**Паспортные данные:**

**ФИО:**

**Возраст:** 50 лет

**Профессия:** временно не работает

**Жалобы на:**

1. Снижение мышечной силы в руках.
2. Головокружение, наблюдающееся в положении лёжа.
3. Двоение, возникающее при взгляде в стороны.
4. Слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе.
5. Невозможность полностью поднять руки, из-за болей, возникающих в дельтовидных мышцах, более выраженных слева.

**История настоящего заболевания.**

Пациент считает себя больным с 1990 года, когда отметил снижение мышечной силы в руках. По словам больного, он не смог отжаться с утра обычное для его тренировок количество раз. Также не смог перенести мешок картошки после приезда с дачи. Пациента стало беспокоить пложение его стопы – он не мог стоять на пятке, при опускании ноги, становился на всю стопу сразу.

В период с 1990 года по 2000 год состояние не менялось.

В 2000 году слабость в руках усилилась. Появилась сонливость, “вялость”. По словам пациента мог проспать 7 часов, а затем через 2 часа после сна снова хотелось спать.

В 2001 году попал в автомобильную аварию. После этого, состояние здоровья резко ухудшилось. Кроме всех выше перечисленных жалоб появилось двоение в глазах, возникающее при взгляде в стороны. А также стал медленно двигаться из-за неуверенности при ходьбе. Отметил, что начали мёрзнуть кисти рук, усилилась их потливость. Появилось головокружение системного характера, проявляющееся в положении лёжа на спине (ощущение, что предметы кружатся вокруг).

В 2004 году обратился в клинику нервных болезней ММА им И.М.Сеченова. После прохождения обследования был поставлен диагноз - рассеянный склероз. Прошёл курс лечения (гормонотерапии не было, принимаемые препараты не помнит). Самочувствие улучшилось. В том же году получил II группу инвалидности. С 2004 по 2005 год самочувствие оставалось без изменений.

В 2005 году прошёл повторный курс лечения (пульс-терапии не было, принимаемые препараты не помнит). Самочувствие немного улучшилось. С 2005 год по 2006 год самочувствие оставалось без изменений.

В 2006 году снова проходит повторный курс лечения (принимает пирацетам, витамины, остальные препараты не помнит).

**История жизни больного.**

Родился в 1956 году. Роды прошли без осложнений. Родители были практически здоровы. Вскармливался материнским молоком. В умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. Жил в деревне. Питался экологически чистыми продуктами. Жилищные условия соответствовали санитарным нормам. В 7 лет поступил в школу. Закончил 10 классов. После школы проработал 3 года строителем. Служил в Вооруженных силах России 2 года. После армии работал строителем 12 лет. В 1989 году приехал в Москву, устроился работать шофёром. Проработал 10 лет. Жил в съёмной квартире. Условия были удовлетворительные. Алкоголь употреблял в средних количествах, по праздникам. Курил с 20 лет, по 1 пачке в день.

С 1989 года проживает в Москве. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по полпачки в день. В данный момент не работает.

**Перенесенные заболевания.**

О перенесённых детских заболеваниях не помнит.

**Наследственность.**

Родители умерли. Отец умер от рака лёгких. По словам пациента, мать умерла от присутствующих у неё болезней (по словам пациента это артериальная гипертония, сахарный диабет, а также болезнью ЦНС, но затрудняется назвать что именно).

Есть два брата. Младший брат умер в 42 года, после долгого лечения алкоголизма. Средний брат 48 лет, практически здоров.

Женат.

Дочь 25 лет, практически здорова.

Сын 23 года, практически здоров.

**Аллергологический анамнез.**

Наличие аллергий отрицает.

**Соматический статус.**

Сердечно-сосудистая система: жалоб нет. АД 130/90 мм. рт. ст. Тоны сердца без изменений. Границы сердечной тупости не расширены.

Система дыхания: жалоб нет. Грудная клетка цилиндрической формы, без деформаций.

Над всей поверхностью легких перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, побочных хрипов нет.

Система пищеварения: жалоб нет. Живот мягкий, без вздутий. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Система мочеотделения: жалоб нет, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лобком.

Эндокринная система: жалоб нет. Щитовидная железа пальпаторно без изменений.

**Неврологический статус.**

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Головные боли отсутствуют. Тошноты и рвоты нет.

Менингеальные симптомы:

Симптом Кернига (прямой, перекрестный), симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) отрицательные. Ригидность мышц шеи отсутствует.

Черепные нервы:

I. Обоняние сохранено;

II. Острота зрения удовлетворительная (корригируется очками +2 дптр- правый глаз, + 1,5 дптр- левый глаз). Наружное поле зрения – 70°. Внутреннее, верхнее, нижнее поля зрения не изменены. Периодически отмечается скотома .

III,IV,VI. Ширина глазных щелей без изменений. Объем движений глазных яблок ограничен при отведении, при взгляде вверх. Отмечается двоение предметов, усиливающееся при взгляде вправо и влево. Двоящиеся предметы располагаются в горизонтальной плоскости. Зрачки сужены. Прямая и содружественная реакции зрачков на свет сохранены. Конвергенция осуществляется удовлетворительно. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию сохранена (миоз).

V. Чувствительность на лице сохранена. Боли отсутствуют. Роговичные и чихательные рефлексы сохранены. Жевательные мышцы симметричны, отклонений нижней челюсти нет. Точки выхода тройничного нерва безболезненны.

VII. Лицо симметрично. Мимические пробы (поднимание, нахмуривание бровей, надувание щек, оскаливание, вытягивание губ трубочкой) выполняет удовлетворительно. Слезотечения нет. Вкус без изменений. Гиперакузис отсутствует.

VIII. Слух без изменений, системное головокружение, появляется при положении лёжа на спине( длится несколько секунд, ощущение кружащихся предметов вокруг). Присутствует горизонтальный нистагм обоих глаз.

IX,X. Глотание свободное, мягкое небо при фонации сокращается симметрично, увуля- по средней линии. Глоточный, небный рефлексы живые, симметричны.

XI. Парезов кивательной и трапециевидной мышц нет.

XII. Язык при высовывании по средней линии. Гипотрофии, фасцикуляций не выявлено.

Симптомы орального атоматизма:

Хоботковый и ладонно-подбородочный (Маринеску-Радовичи) рефлексы не выявлены. Насильственный смех, плач отсутствуют.

Двигательная сфера:

*1.Объём активных движений в верхних конечностях (*поднимание рук в стороны, вверх, вперед, сгибание, разгибание в локтевых суставах, движения в лучезапястных суставах, движение пальцев):

Движения левой руки выполняются в полном объеме, за исключением поднимания руки вверх (поднимание на 1\2). При поднимании руки возникает несильная, терпимая боль в дельтовидной мышце.

Движения правой руки выполняются в полном объеме, за исключением поднимания вверх (поднимание на 1\3). При поднимании руки возникает несильная, терпимая боль в дельтовидной мышце

*2.Объем пассивных движений в верхних конечностях:*

Движения обеих рук при поднимании вверх выполняются не в полном объёме, по причине болей, возникающие в дельтовидных мышцах. Все остальные движения производятся в полном объёме.

*3.Объём движений в нижних конечностях лёжа (*поднимание вверх выпрямленной ноги, поочерёдно, приведение, отведение бедра, сгибание, разгибание в коленных суставах, движение в голеностопных суставах: тыльное, подошвенное сгибание):

Движение обеих ног выполняются в полном объёме как активные, так и пассивные.

*4.Тонус* мышц больного:

Наблюдается слабая гипотония мышц плечевого пояса. Мышцы умеренно плотной консистенции, гипертонии при исследовании пассивных движений не выявлено, переразгибания в суставах нет.

*5.Мышечная сила.* (оценка по 5-ти бальной шкале).

Верхняя конечность

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Плечевой пояс | Плечо | Предплечье | Кисть, пальцы |
| Сгибание | 5  | 5 | 5 |  |
| Разгибание | 5  | 5 | 5 |
| Отведение | 5 |  |  |  |  |
| Приведение | 5 |  |  |  |  |
| Пронация |  |  | 5 |  |  |
| Супинация |  |  | 5 |  |  |

Нижняя конечность

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тазовый пояс | Бедро | Голень | Стопа, пальцы |
|  Сгибание | 5 | 5 | 5 |  |
| Разгибание | 5 | 5 | 5 |
|  Отведение |  | 5 |  |  |  |
| Приведение |  | 5 |  |  |  |
|  Пронация |  |  |  |  |  |
|  Супинация |  |  |  |  |  |

*6.Проба Барре* (верхняя и нижняя) отрицательная.

*7.Фасцикуляции* отсутствуют.

*8.Темп движений* удовлетворительный.

*9.Рефлексы*

Верхние конечности:

1. карпо-радиальные - гипорефлексия, симметричны.
2. с бицепсов - гипорефлексия, ассиметричны - справа выше.
3. с трицепсов - гипорефлексия, симметричны.
4. Симптом Гоффмана, симптом Тремнера отрицательные.

Нижние конечности:

1. коленные - живые, симметричны.
2. ахилловы - гипорефлексия, симметричны с обеих сторон.
3. Симптом Россолимо, симптом Бабинского отрицательные.

Брюшные рефлексы:

1. глубокие и поверхностные - живые, симметричные.

Защитные рефлексы, синкинезии - отсутствуют.

Гипокинезии, гиперкинезии не наблюдается.

Координаторная сфера:

В позе Ромберга устойчив с открытыми глазами. Неустойчив с закрытыми, отклоняется назад, влево, вправо.

Выполнение пальце-носовой, пальце-пальцевой и пяточно-коленной проб удовлетворительно.

Проба на дисдиадохокинез отрицательная.

Пробы на дисметрию (опускание рук, пронационная проба, проба с неврологическим молоточком(сжимание узкой и широкой части) удовлетворительны, выполняются с умеренной скоростью. Проба Бабинского положительна. Симптом обратного толчка Стюарта-Холмса отрицательный.

Походка больного шатающаяся, неуверенная, с открытыми и закрытыми глазами.

Обычная и фаланговая походка выполняются относительно удовлетворительно с открытыми глазами. При обычной и фаланговой походке с закрытыми глазами начинает отклоняться назад, влево, вправо.

Тандемную походку выполнить не может.

Чувствительная сфера:

Боли:

1. Боль в обеих дельтовидных мышцах при поднятии рук вверх. Без иррадиирования, колющего характера, терпимая, продолжающаяся 1 минуту, при поднятии рук вверх.

Зоны парестезии отсутствуют. Болевая и температурная чувствительность удовлетворительная.

Глубокая чувствительность в пальцах рук, ног, лучезапястных, локтевых, голеностопных, коленных суставах удовлетворительная. Вибрационная чувствительность без изменений (11 секунд).

Высшие мозговые функции:

По результатам теста, оценивающего состояние когнитивной сферы человека, общий балл пациента составил 25, что свидетельствует об умеренном снижении мозговых функций.

Краткая шкала оценки психического статуса

1. ориентировка во времени и пространстве – 9 баллов
2. по времени – 4 балла
3. по месту – 5 баллов
4. немедленное воспроизведение – 5 баллов
5. внимание и счёт – 3 балла
6. отсроченное воспроизведение – 1 балл
7. речь – 7 баллов
8. узнавание предметов – 2 балла
9. повтор фразы – 0 баллов
10. последовательное выполнение действий – 3 балла
11. выполнение письменной инструкции – 1 балл
12. написание предложения – 0 баллов
13. копирование рисунка – 1 балл

**Синдромологический диагноз.**

1. Болевой синдром (боль в дельтовидных мышцах, возникающая при поднимании рук вверх)

2. Синдром мозжечковой атаксии ( расстройство равновесия и походки, мышечная гипотония, нистагм, асинергия Бабинского, положительная проба Ромберга, невозможность тандемной ходьбы, атактическая походка)

3. Синдром поражения зрительного нерва (периодически отмечающаяся скотома, снижение остроты зрения)

4. Синдром поражения отводящего нерва (двоение по горизонтали)

5. Синдром когнитивных нарушений (деменция лёгкой степени)

6. Синдром доброкачественного позиционного головокружения (головокружение)

7. Синдром вегетативной недостаточности (в виде вегетативные нарушения в виде повышенной потливости и беспричинного замерзания кистей обеих рук)

**Топический диагноз.**

На основании выявленных неврологических синдромов у пациента можно предположить:

Поражение мозжечка и его проводящих путей (об этом свидетельствует расстройство равновесия, походки, мышечная гипотония, нистагм, асинергия Бабинского, положительная проба Ромберга).

Поражение зрительного нерва (проявляющаяся в виде скотомы и снижения остроты зрения).

Поражение отводящего нерва (проявляющееся в двоении по горизонтали и ограничении движения глазных яблок кнаружи).

Поражение лабиринта (преддверного нерва, вестибулярных ядер), проявляющееся в (вестибулярном головокружении, сопровождающегося обычно нарушением равновесия, нистагмом).

В итоге имеется многоочаговое поражение центральной нервной системы.