ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество
2. Пол, возраст, национальность мужской, 40 лет, русский
3. Семейное положение женат, двое детей
4. Место работы, занятие, профессия совхоз, шофёр
5. Домашний адрес
6. Время поступления в стационар 14.09.98 г.
7. Диагноз при поступлении эпилепсия мальформации
8. Клинический диагноз артериовенозная мальформация левой височной доли

# ЖАЛОБЫ

Больной жалуется на периодические судорожные припадки, головокружение, головные боли, бессоницу.

Жалобы со стороны других систем и органов отсутствуют.

# АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Считает себя больным с 1993 г., когда впервые появились фокальные судорожные припадки, во время которых больной на несколько секунд терял сознание, но не падал. На лице в этот момент мелькали судорожные подёргивания, взгляд устремлялся в одну точку, лицо бледнело. Во время приступа больной произносил несколько бессвязанных слов. После приступа больной продолжал свои занятия, не помня, что с ним произошло. Заболевание имело склонность к прогредиентному течению с постепенным нарастанием частоты и выраженности припадков. Если в первое время промежутки между ними длились несколько месяцев, то затем они сократились до 1 – 2 раз в месяц. В 1995 г. больной обратился в неврологическое отделение Успенской ЦРБ, где прошёл курс консервативного лечения. Был выписан без заметного, со слов больного, улучшения. В дальнейшем отмечал ухудшения состояния – приступы повторялись до нескольких раз в день, удлиняясь по продолжительности и ухудшаясь по течению, что заставило больного обратиться к нейрохирургу в ЦРБ, которым был направлен на обследование в КККБ, куда и поступил 14.09.98 г. Была проведена компьютерная томография и ангиография, на основании которых был поставлен диагноз - артерио – венозная мальформация левой височной доли и рекомендовано оперативное лечение. 19.09.98 г. больному была произведена эмболизация артерио – венозной мальформации. В настоящее время больному проводится терапия послеоперационного периода.

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в срок от второй, нормально протекавшей беременности. Врождённой патологии не имеет. Рос и развивался в соответствии с полом и возрастом. Из детских инфекций перенёс ветряную оспу, часто болел ОРЗ.

Травм и операций не было. Гемотрансфузии отрицает.

Вредных привычек не имеет.

Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, опухоли, малярию у себя

и родственников отрицает.

Аллергических реакций не было.

Наследственный анамнез не отягощён.

В контакте с инфекционными больными не был.

Аллергические реакции не отмечает.

Социальный анамнез благополучный.

# ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

## Соматический статус

**ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ.** Состояние больного удовлетворительное. Положение активное . Сознание ясное . Температура тела 36,7οС. Телосложение правильное , пониженного питания . Рост 176 см , вес 68 кг. Выражение лица осмысленное, спокойное, грустное. Мимические движения не выразительны, насильственных движений в мышцах лица нет.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, матового цвета, влажные. Кровоизлияния, сыпи и рубцы на коже и слизистых оболочках отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка слабо выражена. Лимфатические узлы не видны. Пальпации доступны поднижнечелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они обычной формы и величины, безболезненные, неспаянны с окружающими тканями. Мускулатура развита средне. Атрофии мышц при осмотре не обнаружено.

Малые аномалии развития (дизэмбриогенетические стигмы) не наблюдаются. Деформаций, асимметричности, болезненности при пальпации лицевого, мозгового черепа нет.

Форма грудной клетки коническая. Деформаций, переломов нет. Патологических искривлений позвоночника, деформации костей таза нет. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

#### ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный . ЧДД 22 в минуту . Форма грудной клетки нормостеническая , деформаций нет , при пальпации безболезненна , правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания . Перкуторно - ясный легочной звук . Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание , хрипов нет .

Высота стояния верхушек :

- спереди , с обеих сторон : на 3 см выше ключицы

- сзади : на уровне IIV шейного позвонка

Ширина полей Кренинга - 4 см .

**Нижние границы лёгких :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии* | *Справа* | *Слева* |
| *Парастенальная* | *V межреберье* | *V межреберье* |
| *Срединно-ключичная* | *VI ребро* | *VI ребро* |
| *Передняя подмышечная* | *VII ребро* | *VII ребро* |
| *Средняя подмышечная* | *VIII ребро* | *VIII ребро* |
| *Задняя подмышечная* | *IX ребро* | *IX ребро* |
| *Лопаточная* | *X ребро* | *X ребро* |
| *Околопозвоночная* | *Остистый отросток XI грудного позвонка* |

### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Видимых выпячиваний и пульсации в области сердца нет .

Пальпаторно . Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии . Сердечный толчок не определяется . Эпигастральной пульсации нет .

Перкуторно . Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Граница* | *Относительная тупость* | *Абсолютная тупость* |
| *Правая* | *На 1 см кнаружи от правого* *края грудины* | *Левый край грудины*  |
| *Верхняя* | *Верхний край III ребра*  | *Хрящ IV ребра* |
| *Левая* | *На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии* |

Ширина сосудистого пучка - 6 см .

Поперечник сердца - 11 см .

Конфигурация сердца не изменена .

Аускультативно . Тоны сердца громкие , ритмичные . Частота сердечных сокращений 84 ударов в минуту , патологические шумы не выслушиваются .

Пульс ритмичный , нормального наполнения и напряжения , 80 ударов в минуту . АД - 120/70 мм.рт.ст.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА .**

##### ЖКТ

Осмотр. Язык влажный , чистый . Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ , щёк , нёба , зев нормальной окраски . Миндалины не изменены . Запах изо рта обычный .

Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. Грыжевых выпячиваний нет. Равномерно участвует в акте дыхания. Венозные коллатерали отсутствуют.

Пальпация. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, зон повышенной кожной чувствительности нет , расхождения мышц брюшного пресса , феномен «мышечной защиты», грыжи , поверхностно расположенныеопухоли не определяются ; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

**Печень, селезёнка**

Печень пальпируется у края рёберной дуги : край острый , поверхность гладкая , безболезненна . Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см .

Желчный пузырь не пальпируется .

Селезёнка не пальпируется . Перкуторно : длинник - 7 см , поперечник - 5 см .

### МОЧЕПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

При осмотре поясничной области покраснения , припухлости , болезненности не выявленно . Напряжения поясничных мышц нет . Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон . Почки , мочевой пузырь не пальпируются . Дизурических расстройств нет .

**ЭНДОКРИННАЯ И НЕРВНАЯ СИСТЕМЫ .**

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет . Части тела пропорциональны . Щитовидная железа не видна и не пальпируется .

###### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Нейропсихологическое обследование

Состояние психики. Ориентирован в месте, времени и собственной личности полностью. Критика к своему состоянию присутствует. Активной психопродукции (навязчивые явления, бред, галлюцинации) не обнаруживает.

Интеллект сохранен. Память снижена, преимущественно оперативная. Эмоционально лабилен, астенизирован. Легко истощается. Сон медикаментозный.

Речь. Артикуляции и модуляции речи (дизартрия, скандирование, монотонность, афония) не выявлено.

Переносный смысл пословиц и метафор доступен. Задачи на дифференцировку проводит по существенным признакам.

Чтение, письмо, счёт не страдает.

Праксис и гнозис соответствуют норме.

## Менингиальные симптомы

Из общемозговых симптомов у больного выявляются: головная боль, головокружение, бессонница, повышенная раздражительность к слуховым и зрительным раздражителям.

Собственно менингиальные симптомы (менингиальная поза, ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптом Брудзинского верхний, средний и нижний) отсутствуют.

## Черепные нервы

1-я пара—обонятельные нервы

Гипо- и аносмии (одно или двусторонней) не наблюдается, способность дифференцировать запахи сохранена. Обонятельные галлюцинации отсутствуют.

2-я пара —зрительный нерв

Острота зрения, цветоощущение в норме. Поля зрения определяются в полном объёме.

**

ОКУЛИСТ: Признаков застоя и атрофии глазного дна не выявлено.

3, 4, 6-я пары—глазодвигательный, блоковой, отводящий нервы

Ширина глазных щелей - нормальная. Величина зракчка около 4 мм, правильной, круглой формы; сохранена прямая реакция на свет, содружественная реакция с другого глаза. Реакция на конвергенцию и аккомодацию сохранена

5-я пара —тройничный нерв

Парестезий и болей в области инервации тройничного нерва не выявлено. Чувствительность кожи лица не изменена. Чувствительность к давлению точек выхода ветвей нерва (точки Балле) в норме. Корнеальный и надбровный рефлексы сохранены.

Состояние жевательной мускулатуры (движение нижней челюсти, тонус, трофика и сила жевательных мышц) удовлетворительное. Мандибулярный рефлекс в норме.

7-я пара—лицевой нерв

Симметричность лица в покое и при движении сохранена. Лагофтальм, гиперакузия отсутсвуют. Слезоотделительная функция не нарушена.

8-я пара—преддверно-улитковый нерв

Шум в ушах отсутсвует. Шёпотную речь воспринимает на расстоянии более 6 метров. Слуховые галлюцинации не выявлены.

9—10-я пары — языко-глоточный и блуждающий нервы

Болей в глотке, миндалинах, ухе нет. Фонация, глотание, слюноотделительная функция, глоточный и небный рефлексы в пределах нормы.

11-я пара—добавочный нерв

Поднимание надплечий, повороты головы, сближение лопаток, подъем руки выше горизонтали больной выполняет без затруднений. Атрофии и фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышце отсутствуют.

12-я пара—подъязычный нерв

Язык чистый, влажный, подвижный; слизистая оболочка не истонченна, нормальной складчатости; фибриллярные подергивания отсутствуют. Артикуляция речи не нарушена.

## ВКУС

Общая и вкусовая чувствительность в передних 2/3 (ветвь Вризбергова нерва, сопровождающая лицевой нерв) и в задней трети языка (языкоглоточный нерв) в нгорме.

## Двигательная сфера

Походка нормальная. Атрофии, фасцикуляции, фибрилляционных подергиваний нет.

Тонус мышц ногрмальный. Двигательная активность понижена.

## Координация движений

Ходьбу с закрытыми глазами, фланговую походку выполняет удовлетворительно. Проба Ромберга отрицательная. Пальце-пальцевая, пальце-носовая, пяточно-коленная пробы положительные.

## Рефлексы

Изменений рефлексов нет.

Глубокие (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, лучезапястный, коленный, ахиллов рефлексы) и кожные (верхний, средний и нижние брюшные, кремастерный) рефлексы в пределах нормы.

Патологические рефлексы:

а) рефлексы орального автоматизма (ладонно-подбородочный Маринеску-Радовичи, сосательный, хоботковый, дис-танс-оральный рефлексы; насильственный смех и плач);

б) кистевые рефлексы (рефлекс Жуковского, Россолимо-Вендеровича, Бехтерева);

в) стопные сгибательные (симптом Россолимо, Жуковского, Бехтерева-Менделя) и разгибательные (симптом Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера) – **не наблюдаются.**

Чувствительность

Боли, парестезии, болезненность нервных стволов, вертебральный синдром (анталгический сколиоз, лордоз, кифоз) не обнаружены.

Симптомы натяжения нервных стволов (симптом посадки, симптом Дежерина, Пери, Вассермана, Мацкевича, Ласега) отрицательные.

Болевая, температурная, тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительности сохранены, соответствуют норме.

## Вегетативно-трофические функции

Трофические изменения кожных покровов (эритемы, гпперпигментации, депигментации, локальный гипертрихоз, алопеции, ломкость или утолщение ногтей, трофические язвы, лейкоплакии, пролежни) не обнаружены. Артропатий нет. Пото - и салоотделение не изменены.

## Данные дополнительных методов исследования

1. Биполярная реоэнцефалография в каротидном бассейне.

Амплитуда объёмного пульсового кровенаполнения достаточная. Тип кривой: гипертонический. Тонус сосудов мелкого калибра высокий. Эластичность сосудов сохранена. Венозный отток не затруднён.

1. Церебральная ангиография

Под местной анестезией 0.5% 200 мл новокаина пунктирована и катетерезирована правая бедренная артерия. Катетер проведён в устье магистральных церебральных артерий. Сделана ангиограмма с введенеим по 5 мл аммиака. Катетер удалён, гемостаз.

В области левого виска дислоцированы корковые ветви средней мозговой артерии, конглдомерат сосудов. Опухолевое смещение корковых ветвей без изменения их конфигурации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: На ангиограмме артерио - венозная мальформация левой височной доли.

1. Лабораторные исследования
* **Общий анализ крови 15.09.98 г.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Эритроциты* |  ***4.75 Т/л*** |
| *Гемоглобин* |  ***142 г/л*** |
| *Цветной показатель* | ***0.9*** |
| *Тромбоциты* |  ***300000*** |
| *Лейкоциты* |  ***6.5 Г/л*** |
| *Базофилы* |  ***---***  |
| *Эозинофилы* |  ***3 %*** |
| *Нейтрофилы : Миэлоц .* |  ***---*** |
|  *Юные* |  ***---*** |
|  *Палочкоядерные* |  ***4 %*** |
|  Сегментоядерные |  ***65 %*** |
| *Лимфоциты* |  ***26 %*** |
| *Моноциты* |  ***6 %*** |
| *СОЭ* |  ***10 мм/час***  |

* **Общий анализ мочи 15.09.98 г.**
1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 1021
4. прозрачность нет
5. белок нет
6. сахар нет

 Микроскопия осадка .

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2
3. Лейкоциты 2-3-3
4. Эритроциты 0-1-0
5. Слизь +
6. Бактерин +
* **МОР 15.09.98 г.**

**отрицательная**

* **Кал на яйца глистов 15.09.98 г.**

яйца глистов не обнаружены

ОБЩЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ С ОБОСНОВАНИЕМ ТОПИЧЕСКОГО И НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ

На основании **жалоб** – на периодические судорожные припадки, головокружение, головные боли, бессоницу; **анамнеза данного заболевания** – считает себя больным с 1993 г., когда впервые появились фокальные судорожные припадки, во время которых больной на несколько секунд терял сознание, но не падал. На лице в этот момент мелькали судорожные подёргивания, взгляд устремлялся в одну точку, лицо бледнело. Во время приступа больной произносил несколько бессвязанных слов. После приступа больной продолжал свои занятия, не помня, что с ним произошло. Заболевание имело склонность к прогредиентному течению с постепенным нарастанием частоты и выраженности припадков. Больной обратился к нейрохирургу в ЦРБ, которым был направлен на обследование в КККБ, куда и поступил 14.09.98 г. Была проведена компьютерная томография и ангиография, на основании которых был поставлен диагноз - артерио – венозная мальформация левой височной доли и рекомендовано оперативное лечение. 19.09.98 г. больному была произведена эмболизация артерио – венозной мальформации. В настоящее время больному проводится терапия послеоперационного периода; **результатов специального исследования: компьютерная томография, церебральная ангиография (**в области левого виска дислоцированы корковые ветви средней мозговой артерии, конглдомерат сосудов. Опухолевое смещение корковых ветвей без изменения их конфигурации**)** – можно поставить предварительный диагноз: **артерио – венозная мальформация.**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Сравнивая, артерио – венозную мальформацию (АВМ) и дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭП) определяется много общих симптомов, таких как головная боль, головокружение, фокальные судорожные припадки, такие неврологические проявления как корковая слепота, гемипарезы, гемианестезии; однако, наряду с этими симптомами для АВМ характерно паренхиматозные и субарахноидальные кровотечения, чаще возникающие в молодом возрасте – до 30 лет (так как заболевание является врождённым дефектом развития сосудов мозга), имеют склонность повторятся до 5 – 6 раз, однако они носят не массивный характер. В свою очередь при ДЭП присутствуют в анамнезе заболевания, сопровождающиеся нарушением венозного оттока, атеросклероз, гипертоническая болезнь, которые проявляются в более позднем возрасте. Характерными для них симптомами являются снижение умственной работоспособности, нарастающее снижение памяти, вплоть до деменции, спутанность, оглушённость сознания , в более поздних стадиях возможно появление психических расстройств. ЭЭГ и КТ – методы, позволяющие дать дополнительную информацию о наличие дисциркуляторной энцефалопатии. При этом будут иметься изменения, характерные только для ДЭП. ЭЭГ не является информативным методом для постановки диагноза артерио – венозной мальформации. В данном случае решающее значение имеют данные ангиографии. Так же при аускультации головы выслушиваются артериальные шумы.

Опухоли височной доли головного мозга различаются по гистологическому типу, степени злокачественности. Однако имеются сходные с АВМ общемозговые и локальные симптомы: головная боль, головокружение, парестезии, гипестезии, гемипарезы, судорожные припадки с фокальным началом. Но при опухолях височной доли головного мозга симптоматика представлена значительно шире: сенсорная афазия, нарушение качественного восприятия вкуса и запаха, вплоть до развития обонятельных галлюцинаций, висцерально – вегетативные расстройства, гемианопсия, стойкие психопатологические изменения, в основном в сторону депрессий. Из инструментальных методов, позволяющих диагностировать опухоли мозга, применяются КТ, ЯМР; ангиография (в области левого виска дислоцированы корковые ветви средней мозговой артерии, конглдомерат сосудов. Опухолевое смещение корковых ветвей без изменения их конфигурации) точно позволяет дифференцировать артерио – венозную мальформацию от опухоли мозга.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***признаки*** | ***артерио – венозная мальформация*** | ***опухоль*** | ***Дисциркуляторная энцефалопатия*** |
| **припадки** | + | + | + |
| **головная боль** | + | + | + |
| **головокружение** | + | + | + |
| **психические** **нарушения** | + | + | + |
| **бессоница** | + | + | + |
| **ЭЭГ** | не информативна | мало информативна | информативна |
| **компьютерная томография** | информативна | информативна | информативна |
| **ангиография** | имеет решающее значение | информативна | не информативна |

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании **предварительного диагноза** (жалобы больного, анамнез данного заболевания, данные специального исследования) и проведённого **дифференциального диагноза** можно поставить окончательный клинический диагноз:

 **АРТЕРИО – ВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ**

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Стол N15
2. Режим постельный
3. Гемостатическая терапия

протамина сульфат, фибриноген, андроксон, этамзилат (дицинон), добезилат – кальция (доксиум).

Дицинон – по 12.5 % - 2 мл в/м 3 раза в сутки

Препарат обладает гемостатической активностью, уменьшает время кровотечения, понижает проницаемость и ломкость капилляров. Гемостатический эффект связан с увеличением количества и физиологической активности тромбоцитов; содержание фибриногена увеличивается незначительно. Гиперкоагуляции, образования тромбов препарат не вызывает. Действие препарата обусловлено стимуляцией физиологических гемостатических механизмов.

Rp . : Sol. Dicynoni 12.5% - 2 ml

D.t.d. № 30 in amp.

S. Вводить в/м по 1 ампуле 3 раза в день.

1. Дегидратирующая терапия

Дихлотиазид, циклометиазид, хлорталидон, фуросемид (лазикс), спиронолоктон, триамтерен, маннит

Лазикс – по 1ампуле 1 раз в день в течение трёх суток

Фуросемид является сильным диуретическим (салуретическим) средством. Эффективен при пероральном и парентеральном применении. Диуретический эффект связан с угнетением реабсорбции ионов Na и С1, причем это действие происходит не только в проксимальных, но и в дистальных участках извитых канальцев и в области восходящего отдела петли Генле. Реабсорбция калия также угнетается, но в значительно меньшей степени. Заметного угнетения угольной ангидразы не вызывает. Препарат одинаково эффективен в условиях ацидоза и алкалоза. Диуретический эффект наиболее выражен в течение первых 2 дней приема препарата, но не исчезает даже при длительном лечении.

Rp . : Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

D.t.d. № 3 in amp.

S. Вводить в/м по 1 ампуле 1 раза в день в течение

трёх суток.

1. Противосудорожная терапия

Фенобарбитал, финлепсин (карбомазипин), дифенин, метиндион

Финлепсин – по 1 таблетке 2 раза в день

Оказывает противосудорожное действие, а так же умеренное антиманиакальное, антидепрессивное, анальгетическое действие.

##### Rp . : Tab. Finlepsini 0.2 N 20

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

Фенобарбитал – по 1 таблетке перед сном

Оказывает успокаивающее, снотворное и противосудорожное действие. Понижает возбудимость двигательных центров головного мозга.

##### Rp . : Tab. Phenobarbitali 0.1 N 6

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке на ночь,

за 1 час до сна

**ЭПИКРИЗ**

Больной, Н., 40 лет, проживающий по адресу: ххххххххх, поступил в нейрохирургическое отделение ККБ 14.09.98 г. с диагнозом: эпилепсия, мальформации. При поступлении предъявлял жалобы на периодические судорожные припадки, головокружение, головные боли, бессоницу.

**Проведено обследование:**

* Общий анализ крови 15.09.98 г. показатели в норме

* Общий анализ мочи 15.09.98 г. без патологии

* МОР 15.09.98 г. отрицательная
* Церебральная ангиография 17.09.98 г.

В области левого виска дислоцированы корковые ветви средней мозговой артерии, конглдомерат сосудов. Опухолевое смещение корковых ветвей без изменения их конфигурации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: На ангиограмме артерио - венозная мальформация левой височной доли.

На основании клинических и анамнестических исследований, с учётом данных лабораторных исследований, был поставлен диагноз: **АРТЕРИО – ВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ**

**Было проведено лечение:**

Стол № 15

Режим постельный

Оперативное лечение - эмболизация артерио – венозной мальформации

Препараты: дицинон, лазикс, финлепсин, фенобарбитал

В результате проведённого лечения состояние больного значительно улучшилось: купировался болевой синдром, частота и продолжительность припадков уменьшились.

Наблюдение за больным прекращается в связи с окончанием курации.

**Рекомендации:**

* Продолжение соответствующего медикаментозного лечения
* Наблюдение у невропатолога по месту жительства
* Ограничение физических и нервно – психических нагрузок

**Прогноз:**

Для жизни и здоровья прогноз благоприятный в случае комплексной, патогенетически обоснованной терапии в послеоперационный период, соблюдении всех рекомендаций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ

ЛИТЕРАТУРЫ

**1. Комаров Ф.И.**

**ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Михеев В.В.**

**НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ**

М. Медицина

1. **Иргер И.М.**

**НЕЙРОХИРУРГИЯ**

М. Медицина

1. **Шелагуров А.А.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1975 г.

1. **акад. Петровский Б.В.**

**БМЭ**

М. Советская Энциклопедия 1978 г.

1. **Кукес В.Г.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Справочник ВИДАЛЬ**

АОЗТ М. АстраФармСервис 1998 г.

1. **проф. Музлаев Г.Г.**

**Материалы лекций**

*7.10.98 г.*