширина абсолютной тупости сердца 9.5 см

конфигурация сердца митральная

*аускультация.*

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Сердечные сокращения аритмичные, ЧСС 62/мин. Тоны сердца глухие, не расщеплены, приглушены. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого.

Артериальное давление на момент осмотра 160/90 мм рт. ст. одинаково на обеих руках.

**Система органов пищеварения:**

*осмотр:*

Полость рта влажная, слизистая розового цвета, блестящая. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных и разрушенных зубов нет. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Губы не изменены. Язык обложен белым налетом у корня. Миндалины не выступают за пределы небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен. Голос соответствует полу.

При осмотре живот мягкий, болезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Окружность живота на уровне пупка 95 см. Толщина кожной складки на животе 3-4 см. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяется. По средней линии живота, по белой линии выше и ниже пупочного кольца имеется бледно-розовый рубец длиной 24 см, несколько возвышающийся над поверхностью кожи (после произведенной в 1983 году резекции желудка по поводу язвенной болезни). Справа в области проекции подвздошной ямки имеется мягкий эластичный рубец, вследствие перенесенной аппендэктомии в 1953 году.

*перкуссия*

При перкуссии определяется характерный тимпанит кишечника.

Перкуссия печени по Курлову:

по правой серединно-ключичной линии - 10см

по передней серединной линии - 9 см

по краю левой реберной дуги- 8 см

Перкуссия селезенки:

по левой средней подмышечной линии:

верхняя – 9 ребро

нижняя – 11 ребро (ширина притупления 6 см)

края селезенки на уровне 10 ребра:

задний - по лопаточной линии

передний - по передней подмышечной (длина притупления 8см);

*пальпация.*

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя и Блюмберга-Щеткина отрицательные. Кожных зон гиперестезии не обнаружено.

Кишечник: при глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом флангах живота в виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром до 2 см. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области не пальпируется вследствие выраженного рубцового изменения передней брюшной стенки и спаечного процесса. Пальпация желудка затруднена по аналогичной причине. Шум плеска над желудком натощак методом перкуссии не выявляется. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа не пальпируются.

Печень: нижний край не выступает за пределы реберной дуги; край острый, ровных контуров, мягкой консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не определяется, пальпация его проекции безболезненна.

Селезенка: в положениях на спине и на боку не пальпируется.

**Система половых органов:**

Вторичные половые признаки выражены удовлетворительно: оволосение по мужскому типу, форма сосков округлая, половые ораны без видимых изменений.

**Система органов мочеотделения:**

*осмотр.*

При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено. Наличие выбуханий в надлобковой области не обнаружено. Симптом поколачивания области почек отрицательный с обеих сторон. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек (верхних и нижних) с обеих сторон безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется. Отмечается нарушения акта мочеиспускания в форме недержания мочи.

*аускультация:*

При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

**Эндокринная система:**

Щитовидная железа не пальпируется, перешеек мягкоэластичной консистенции, безболезненный, пальпируется на уровне перстневидного хряща трахеи. Пропорциональность длины отдельных частей тела не нарушены.

**Неврологический статус**

**Психический статус:**

Сознание ясное, больной ориентируется в пространстве и времени. Поведение при обследовании доброжелательное, спокойное, больной контактен. Отношение к своему заболеванию спокойное, адекватно воспринимает свое состояние. Эмоциональная сфера не нарушена, улыбается, если не понимает вопроса, хмурится, прислушивается. Страдает нарушением памяти, особенно на последние события. Плохо помнит свое состояние на момент начала заболевания, ссылаясь на давность событий (более 30 лет назад).

**Высшие корковые функции:**

**Рецептивная речь**: больной хорошо понимает предлагаемые слова, объясняет их смысл, показывает названные предметы правильно, выполняет простейшие задания (дайте ручку, покажите на ложку). Различает близкие фонемы (ба-па, ло-мо, да-та). Смысл умышленно извращенных слов (например, птул, допаты, пвойник) понимает верно. Правильно понимает логико-грамматические структуры и хорошо дифференцирует падежные окончания (т. е. выполняет следующие задания - покажите ручкой карандаш, покажите карандашом ручку и др.). Понимает и выполняет осмысленные инструкции (по просьбе прикасается пальцем к уху и др.). Правильно объясняет смысл пословиц и поговорок.

**Моторика речи**: речь правильная, спонтанная, без затруднений. Повторяет отдельные слоги, короткие слова, простые фразы правильно. Показываемые предметы называет правильно, без ошибок. Рядовая и автоматизированная речь не нарушена: больной довольно свободно перечисляет дни недели, месяцы года, хорошо считает. После чтения в газете небольшого рассказа больной его пересказал (при пересказе у больного встречались ошибки в содержании рассказа). Из предложенного набора слов составляет правильные осмысленные фразы.

**Лексия**: вслух читает без ошибок, достаточно бегло, правильно осмысляет прочитанное, пересказывает содержание. Правильно понимает смысл написанных фраз и слов: может объяснить. На бессмысленные фразы и фразы с грамматическими ошибками реагирует адекватно: вносит грамматические и смысловые исправления.

**Калькулия**: записывает под диктовку и прочитывает записанные одно- и многозначные числа. Правильно воспроизводит таблицу умножения. Вычитает и складывает простейшие однозначные числа.

**Праксис**: больной умывается, причесывается, одевается самостоятельно. Правильно выполняет простейшие движения: наморщивает лоб, зажмуривает глаза. С реальными предметами манипулирует правильно (наливает воду в чашку, заправляет постель). Правильно подражает показным действиям. Выполняет без ошибок следующие действия: как погрозить пальцем, как пить воду из стакана, как забить гвоздь и др. Предлагаемый газетный рисунок, разрезанный на 8 частей, складывает правильно.

**Гнозис**: узнавание окружающей среды по чувствственным восприятиям не нарушено. Больной узнает лицо лечащего врача, лицо соседа по палате, правильно определяет предметы по их характерному звуку (часы, машина, собака), определяет предметы ощупыванием с закрытыми глазами правильно. Аутотопогнозия не нарушена: больной хорошо ориентируется в отношении своих конечностей. По заданию показывает правой рукой левое ухо, левой рукой - правую ногу и др.

Вывод: в состоянии высших корковых функций отклонений не выявлено.

**Функции черепных нервов:**

**I пара.** Обоняние. Запах ароматического вещества больной воспринимает правильно с правой и левой стороны. Аур и обонятельных галлюцинаций нет.

**II пара.** Зрение. Острота зрения, исследованная с помощью таблицы Сивцева на расстоянии 6 м справа и слева -1,75/-2,5. Ориентировочно поля зрения без изменений. Цветоощущение не нарушено: цвета предлагаемых предметов определяет правильно. Исследование глазного дна: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы OD четкие, OS - определяются с носовых сторон. Артерии нормального калибра, сетчатка прозрачна.

**III,IV,VI пары.** Глазные щели равномерные (отмечается легкий двусторонний птоз). Форма зрачков круглая, величина правого и левого зрачка одинаковая. Зрачковые реакции на свет: прямая и содружественная не нарушены. Конвергенция возможна при приближении молоточка на расстоянии 5 см. Синдром Аргайла-Робертсона (прямой и обратный) отрицательный (зрачки реагируют на свет при сохранной аккомодации и конвергенции). Объем движения глазных яблок полный. Стробизма, диплопии, энофтальма и экзофтальма, миоза, мидриаза, нистагма не выявлено.

**V пара**. Объем болевой, температурной, тактильной чувствительности в зонах иннервации тройничного нерва слева - на лице, волосистой части головы в лобно-теменной области по ветвям и сегментам (зоны Зельдера), на языке не изменен. Справа – выявляется гипестезия в зоне иннервации III ветви тройничного нерва. Пальпация супра-, инфраорбитальных, ментальных точек безболезненна. Объем движений нижней челюсти полный. Статическая сила жевательной мускулатуры - 4 балла, динамическая сила жевательной мускулатуры - 4 балла. Тонус жевательных мышц в норме. Корнеальный (справа и слева), конъюнктивальный (справа и слева), нижнечелюстной - рефлексы живые.

**VII пара.** Лицо симметричное, брови на одном уровне, глазные щели одинаковой ширины, носогубные складки умеренно выражены, симметричны. Объем движения мимической мускулатуры полный: больной нахмуривает лоб, показывает зубы, надувает щеки, зажмуривает глаза. Сила мимической мускулатуры 3 баллов: больная с трудом зажмуривает глаза и слабо напрягает круговую мышцу рта. Надбровный и роговичный рефлексы живые справа и слева. Слезотечение из глаз, гиперакузия отсутствуют. Вкусовая функция передних 2/3 языка сохранена: больной хорошо различает вкус сладкого, горького, соленого и кислого при нанесении их на соответствующие участки языка справа и слева.

**VIII пара:**

Вестибулярная порция: наличие системных головокружений, тошноты, рвоты, непереносимости транспорта больной отрицает. Спонтанный нистагм в вертикальном и горизонтальном положении не выявляется. Позу Ромберга провести невозможно (нижняя параплегия). Динамической атаксии не выявлено по аналогичной причине.

**IX-X пары:** Мягкое небо равномерно свисает, при фонации равномерно поднимается. Глоточные рефлексы живые. Глотание не нарушено. Гипофонации и осиплости голоса нет. Вкус задней 1/3 языка не нарушен: больной хорошо различает вкус сладкого, горького, соленого и кислого при нанесении их на соответствующие участки языка справа и слева.

**XI пара:** Положение головы в вертикальном и горизонтальном положении не изменено. Атрофия трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцы не наблюдается. Больной удовлетворительно выполняет пожимание плечами, поднимание рук выше горизонтальной линии. Объем активных движений при поворотах головы, при поднимании плеч, при сближении лопаток – нормальный, ограничений в движениях нет. Статическая сила мышц шеи 5 балла. Динамическая сила мышц шеи 5 балла.

**XII пара:** Объем движений языка полный, при высовывании язык расположен по средней линии, девиации не наблюдается. Артикуляция речи удовлетворительная. Фибрилляций, подергиваний языка не обнаружено.

Вывод:поражений ядер черепных нервов и их корковых представительств не выявлено, гипестезия III ветви тройничного нерва справа.

#### Двигательные функции

Осмотр: у больного выявляется выраженная гипотрофия и гипотония мышц преимущественно дистальных отделов нижних конечностей (перинеальных и тибиальных групп мышц голеней, мышц стоп). При осмотре фибриллярных и фасцикулярных подергиваний в мышцах не выявляется.

Походка: парапаретическая, больной перемещается ходит на костылях.

Активные движения: в суставах верхних конечностях – в полном объем; нижних конечностях: в тазобедренном суставе – в полном объеме без ограничений, в коленном – в полном, в голеностопном суставе – активные движения отсутствуют. Скорость выполнения активных движений в конечностях и позвоночнике удовлетворительная.

Сила мышц:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сила мышц | Статическая, в баллах | Динамическая, в баллах |
| Мышцы плечевого пояса | 5  | 5 |
| Мышцы плеча | справа 5 | Слева 5 | справа 5 | слева 5 |
| Мышцы предплечья | справа 5 | Слева 5 | справа 5 | слева 5 |
| Мышцы пальцев | справа 5 | Слева 5 | справа 5 | слева 5 |
| Мышцы бедра | справа 4 | Слева 4 | справа 4 | слева 4 |
| Мышцы голени | справа 1 | Слева 1 | справа 1 | слева 1 |
| Мышцы пальцев стопы | справа 0 | Слева 0 | справа 0 | слева 0 |
| Мышцы шеи | 5 | 5 |

Проба Барре: больной в положении сидя удерживает обе руки на одном уровне в горизонтальном положении 35 сек, в положении лежа - удерживает согнутые в тазобедренных суставах бедра под углом в 450 в течении 50 сек. Выявлен легкий парез бедренных мышц нижних конечностей. Синкинезии: физиологические (напряжение мышц туловища при кашле и чихании) сохранены в полном объеме, патологических синкинезий, насильственных движений не выявлено. При осмотре больного, общении гиперкинезы не выявляются. Больной подвижен в постели, лицо несколько гипомимично, ходьба резко затруднена из-за выраженной атрофии мышц нижних конечностей (ходит с помощью костылей). Тонус мышц голени и стоп снижен: при пальпации - мышцы конечностей дряблые, гипотоничные, холодные. Симптомы «перочинного ножа» и «зубчатого колеса» не выявляются.

Координация движений: *пальце-носовая проба* – выполняет не четко. Интенционного тремора при выполнении пробы не выявлено; *указательная проба* - выполняет не точно; *пяточно-коленная проба* – не выполняет. Дисметрия: *проба на гиперметрию* - гиперметрии не выявлено. *Адиадохокинеза* не выявлено. Гипомимия. Речь плавная, спонтанная, не затруднена.

Вывод: грубые нарушения стато-динамических функций, нижний вялый парапарез в дистальных отделах нижних конечностей.

#### Рефлексы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название рефлекса | **DEXTER** | **SINISTER** |

***ПЕРИОСТАЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Надлопаточный |  D=S |
| С шиловидных отростков лучевой и локтевой костей | D=S |

***СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Бицепс-рефлекс | D=S |
| Трицепс-рефлекс | D=S |
| Коленный | D<S |
| Ахиллов | abs, гипорефлексия |

***КОЖНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Брюшные:верхнийсреднийнижний | D=S, живые |
|  Подошвенные | D=S, арефлексия |

***ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ***

КИСТЕВЫЕ

гомологи стопных сгибательного типа

|  |  |
| --- | --- |
| Россолимо-Вендеровича |  Отсутствует |
| Жуковского | Отсутствует |
| Тремнера | Отсутствует |
| Якобсона-Ласка | Отсутствует |
| Бехтерева | Отсутствует |

СТОПНЫЕ

сгибательные

|  |  |
| --- | --- |
|  Россолимо | Справа |
| Бехтерева | Отсутствует |
|  Пуусепа | Отсутствует |
| Жуковского-Корнилова | Отсутствует  |

СТОПНЫЕ

разгибательные

|  |  |
| --- | --- |
| Бабинского | Отсутствует |
| Оппенгейма | Отсутствует |
| Гордона | Отсутствует |
| Гроссмана | Отсутствует |
| Шеффера | Отсутствует |

***РЕФЛЕКСЫ ОРАЛЬНОГО АВТОМАТИЗМА***

|  |  |
| --- | --- |
| Сосательный | Отсутствует |
| Хоботковый | Отсутствует |
| Маринеско-Родовичи | Отсутствует |

***ЗАЩИТНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Рефлекс тройного укорочения | Отсутствует |
| С. разгибания | Отсутствует |

Вывод: снижение рефлексов коленного сухожилия справа, выпадение ахоллова - указывают на периферический вялый парапарез дистальных частей нижних конечностей с преимущественным поражением передних корешков спинного мозга на уровне L4-S2.

#### Чувствительные функции

 Жалобы на жгучие боли в нижних конечностях, ниже коленного сустава. Жалоб на парестезии, полиестезии, каузальгии, фантомные боли, гиперпатии больной не предъявляет. Пальпация болевых точек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Название болевых точек*** | ***DEXTER*** | ***SINISTER*** |
| Орбитальные | Безболезненна | Безболезненна |
| Височные(в височном углублении) | Безболезненна | Безболезненна |
|  Затылочные (середина расстояния между мочкой уха и возвышением затылочной кости) | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки Эрба | Безболезненна | Безболезненна |
| Болезненность по ходу сосудисто-нервного пучка плеча | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки грудинно-реберных сочленений | Безболезненна | Безболезненна |
| Паравертебральные точки | Безболезненна | Безболезненна |
| Болевая точка отечной лестничной мышцы | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки Валле | Безболезненна | Безболезненна |
| Точка грушевидной мышцы (пересечение медиан треугольника, в углах которого находится задняя верхняя ость подвздошной кости, большой вертел и седалищный бугор) | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки межреберных нервов (по среднеключичной, среднеподмышечной и среднелопаточной линиям) | Безболезненна | Безболезненна |
| Точка бедренного нерва  | Безболезненна | Безболезненна |

Исследование симптомов натяжения нервных стволов:

С. Нери - при пассивном сгибании головы больной боли в спине не чувствует.

С. Лассега - отрицательный. С. Вассермана - в положении больного лежа на животе при усиленном сгибании выпрямленных ног в коленных суставах болезненности на передней поверхности бедра и в паху не наблюдается. С. Мацкевича - в положении больного на животе сгибание ног в коленных суставах безболезненно. С. Дежерина - боль в спине при кашле и чихании больная не испытывает. Пассивное сгибание в голеностопном суставе вызывает боль у больного.

**Чувствительность:**

ПОВЕРХНОСТНАЯ

Тактильная: при нанесении раздражения ваткой с неравномерными интервалами на симметричные участки тела больной чувствует прикосновения к различным участкам тела одинаково;

Болевая: при нанесении раздражения попеременно острием иглы и тупым концом последовательно по сегментам и зонам кожной иннервации больной хорошо различает «тупые» и «острые» прикосновения.

Температурная: больной правильно определяет температуру пробирки словами холодно или тепло, прислоняемой к различным симметричным участкам кожи туловища, верхних конечностей, лица.

 ГЛУБОКАЯ

Суставно-мышечное чувство: при закрытых глазах больной четко определяет, какой палец исследуется, сколько пальцев исследуется, и согнуты они или разогнуты. Также хорошо определяет положение конечности (согнута или разогнута), при исследовании лучезапястных, локтевых суставов, а голеностопных, коленных суставов определяет с трудом, но точно.

 Вибрационное чувство: при установке камертона С256 на лоб, подбородок, суставы, кисти, стопы вибрацию больная ощущает одинаково на симметричных костных выступах (ощущение вибрации на кистях - до 12 сек, на стопах - до 9 сек).

Чувство давления: больная хорошо отличает прикосновение от давления и чувствует разницу в силе надавливания.

Чувство веса: больной различает разницу в весе ≈ 20-25 г (предлагались различные предметы: ручка, ложка, тетрадь, книга и др.)

СЛОЖНАЯ

Чувство локализации: больная с закрытыми глазами указывает место наносимого раздражения.

Чувство дискриминации: при исследовании на коже спины больной начинает воспринимать два укола как один на расстоянии 2,5 см, а при исследовании кожи тыльной поверхности кистей при закрытых глазах больной, воспринимает два укола как один на расстоянии 6 мм.

Двумерно-пространственное чувство: при написании на коже тыльной поверхности кистей различных фигур (волна, стрела, круг), букв (а,б,о), цифр ( от 1 до 6), больной узнает вышеперечисленные символы не четко, путается.

Стереогноз: предлагаемые для ощупывания предметы (ручка, карандаш, зубная щетка) при закрытых глазах больной описывает правильно.

**МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ**

ПРЯМЫЕ

|  |  |
| --- | --- |
|  Название симптомов |  |
| Ригидность затылочных мышц | Отсутствует |
| С. Кернига | Отсутствует |
| С. Брудзинскоговерхнийсреднийнижний | Отсутствует |

 КОСВЕННЫЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Непереносимость яркого света и громкого звука | Отсутствует |
| Скуловой с. Бехтерева | Отсутствует |

Вывод: воспаления менингеальных оболочек нет.

**Вегетативно-трофические функции**

Дермографизм: местный - парадоксальный (белый на туловище, красный на конечностях), рефлекторный дермографизм сохранен во всех рефлекторных зонах. Температура тела: при измерении в подмышечной впадине - в правой 36,7С0, в левой 36,70С; температура правой и левой кистей 35,4 0, правой и левой стопы - 34,6 С0 (снижена). Салоотделение кожи снижено, особенно на тыльной поверхности кистей и на передней поверхности кожи голеней. Кожа на ощупь сухая, тусклая, без характерного блеска. Саливация в норме.

Ортоклиностатическая проба: лежа - пульс 56, АД 90/60

 стоя - пульс 63, АД 95/65

 лежа (ч/з 3 мин) - пульс 50, АД 90/60

Проба Ашнера: при надавливании на переднебоковые отделы глазных яблок в течении 20 сек пульс замедляется на 6 уд./мин. Пролежней, трофических изменений кожи (атрофий, гиперкератоза) не наблюдается.

Функции тазовых органов:

Выявляется нарушение функций тазовых органов: недержание мочи.

#### Лабораторные и специальные методы исследования

Общий анализ мочи (26.02.03г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели: |  |
| Удельный вес | 1008 |
| Белок | 0,015 |
| Реакция | Кислая |
| Сахар  | Отриц. |
| Цвет  | Желтая  |
| Эритроциты | Нет |
| Лейкоциты | 1-2 в поле зр.  |
| Цилиндрыа)гиалб)воскв)зерн | НетНет1-0-3 |
| Эпителий  | 3-4 в поле зр. |
| Бактерии | ++ |

Общий Анализ Крови (26.02.03г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показате-ли |  |
| Гемоглобин г/л | 132 |
| Цветов. показ.  | 0,9 |
| Эритр. 1012 | 4,4 |
| Лейк. 109 | 4,9 |
| Тромбоц. 109 | 245 |
| СОЭ мм/ч | 2 |
| Лимфоциты % | 35 |
| Лейкоформула:сегм/я %п/я %мон. %Эозиноф. %Моноциты %Базофилы %Юные | 582414-- |

 Б\Х КРОВИ(26.02.03г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Общий билирубин | 10,7 мкм/л |
| АЛТ | 0,40 ммоль/час |
| АСТ | 0,15 ммоль/час |
| Холестерин  | 3,4 ммоль/л |
| Мочевина  | 4,6 ммоль/л |
| Глюкоза  | 3,7 ммоль/л |
| Креатинин  | 0,052 ммоль/л |
| Протромб. инд.  | 94% |
| Фибриноген  | 2664 мг/л |

Рентген 27.02.03г.

Пояснично-крестцовый отдел позвоночника:

Уплощение физиологического лордоза. Остеопороз. Субхондреальный склероз суставных пластинок и спондилёзные разрастания, более выраженные на уровне L1-L2.

Заключение: распространенные д/дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Флюорография 27.02.03г.

Слева на уровне II ребра единичные крупные кальцинаты. Пневмосклероз в нижнем отделе лёгких. Справа на уровне V ребра тень уплотненной плевры.

Сердце увеличено – изменения миокарда. Атеросклероз дуги аорты.

УЗИ 28.02.03г.

Печень: толщина правой доли 12,8 (N=12,5), толщина левой доли 6,7 (N=6,0)

Эхогенность: звукопроводимость снижена неравномерно

Контуры: четкие; структура: гетерогенная

Внутрипеченочные желчные протоки: не расширены

Воротная вена: 1,1 см

Желчный пузырь: 7,7×3,3 см

Положение: обычное

Форма: деформирована

Холедох: 0, 6 см

Стенки уплотнены, толщина 0, 4 см

Поджелудочная железа:

Головка 2,3 см, тело 1,5 см, хвост 2,1 см

Контуры: четкие, структура однородная

Селезенка:

Не увеличена, контуры четкие, структура однородная

Почки:

Правая 11,1×4,7 см

Левая 10, 7×5,5 см

Паренхима: 1, 8 см|1, 7 см, форма и положение обычные, контуры ровные

Ч.Л.С. структура уплотнена

Заключение: диффузные изменения в печени. Деформация желчного пузыря.

Диагностическая система «Валента» 28.02.03г.

Заключение:

* пульсовое кровенаполнение умеренно снижено слева, значительно снижено справа
* асимметрия ПК: резко выражена
* гипотония венозной сети, незначительная слева, умеренная справа
* венозный отток сохранен справа
* кровообращение в норме
* РГП-признаки: снижения эластичности сосудов есть

ЭКГ 28.02.03

P=0,12 сек

PQ=0,18 сек

QRS=0,09 сек

QT=40

Q/кор=0,39 сек

R-R=0,99 сек

ЧСС=60 уд./мин

AQRS= -51 град.

Заключение: ритм синусовый, выраженное отклонение оси влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого предсердия. Без существенной динамики.

**Топический диагноз**

На основании неврологического обследования: 1) нижний вялый парапарез дистальных частей нижних конечностей, 2) гипотрофия мышц голени и стопы, 3) сохранение поверхностной и глубокой чувствительности, 4) снижение рефлексов коленного сухожилия справа (уровень замыкание L3-L4), 5) выпадение ахоллова рефлекса на обоих конечностях (уровень замыкания S1-S2), 6) подошвенного (уровень замыкания L5-S1), 7) тазовых расстройств в форме недержания мочи (уровень замыкания для наружного сфинктера мочевого пузыря S2-S4) - выявлено преимущественное поражение двигательных корешков спинного мозга на уровне от L2 до S4.

#### Обоснование клинического диагноза

На основании собранного анамнеза жизни и данного заболевания (перенесенный энцефало-миелополирадикулоневрит в 1964 году), а также жалоб больного (на многолетниеболи в дистальных частях нижних конечностей, жгучего, распирающего характера, на зависящей от времени суток, погоду и времени года), неспособность самостоятельно ходить без костылей, а также проведенного объективного неврологического обследования и топику очага (нижний вялый парапарез дистальных частей нижних конечностей, гипотрофия мышц голени и стопы, сохранение поверхностной и глубокой чувствительности, снижение рефлексов коленного сухожилия справа, выпадение ахоллова рефлекса на обоих конечностях, подошвенного, тазовых расстройств в форме недержания мочи, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований – выставлен клинический диагноз «отдаленные последствия перенесенного энцефаломиелополирадикулоневрита» с нижним периферическим парапарезом (грубые нарушения стато-динамических функций), нарушением функции тазовых органов (недержание мочи).

###### Дифференциальный диагноз

Перенесенный энцефаломиелополирадикулоневрит необходимо дифференцировать с :

-опухолью спинного мозга с локализацией в поясничном отделе, для которой характерно наличие опоясывающей корешковой боли, выпадение всех видов чувствительности в нижней части тела, симптома ликворного толчка и синдрома вклинивания, для данного больного это не характерно.

 - опухолью головного мозга для которой характерна множественность

 поражения ЦНС, наличие психических нарушений, отсутствие четких нарушений чувствительности по проводниковому типу, чего не наблюдается у данного больного и наличие ремиссий.

 - острым рассеяным энцефаломиелитом, который протекает по типу острого заболевания с быстрым нарастанием симптомов, и дальнейшим их регрессом. Характерно повышение температуры, озноб, психомоторное возбуждение, менингиальные явления, могут быть выражены общемозговые симптомы. Не характерно снижения остроты зрения и исчезновение брюшных рефлексов в начальных этапах заболевания. Отсутсвие рецидивов и ремиссий всегда свидетельствует в пользу острого рассеяного энцефаломиелита.

- дисциркуляторной энцефаломиелопатии протекающей с расстройствами памяти, ,значительными нарушениями в эмоционально-волевой сфере псевдобульбарными и паркинсоническими синдромами,эпилепсией. На глазном дне наблюдается атеросклероз сосудов и бледность дисков зрительного нерва, и встречающейся в основном у пожилых людей.

##### Окончательный диагноз

На основании всех собранных данных:

1. анамнеза жизни (УВОВ, 11 лет службы на дальнем Востоке и условиях крайнего севера)
2. анамнеза заболевания (перенесенный энцефало-миелополирадикулоневрит в 1964 году)
3. жалоб больного (головные боли, боли в плечевых суставах, на неспособность самостоятельно ходить, на боли в ногах, на уровне от середины бедра до дистальных частей обеих конечностей. Боли постоянные, жгучего характера, интенсивные, не имеющие связи с временем суток. Слабость в нижних конечностях выражается в отсутствии движений дистальных частей. позвоночника, недержание мочи)
4. объективного неврологического обследования и топику очага (нижний вялый парапарез дистальных частей нижних конечностей, гипотрофия мышц голени и стопы, сохранение поверхностной и глубокой чувствительности, снижение рефлексов коленного сухожилия справа, выпадение ахоллова рефлекса на обоих конечностях, подошвенного, тазовых расстройств в форме недержания мочи)
5. дополнительных лабораторных и инструментальных исследований
6. сопутствующих заболеваний: ХНЗЛ; хронический обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность I-II ст., эмфизема легких. Хронический простатит, аденома предстательной железы. Церебральный атеросклероз в состоянии с артериальной гипертензией.

Выставлен окончательный диагноз - отдаленные последствия перенесенного энцефаломиелополирадикулоневрита, нижний периферический парапарез, нарушением функции тазовых органов (недержание мочи).

**Лечение, профилактика**

К сожалению, в настоящее время в мире нет эффективных методов лечения хронических заболеваний, к которым относится энцефаломиелополирадикулоневрит. Вероятно, патогенетическая терапия будет разработана после определения этиологии и патогенеза, наличие которого и вызывает заболевание.

Однако, больные нуждаются как в медицинской, так и в социальной помощи. Существует ряд общих подходов, которые научно обоснованы и зарекомендовали себя как действенные.

Основные из них:

Рекомендуется учитывать повышенный риск возникновения у таких больных заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, остеохондроз и др.

Больным необходимо регулярно (1 раза в год) проводить симптоматическую терапию, направленную не только на нервно-мышечные проявления заболевания, но и на кардиальные, церебральные, эндокринные и др. В качестве симптоматической терапии рекомендуется использовать следующие препараты:

витаминотерапия (витамин Е по 1-2 капсуле 3 раза в день или по 1-2 мл маслянного раствора токоферола ацетата - 20 инъекций; витамины А, С, группы В, лучше использовать поливитаминные препараты - ундевит, компливит, новавита, пиковит и др.);

вазоактивные препараты (трентал 0,1 по 2 таблетки 3 раза в день, никотиновая кислота 1 % -1 мл 1 раз в день в течении 20 дней);

кардиотропные препараты (рибоксин 5 мл в/в по 1 разу в сутки в течении 20 дней, или по 1 таблетке 1 раз в день в течении 20 дней);

препараты кальция (10% хлорид кальция в/в или 10 % глюконат кальция в/м по 10 мл в течении 15 дней);

физиотерапевтические процедуры (лечебная физкультура, массаж, парафиновые или озокеритовые аппликации на область пораженных конечностей, радоновые или хвойные ванны, электрофорез с хлоридом кальция, эндоназальный электрофорез церебролизина или церебролизата);

В качестве помощи для адаптации к нервно-мышечному дефициту пациентам можно предложить различные ортопедические средства: специально изготовленную обувь и другие приспособления для коррекции свисающих стоп, особенно при ходьбе.

###### Дневник

5.03.03г. Общее состояние удовлетворительное.

Сохраняются боли в ногах, в пояснице. Жалобы на жгучую боль после лечебного массажа.

Пульс - 68/мин, достаточного наполнения, напряжен, частота

дыхания - 16/мин, АД - 160/90 мм рт.ст.

Аппетит удовлетворительный. Физиологические отправления в норме.

6.03.03г. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение пассивное, лежит в постели. Жалобы на некоторую слабость, недомогание, отсутствие настроения.

Пульс - 66/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧДД=18/мин, АД - 170/90 мм рт.ст.

Аппетит снижен. Стул, диурез в норме.

7.03.03г. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение пассивное, лежит в постели. Чувствует себя лучше, приветлив, отмечает повышение аппетита, уменьшение болей в ногах и пояснице.

Пульс - 68/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧДД=18/мин, АД - 160/90 мм рт.ст. Стул, диурез в норме.

**Этапный эпикриз:**

Гражданин \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1926 года рождения, находиться на лечении в неврологическом отделении госпиталя ветеранов войн с 25.02.03г. поступил с диагнозом: отдаленные последствия перенесенного энцефалополирадикулоневрита. Церебральный атеросклероз, хроническая дыхательная недостаточность II степени. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, недержание мочи.

Поступил с жалобами на боли и слабость в нижних конечностях, головные боли, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, недержание мочи.

В анализе крови, мочи, ЭКГ – без острой патологии. На рентгене пояснично-крестцового отдела остеопороз, остеохондроз, позвоночника. На РВГ нижних конечностей: снижение кровотока, значительно справа.

На фоне сосудистой терапии уменьшились головные боли, сохранились боли в нижних конечностях.

Лечение продолжается.

**Литература:**

\* Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни.- М: Медицина,

 1988.- 640 с.

\* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. и

 дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.

\* Михеев В.В., Мельничук П.В. Нервные болезни.- М.: Медицина,

 1981.- 544 с.

\* Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х т. Т.1:

 Пер.с англ./Под ред. Р.Беркоу, Э.Флетчера.- М.: Мир, 1997.- 1045 с.

\* Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы:

 Руководство для врачей.- Л.: Медицина, 1989.- 320 с.

\* Харкевич Д.А. Фармакология. Учебник. Изд. 5-е, стереотипное.- М.:

 Медицина, 1996.- 544 с.

\* Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника.- М.:

 Медицина, 1989.- 432 с.