**I ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О.:
2. Год рождения, возраст: 51год
3. Место работы, должность: не работает
4. Домашний адрес:
5. Дата госпитализации:
6. Диагноз при направлении: резидуальные явления энцефаломиелита, нижний парапарез
7. Диагноз при госпитализации: резидуальные явления энцефаломиелита

**II ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

На слабость в правой ноге, боль в правой ноге, периодическую головную боль в затылочно-височной области, давящего характера, повышение артериального давления, периодическую тошноту, рвоту, шаткость в темное время суток (падает в сторону), ухудшение памяти на текущие события.

**III АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным с 1987 года, когда перенес энцефаломиелит цереброспинальная форма. Прошел курс лечения в районной больнице, после которого отмечал улучшение состояния.

В 1992 году появилась слабость в правой стопе, судороги в правой ноге. За медицинской помощью не обращался. Состояние постепенно ухудшалось.

В начале апреля 2009 года появилась шаткость в темное время суток, периодическая тошнота, головная боль, повышение артериального давления, усилилась слабость в правой ноге, появилась боль в голени. Был направлен невропатологом районной больницы с диагнозом – резидуальные явления энцефаломиелита, нижний парапарез в ЛОКБ.

**IV АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родился в 1958 году в. Рос и развивался нормально. От сверстников в физическом и умственном развитии не отставал. После окончания школы поступил в Луганский педагогический университет. Получил профессию преподаватель физкультуры. Работал по профессии до 2005года. С 2005 по 2009 год – заведующий филиалом лицея. С апреля 2009 года не работает по состоянию здоровья.

Женат с 1981 года. Имеет двоих детей.

Жилищно – бытовые условия хорошие.

Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки отрицает.

Питание полноценное, регулярное.

**V ДАННЫЕ ОБЬЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**1. ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Поведение адекватное. Выражение лица спокойное.

Телосложение правильное. Конституциональный тип нормостенический.

Рост 172см. Вес 70кг.

Цвет кожи и видимых слизистых оболочек розовый. Сыпи нет. Кожа эластичная, умеренной влажности. Тургор кожи сохранен. Волосы темные, густые, неломкие.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеки не отмечаются.

Доступные пальпации лимфатические узлы – подчелюстные, подмышечные и паховые – не увеличены. Они единичные, округлой формы, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Рубцов над лимфатическими узлами не отмечено.

**2. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Дыхание через нос свободное. Деформаций грудной клетки нет. ЧДД-18 за 1мин.; ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненная.

При перкуссии над всей поверхностью легких отмечается ясный легочной звук. При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.

**3. СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Пульс симметричный, ритмичный, хорошего напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Дефицита пульса нет. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается.

При перкуссии границы сердечной тупости в пределах нормы.

При аускультации: Ритм правильный, тоны сердца ясные, звучные. ЧСС 70 уд/мин. АД-125/80.

**4.СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Язык бледно-розовый, не обложен, сосочки умеренно выражены. Слизистая ротовой полости и дёсна без особенностей.

При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Физиологические отправления в норме.

**5. МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание 5 раз в день, безболезненное, без примеси крови и слизи.

**6. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

I.Состояние высших мозговых функций.

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентируется.

Дату местонахождения и собственные анкетные данные указывает верно.

Память на отдаленные события сохранена, на текущие – ослаблена. Амнезии не отмечаются.

Эмоционально стабилен. Отношение к заболеванию адекватное. В контакт вступает легко, поведение при исследовании без особенностей. Расстройства речи и гнозиса не отмечаются.

II.Функции черепных нервов.

I пара - обонятельный нерв.

Запахи различает хорошо. Обонятельных галлюцинаций, гипосмии, аносмии не выявлено.

II пара – зрительный нерв.

Vis ocul. dextre 0,9 D, с коррекцией 1,0 D.

Vis ocul. sinistre 0,9 D, с коррекцией 1,0 D.

Поля зрения не изменены.

Диск зрительного нерва бледно – розовый, слева монотонный, границы четкие, сосуды обычного калибра, не извиты, сетчатка в цвете и рисунке не изменена.

III – IV – V пары – глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы.

Глазные щели D = S.

Птоза, экзофтальма, энофтальма, сходящегося и расходящегося косоглазия, диплопии не выявлено.

Зрачки D = S. Зрачковые реакции на свет (прямая и содружественная) живые. Реакция зрачков на аккомодацию сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные.

Симптомы Аргайла – Робертсона, Клода – Бернара – Горнера, Пуртюф дю Пти отрицательные.

V пара – тройничный нерв.

Болевая, температурная, тактильная и глубокая чувствительность по ветвям и по сегментам сохранена.

Пальпация супраорбитальных, инфраорбитальных, ментальных болевых точек безболезненная.

Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы сохранены. Функция жевательных мышц не нарушена.

VII пара – лицевой нерв.

Функция мимических мышц не нарушена. Лагофтальма нет, симптом Белла отрицательный.

Гиперакузии, нарушения вкуса на передних 2/3 языка, сухости во рту не отмечено.

VIII пара – преддверно-улитковый нерв.

Шума в ушах и слуховых галлюцинаций не отмечает. Воспринимает шепотную речь с расстояния 6 м.

Гипоакузии, анакузии, гиперакузии не отмечает. Обмороков нет. Отмечается горизонтальный нистагм малой амплитуды.

IX – X пары – языкоглоточный и блуждающий нервы.

Вкус на передней и задней части языка справа и слева не нарушен.

Глотание и фонация не нарушены. Признаков бульбарного паралича нет. Глоточный и задненебный рефлексы сохранены.

XI – пара – добавочный нерв.

Контуры и функция трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц не нарушены. Атрофии и фибриллярных подергиваний не отмечено.

XII пара – подъязычный нерв.

Положение языка в полости рта и высунутого языка по срединной линии. Глоссоплегии нет. Движения языка в полном объеме. Атрофии и фибриллярных подергиваний мышц языка не отмечено.

Ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску – Радовича положителен с двух сторон.

III. Двигательная сфера.

Мышечная система умеренно развита. При осмотре мускулатуры конечностей и туловища атрофий, гипертрофий, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний не выявлено.

Походка: атаксическая – шаткая, вставание с постели, стула не затруднено.

Объем активных и пассивных движений в суставах ног снижен. Сила мышц в правой ноге оценивается в 2балла, в левой ноге – 3балла, в руках – 5 баллов. Тонус в правой и левой ноге повышен по пирамидному типу.

Рефлекторная сфера: Сухожильные, периостальные и поверхностные рефлексы справа и слева живые.D=S, кроме коленного рефлекса D>S.

Синергии и патологических синкинезий нет.

Патологические рефлексы: отмечаются положительные рефлексы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Клонусов нет. Тремор не отмечается.

IV. Чувствительная сфера.

Парестезии, болей не отмечает. Симптомы Ласега, Вассермана, Нери отрицательные.

При исследовании поверхностной чувствительности отмечается гипалгезия а правой голени, левой стопе, температурная и тактильная чувствительность не изменены.

Глубокая чувствительность (мышечно-суставное, вибрационное, чувство давления, веса) не нарушена.

Сложная чувствительность (кинестетическая, дискриминационая, двумерно-пространственная, чувство локализации) не нарушена. Стереоанестезии нет.

V. Координация движений.

В позе Ромберга – атаксия влево, с открытыми глазами – устойчив. Пальце – носовая и колено – пяточная проба выполняются с интенцией S>D. Пробы на асинергию (Бабинского и Стюарта-Холмса) отрицательны. Адиадохокинеза не отмечено.

Походка: атаксическая – шаткая. При исследовании речи скандирования не отмечается, изменений почерка нет. Нистагм отсутствует. Тонус в правой и левой ноге повышен по пирамидному типу.

VI. Менингеальные симптомы.

Ригидности затылочных мышц нет. Симптом Менделя, симптом Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний), симптом Бехтерева отрицательные.

VII. Вегетативная нервная система.

Акроцианоза нет. Отеков нет. Температура тела – 36,7 °С. Дермографизм бледно – розовый. Глазо – сердечный рефлекс Даньини – Ашнера в норме (урежение пульса на 6 ударов в минуту). При выполнении орто- клиностатической пробы изменение ритма сердца не превышает 14 ударов в минуту (норма). Пиломоторный рефлекс сохранен.

VI.СВОДКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ.

Гипертония мышц нижних конечностей (тонус в правой и левой ноге повышен по пирамидному типу), симптомы Бабинского, снижение мышечной силы в нижних конечностях (в правой ноге оценивается в 2балла, в левой ноге – 3балла), объем активных и пассивных движений в суставах ног снижен – нижний спастический парапарез.

В позе Ромберга – атаксия влево, с открытыми глазами – устойчив – сенситивная атаксия.

ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

Нижний спастический парапарез свидетельствует о поражении верхних отделов предцентральной извилины, процесс более выражен в левых отделах.

Сенситивная атаксия свидетельствует о поражении задних канатиков спинного мозга.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

На основании:

-диагноза при направлении: резидуальные явления энцефаломиелита, нижний парапарез.

-диагноза при госпитализации: резидуальные явления энцефаломиелита.

-жалоб на слабость в правой ноге, боль в правой ноге, периодическую головную боль в затылочно-височной области, давящего характера, шаткость в темное время суток (падает в сторону), ухудшение памяти на текущие события.

-анамнеза заболевания: 1987 году - энцефаломиелит цереброспинальная форма, в 1992 году появилась слабость в правой стопе, судороги в правой ноге, в начале апреля 2009 года появилась шаткость в темное время суток, периодическая тошнота, головная боль, повышение артериального давления, усилилась слабость в правой ноге, появилась боль в голени.

-данных объективного обследования: походка атаксическая – шаткая. Сила мышц в правой ноге оценивается в 2балла, в левой ноге – 3балла. Тонус в правой и левой ноге повышен по пирамидному типу. Коленный рефлекс D>S. Патологические рефлексы: отмечаются положительные рефлексы Бабинского и Россолимо с двух сторон, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску – Радовича положителен с двух сторон.

При исследовании поверхностной чувствительности отмечается гипалгезия в правой голени. В позе Ромберга – атаксия влево, с открытыми глазами – устойчив. Пальце – носовая и колено – пяточная проба выполняются с интенцией S>D.

Можно выставить предварительный диагноз - резидуальные явления энцефаломиелита, нижний спастический парапарез, атаксический синдром.

VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

1.Анализ крови клинический

2.Анализ мочи общий

3.Анализ крови на сахар

4.Анализ крови на RW

5.Исследование кала на яйца гельминтов

6.Биохимическое исследование крови

7.МРТ

8.ЭКГ

9.Электродиагностика

Данные дополнительных методов обследования:

**1.** Клинический анализ крови.

Эритроциты 4,52 × 1012 /л, гемоглобин 150 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты 8,7 × 109 /л, базофилы 1%, эозинофилы 2 %, палочкоядерные 4 %, сегментоядерные 67 %, лимфоциты 23 %, моноциты 3 %, СОЭ 5 мм/ч.

Заключение: патологии не выявлено

**2.** Общий анализ мочи.

Объём мочи – 75 мл. Цвет – светло – желтый, реакция – нейтральная, удельный вес – 1017, белок, сахар, слизь – не обнаружены, лейкоциты – 1 – 2 в п/з, эритроциты – 0 – 1 в п/з.

Заключение: патологии не выявлено

**3.** Анализ крови на сахар.

4,06 ммоль/л.

Заключение: в пределах нормы

**4.** Анализ крови на RW. Заключение: реакция отрицательная.

**5.** Исследование кала на яйца глист.

Заключение: яйца глист ЭПКП, сальмонеллы не найдены.

**6.** Биохимическое исследование крови.

* + Bi общий – 8 мкмоль/л;
	+ Bi прямой – 0 мкмоль/л;
	+ Bi непрямой – 8 мкмоль/л;
	+ Холестерин общий – 4,5 ммоль/л;
	+ Холестерин свободный – 2,2 ммоль/л;
	+ ЛПВП – 1,2 ммоль/л;
	+ ЛПНП – 3,0 ммоль/л;
	+ Щелочная фосфотаза – 1,0 ммоль/л/час;
	+ Nа+ – 139 ммоль/л/час;
	+ К+ – 3,5 ммоль/л/час.

Заключение: патологии не выявлено

**7**.МРТ – исследование головного мозга:

Продольная щель строго посередине. Корковое вещество больших полушарий и мозжечка нормально изображено.

Желудочки не расширены, расположены симметрично.

Серое и белое вещество расположено нормально, плотность перивентрикулярного вещества не снижена. Базальные ганглии, внутренняя капсула, мозолистое тело и таламус визуально выглядят обычно.

Турецкое седло и гипофиз обычной формы.

Цистерны мозга выглядят обычно.

Заключение: очаговых изменений головного мозга не выявлено.

8.ЭКГ. Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 89уд/мин.

9. Электродиагностика. Заключение: при исследовании электровозбудимости нервно – мышечного аппарата нижних конечностей отмечается снижение возбудимости нижних конечностей с n. peroneus dexter, сокращения мышц ослаблены, сила тока повышена.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Резидуальные явления энцефаломиелита | Рассеянный склероз |
| Этиология  | Вирусная инфекция, бактериальная, грибковая | Наследственная предрасположенность, вирусная инфекция, географический фактор |
| Течение | Острое | Хроническое прогредиентное |
| Поражение пирамидных путей | Нижний спастический парапарез | Нижний спастический парапарез |
| Зрение | Норма | Снижение остроты, сужение полей зрения, скотомы |
| Функция тазовых органов | Не нарушена | Нарушена |
| Нейропсихическое состояние | Норма | Агрессивность, раздражительность, депрессия, слабоумие |
| Тонус мышц | Повышен | Повышен |
| Патологические рефлексы | Выражены | Выражены |
| МРТ признаки | Очаговых изменений не выявлено | В Т1 режиме – гипоинтенсивные очаги, в Т2 режиме – гиперинтенсивные очаги |
| Электродиагностика | Снижение мышечной возбудимости, сокращения мышц ослаблены | - |

Х.КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

На основании предварительного диагноза и данных дополнительных методов обследования – электродиагностика: при исследовании электровозбудимости нервно – мышечного аппарата нижних конечностей отмечается снижение возбудимости нижних конечностей с n. peroneus dexter, сокращения мышц ослаблены, сила тока повышена – можно выставить клинический диагноз резидуальные явления энцефаломиелита, нижний спастический парапарез, атаксический синдром.

ХI. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В основе заболевания лежит перенесенное раннее воспаление вещества головного и спинного мозга - энцефаломиелит, что привело к нарушению функций определенных структур и появлению у больного соответствующих симптомов и синдромов. В частности воспаление в области задних канатиков спинного мозга привело к развитию сенситивной атаксии, двухстороннее воспаление в области верхней части предцентральной извилины – к нижнему спастическому парапарезу.

ХII. ЛЕЧЕНИЕ.

1. Препараты, регулирующие метаболические процессы.
2. Антиспастические препараты.
3. Ноотропные препараты.
4. Витаминотерапия.

- L-лизина эсцинат 10мл + 0,9% раствор натрия хлорида-200мл в/в капельно N.5

- Актовегин 2,0мл в/м N.10

- Баклофен по 1 таблетке внутрь 3 раза в день

- Пирацетам по 1 таблетке внутрь 3 раза в день

- комплекс «АлфаВИТ» по 0,5 г. внутрь 3 раза в день во время еды

- Амплипульс на нижние конечности

- Лечебная физкультура.

XII. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ

5.05.09г.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на слабость и боль в правой ноге, переодическую головную боль в затылочно-височной области давящего характера, шаткость в темное время суток (падает в сторону), снижение памяти на текущие события.

Объективно: повышение тонуса в мышцах ног по пирамидному типу, коленный рефлекс D>S. Патологические рефлексы Маринеску-Родовича, Бабинского, Россолимо выражены с двух сторон. Координация движений нарушена – в позе Ромберга атаксия влево, пальце-носовая и колено-пяточная пробы выполняются с интенцией S>D. Расстройства чувствительности – гипалгезия в правой голени и левой стопе.

АД - 130/85мм.рт.ст., ЧСС – 72уд/мин, Т – 36,7

8.05.09г.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Уменьшилась головная боль и боль в правой ноге.

Объективно: повышение тонуса в мышцах ног по пирамидному типу, коленный рефлекс D>S. Патологические рефлексы Маринеску-Родовича, Бабинского, Россолимо выражены с двух сторон. Координация движений нарушена – в позе Ромберга атаксия влево, пальце-носовая и колено-пяточная пробы выполняются с интенцией S>D. Расстройства чувствительности – гипалгезия в правой голени и левой стопе.

АД – 120/80мм.рт.ст., ЧСС – 74уд/мин, Т – 36,6

XIV. ЭПИКРИЗ.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* находится на стационарном лечении в неврологическом отделении ЛОКБ с 28.04.09г.

В отделении был выставлен клинический диагноз резидуальные явления энцефаломиелита, нижний спастический парапарез, атаксический синдром.

При поступлении в отделение предъявлял жалобы на слабость в правой ноге, боль в правой ноге, периодическую головную боль в затылочно-височной области, давящего характера, повышение артериального давления, периодическую тошноту, рвоту, шаткость в темное время суток (падает в сторону), ухудшение памяти на текущие события.

Болеет с 1987 года, на диспансерном учете не состоит.

В анамнезе заболевания имеются указания на перенесенный раннее энцефаломиелит(1987г.)

При объективном исследовании выявлено - повышение тонуса в мышцах ног по пирамидному типу, коленный рефлекс D>S. Патологические рефлексы Маринеску-Родовича, Бабинского, Россолимо выражены с двух сторон. Координация движений нарушена – в позе Ромберга атаксия влево, пальце-носовая и колено-пяточная пробы выполняются с интенцией S>D. Расстройства чувствительности – гипалгезия в правой голени и левой стопе.

Проведены следующие дополнительные исследования:

1.Анализ крови клинический. Заключение: без патологии.

2.Анализ мочи общий. Заключение: без патологии.

3.Анализ крови на сахар. Заключение: без патологии.

4.Анализ крови на RW. Заключение: отрицательна.

5.Исследование кала на яйца гельминтов. Заключение: я/г не выявлены

6.Биохимическое исследование крови. Заключение: без патологии.

7.МРТ. Заключение: очаговых изменений головного мозга не выявлено.

8.ЭКГ. Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 89уд/мин.

9.Электродиагностика. Заключение: при исследовании электровозбудимости нервно – мышечного аппарата нижних конечностей отмечается снижение возбудимости нижних конечностей с n. peroneus dexter, сокращения мышц ослаблены, сила тока повышена.

За время пребывания в клинике проведено лечение:

- L-лизина эсцинат 10мл + 0,9% раствор натрия хлорида-200мл в/в капельно N.5

- Актовегин 2,0мл в/м N.10

- Баклофен по 1 таблетке внутрь 3 раза в день

- Пирацетам по 1 таблетке внутрь 3 раза в день

- комплекс «АлфаВИТ» по 0,5 г. Внутрь 3 раза в день во время еды

- Амплипульс на нижние конечности

- Лечебная физкультура

В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось уменьшилась головная боль и боль в правой ноге, исчезли судороги в правой ноге.

Рекомендовано:

- МСЭК для установления группы инвалидности.

- Соблюдать режим дня, вести здоровый образ жизни.

- Избегать стрессовых ситуаций.

- Регулярное диспансерное наблюдение.

- Санаторно-курортное лечение.

- Лечебная физкультура

XV. ПРОГНОЗ.

Прогноз относительно жизни и выздоровления благоприятный, относительно трудоспособности – неблагоприятный.

**ХVI. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Вiничук С.М., Дубенко Є.Г., Мачерет Є.Л. Нервові хвороби /Київ: Здоров`я, 2001. – 693 с.
2. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни/ М.: медицина, 1988 г. – 438 с.
3. Макаров А.Ю., Помников В.Г., Прохоров А.А. Болезни нервной системы. Справ очник по медико – социальной медицине и реабилитации/ СП.: Гіппократ, 2003 г.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства\_ М.: Новая волна, 2007. – 1206 с.
5. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В., Вейн А.М. Болезни нервной системы/ М.: Медицина, 1995.