ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Кафедра нервных болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

 **Выполнила:**

 студентка 4 курса,

 105 группы,

 факультета ЦИОП

 «Медицина будущего»

Старкова М.В.

**Преподаватель:**

Зиновьева Ольга Евгеньевна

М О С К В А

2 0 1 2

# **Паспортная часть**

*ФИО:*

*Дата поступления:* 05.03.2012

*Возраст:* 40 лет

*Пол:* женский

*Образование:* высшее

*Профессия:* на пенсии; инвалидность

*Место жительства:* Москва

**Жалобы на момент поступления:**

На момент курации больная предъявляет жалобы на нарушение походки, слабость в нижних конечностях, усиливающуюся в тёплом помещении; ощущение стягивания мышц туловища по типу «обруча», нарушение мочеиспускания, эпизодические головокружения не системного характера, ухудшение почерка, снижение настроения, общую слабость, апатию.

**Anamnesis vitae:**

Родилась в срок в Москве, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Условия жизни и питания на протяжении жизни были удовлетворительны.

***Условия труда:*** трудовую деятельность начала после окончания ВУЗа. Служила в погран. войсках.

***Образование:*** получилавысшее образование

***Наследственность:***

Мать: со слов пациентки, имела нарушения походки и предъявляла жалобы на нарушения памяти. Умерла в 60 лет от пневнонии.

Отец: умер от инфаркта миокарда в 65 лет

***Питание:*** регулярное, домашнее, ограничивает употребление жареного.

***Гинекологический анамнез:*** 1 беременность и 1 роды.

***Семейный анамнез:*** замужем, имеет сына 18-х лет. Сын здоров.

***Перенесенные и сопутствующие заболевания и операции:***

В детстве перенесла корь, ветряную оспу.

***Принимает лекарственные препараты:*** предуктал, мидантан

***Вредные привычки:*** отрицает

***Аллергологический анамнез:*** не отягощён

**Anamnesis morbi:**

 Считает себя больной с 2001 года, когда впервые возникла неустойчивость при ходьбе, головокружение, онемение в левой кисти, сужение полей зрения, нарушение речи по типу дизартрии, нарушение письма и внимания. Была госпитализирована в госпиталь ФСБ, где было проведено МРТ-исследование, на котором были обнаружены множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга. На основании этого исследования был поставлен диагноз рассеянный склероз. Проводилась терапия «Преднизолоном» перорально и плазмоферез. На фоне терапии произошел регресс симптомов.

 С 2003 года наблюдалась в КНБ. Заболевание носило ремитирующий характер. С 2005 года – вторично прогрессирующий характер: стала нарастать слабость в обеих ногах, стягивание и онемение туловища по типу «обруч». Проводилась пульс-терапия «Метипредом» с незначительным положительным эффектом.

 В 2005 году появилась слабость в ногах, чередование императивных позывов на мочеиспускание с задержкой мочеиспускания. С этого времени слабость в нижних конечностях постепенно нарастает.

 В 2008 году присоединилась слабость в руках, особенно в левой. Получала иммуномодулирующую терапию «Ребив». На фоне приема которой частота обострений снизилась.

 В октябре 2011 года отмечалось прогрессирования симптомов, была госпитализирована. На фоне которой отмечается минимальный регресс симптоматики.

 Настоящая госпитализация была проведена вследствие ухудшения состояния больной для проведения курса лечения.

**Status praesens:**

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, нормостенического телосложения. Рост: 167; Вес: 69; ИМТ: 24,6 – норма; t = 36,7 0С

***Кожные покровы:***

 На момент осмотра: кожа бледно-розовой окраски. Окраска видимых слизистых нормальная.

Влажность и эластичность кожных покровов нормальная.

Волосяной покров развит по женскому типу. На ногтевых пластинках пальцев рук и ног не отмечается отклонений от нормы.

***Подкожная клетчатка:***

Развита умеренно и равномерно. Подкожно-жировой слой развит равномерно. Толщина складки на передней брюшной стенке 8 см.

***Лимфатическая система:***

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается.

***Мышечная система:***

Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, снижен тонус. Местных гипертрофий и атрофий мышц не выявлено.

***Костная система и суставы:***

Патологических изменений не выявлено. Движения в конечностях свободные, безболезненные. Суставы по форме не изменены.

***Система дыхания:***

На момент обследования без патологии.

Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Грудная клетка нормостенического типа, конической формы, надключичные и подключичные ямки умеренно выражены, эпигастральный угол ~ 90°. Деформации грудной клетки не отмечается. Грудная клетка симметрична, при дыхании движения грудной клетки синхронны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание смешанного типа с преобладанием грудного. ЧДД 20 в 1 мин, одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный. Над всем легочным полемнаблюдаетсявезикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония нормальная, одинакова с обеих сторон. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный, лёгочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

***Система кровообращения:***

На момент обследования без патологии.

При осмотре сосудов шеи отмечается нормальная пульсация сонных артерий. При пальпации сердечный толчок отсутствует, верхушечный толчок определяется, низкий, неразлитой. Лучевые, сонные, бедренные артерии не извиты, мягкие. Височная артерия мягкая, извитая.

Тоны сердца приглушены, шумов не отмечается, ЧСС – 45 ударов в минуту, пульс ритмичный, артериальное давление – 130/90.

***Система пищеварения:***

На момент обследования без патологии.

Аппетит не снижен, глотание не нарушено.

***Система мочеотделения:***

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Присутствует нарушение выделения мочи.

***Эндокринная система:***

На момент обследования без патологии.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

***Общемозговые симптомы***

Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно.

Менингеальные симптомы в виде головной боли, светобоязни, ригидности затылочных мышц, симптома Кернинга, скулового симптома Бехтерева; верхнего, среднего, нижнего симптомов Брудзинского - отрицательные.

***Черепномозговые симптомы***

1. (n. olfactorius): обоняние сохранено.
2. (n. opticus): зрение сохранено. Visus OU=1,0 D. Цветоощущение не нарушено.
3. , IV, VI (n. oculomotorius, n. trochlearis, n. abducens):

- ширина глазных щелей S=D

- движения глазных яблок в полном объеме S=D

- зрачки правильной округлой формы S=D

- фотореакции прямые и содружественные - живые S=D

1. (n. trigeminus):

- чувствительность по ветвям V нерва и по зонам Зельдера сохранена S=D

- точки выхода ветвей безболезненны S=D

- атрофии жевательных мышц – нет, функции не нарушены.

- корнеальный рефлекс сохранен S=D

- нижнечелюстной рефлекс сохранен

1. (n. facialis):

- в покое лицо симметрично, мимические пробы выполняет удовлетворительно.

1. (n. vestibulocochlearis):

- слух не снижен

- объективно шум в ушах отсутствует

- со слов больной головокружения несистемного характера

- нистагм — отсутствует

IX, X. (n. glossopharingeus, n. vagus):

 - глотание — не нарушено

 - фонация — не нарушена. При фонации мягкое небо сокращается симметрично.

 - рефлексы орального автоматизма:

 1. хоботковый рефлекс +

 2. назолабиальный рефлекс –

 3. сосательный рефлекс -

 4. глоточные рефлексы живые S=D

1. (n. accessorius): атрофии грудинно-ключично-сосцевидной и трапецивидной мышц нет, сила 5 баллов.

 - пожимание плечами — в норме S=D

 - фасцикуляции отсутствуют

1. (n. hypoflossus): язык по средней линии. Атрофии и фасцикуляций нет.

**Двигательная сфера.**

 Движения верхних и нижних конечностей не возможны в полном объеме. При внешнем осмотре мускулатуры конечностей и туловища, атрофии мышц, фасцикуляций не выявлено.

Объем активных движений ограничен, пассивные движения - полные. Сила мышц в левой руке - 4 балла, в правой - 5 баллов. В пробе по Баре быстрее опускается левая рука.

Сила мышц в дистальных и проксимальных отделах левой ноги - 3 балла, в правой - 4 балла. Тонус в ногах, в разгибателях – повышен (больше слава) по спастическому типу. При проверке пассивных движений в ногах выявлен симптом «складного ножа». Насильственных движений нет.

Сухожильные рефлексы с верхних конечностей:

- карпорадиальные – живые S=D

- с бицепсов - живые S=D

- с трицепсов - живые S=D,

- рефлексогенные зоны расширены на левой руке S>D

Сухожильные рефлексы с нижних конечностей:

- коленные - живые S=D

- ахилловы - живые D>S

- рефлексогенные зоны расширены S=D

Брюшные рефлексы сохранены S=D

Патологические рефлексы на руках:

- Россолимо – положительный с двух сторон

- Бехтерева – положительный с двух сторон

- Жуковского – положительный с двух сторон

Патологические рефлексы на ногах:

- Бабинского – положительный с двух сторон

- Оппенгейма – положительный с двух сторон

- Россолимо – положительный с двух сторон

**Чувствительная сфера.**

 Болевая и температурная чувствительность снижена на левой кисти, обеих ногах, на туловище с уровня Th10 (проводниковый тип).

 Мышечно-суставное чувство снижено в пальцах левой кисти и ступни. Вибрационная чувствительность снижена на левой кисти, на туловище и на левой ноге. Симптомы натяжения Ласега, Нери, Дежерина, Вассермана отсутствуют.

**Координаторная сфера.**

Выполнение пяточно-коленной пробы в левой ноге затруднено из-за пареза. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно. Дисметрии не наблюдается Присутствует интенционный тремор в левой руке. Пяточно-коленную пробу не выполняет. В позе Ромберга с открытыми глазами больная устойчива, при закрывании глаз отмечается пошатывание в стороны. Проба на дисдиадохокинез отрицательна. Походка спастическая база не расширена, при закрывание глаз нарастает неустойчивость при ходьбе.

**Функции тазовых органов.**

Императивные позывы на мочеиспускание, до 5-ти раз в день. Задержек нет.

**Высшие мозговые функции.**

 Речь не изменена. Нарушений чтения и счета нет. Критика к своему состоянию сохранена. Депрессии, страхов, возбуждения, галлюцинаций нет. Долговременная и кратковременная памяти не изменены. Зрительный, слуховой и тактильный гнозисы сохранены.

**Неврологические синдромы:**

1. Синдром двигательных нарушений в виде центрального трипареза в левой руке и нижних конечностях.
2. Синдром чувствительных нарушений – проводниковый тип расстройства чувствительности с уровня Th10.
3. Синдром нарушений тазовых функций в виде наличие императивных позывов к мочеиспусканию.
4. Синдром координаторных нарушений в виде интенционного тремора при выполнении пальце-носовой пробы, пошатывание при пробе Ромберга.

**Топический диагноз:**

Многоочаговое поражение ЦНС. Исходя из клинической картины, данных анамнеза и обследования можно предположить наличие очагов поражения:

* В спинном мозге на уровне Th8 (нижний центральный парапарез, снижение поверхностной и глубокой чувствительности в ногах и туловище с уровня Th10; в ногах, императивные позывы к мочеиспусканию)
* В головном мозге, в мозжечке или его связях: в пользу такой локализации говорят интенционный тремор при выполнении пальце-носовой пробы и пробы Ромберга.

**Клинический диагноз:**

 Рассеянный склероз, вторично прогрессирующее течение.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. HBs-ag, HCV, RW, ВИЧ
4. Биохимический анализ крови
5. МРТ
6. ЭКГ
7. ЭЭГ
8. Консультация офтальмолога
9. Консультация уролога

**Лабораторно – инструментальное обследование:**

В общем анализе крови: эозинофилия

Биохимический анализ крови: снижение общего холестерина и триглицеридов

МРТ головного мозга (в Т2 и flair режимах): наличие множественных очагов демиелинизации округлой и овоидной формы с локализацией: в мозжечке.

Нейроофтальмологическое обследование: диски зрительных нервов бледнорозовые, границы четкие. Ход и калибр сосудов без особенностей.

**Окончательный клинический диагноз:**

На основании произведенных исследований (специальные методы, объективного исследования) и наблюдения больного в стационаре установлен диагноз рассеянный склероз, вторично прогрессирующее течение.

**Дифференциальный диагноз:**

Дифференциальный диагноз рассеянного склероза проводится с такими заболеваниями как:

* Фуникулярный миелоз – характерный признак этого заболевания – анемия и снижение уровня витамина В12 в крови (при отсутствии других факторов, способных вызвать снижение В12 – прием оральных контрацептивов, дефицит фолиевой кислоты).
* Адренолейкодисторофия – при этом заболевании выражены признаки надпочечниковой недостаточности, упрощающие дифференциальный диагноз.
* Опухоли спинного мозга – в отличие от опухолей спинного мозга , рассеянный склероз проявляется многоочаговым поражением, не вызывает гидроцефалию.
* Нейросифилис – менинго-васкульярная форма: подобную рассеянному склерозу клиническую картину может обуславливать менингомиелит и прогрессирующий паралич, которые характеризуются неуклонно прогрессирующим течением и положительными серологическими реакциями.

**Лечение:**

*Лекарственная терапия:*

* При обострении:
1. Метилпреднизалон 200-500 мг в/в каждые 12ч. в течении 3-7 сут.,затем преднизалон 60-80 мг. внутрь в течении 1 нед. С последующим снижением дозы на 10 мг. каждые 4 суток до полной отмены.
2. При более легких формах, когда отсутствует необходимость в госпитализации, глюкокортикойды назначают только внутрь. Для профилактики желудочно кишечных кровотечений одновременно назначают антациды или цимедин.
* Лечение спастичности:
1. Баклофен 5-10 мг. 3-4р. в сут. С постепенным увеличением до20 мг. 4р. в сут. Эффективен при болезненых сгибательных и разгибательных спазмов и мене эффективен при тонической спастичности и гиперрефлексии. Следует учесть, что при тяжелых парезах спастичность в ногах способствует подержанию пациента в вертикальном положении. Больная использует спастичную ногу, как трость. Диазепам 5-10 мг./сут-при неэффективности баклофена.
2. Дантролен-при неэффективности баклофена и диазепама
* Профилактика обострения – иммуномодулирующие средства, такое как интерферон В-1b по 0,25 мг. п/к через день(рекомендовано назначить на 2г. и затем оценить его эффективность по лабораторным исследованиям).

**Рекомендации:**

Режим амбулаторный, при обострении стационарный.

*Физическая активность:*

* Следует избегать высоких нагрузок и переутомления.
* Не париться в бане.
* Не менять климатический пояс.
* ЛФК – индивидуальный комплекс.

**Прогноз:**

 Прогноз неблагоприятный, в связи с вторично прогрессирующим течением.