*Львівський державний медичний університет*

*Ім.Данила Галицького*

Кафедра:

невропатології і

не традиційної

медицини

Зав.каф.: Пшик С.С.

 Викладач: Вівчар Р.Я.

***Історія хвороби***

***Хвора: Зробок І.В.***

***Діагноз клінічний: залишкові явища після перенесеного***

***паралічу Ландрі у вигляді астеноневрологічного синдрому***

***і синдрому вегето-судинної дистонії***.

Підготував:

Початок курації: 28.11.00

Завершення курації 11.12.00

 Відмітка викладача про зарахування

 історії хвороби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Львів-2000

1. Паспортна частина

 Хвора: Зробок Ірина Михайлівна

Вік: 49 років.

Стать: жіноча

 Національність: українка

 Домашня адреса: Львівська обл. м.Червоноград вул. Шептицького3\54

Місце роботи: ВПУ II

 Професія: майстриня виробничого навчання.

 Характер скерування в клініку: скерована лікарем Червоноградської ЦРП

 Характер звернення за медичною допомогою: плановий.

Дата поступлення: 29.11.2000.

 Дата виписки:

 Діагноз при поступленні: залишкові явища перенесеного паралічу Ландрі.

2. Скарги хворого:

слабість в ногах, швидко втомлюється при ходьбі, затерпання ніг і рук, загальна слабість, болі в ногах. Вище вказані скарги посилюються при психічних і фізичних навантаженнях. Болі голови стискуючого характеру в потиличній ділянці з іррадіацією в очні яблука. Крім цього хвора скаржиться на затерпання лівої ноги.

3.Anamnesis morbi.

Рахує себе хворою з 14.09.98.р. коли на фоні переохолодження з′явилося затерпання ніг, відчуття “бігання мурашок”. В той же час почали турбувати інтенсивні головні болі стискаючого характеру в потиличній ділянці з іррадіацією в очні яблука. На протязі трьох днів приєдналася слабість і обмеження активних рухів і відчуття затерпання нижніх кінцівок, посилюється. Паралельно з цим хвора почала відмічати слабість, відчуття парестезії і обмеження активних рухів у верхніх кінцівках.

17.09.98.р. госпіталізована в неврологічне відділення Червоноградської ЦРП. Стан хворої прогресивно погіршився, спостерігається повна відсутність рухів у верхніх і нижніх кінцівках. Порушення функції ковтання: поперхувалась при ковтанні, при прийомі рідкої їжі остання виходить через ніс. Спостерігалось порушення функції тазових органів: не могла самостійно сечитися, були закрепи.

У зв′язку з тяжким станом пацієнтки 28.09.98.р. переведена у реанімаційне відділення Червоноградської ЦРП.

У реанімаційному відділені утримувала інтенсивне лікування протягом чотирьох днів.

2.10.98.р. переведена в неврологічне відділення ЛОКЛ. Загальний стан при поступленні крайньо важкий: відсутність рухів у верхніх та нижніх кінцівках. При свідомості. Зіниці округлої форми, D=S, з живою реакцією на світло, рух очних яблук обмежений при погляді в сторону. Точки виходу трійчастого нерва не болючі, чутливість на щкірі лиця не порушена, лице симетричне. Розлади ковтання: рідка їжа при ковтанні виходить носом, хвора поперхується. Гнусавий відтінок голосу.

Внутрішньо – ротовий огляд: язик посередині, слизові оболонки ротової порожнини нормально зволожені, без видимих патологічних змін.

Сила по м′язових групах і м′язевий тонус різко знижені, активні рухи в нижніх кінцівках відсутні. Клонуси, сухожилкові та черевні рефлекси відсутні.

Чутливість – гіпестезія за поліневритичним та корінцевим типом. Ригідність м′язів потилиці.

Обстеження окуліста: оптичні середовища прозорі, очне дно:ДЗН – блідо-рожеве, чітко контуроване, судини в/a =2/3, калібр нерівномірний, хід не змінений, легко виражений спазм.

ЕКГ – метаболічні зміни в міокарді.

Ехоенцефалограма: зміщення серединних структур – не спостерігається, шлуночкова система – симетрична.

Діагноз: висхідний параліч Ландрі, тяжка форма, з краніо-спінальною локалізацією з бульбарним паралічем.

Отримувалда наступне лікування:

пеніцилін-500 000 ОД x4, цефазолін-1,0 x2, дексаметазон - 8ml x 4 з подальшим зменшенням дози (1ml/2доби) , ністатін-500 000 x 4, гепарин-5 000 од x 2 (5 днів) аспаркам, новокаїн, поляризуюча суміш: глюкоза-400,0 інсулін-6 ОД, калію члорид-20,0-10,0 нікотинова к-та-2,0 фуросемід-2,0 трентал-5,0

рибоксин – 10,0 корглікон –0,5 Vit C- 5,0 Vit B6- 2,0 Vit B12- 500мкг , кальцію глюконат 10,0 димедрол 1,0 АТФ-2,0 γ-глобулін- 3,0/2 дні.

Після проведеного лікування стан хворї покращився – стала активна, поступово відновилися активні рухи м′язів: спочатку на верхніх а потім на нижніх кінцівках. Проте зміни чутливості залишилися: гіпестезія лівої нижньої кінцівки.

Хворій рекомендовано періодично проходити реабілітаційний курс лікування.

 Діагноз: гостра висхідна демієлінізуюча полірадикулонейропатія – тетраплегія за типом Ландрі.

4.Anamnesis vitae.

Народилася 15.04.51.р. в Червонограді. Росла ірозвивалась відповідно до віку, умови життя задовільні. Освіта – середня. В дитинстві перенесла кір, краснуху, паротит. Менструальний цикл – регулярний. Має двох дорослих дітей. Рахувала себе здоровою до 14.09.98.р житлові та матеріальні умови – задовльні.

Умови праці – задовільні, нормований робочий день. Знаходиться на II групі інвалідності.

 Перенесені захворювання:

венеричні захворювання – не хворіла

значні травми – не мав

гемотрансфузії – не переносла

плазмотрансфузії – не переносила

алергологічний анамнез – без особливостей

 шкідливі звички – не має.

5.Status praesens objectivuіs.

Змін зі сторони суглобів та скелету – не має.

Форма грудної клітки – нормостенічна.

Свідомість – ясна..

Конституція – нормостенічна, дещо схильність до повноти.

Температура – 37,1 °C

Вираз лиця – звичайний.

Шкірні покриви – звичайної вологості, чисті. Видимі слизові оболонки – в міру зволожені, блідо-рожевого кольору.

 Підшкірна клітковина – підвищеної відживи.

Лімфатична система: шийні, пахвові та пахвинні лімфатичні вузли не пальпуються

 Будова тіла правильна.

Ріст – 160 см. Вага – 80 кг.

Дихальна система: дихання носом вільне, виділень з носа не має, везикулярне дихання у всіх відділах легень. Надключичні та підключичні ямки виражені помірно. Лопатки щільно пристають до грудної клітки з обох боків. Грудна клітка нормостенічної форми. Обидві половини грудної клітки приймають однакову участь в акті дихання. Частота дихальних рухів 16 за хвилину. Грудна клітка при пальпації не болюча, еластична, голосове тремтіння однакове на симетричних ділянках. Верхні границі стояння верхівки спереду: справа – на 3 см. вище ключиці, зліва – на 3,5 см. вище ключиці. Ззаду справа і зліва на рівні остистого паростку сьомого шийного хребця .

|  |
| --- |
|  *Нижні границі* |
|  *Лінії*  |  *Справа*  |  *Зліва*  |
| *Білягрудинна* | *Нижній край 5 ребра* | *Нижній край 4 ребра* |
| *Середньо – ключична* | *Нижній край 6 ребра* | *Не визначається*  |
| *Передня пахвова*  | *Нижній край 7 ребра* | *Не визначається*  |
| *Середня пахвова*  | *Нижній край 8 ребра* | *Нижній край 8 ребра* |
| *Задня пахвова*  | *Нижній край 9 ребра* | *Нижній край9 ребра* |
| *Лопаткова*  | *Верхній край 10 ребра* | *Верхній край 10 ребра* |

Побічні дихальні шуми не вислуховуються.

Бронхофонія: шепітна мова, проводиться не чітко, однакова над симетричними ділянками легень.

Серцево – судинна система: ділянка серця не змінена, пульсація вен шиї не помітна. При пальпації ділянки серця відчувається верхівковий поштовх у 5-му міжребер`ї на 1см. до середини від лівої середньо – ключичної лінії, середньої висоти, помірної висоти, помірної сили. Тони серця чисті, ритмічні, інтенсивність першого тону на верхівці і біля основи мечоподібного відростка однакова. Інтенсивність другого тону на аорті і легеневій артерії однакова. Пульс 78 ударів захвилину середнього наповнення та напруження. Артеріальний тиск на плечових артеріях справа 120/60, а зліва 110/70.

Система органів травлення: язик вологий, чистий, в міру зволожений. Зубні ряди не змінені, проте є початкова форма пародонтозу. Зів чистий рожевий, мигдалики звичайних розмірів, рожеві. Задня стінка глотки гладка, рожева. Запах ацетону з роту відсутній. Живіт м`який, нездутий, неболючий. Печінка перкуторно та пальпаторно не виступає з-під краю реберної дуги. Синдром Ортнера (-), синдром Пастернацького (-) з обох сторін.

Сечовидільна система в нормі. Добовий діурез ≤ 1,5 л. Патологічних змін не має.

Ендокринна система в нормі. Щитовидна залоза не пальпується

Нервова система:

Стан психіки:

в контакт вступає добре, емоційний тонус позитивний. Розумовий розвиток відповідає віку, увага та пам′ять збережена. Відношення до свої хвороби критичне, мова не порушена.

Функції черепних нервів.

1. Нюх збережений.
2. Vis OD/OS= 1,0/1,0; очне дно: ДЗН – блідо-рожеве, чітко контуроване, судини в/a =2/3, калібр нерівномірний, хід не змінений, легко виражений спазм.

 III – IV – VI. Зіниці округлої форми, з живою співдружньою реакцією на світло, рух очних яблук в повному об′ємі, проте дещо обмежений при погляді на боки. Явища диплопії та ністагму відсутні. Ширина щілин в нормі.

1. Больова, тактильна і температурна чутливість на лиці збережна, лице симетричне і пропорційне, функція та жувальних м′язів збережена. Точки виходу трійчастого нерва не болючі. Корнеальний рефлекс (+).

 VII. Функція мімічних м′язів збережена.

 VIII. Слух – збережений на розмовну та шепітну мову.Головокружіннь – не має.

 IX – X. Фонація – нормальна, ковтальний та глотковий рефлекси – збережені. Смак не спотворений.

 XI. Пальпація m. Trapezius et m. Sternocleidomastoideus не болюча.

1. Зовнішній вигляд язика та його рухомість в межах норми. Положення в роті – центральне.

Чутливість.

Чутливість не порушена, окрім кінцівок: ліва рука та нога мають незначно меншу чутливість D>S.

Відсутній біль при пальпації паравертибральних точок.

Менінгеальні симптоми.

Ригідність м′язів потилиці відсутня, симптом Керніга(-), симптом Брудзінського (-).

Рухова функція.

Активні та пасивні рухи не обмежені, м′язовий тонус збережений, сила м′язових груп в ногах зменшена,

з рук D>S, з ніг D>S. Координація рухів не порушена. Пальцевоносову та гомілковоп′яткову пробу виконує чітко. Ходьба не порушена швидко втомлюється.

Вегетативні функції.

Вегетативний гіпергідроз шкіри долоней та стоп, червоний розлитий дермографізм.

Лабараторні та спеціальні дослідження.

1.Загальний аналіз крові:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  *Елементи*  | *Отримані результати*  |  *Норма*  |
| *Еритроцити* | 4 х 10¹²/л | Чол.: 4-5 Т/л. Жін.: 3.7-4.7 Т/л |
| *Гемоглобін*  | 139 г/л  | Чол.:130-160г/л Жін.:120-140г/k |
| *Кольоровий показник* | 0,9  | 0,8 – 1,0 г/л |
| *Ретикулоцити*  | 0,6% | 0,2 – 1,0 % |
| *Тромбоцити*  | 280 г/л | 180 – 320 г/л |
| *Лейкоцити*  | 6,3 г/л  | 4,0 – 9,0 г/л |
| *Базофіли*  | 0,2% | 0 – 0 ,5 % |
| *Еозонофіли*  | 2% | 3 – 4 %  |
|  *Нейтрофіли* | *Мієліноцити*  | \_ |  - %  |
| *Паличкоядерні*  | 4% | 4% |
| *Сегментоядерні*  | 77% | 63 – 67 % |
| *Лімфоцити*  | 19% | 24 – 30 %  |
| *Моноцити*  | 2% | 6 – 8 % |
| *ШОЄ* | 4г/л | 2 – 12 мм/год |

 2. Дослідження сечі:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Колір*  | *Соломяно – жовтий* | *Соломяно – жовтий*  |
| *Питома вага*  | 1022гр | ------------------ |
| *Білок*  | *Не виявлено* | 0,025 – 0,070 г/добу |
| *Цукор*  | *Не виявлено* | ------------------ |
| *Ацетон*  | *Не виявлено* | ------------------ |
| *Прозорість*  | *Прозора*  | *Прозора*  |
| *Індикан*  | 50,3мкмоль/добу | 49,8 – 52,5 мкмоль/добу  |

 3. Цукор крові: 5,6гр/моль

4. Група крові *В – III ,* резус – приналежність Rh +.

5. RW ( - )

6. аналіз сечі на цукор : не виявлено.

7. ЕКГ – метаболічні зміни в міокарді.

 8.Ехоенцефалограма.

 9.Електроенцефалограма.

 10.Електроміографія ( з верхніх та нижніх кінцівок).

 11.Реоенцефалографія.

На сьогоднішній день стан хворої задовільний. Хвора перенесла висхідний параліч Ландрі, важку форму, крилоспінальної локалізації.

Диференціальна діагностика.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптоми | Полірадикулоневрит | Поліомієліт | Мієліт |
| Локалізація процесу | Корінці та периферичні нерви | Передні роги спинного мозку | Поперечник спинного мозку |
| Початок захворювання | Підгострий без збільшеної температури | Гостре зі збільшеною температурою | Підгостре |
| Порушення поверхневої чутливості. | Дистальних відділів | Не має | По провідниковому типу з рівня пораження спинного мозку |
| Порушення глибокої чутливості. | Невелике в пальцях п′ят і кистей | Не має | Вираженні |
| Розвиток паралічей | Поступовонаростаючі | Раптово | Наростаючі |
| Локалізація паралічей | Симметричні здебільшого в дистальних відділах | Асимметричні здебільшого в проксимальних відділах | В проксимальних відділах |
| М′язовий тонус | Понижений | Значно збільшений | Збільшений |
| Атрофії | Пізні , помірні | Ранні, обширні | Піздні |
| Сухожилкові рефлекси | Симметрично пониженні | Понижені на поражених кінцівках | Підвищенні |
| Черевні рефлекси | Зазвичай викликаються | Можуть не викликатися | Понижені |
| Патологічні рефлекси | Не має | Не має | Присутні |
| Сечовиділення | Не порушене | Не порушене | Затримка, нетримання |
| Дефекації | Схильність до закрепів | Не порушена | Закрепи, нетримання калу |
| Пролежні | Не має | Не має | Присутні |
| Встановлення рухів | З проксимальних відділів | З дистальних відділів | З дистальних відділів |
| Больовий синдром | Різко виражений | Помірний | Слабкий |

Лікування .

ЛФК, масаж спини, загальний масаж, парафіново-озокеритна аплікація вздовж хребта, гіпербарична оксигенація, голко-рефлексотерапія, АТФ 1% - 1,0 , кокарбоксилаза 50мг., екстракт алоє, прозерин 1мг.

Епікриз.

Захворювання розпочалося14.09.98.р. вперше хвора звернулася в лікарню 28.09.98.р., де їй було поставлено дігноз: гостра гостра висхідна демієлінізуюча полірадикулонейропатія – тетраплегія за типом Ландрі. Після чого вона була переведена в неврологічне відділення ЛОКЛ, де хворій було проведене вище вказане лікування. Після пройденого курсу лікування стан хворої покращився і 27.10.98.р. вона була виписана в задовільному стані.

29.11.2000р. хвора поступила на реабілітаційну терапію, де їй був проведенний ряд вище вказаних процедур.

Підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.