

Підготував:  
Студент 4 курсу 21 підгрупи  
Рошинець Юрій  
Васильович



# ІСТОРІЯ ХВОРОБИ: Розсіяний склероз

# ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

- **Ім'я** : Іванов Іван Степанович
- **Вік** : 46 років.
- **Військове звання** : старший прапорщик
- **Дата надходження** : 14.05.16
- **Клінічний діагноз** : Розсіяний склероз III ст., цереброспінальна форма, ремітуючий перебіг.
- **Супутні захворювання** : Гіпертонічна хвороба. Міжхребцевий остеохондроз в 5-6 С і 3-4 L сегментах без порушень функцій.

# СКАРГИ ПРИ ВСТУПІ

- На порушення рівноваги, ходи, координації рухів, тремор кінцівок; періодичні головні болі, запаморочення; біль у шийному та поперековому відділах хребта, біль в колінних суглобах; зниження зору на обидва ока;

# ANAMNESIS MORBI

- Зі слів хворого хворий близько дев'яти місяців, коли з'явилися болі в поперековому відділі хребта. За медичною допомогою не звертався. Лікувався самостійно. У липні 2015р. Лікувався у військовому санаторії «Кульдур» з діагнозом: « остеохондроз шийного та поперекового відділів хребта ».
- Після цього став відзначати похитування при ходьбі, слабкість. За медичною допомогою не звертався. У подальшому стан погіршився: порушилася хода, координація рухів, з'явився тремор кінцівок.
- Зниження зору на обидва ока зазначає останні 5 років.

# ANAMNESIS VITAE

- Народився в м.Ужгород. Перша дитина в сім'ї. Стан здоров'я батьків в момент народження дитини задовільний. У дитячому віці розвивався нормально. Вчився добре. Ставлення до навчання та колективу позитивне. Закінчив гімназію р. К.
- З 18 років пішов в армію. Після проходження строкової служби залишився служити в армії і служить до теперішнього моменту. Умови праці та побуту задовільні. Житлові умови хороші. Харчування повноцінне, регулярне. Шкідливі звички: палить до пачки в день, алкоголь - у свята і вихідні. Алергічний анамнез не обтяжений.
- У віці 21 року переніс операцію з приводу гострого апендициту (Аппендектомия). Венеричні хвороби, туберкульоз, хвороба Боткіна заперечує.
- Одружений. Спадкових захворювань не має.

# STATUS PRAESENS

Загальне самопочуття хворого середньої важкості, положення в ліжку активне. Вираз обличчя спокійний, постава пряма, ходьба не швидка не впевнена. Зріст 175 см. вага 68 кг. нормостенічний конституційний тип.

- Шкірні покриви: звичайного пофарбування, вологість шкіри помірна. Тургор знижений. Видимі слизові рожеві, вологість помірна, язик - білий.
- Підшкірно - жирова клітковина: розвинена помірно. М'язи: ступінь розвитку задовільна, тонус збережений. Кістки: безболісні. Суглоби: болючі при пальпації. Периферійні лімфовузли: не збільшені.

- **Дихальна система.** Огляд:
  - Форма грудної клітки: нормостенічна.
  - Грудна клітка: симетрична.

Ширина міжреберних проміжків помірна.

- епігастральній кут прямий.
- Лопатка і ключиця виступають слабо.
- Тип дихання грудний.
- Число дихальних рухів у хвилину: 18
- Пальпація грудної клітки: грудна клітка еластична, голосове тремтіння однаково на симетричних ділянках, безболісна.

### **Перкусія легень:**

- Порівняльна перкусія: ясний легеневий звук на симетричних ділянках грудної клітини.

### **Аускультация:**

- Прослуховується везикулярне дихання, шум тертя плеври не визначається.

- **Сердечно - судинна система.**

- Огляд: Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС - 70 уд / хв. Пульс задовільного наповнення і напруження. АД.- 120/80 мм. рт-ст.

- Пальпація:

- верхівковий поштовх розташовується в 5 міжребер'ї на 1,5-2 см латеральніше лівої середключичної лінії (нормальної сили, обмежений).

- **Травна система.**

- Губи блідо-рожевого кольору, злегка вологі, тріщин і виразок немає. Слизові оболонки блідо-рожеві, вологі, патологічних змін не виявлено. Мова рожевий, вологий, з білуватим нальотом, сосочки розвинуті добре. Десни рожевого кольору, без кровоточивості і виразок.

- Живіт нормальної форми, симетричний, не роздутий, випинань, западинь, видимої пульсації немає. Черевна стінка бере участь в акті дихання, рубців немає, видимої перистальтики немає.

- При перкусії та поколачивання над усією поверхнею - тимпанічний звук, хворобливість, напруга стінки живота, флуктуацій відсутні.

- При поверхневій пальпації напруження черевної стінки відсутня, хворобливість не відзначається, ущільнень немає. Симптом хвилі, симптом Менделя, симптом Щоткіна-Блумберга негативні.

- При спеціальної пальпації розходження прямих м'язів живота немає. Аускультация: перистальтика кишечника в нормі.

- **З боку сечостатевої, ендокринної систем відхилень від норми немає.**



# STATUS NEUROLOGICUS

- Свідомість ясна. Загальномозкові симптоми негативні. Менінгеальні симптоми негативні.
- **Черепно-мозкові нерви:**
- I пара - **n.olfactorius**. Хворий відчуває відповідні запахи і називає пахучі речовини з обох сторін. Нюхові галюцинації відсутні
- II пара - **n.opticus**. У хворого визначається зниження гостроти зору, зменшення-  
ня полів зору. При дослідженні очного дна відзначається побліднення дисків зорових нервів обох очей.
- III, IV, VI пари - **nn.Oculomotorius, Trochlearis et Abducens**. У хворого очні щілини звичайних розмірів, однакові на обох очах (2,5 см), зіниці округлі середньої величини, симетричні з обох сторін. Косоокість (екзофтальм, енофтальм) відсутня. На світло реакція співдружнтя. На конвергенцію і акомодацію звичайна. Обсяг рухів очних яблук повний.
- V пара - **n.Trigeminus**. Зниження чутливості на обличчі та голові немає. Корнеальна і кон'юнктивальний рефлекс збережені. Сила жувальних м'язів не змінена.

- V - поверхнева чутливість (температурна, больова, тактильна) на симетричних ділянках особи виражена однаковозадовільно. Надбрівний, корнеальна, рогівковий рефлекс живі і симетричні. Тонус жувальної мускулатури збережено. Рухова функція жувальної мускулатури збережена
- VII-обличчя симетричне, розріз очних щілин симетричний. Звуження щілини, птоз, "заячого ока" немає. Кожна складка чола при погляді вгору, нахмурюванні брів симетрична. Довжина вій при зажмуриванні очей однакова, носо-губна складка виражена однаково з двох сторін, опущень кута рота немає. Симптом "вітрила" негативний, ротова щілина симетрична, оскал зубів симетричний (Симптому "моркви" не спостерігається. При посмішці, свисті асиметрії не виявлено. Сухості очей і сльозотечі, а також сухості в роті і підвищеного слиновиділення не виявлено. Смакова чутливість на передніх 2 / 3 язика не порушена.
- VIII - гострота слуху, досліджена за допомогою шепітної (D = 10м) і гучної промови задовільний. Камертони пробі Вебера, Швабаха, Рине не змінені.
- IX, X-глотковий рефлекс живий. ковтання рідкої і твердої їжі не порушено. Дужки м'якого неба у спокої розташовуються симетрично, при вимові звуку "а" виявляється рухливість дужок м'якого піднебіння. Ps - 78 уд. за хв., ЧДД - 18 хв .. Голос не змінений: гнусовості, глухості не виявлено. Тембр голосу низький, смакова чутливість (відчуття гіркового) на задній 1 / 3 язика не порушено.
- XI-положення Голови і шиї щодо поздовжньої осі тіла симетричні. Рухи голови в сторони, закидання її назад, підняття, відведення плечового пояса до заду, можливість підняття рук вище горизонтального рівня не порушено (можливі повному обсязі). Атрофії м'язів шиї, фібрилярних посмикувань в трапецієвидних і грудинноключичнососцевидних м'язах не виявлено.
- XII- язик розташований в ротовій порожнині симетрично. Рухи язика збережені в повному обсязі, при висовуванні його з рота відхилень у бік не спостерігається. Атрофії і фібрилярного посмикування м'язів язика не визначаються. Артикуляція мови не порушена (Дизартрія відсутня).

# Рухова сфера:

Положення тіла активне. М'язи нижніх кінцівок дещо гіпотрофовані. Активні рухи збережені, м'язовий тонус нижніх кінцівок збільшений по спастичному типу, сила м'язів лівих кінцівок на 5 балів, правих на 5 балів активні і пасивні рухи в повному обсязі, швидкість рухів знижена.

- Хода скована.
  - Проба на приховані паралічі (нижня і верхня проби Барі, проба Панченкова і проба «кільця» Панова) негативні.
- Фізіологічні сухожильні і періостальних рефлекси:  $D = S$**
- двоголові м'язи плеча - викликається з обох сторін
  - триголові м'язи плеча - викликається з обох сторін.
  - Карпорадіальний - відзначається з обох сторін.
  - Колінний - викликається з обох сторін. (Розширення рефлексогенних зон немає)
  - Ахіллів - викликається з обох сторін.
  - при штриховому роздратуванні шкіри зовнішнього краю підшви визначається виражений симптом Бабінського  $D > S$ .

## **Шкірні рефлекси:**

- Черевні: верхній, середній, нижній - відзначаються з обох сторін.
- Кремастерний - негативний.
- Підшовний - позитивний.

## **Патологічні рефлекси: D = S**

1. Згинальні кистьові (Россолімо, Якобсона-Ляско, Жуковського) - негативні з обох сторін.
  2. Згинальні стопні (Россолімо, Жуковського, Бехтерева I, II) - негативні з обох сторін.
  3. Розгинальні стопні (Бабинського, Пуссепа, Шеффера, Оппенгейма) - негативні з обох сторін.
- Патологічні сікінезії: не визначаються
  - Захисні рефлекси (Давиденкова, Бехтерева-марі-Фуа, Ремаку) - негативні.
  - Рефлекси орального автоматизму (Хоботковий, назолабіальний, долонно-підборіддя, дистанс оральний ) - негативні.

**Висновок:** відзначаються високі рефлекси, особливо на нижніх кінцівках, патологічні рефлекси негативні.

# Координація рухів:

## Статична (локомоторна):

1. Стійкість у позі Ромберга простою і ускладненою - нестійкий.
2. Астазія-Абазія - негативні

## Динамічна (Кінетична):

1. Пальце-носова проба і пальце-молоточкова проба - промахування
2. П'яркової-колінна проба виконується - зісковзування п'яти з гребеня великогомілкової кістки
3. Проба на діадохокінез - виявляє відставання правої руки.
  - Патологічні синергії відсутні.
  - Ністагм не відзначається.
1. Хо́да атаксична.
2. Характер мовлення та письма змінений. Зміна почерку (за типом макрографії) вказує на ураження лівої півкулі мозочка. Почерк нерівний, зигзагоподібний ламаними лініями, піднімається
  - Феномен Стюарта - Холмса - негативний.

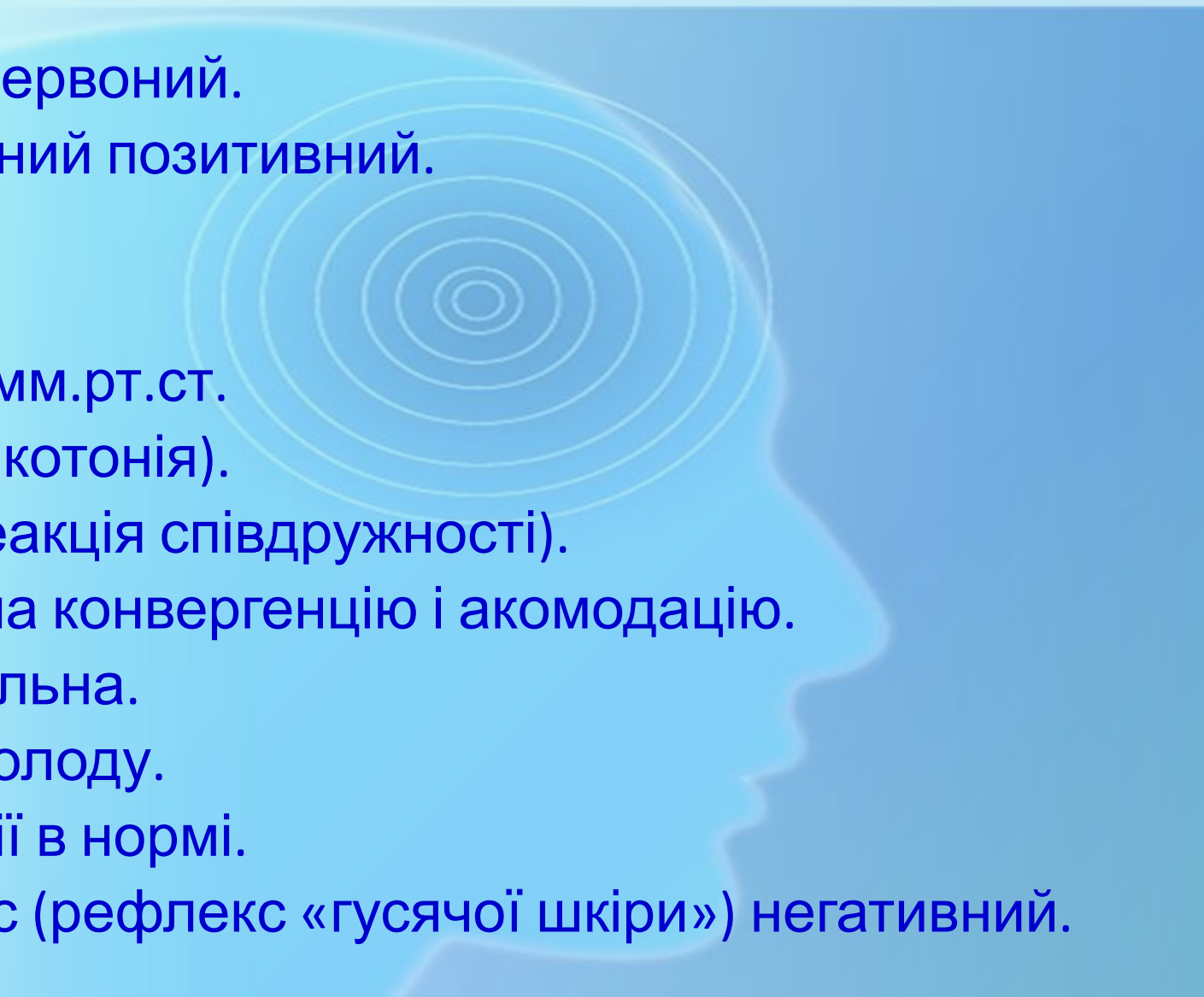
**Висновок:** Виявлено порушення координаційної сфери за типом статико-локомоторної атаксії.

# Чутлива сфера:

- Анталгічна поза хворого відсутня.
- Симптоми натягу нервових стовбурів і корінців (Лассега, Вассермана, Мацкевича, Нери, Дежеріна) негативні.
- Больова чутливість знижена в дистальних відділах нижньої кінцівки, температурна, тактильна не змінені, м'язово-суглобовий почуття - порушено розпізнавання положення пальців на лівій нижньої кінцівки, вібраційно змінене.
- Спостерігаються парестезії (відчуття "жару") в дистальних відділах нижніх кінцівок. Хворість при натисканні в точках виходу корінців і на периферичного нервові стовбури - больових точках трійчастого, потиличного нервів, болючість у області плечового сплетення; паравертебральних точках; по ходу міжреберних нервів; при постукуванні по остистих відростках; по ходу сідничного нервів відсутня.

# Вегетативна нервова система:

## Тонус ВНС:

- 1. Дермографізм місцевий, червоний.
  - 2. Дермографізм рефлєкторний позитивний.
  - 3. ЧДД 16 уд/хв.
  - 4. ЧСС 70 уд/хв.
  - 5. Артеріальний тиск 120/80 мм.рт.ст.
  - 6. Зіниці розширені (симпатикотонія).
  - 7. Реакція на світло - міоз (реакція співдружності).
  - 8. Присутній реакція зіниць на конвергенцію і акомодацию.
  - 9. Температура шкіри нормальна.
  - 10. Хороша переносимість холоду.
  - 11. Потовиділення і саливації в нормі.
  - 12. Пілоромоторний рефлекс (рефлекс «гусячої шкіри») негативний.
- 

## **Реактивність ВНС:**

- 1. Рефлекс Данини-Ашнера позитивний.
- 2. Рефлекс з синокаротидної зони позитивний.
- 3. Рефлекс Ру-Тома (Солярний) позитивний - зниження ЧСС на 5уд./мін.
- 4. Рефлекс Ортнера позитивний - зниження ЧСС на 4уд./мін.
- 5. Холодова реакція.
- 6. Реакція зіниці на біль

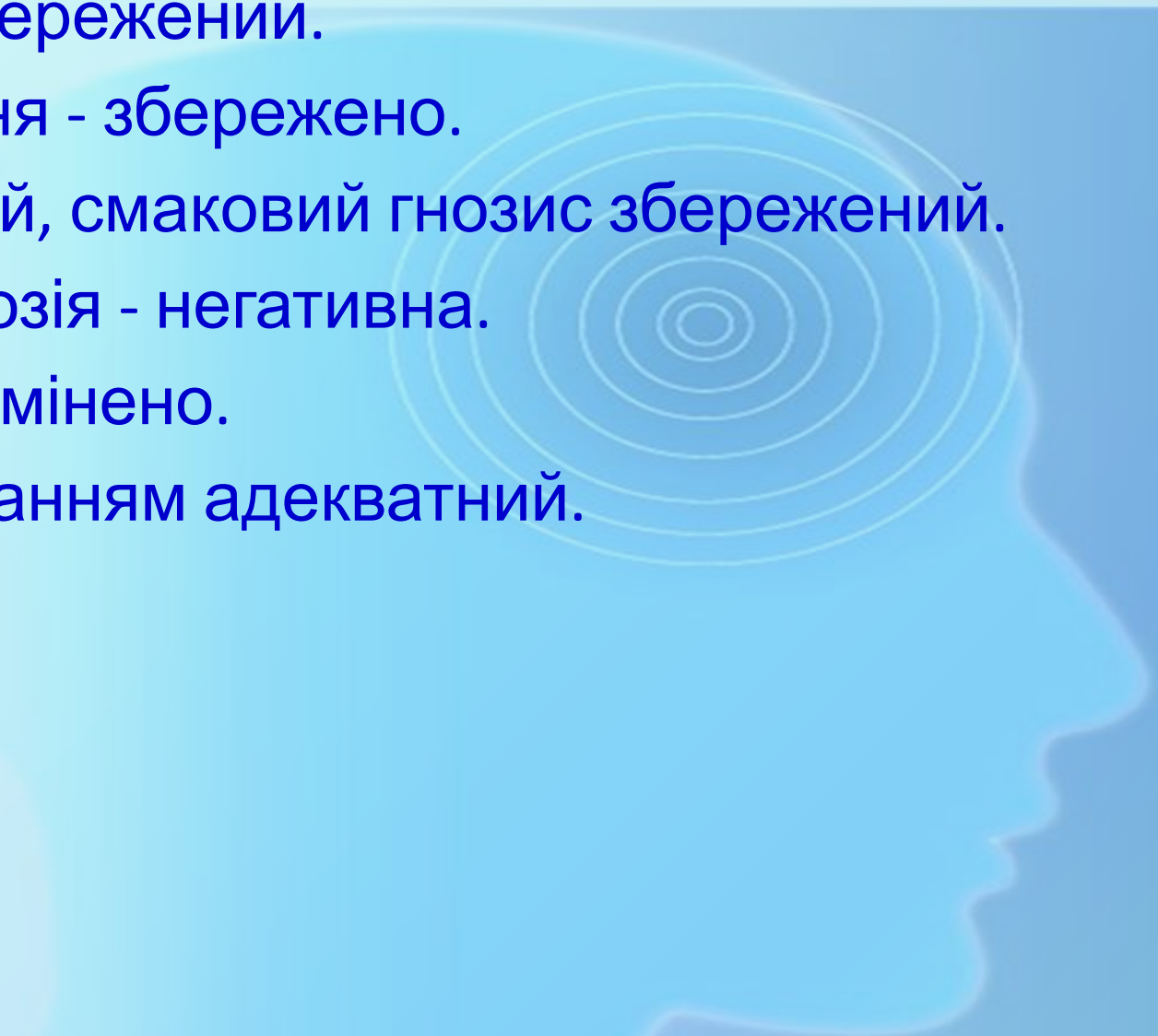
## **Адекватність реакції на подразник:**

- 1. Кліностатична проба (Данієлополу) - уповільнення ЧСС на 3 уд/хв.
- 2. Ортостатична проба (Превелі) - збільшення ЧСС на 6 уд./хв.

**Висновок:** Змін, з боку вегетативної нервової системи, при об'єктивному обстеженні, не виявлено.



# Вищі коркові функції:

- Стереогнозіса - збережений.
  - Зорове впізнавання - збережено.
  - Слуховий, нюховий, смаковий гнозис збережений.
  - Правотімянна агнозіа - негативна.
  - Наслідування не змінено.
  - Рух за усним завданням адекватний.
- 

# Дослідження мовної функції:

## **Сенсорна мова (рецептивна):**

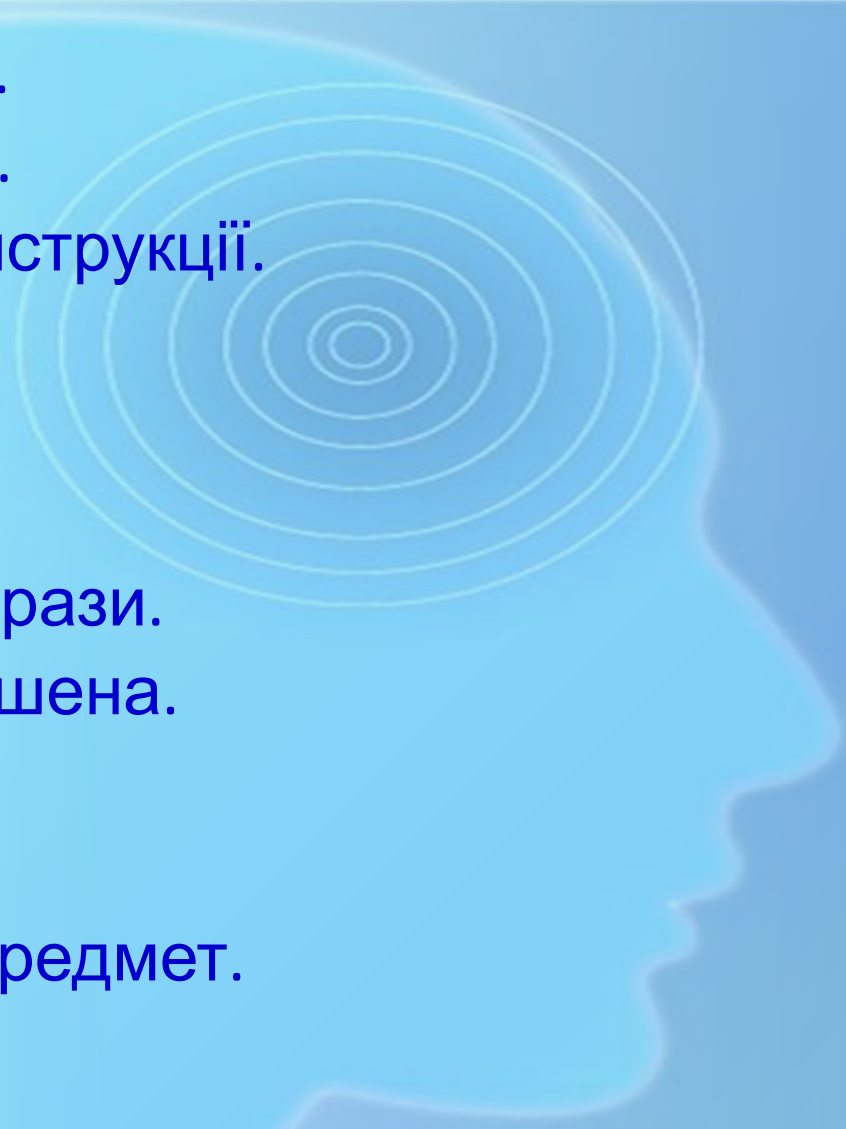
- Хворий розуміє сенс сказаних слів.
- Розуміє і виконує сказані інструкції.
- Розуміє і виконує сказані складні інструкції.
- Розуміє зміст фраз.
- Розуміє зміст оповідання.

## **Моторна мова (експресивність):**

- Повторює літери, склади, слова, фрази.
- Автоматична рядова мова не порушена.
- Вільно говорить.

## **Пам'ятна мова (мнестична):**

- Хворий може правильно назвати предмет.



# ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

## 1. Загальні аналіз сечі (15.05.2016)

- Кількість - 150 мл; Реакція - слабокисла; Колір - світло жовтий; Питома вага - 1014 кг/см<sup>3</sup>;  
Прозорість - прозора; [Цукор](#) - ні; Білок - ні.  
Мікроскопія осаду: слиз - немає епітелій - еденічних в полі зрен циліндри - немає лейкоцити- 2 в полі зору

## 2. Загальний аналіз крові (15.05.2016)

1. Гемоглобін. 150 г/л 140-180 г/л
2. Колірний показник 0,990.85-1.09
3. Еритроцити. 4,03 \* 10<sup>9</sup>/л 3.9-4.7 \* 10<sup>9</sup>/л
4. Лейкоцити. 7,1х 10<sup>9</sup>/л 4.0-8.0 \* 10<sup>9</sup>/л 5. Палочкоядерні. 1% 3-5%
6. Сегментоядерні. 62% 50-70%
7. Еозинофіли. 4% 2-4%
8. Лімфоцити. 28% 25-40%
9. Моноцити. 5% 2-6%
10. СОЕ. 5 мм/ч 2-15 мм/ч

## 3. Реоенцефалографія (17.05.2016)

- Об'ємне пульсовий кровонаповнення в усіх басейнах значно, ознаки підвищення тону артерій, ознаки утруднення венозного відтоку.

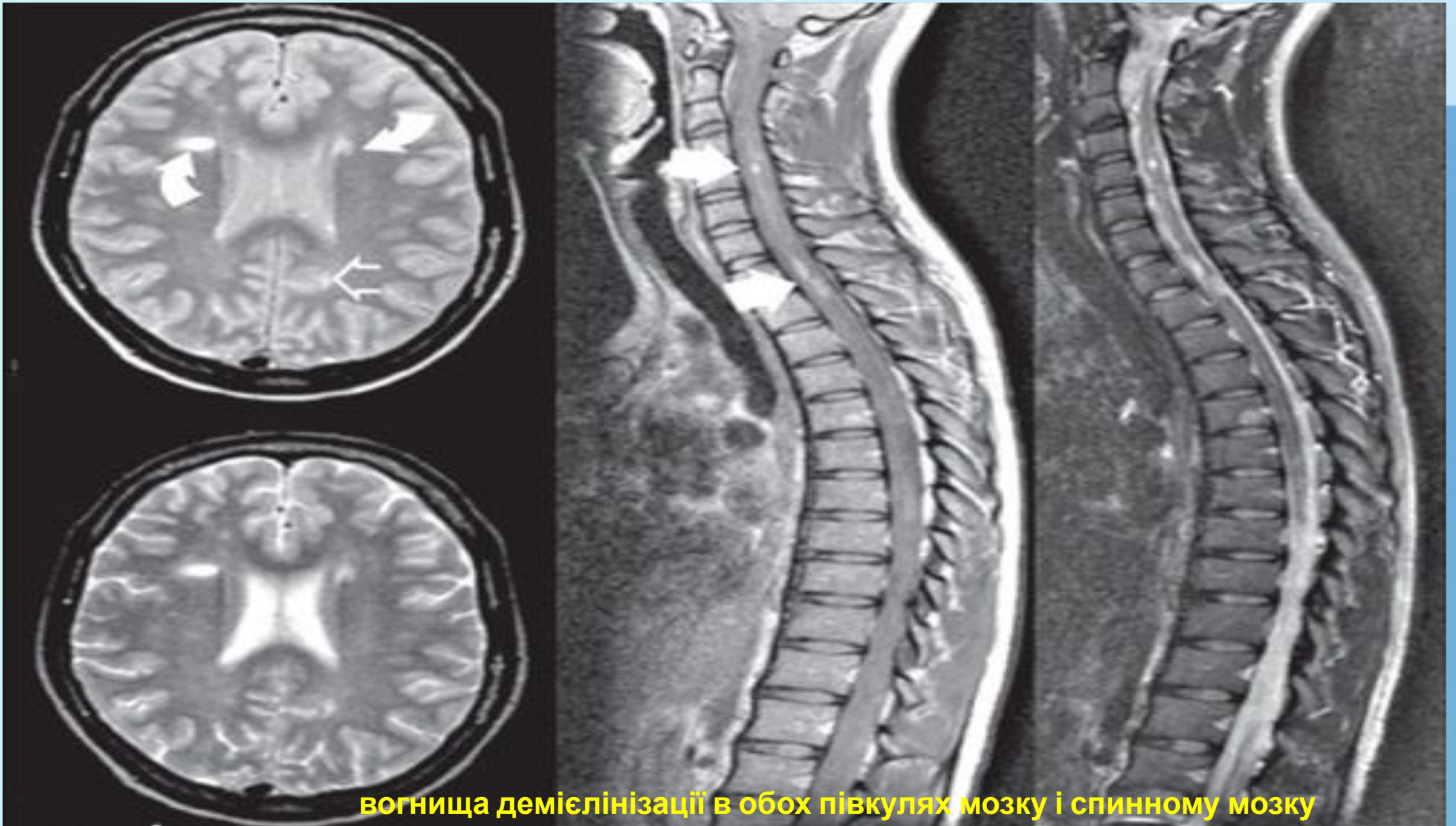
## 4. УЗД (17.05.2016)

- Органи черевної порожнини, нирки, надниркові залози, щитовидна залоза, сечовий міхур, передміхурова залоза - без патології.

## 5. МРТ головного мозку (25.05.2016)

- Вогнища демієлінізації в обох півкулях мозку і спинному мозку протяжністю до 16 мм. І шириною до 13 мм. Бічні шлуночки симетричні, помірно рівномірно розширені. Субарахноїдальні простору і конвексимальної борозни обох півкуль мозку і мозочка помірно рівномірно розширені.

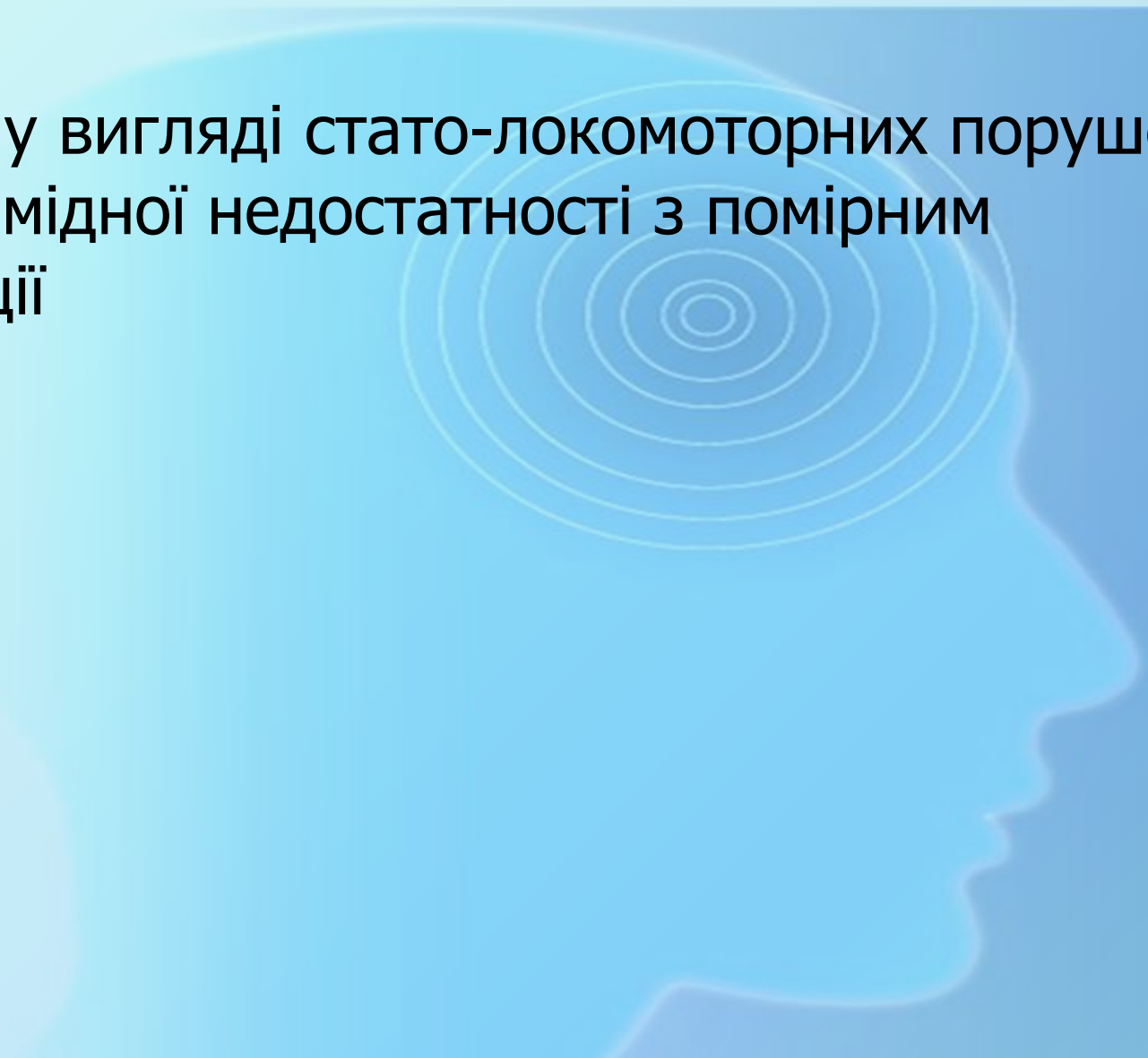
# MPT



вогнища демієлізації в обох півкулях мозку і спинному мозку

# Синдромальний ДІАГНОЗ

- Мозочкова атаксія у вигляді стато-локомоторних порушень, двосторонньої пірамідної недостатності з помірним порушенням функції



# ТОПІЧНИЙ ДІАГНОЗ

За наявними у хворого ознаками порушення рефлекторно-рухових функцій - наявність м'язової гіпотрофії в дистальних відділах нижніх кінцівок, підвищення тону м'язів за спастичним типом, високих колінних, ахіллових, відсутність черевних рефлексів з обох сторін, наявність вираженніших патологічних рефлексів Бабінського, Бехтерева, Жуковського, Россолімо, Шефара і Гордона дає можливість припускати про центральному типі парепарез нижніх кінцівок, викликаним поразкою пірамідних шляхів в бічних канатиках спинного мозку на рівні грудного відділу (сегменти ThIII-ThXII).

Координації рухів - промахування при виконання пальценосової проби, зісковзування п'яти з гребеня великогомілкової кістки при проведенні п'яtkово-колінної проби, відставання правої руки при пробі на адіадохокінез, зміну почерку (за типом макрографії) вказує на ураження лівої півкулі мозочка. Астазія і абазія вказує на виявлення пошкоджень Ключкова-вузликової частки мозочка. Порушення сенсорної функції у вигляді зниження больової чутливості в дистальних відділах нижніх кінцівок, порушення м'язово-суглобового відчуття, парестезії в дистальних відділах нижніх кінцівок можливо вказує на поразку задніх рогів спинного мозку LV-SII.

# Попередній клінічний діагноз.

На підставі наявних у даного хворого скарг на періодично виникаючі болі в нижніх кінцівках у ділянці гомілок, середньої інтенсивності, хиткість ходи, відчуття тяжкості і стомлюваність при тривалій ходьбі, в положенні лежачи почуття "жару" у дистальних відділах нижніх кінцівок, зменшення обсягів нижніх кінцівок, минуще зниження гостроти зору, відчуття нечіткості зображення, поява "сітки", перед очима, порушення почерку - яке пов'язує з порушенням зору.

Даних [анамнезу](#) (гострий початок захворювання, вік хворого, поступове наростання симптоматики, погіршення [стану](#) хворого. Вказівка хворого на те, що у його батька спостерігалися перехідні порушення зору. Данних неврологічного [обстеження](#) (ставлення до свого захворювання не критичне, мова хворого дещо скандирована, визначається наявність гіпотрофій м'язів дистальних відділів нижніх кінцівок, тонус нижніх кінцівок підвищений по спастичному типу, рефлекси колінні і ахілові сухожилля високі  $D > S$ . Черевні рефлекси відсутні з обох сторін, при штриховому роздратуванні шкіри зовнішнього краю підошви визначається виражений симптом Бабінського  $D > S$ .

[Патологічні](#) рефлекси Бехтерєва і Жуковського позитивні  $D = S$ . [Рефлекс](#) Россолімо позитивний справа. Рефлекси Шефара і Гордона позитивні на правій Кінцівці. При виконанні пальценосо вої проби хворий промахується. При виконанні п'ятовоколінної проби п'ята зіскакує з гребеня великогомілкової кістки, особливо це виражено справа. Проба на діадохокінез виявляє відставання правої руки. При дослідженні почерку відзначається макрографія, почерк нерівний, зигзагоподібний ламаними лініями, піднімається вгору до кінця рядка. Хворий в позі Ромберга нестійкий, хода ретикуоатаксічна. Больова чутливість знижена в дистальних відділах нижньої кінцівки, м'язово-суглобове почуття порушено розпізнавання положення пальців на лівій нижньої кінцівки, спостерігаються парестезії (відчуття "жару") в дистальних відділах нижніх кінцівок, поразка II-пари ч. н. (Зниження гостроти зору, зменшення полів зору. При дослідженні очного дна відзначається збліднення дисків зорових нервів обох очей, можна поставити попередній клінічний діагноз:

# КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ

## Розсіяний склероз III ст. Цереброспінальна форма, ремітуючий перебіг.

Діагноз заснований на:

1. Скаргах (порушення ходи, координації, рівноваги);
2. Анамнезі хвороби (перші симптоми з'явилися рік тому і з тих пір захворювання прогресувало);
3. Даних огляду і фізикального обстеження (нестійкість в позі Ромберга, підвищення сухожильних рефлексів);
4. Даних інструментальних досліджень і консультацій фахівців (РЕГ, ЕЕГ).



# Диференціальний діагноз

**Розсіяний склероз необхідно диференціювати з:**

- . пухлиною спинного мозку з локалізацією в грудному відділі, для якої характерна наявність оперізуючого корінцевого болю, випадання всіх видів чутливості в нижній частині тіла, симптому лікворного поштовху і синдрому вклинювання, для даного хворого це не характерно. Так само у даного хворого є поразка верхніх мозкових структур, що не спостерігається при пухлині грудного відділу спинного мозку і має місце при рассеянном склерозі.
- . пухлиною головного мозку для якої характерна множинність ураження ЦНС, наявність психічних порушень, відсутність чітких порушень чутливості по проводниковому типу, чого не спостерігається у даного хворого і наявність ремісій.
- . гострим розсіяним енцефаломієлітом, який протікає по типу гострого захворювання з швидким наростанням симптомів, і подальшим їх регресом. Характерно підвищення температури, озноб, психомоторне збудження, менингіальні явища, можуть бути виражені загальнономозкові симптоми. Чи не характерно зниження гостроти зору і зникнення черевних рефлексів в початкових етапах захворювання. Відсутність рецидивів і ремісій завжди свідчить на користь гострого розсіяного енцефаломієліту.
- . пухлиною мозочка яка частіше спостерігається в дитячому віці, характеризується швидким наростанням симптомів захворювання, наявністю множинного ураження ЦНС, підвищенням внутрішньочерепного тиску, відсутністю ремісій.
- . дисциркуляторної енцефаломієлопатія протікає з розладами пам'яті, значними порушеннями в емоційно-вольовій сфері псевдобульбарними і паркинсонічними синдромами, епілепсією. На очному дні спостерігається атеросклероз судин і блідість дисків зорового нерва, і зустрічається в основному у літніх людей.

# ЛІКУВАННЯ

- Базисна терапія розсіяного склерозу: вітаміни групи В (В1, В6, В12)
- Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2.5% - 1ml.t.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити в / м по 1ml через день.
- Rp.: Sol. Piridoxini 5% - 1ml.t.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити в / м по 1ml 2раза на день через день.
- Rp.: Sol. Acidi nicotinicі 1% - 1ml.t.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити в / в по схем: 1ml, 2ml, 3ml до 10ml, по тому знижувати по 1ml щодня ...: Tab. Nootropili mini 0.1 N50.S.: По 1 таблетці 2 рази на день.
- Rp.: Sol. Tocopheroli acetate oleosae 5% - 10ml
- DS: Приймати по 2 краплі на шматок хліба через день.
- Rp.: Extr. Aloes fluidi 1,0. T.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити п / к по 1ml 1раз в день день.
- , РР, Е, Ноотропіл, біостимулятори.

- Rp.: Sol. Corpus vitrei 2ml.t.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити п / к по 2ml 1раз в день день.
- Лікування в гострому періоді з вираженою іммуноагресією: Преднізолон, Гемодез, Ретаболіл, Панангін, Верошпірон, Аскорбінова кислота.
- препарати що впливають на метаболізм: есенціале, АТФ, Кокарбоксілаза, при координаційних порушеннях Гліцин ...: Tab. Prednisolonii 00.5 N20.S.: Приймати по 2 таблетки через день, після сніданку в два прийоми.
- Rp.: Sol. Retabolili oleosae 5% 1ml.t.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити в / м по 1ml 1раз в 2 тижні ...: Tab. Spironolactoni 0,025 N50.S.: По 1 таблетці вранці і вдень.
- Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 1% - 1ml.t.d. N 10 in ampull.
- S.: Вводити в / в по 5ml щодня.
- Rp.: Sol. Haemodesi 400ml.t.d. N 3
- S.: Вводити в / в крапельно 1 раз на день.
-

# ЩОДЕННИК

- **цереброспінальний розсіянийсклероз лікування**
- 25.05.2016. Стан хворого середньої важкості, свідомість ясна, положення в ліжку активне. Температура тіла 36.6EC, Ps - 76 уд.мин., АТ 120/70 мм. рт. ст .. Хворий відзначає поліпшення стану. Лікування за раніше зазначеною схемою продовжувати.
- 26.05.2016. Стан хворого середньої важкості, свідомість ясна, положення в ліжку активне. Температура тіла 36.6 C, Ps - 73 уд.мин., АТ 120/70 мм. рт. ст .. Хворий пред'являє скарги на головний біль у зв'язку із зміною погоди, у зв'язку з чим хворий призначений Цитрамон одноразово 0,5 г. Лікування за раніше зазначеною схемою продовжувати.
-

# ПРОГНОЗ

- Прогноз щодо життя сприятливий при дотриманні базисної терапії та своєчасному купированні загострень захворювання. Прогноз щодо одужання несприятливий, захворювання хронічне, прогресуюче. Трудовий прогноз сприятливий при створенні полегшених умов праці. Хворому дані рекомендації з дотримання здорового способу життя, профілактичного лікування, по зміні характеру трудової діяльності. По військовій службі - обмежено придатний.



# ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ

**Розсіяний склероз є 6 основних ланок патологічної ланцюга.**

1. Полифакторіальний вплив (геокліматичні, екологічні, інфекційні) на стовбурові надсегментарні структури головного мозку і перш за все гіпоталамічної області, у генетично схильних осіб сприяє формуванню порушення різних видів обміну, в тому числі і білкового.
2. Порушення регуляції білкового метаболізму викликає його розлад, в генетично молодих структурах провідників, представлених нейрокератиною мережею мієлінових пластин, з поширенням їх дезінтеграції в найбільш диференційованні волокна єдиної системи, чим пояснюються особливості клінічних проявів захворювання.
3. Продукти розпаду білка мієліну, що представляють собою високоактивні енцефалітогенні поліпептиди, в нормі адекватно стимулюють надсегментарні новоутворення до вироблення протимозкових антитіл, спрямованих на усунення дериватів, прискорюючи протягом регенеративних процесів. При порушенні функції вищих регуляторних систем, які в кожному конкретному випадку проявляється вираженістю торпідності в сприйнятті малих концентрацій продуктів розпаду мієліну, веде до затримки його відновлення в провідних структурах, що клінічно проявляється індивідуальним вираженням маніфестації захворювання.

4. За досягненням дериватами мієліну рівнів, які здатні сприймати вищі регуляторні центри, останні включають механізми, спрямовані на відновлення уражених структур мієлінових пластин провідникових систем, що морфологічно проявляється процесами ремієлінізації, а клінічно ремісією захворювання.
5. Енцефалотогенні поліпептиди, будучи високоактивними комплексами, сприяють розвитку неконтрольованих нейроалергічних і аутоімунних процесів, а також порушення регуляції судинного тону, що супроводжується морфофункціональними змінами стінок судин. Це веде до розладів гемодинаміки, в тому числі на рівні МЦР, розвитку плазморагій і формуванню переваскулярних інфільтратів з активацією елементів гематогенного походження, а в цілому забезпечує прогресування змін паренхіматозних структур нервової системи та утворення склеротичних бляшок. Такі механізми діють на судини і тканини внутрішніх органів, зокрема печінки.
6. Провідними у розвитку вісцеральних розладів, у тому числі печінки, є порушення регуляції нейротрофічних процесів внаслідок функціональної недостатності як вищих надсегментарних структур ЦНС, так і в розвитку демієлінуючих процесу провідникових систем різних рівнів. У свою чергу нейротрофічні зміни в печінці викликають розлад білковоутворюючої і вегетативної її функції, що затримує ресинтез білка мієліну ускладнюючи тим самим перебіг основного захворювання.

# ЕПІКРИЗ

- Хворий х, 1970р. народження вступив в [неврологічне](#) відділення стаціонару 14.05.16. зі скаргами на періодичні болі в нижніх кінцівках у сфері голі ній, середньої інтенсивності, хиткість ходи, відчуття тяжкості і стомлюваність при тривалій ходьбі, в положенні лежачи відчуття печіння в дистальних відділах нижніх кінцівок, зменшення обсягів нижніх кінцівок, минуше зниження гостроти зору, відчуття нечіткості зображення, поява "сітки", "плівки" перед очима, порушення почерку - яке пов'язує з порушенням зору. З даних анамнезу - мало місце гострий початок захворювання, поступове наростання симптоматики, погіршення стану хворого. За даними неврологічного обстеження, досліджень функцій черепно-мозкових нервів, вегетативно трофічної функції був поставлений клінічний діагноз: Розсіяний склероз. Цереброспинальна форма, III-ст., Реміттуючого перебігу, стадія загострення. Була призначена медикаментозна терапія визнана хворим ефективною. Хворому надано рекомендації щодо виконання здорового способу життя, профілактичного лікування, щодо зміни [характеру](#) трудової діяльності.
-