**История болезни**

(неврология)

**Субарахноидальное кровоизлияние на фоне гипертонической болезни**

Паспортная часть

Ф.И.О: ААА

Возраст: 54 лет (ААА г.р.).

Место жительства: ААА

Профессия: Каменщик.

Место работы: безработный.

Дата госпитализации: ААА.

Кем направлен: Скорой медицинской помощью с направлением из поликлиники.

Диагноз при поступлении: Субарахноидальное кровоизлияние на фоне гипертонической болезни 3 степени.

Субъективное обследование

* Жалобы при поступлении:

Пациент был доставлен в стационар 30 ноября 2005 года в 9:15 утра с жалобами на сильную головную боль (в затылочной и височной долях), тошноту, рвоту, слабость.

* Анамнез заболевания:

По словам пациента, он считает себя больным с 25 ноября. Вначале заболевание проявлялось лишь слабой головной болью, которую пациент игнорировал (так как, по его словам, не привык пользоваться лекарственными препаратами). Головная боль в период с 25 по 29 ноября была периодической и пациент, страдая гипертонической болезнью, думал, что утомился на работе и у немного поднялось давление, ограничивался лишь отдыхом. Вечером 29 ноября к пациенту приходил товарищ (по словам жены больного), но эту встречу, пациент не помнит, после чего у него ухудшилось состояние: возникла сильная головная боль, тошнота, рвота, гиперемия лица, вздулись сосуды на шее и голове, гипергидроз. Жена пациента вызвала скорую помощь, фельдшер измерил давление, оно составляло 220/140 мм. рт. ст. Утром пациент обратился в поликлинику по месту жительства, откуда и был госпитализирован на машине скорой помощи.

* Анамнез жизни

Развитие в детстве: пациент родился 21 октября 1951 года, находился на грудном вскармливании, развитие в детстве (как физическое, так и психическое) было нормальным (без особенностей).

Перенесённые заболевания: в детстве пациент перенёс некоторые заболевания (корь, паракоклюш), будучи взрослым болеет редко и только ОРВИ и аденовирусными инфекциями. На данный момент, больной страдает гипертонической болезнью 3 степени (эта болезнь, по словам пациента, появилась ещё в юношестве).

Эпидемиологический анамнез: Пациент отрицает контакты с инфекционными больными (в том числе и с больными гепатитом В и С), переливания крови. А также контакты с инфицированными больными туберкулёзом и венерическими заболеваниями. Больной перенёс операцию по восстановлению глаза в 1996 году.

Лекарственная непереносимость: пациент отрицает аллергические реакции после применения лекарственных препаратов.

Аллергологический анамнез: пациент указывает на небольшую аллергическую реакцию (проявляющаяся зудом) после приёма большого количества шоколада или апельсинов.

Половое развитие: соответствует возрасту.

Условия труда и быта: Пациент проживает в собственном доме вдвоём с женой. Дом благоустроен, но отсутствует горячая вода. Условия труда не благоприятны, так как пациент подрабатывает на строительных площадках в течение всего года.

Вредные привычки: больной отрицает наличие вредных привычек.

Семейный анамнез: ААА женат и имеет троих уже взрослых сыновей (которые на данный момент проживают в Братске).

Наследственность: наследственность у пациента отягощена, так как его мать также страдала гипертонической болезнью.

Объективное обследовании:

Общее состояние: состояние средней тяжести.

Состояние сознания: сознание ясное (пациент точно ориентируется во времени и пространстве, узнаёт окружающих).

Неврологический статус.

Черепные нервы:

‌I пара – носовые ходы проходимы, запахи различает и индетифицирует.

II пара – счёт пальцев с расстояния 5 метров: пациент превосходно считает пальцы на расстоянии 5 метров.

Поля зрения не нарушены.

III, IV, IV пары – зрачки правильной формы, симметричны, диаметр зрачков одинаков и составляет 3 мм.

Фотореакция зрачков – положительная.

Объём движений глазных яблок полный (в верхних, нижних и боковых отведениях).

Экзофтальм и нистагм отсутствуют.

V пара – болевой синдром: у пациента отсутствует.

Точки выхода ветвей тройничного нерва (середина брови, собачья ямка) при пальпации также безболезненны.

Чувствительность на лице не нарушена.

Тонус и сила жевательной мускулатуры после перенесённой патологии не изменилась и находится в пределах рамок нормы.

VII пара – глазные щели раскрыты на 6 мм.

Носогубная и лобные складки сглажены с левой стороны.

Смыкаемость глазных щелей полная, симптом ресниц отрицательный.

Вкус на передних 2/3 языка не изменён.

Функция слёзных желёз не нарушена (сухости, дискомфорта и слезоточивости нет).

Гиперакузия отсутствует.

Слюноотделение не изменено.

Симметричность лица в покое и при мимических движениях (сведение бровей, поднятие бровей, оскаливание зубов, надувание шеек и т.д.) не нарушена.

VIII пара – шёпотную речь различает с 5 метров.

IX – X пара – фонация и глотание не нарушены.

Подвижность мягкого нёба не изменена.

Глоточные рефлексы сохранены.

Вкус на задней трети языка остался в норме.

XI пара – вынужденное положение головы отсутствует.

Функция трапециевидной и грудиноключнососцевидной мышц в норме.

XII пара – язык в полости рта и при высовывании расположен симметрично, при высовывании язык выходит далеко за пределы языка.

Атрофии и фибриллярные подёргивания отсутствуют.

Чувствительность.

Болевые точки, симптомы натяжения, анталгические установки отсутствуют.

Поверхностная чувствительность нарушена на правой руке, начиная с кончиков пальцев и заканчивая верхней третью плеча (нарушена в основном болевая, и тактильная чувствительности).

Глубокая чувствительность не нарушена.

Сложные виды чувствительности также не изменены.

Движение.

Походка: пациент в состоянии средней тяжести был доставлен на носилках и ему был назначен строгий постельный режим.

Поза: не определяется.

Объём активных и пассивных движений: лёжа в постели, пациент совершает активные и пассивные движения в полном объёме.

Мышечная сила пациента соответствует возрасту и полу.

Пробы на скрытую мышечную утомляемость: мышечная утомляемость в норме.

Рефлексы:

* Карпорадиальный – в норме.
* Двуглавый – в норме.
* Трёхглавый – в норме.
* Коленный – в норме.
* Ахиллов – в норме.
* Кремастерный – в норме.
* Подошвенный – в норме.

Патологические рефлексы, клонусы, синкенезии: отсутствуют.

Тонус мышц – в норме.

Контрактуры – отсутствуют.

Менингиальный синдром: ригидность затылочных мышц III пальца; симптомы Брудзинского и Кернига отрицательные.

Трофические и иные нарушения кожи, подкожной клетчатки, мышц, костно-суставного аппарата: отсутствуют.

Координация: не нарушена.

Автоматические движения: не выявлены.

Гиперкинезы и гипокинезии: не обнаружены.

Вегетативная нервная система.

Красный дермографизм: положительный.

Белый дермографизм: отрицательный.

Рефлекторный дермографизм: положительный.

Термометрия кожи: температура кожи на ощупь нормальная, температура тела составляет 37° С.

Пигментация: отсутствует.

Гипергидроз: общий гипергидроз.

Высшая нервная деятельность.

Речь пациента не изменена (отсутствует амнестическая, моторная, сенсорная речь и афония).

Память была нарушена лишь на момент, предшествующий гипертоническому кризу.

Высшие корковые функции не нарушены (отсутствуют афазия, агнозия, апраксия, алексия, акалькулия, аграфия).

Внутренние органы:

* Сердечно – сосудистая система:

При осмотре пациента отёков не обнаружено, одышка также отсутствует. Кожные покровы и слизистые оболочки по окраске физиологичны. При осмотре выявляется верхушечный толчок, расположенный в пятом межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, выпячивания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации визуально не определяются. Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частота сердечных сокращений составляет 70 ударов в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. При пальпации верхушечный толчок не высокий, умеренной силы, шириной около 1,5 см. и совпадает во времени с пульсом на лучевых артериях. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена и одинакова с обеих сторон.

Перкуторно границы сердца:

Верхняя граница – относительной сердечной тупости, определяемая по левой окологрудинной линии, находится на третьем ребре, абсолютной сердечной тупости – на четвёртом ребре.

Нижняя граница – идёт от пятого правого рёберного хряща до верхушки сердца.

Левая граница – на уровне пятого межреберья расположена на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Правая граница относительной сердечной тупости на уровне четвёртого межреберья проходит по правому краю грудины; абсолютной сердечной тупости – по левому краю грудины.

Верхушка сердца – пятое межреберье 1,5 см. слева от грудины.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные (не расщеплены, нет дополнительных тонов), чистые (шумы отсутствуют) во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка 1-ый тон громче 2-го, над аортой и легочной артерией 2-ой тон громче 1-го.

Артериальное давление на правой руке 140/90 мм. рт. ст., на левой – 138/90 мм. рт. ст. Разница давления на плечевых артериях составляет 2 мм. рт. ст. Пульсовое давление 50 – 48 мм. рт. ст.

* Дыхательная система

При осмотре: грудная клетка правильной формы (гиперстеническая), правая и левая её половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, ключицы и лопатки находятся на одном уровне. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания составляет 19 в минуту. Дыхание осуществляется через нос. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не обнаружено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

Грудная клетка при сдавливании упругая и податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена. Поверхность их гладкая; болезненность при ощупывании рёбер, межрёберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочной звук.

Перкуторно границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия. | Правое лёгкое. | Левое лёгкое. |
| Окологрудинная | 5-ое межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6-ое межреберье | --- |
| Передняя подмышечная | 7-ое межреберье | 7-ое межреберье |
| Средняя подмышечная | 8-ое межреберье | 8-ое межреберье |
| Задняя подмышечная | 9-ое межреберье | 9-ое межреберье |
| Лопаточная | 10-ое межреберье | 10-ое межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края по задним подмышечным линиям 6 см. с обеих сторон.

Высота стояния верхушек правого и левого лёгкого спереди на 3 см. выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Ширина верхушек лёгких (поля Кренига) по 5 см. с обеих сторон.

* Пищеварительная система:

Пациент отрицает какие – либо изменения стула.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Брюшной пресс развит, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширенно. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации живот безболезнен. А также отрицательные симптомы Мёрфи, Кера, Образцова, Ситковского, Ортнера.

Печень в положении лёжа на спине и стоя не пальпируется.

Перкуторно границы печени по правой срединно-ключичной линии: верхняя – на 6-ом ребре; нижняя – по краю правой рёберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

Первый размер – по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени – 9 см.

Второй размер – по передней срединной линии – 8 см.

Третий размер – по краю правой рёберной дуги – 8 см.

Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в его проекции безболезненна. Селезёнка в положениях лёжа на спине и на правом боку не пальпируется.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии не определяются. При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости.

Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентеральными артериями отсутствуют.

* Мочеполовая система:

Пациент отрицает какие-либо расстройства мочеиспускания.

Поясничная область при осмотре не изменена. Отёки не выявлены. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивание по поясничной области в месте 12 ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется.

Предварительное суждение о больном.

Синдромы и симптомы: при осмотре у пациента были выявлены болевой синдром (головная боль с локализацией в затылочной и височной долях), гипергидроз, головная боль, тошнота, рвота.

Тонический диагноз (локализация) патологического процесса: так, как у пациента не было выявлено патологических рефлексов, клонусов, а также отсутствовала очаговая симптоматика, невозможно определить локализацию процесса.

Предварительный диагноз

Пациент был доставлен с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, с высоким А/Д (210/140 мм. рт. ст.), в состоянии средней тяжести, лёжа на носилках.

Учитывая, что состояние развилось быстро, с кратковременной потерей сознания, на фоне гипертонического криза, а также учитывая ригидность затылочных мышц и проявления общей мозговой симптоматики (головная боль, тошнота, рвота), следует предположить у пациента развитие ОНМК (острого нарушения мозгового кровообращения), с развитием инсульта. Так как головная боль возникла как удар и была резчайщей, выражена общая мозговая симптоматика и менингиальные знаки, можно предположить, что инсульт носит гемморрагический характер.

Параклинические данные

Пациенту были назначены следующие виды обследования:

* Общий анализ мочи
* Общий анализ крови
* Клиническое исследование спинномозговой жидкости.
* Кал на яйца глист
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ, Hbs Ag.
* Кровь на сахар.
* Консультация окулиста.

Общий анализ мочи:

Цвет: соломенно-жёлтая.

Прозрачность: прозрачная.

Белок: 0,033 ‰.

Реакция: кислая.

Лейкоциты: 2 – 3 в п/з.

Плоский эпителий: 0 – 1 в п/з.

Эритроциты: более 50 в п/з.

Общий анализ крови:

Hb: 137 г/л.

Er: 5, 0 \* 10¹².

Lc: 8800 (палочкоядерные – 5 %, сегментоядерные – 70 %, лимфоциты – 18 %, моноциты – 7 %).

Ht: 42 %.

СОЭ: 11 мм/ч.

Клиническое исследование спинномозговой жидкости.

Число пробирок – 3.

Цвет: 1 – с/л, 2 – желтоватый, 3 – желтоватый.

Прозрачность: все 3 пробирки мутноватые.

Количество: 6, 0 мл.

Белковая реакция: положительная.

Белок: 0, 165 ‰.

Ксантохромность: положительная.

Сахар: 0, 5 г %.

Соотношение нейтрофилов: лимфоцитов: 45: 55.

Фибринная плёнка: отсутствует.

Микроскопия нативного препарата 2-ой пробирки:

Lc 3 – 4 в п/з.

Er более 100 в п/з.

Кал на яйца глист:

Яйца глист не обнаружены.

Кровь на RW: отрицательно.

Кровь на ВИЧ, Hbs Ag: отрицательно.

Кровь на сахар: 4, 4 ммоль/л.

Консультация окулиста:

Острота зрения – возрастная пресбиопия;

Поля зрения – не нарушены;

Глазное дно – артерии сужены, вены расширены (проявления гипертонической болезни).

Дневник

12 декабря 2005:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 140/89 мм. рт. ст. Рs составляет 70 ударов в минуту. ЧДД = 20 в одну минуту, t = 36, 8 °С.

Общая мозговая симптоматика слабо выражена (слабая головная боль, тошноты и рвоты нет). Менингиальные знаки отсутствуют. Очаговая мозговая симптоматика отсутствует.

13 декабря 2005:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 135/85 мм. рт. ст. Рs составляет 73 ударов в минуту. ЧДД = 21 в одну минуту, t = 36, 6 °С.

Общая мозговая симптоматика слабо выражена (слабая головная боль, тошноты и рвоты нет). Менингиальные знаки отсутствуют. Очаговая мозговая симптоматика отсутствует.

14 декабря 2005:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 140/90 мм. рт. ст. Рs составляет 69 ударов в минуту. ЧДД = 18 в одну минуту, t = 36, 6 °С.

Общая мозговая симптоматика слабо выражена (слабая головная боль, тошноты и рвоты нет). Менингиальные знаки отсутствуют. Очаговая мозговая симптоматика отсутствует.

15 декабря 2005:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 140/89 мм. рт. ст. Рs составляет 70 ударов в минуту. ЧДД = 20 в одну минуту, t = 36, 8 °С.

Общая мозговая симптоматика слабо выражена (слабая головная боль, тошноты и рвоты нет). Менингиальные знаки отсутствуют. Очаговая мозговая симптоматика отсутствует.

16 декабря 2005:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 135/85 мм. рт. ст. Рs составляет 73 ударов в минуту. ЧДД = 21 в одну минуту, t = 36, 6 °С.

Общая мозговая симптоматика слабо выражена (слабая головная боль, тошноты и рвоты нет). Менингиальные знаки отсутствуют. Очаговая мозговая симптоматика отсутствует.

Дифференциальный диагноз

Данное заболевание следует дифференцировать с тромботическим и эмболическим инсультом.

1. гемморрагический инсульт развивается в 50 – 60 лет (как в нашем случае), тромботический – в 60 – 80, эмболический – в 30 – 50 лет.
2. в нашем случае заболевание возникло на фоне гипертонической болезни (как при гемморрагическом инсульте).
3. гемморрагический инсульт сопровождается повышенным А/Д (как у ААА.), тромботический же – нормальным, а эмболический – сниженным А/Д.
4. у пациента в момент приступа было багрово – цианотичное лицо (как при геморрагическом инсульте), при тромботическом инсульте – нормальное, при эмболическом – бледное.
5. заболевание возникло в период бодродствования, тромботический возникает в период покоя, чаще во сне.
6. у пациента в крови небольшой лейкоцитоз (как при гемморрагическом инсульте), при тромботическом инсульте лейкоцитоз в норме, при эмболическом – снижен.
7. главным признаком гемморрагического инсульта является наличие эритроцитов в спинномозговой жидкости (что мы и видим у ААА.), а при остальных видах инсультов кровь в спинномозговой жидкости не обнаруживается.
8. судя по гематокриту у пациента снижена свёртываемость (как при гемморрагическом инсульте), при остальных видах инсультов свёртываемость крови повышена.

Лечение

Не медикаментозное:

1. строгий постельный режим (с приподнятой головой).

2. диета № 10.

3. помещение должно хорошо проветриваться.

4. обеспечения охранительного режима.

Медикаментозное:

1. Раствор эуфилина 2, 4 % 10 мл с 10 мл 40 % раствора глюкозы – для снятия спазма сосудов и уменьшения отёка мозговой ткани.

2. Раствор лазикса 1 % 2 мл - с целью дегидратации.

3. Раствор хлорида калия 4 % 50 мл (добавляется в капельницу) – для восстановления уровня калия в крови.

4. Метилдофа – per os 250 мг. 2-3 раза в сутки (первый приём – вечером перед сном). Через каждые 2 дня дозу увеличиваем на 250 мг. Максимальная суточная доза – 3 грамма – для нормализации давления.

5. Пипольфен 25 % раствор в/м – для снятия головной боли.

6. Аминокапроновая кислота 5 % 100 мл в сутки, через 4 – 6 часов – для остановки кровотечения.

7. Пенициллин по 500000 ЕД каждые 4 часа – для профилактики осложнений (пневмонии, например).

Клинический диагноз

Пациент поступил в стационар с жалобами: на слабость, резкую головную боль, тошноту, рвоту, повышенную потливость (гипергидроз).

Опираясь на анамнез пациента (состояние ухудшилось резко, в период бодродствования, кратковременная потеря сознания), а также на данные дополнительного обследования (общий анализ крови, клиническое исследование спинномозговой жидкости) и на дифференциальный диагноз (с тромботическим и эмболическим инсультом), следует поставить окончательный диагноз Острое нарушение мозгового кровообращения --- инсульт --- субарахноидальное кровоизлияние (так как нет очаговой симптоматики).

Прогноз

Неблагоприятный, так как возможно развитие большого количества осложнений:

--- отёк с нарушением стволовых структур головного мозга.

--- отёк лёгких.

--- остановка сердца.

--- вклинивание продолговатого мозга в затылочное отверстие.

--- расстройства (остаточные дефекты).

Эпикриз

Пациент был доставлен в стационар 30 ноября 2005 года с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, слабость, гипергидроз.

После прохождения курса лечения пациент отметил улучшение состояния: уменьшилась головная боль, тошнота и рвота вовсе исчезли, как и гипергидроз.

На последний день курации пациент не был выписан (предварительная дата выписки 20 – 25 декабря). В момент получения лечения также проводится и профилактика осложнений.

В последний день курации (16 декабря 2005 года) была проведена беседа на тему: “Контроль артериального давления и своевременное его снижение с целью предотвращения осложнения”.