### Паспортные данные

#### Ф.И.О.

Возраст. 52 года.

Год рождения. 1950 год 28 августа

Место работы. Пенсионер

Место жительства.

емейное положение. Женат.

Дата поступления в больницу. 3.02.03.

Время курации. 11.02.03.

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь II стадия, высокой степени риска, прогрессирующее течение, НК I ст. ЦВБ, после перенесения ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА (Январь 2002 года) виде левостроннего гемипареза I ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. цефалгия. Вестибулопатический синдром.

**ЖАЛОБЫ:**

Больной предъявляет жалобы на головные боли в височных и теменно-затылочной областях, обостряющиеся в вечернее время, а также после сна. Боли носят острый характер, и возникают в правой височной с последующим переходом на затылочную и на противоположную височную области. Боли в сердце, возникающие одновременно с головными болями, ноющего характера. Периодические головокружения, шум в ушах, на тошноту, позывы на рвоту, онемение в левой руке, голени, общую слабость, плохой сон (спит 3-4 часа в сутки). Боли стихают в положении больного лежа, купируются приемом спазгана, темпальгина примерно на три часа; чаще всего возникают после курения.

**ANAMNESIS MORBI.**

Больным себя считает с 2002 года когда на фоне высокого АД парализовало левую сторону. Лечился по месту жительства, где бвл выставлен диагноз множественные инфаркты головного мозга по ишемическому типу, выписан с улучшением. В последуюшем дважды проводилось реабилитационное лечение. В 1990 году была обнаружена межпозвоночная грыжа D8 – L5 .

С 13 ноября 2003 года появились сильные продолжительные головные боли. Сначала характер болей был ноющим. Боли не снимались препаратами. Характер боли принял приступообразный характер. С вышеперечисленными жалобами обратился в ККП, по данным результатов МРТ (от 13.02.03.) был направлен на стационарное лечение в неврологическое отделение ККБ.

Госпитализирован в плановом порядке для обследования, уточнения диагноза и лечения.

**ANAMNESIS VITAE.**

Долгих Николай Иванович родился 1950 году в Усть-Пристанском районе Алтайского края в поселке Камышенка в крестьянской семье. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Закончил 10 классов средней школы. Во время школьной и студенческой жизни постоянно занимался спортом. После окончания школы 2 года служил в армии. После армии работал токарем на заводе в городе Барнауле, откуда был направлен в РОВД Индустриального района.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. В контакте с инфекционными больными не был. За пределы края не выезжал.

Вредные привычки: курит с 16 лет, по 1 пачке в сутки, алкоголь употребляет редко.

Аллергологический анамнез: непереносимость пенициллина.

Наследственные заболевания нервной системы отрицает; отмечает наследственность по ГБ.

**STATUS PRESENS COMMUNIS.**

Общее состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожа теплая, влажная, тургор cохранен. Слизистая рта, конъюнктивы розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над- подключичные, локтевые, подмышечные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, повышенного питания. Отеков и подкожных эмфизем нет. Рост 174 см, вес 94 кг. Форма черепа – брахиоцефал. Наличие рубцов, дефектов области головы не наблюдается. Тип оволосенения по мужскому типу. Волосы темные. Асимметрии грудной клетки, пандактилии, плоской стопы, фидрейховской стопы, изменение формы суставов не выявлено. Наблюдается сглаженность поясничного лордоза. При перкуссии остистых отростков отмечается резкая болезненность с 8го грудного до пятого поясничного позвонка. Подвижность в шейном отделе в полном объеме, в грудном и поясничном отделе – снижена. Ограничение движений в левом локтевом, коленном суставах по типу зубчатого колеса. Движения в суставах правой половины тела сохранены. Мышечная система: на правой половине тела - мышцы в тонусе, атрофий болезненности при пальпации нет. На левой: гипотонус, гипостезия, атрофия левой верхней конечности, болезненность при пальпации левой голени. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**.

Носовое дыхание свободно. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип смешанный. ЧД=20. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание проводится с одинаковой силой. При сравнительной перкуссии прослушивается ясный легочный звук по всем точкам. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 4,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см. Границы легких в пределах нормы.

Аускультация: на месте сочленения рукоятки грудины с телом, на щитовидном хряще, на остистых отростках 1-3 шейных позвонков чётко прослушивается бронхиальное дыхание, а в стандартных точках сравнительной и топографической аускультации – везикулярное дыхание. Патологий не выявлено. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

**СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.**

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс на обеих руках частотой 65 ударов минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений, ритм правильный, нормального наполнения, синхронный на обеих руках, дефицита пульса нет. Артериолы ногтевых фаланг не пульсируют. Артериальное давление на обеих руках 130/90 миллиметров ртутного столба. При аускультации 1 и 2 тоны приглушены во всех точках аускультации, акцент второго тона над аортой во втором м/р справо . Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются. При аускультации брюшной части аорты стенотический шум не выслушивается. Пульс большой, полный, симметричный, ритмичен, не напряжен.

Верхушечный толчок в 6-ом м/р, на 1-1,5 см кнаружи от среднеключичной линии.

При перкуссии обнаружено увеличение левого желудочка, относительной и абсолютной тупости сердца.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, без трещин и изъязвлений, налетом не обложен, сосочки не гипертрофированы.

Зубных протезов нет. Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует активно, видимых пульсаций, видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует.

Пальпация. Температура одинаковая на поверхностно-симметричных участках, кожа влажная. Подкожножировая клетчатка хорошо выражена. Живот мягкий, расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа. Слепую кишку пропальпировать не удалось. Другие отделы толстого кишечника и желудок не пальпируются. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени располагается по краю реберной дуги, контур ровный мягко-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.**

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Наблюдается нарушение сна и бодрствования. Проявляются общемозговые симптомы (тошнота, рвота, головокружение). Менингиальные симптомы отсутствуют.

ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ.

I пара – n.olfactorius: гипосмия, обонятельные галлюцинации отрицает.

II пара – n. opticus: vis 1.0/1.0,

поля зрения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dex  | Верх 600 | Вниз 700 | Кнутри 600 | Кнаружи 900 |
| Sin  | Верх 600 | Вниз 700 | Кнутри 600 | Кнаружи 600 |

Глазное дно без патологий. (13.02.03).

III,IV,VI пара – n. Oculomatorius, n.trochlearis, n.abducens: у больного глаза симметричны, правильной формы, птоза нет. Зрачки одинаковы, нормальной величины. Реакция зрачка на свет, как прямая, так и содружественная, сохранена. Движения глазных яблок не нарушены. Диплопии нистагма нет. косоглазие не отмечается.

V пара – n.trigeminus: функция жевательных мышц в норме. При давлении на точки выхода тройничного нерва болезненности не отмечает. Нижнечелюстной, карниальные, надбровные рефлексы присутствуют. Болевая, тактильная, температурная чувствительность сохранена, одинакова на обеих половинах лица.

VII пара – n. facialis: лицо симметрично носогубные складки одинаковы. Свободно поднимает брови, смыкает веки, при обнажении зубов лицо симметрично. Слезотечение, сухости во рту нет. Вкус на передней 2/3 языка сохранен. Надбровный рефлекс – положительный. Симптомы орального автоматизма отрицательные.

VIII пара - n.Vestibulocochleris: острота слуха на шепотную и разговорную речь сохранена. Отмечает головокружение, шум в ушах, во время приступа головной боли. Вестибулярные нагрузки переносит хорошо. Слуховые галлюцинации отрицает. Нистагм отрицательный. Разговорная речь справа = 6 м слева = 4м. Шепотная речь справа = 3м. слева = 2м.

IX, X пары - n.glossopfaringeus, n.vagus: подвижность мягкого неба сохранена. Глотание и фонация не нарушены. Небные и глоточные рефлексы сохранены. Вкусовая чувствительность в норме.

XI пара - n. Accesorius: контуры трацепивидной, кивательной мышц без изменений. Вытянутые в сторону руки поднимает выше горизонтального уровня. Поднятие надплечий, поворот головы в сторону, отведение лопаток выполняет в полном объеме.

XII пара - n.hypoglossus: внешний вид языка нормален, атрофий, мышечных подергиваний нет. Язык выдвигает по средней линии, обе половины языка симметричны.

ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СФЕРА.

Наблюдается снижение поверхностной чувствительности левой половины тела, глубокая чувствительность на левой половине сохранена. Поверхностная, глубокая чувствительность сохранена на правой половине. Боли левой голени, ноющего характера, возникающие при легком прикосновении. Выявлено болезненность нервных стволов при пальпации. Симптом Лассега с лева = 800, на правой = 900. Симптом Вассермана, Нери, Мацкевича положительный с права и с лева. Тип нарушения чувствительности смешанный: корковый (левая рука и половина тела до подреберной дуги) и сегментарный недиссоциированный (симптом Ласега положительный из-за грыжи межпозвоночных дисков D8-L5).

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУКЦИИ.

Походка прямая, устойчивая свободно ходит на пятках. Объем в шейном отделе позвоночника полный, в грудном, поясничном выполняется с трудом. Движение в суставах верхних и нижних конечностях правой стороны полные. В левых ограничения движения «по типу складного ножа». Сила мышц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сила мышц  |  Dex. |  Sin. |
| Сгибателей рук | 5 | 3 |
| Разгибатели рук | 5 | 4 |
| Сгибатели ног | 5 | 3 |
| Разгибатели ног | 5 | 2 |

Проба Баре положительная, тонус мышц на левых конечностях снижен, на правых в норме. Наблюдается незначительная атрофия левых конечностей, фасцикуляторных подергиваний нет. Координация сохранена пальценосовую, пяточно-коленную, пальце-указательную пробы выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчив.

РЕФЛЕКТОРНАЯ СФЕРА.

Сухожильные переостальные рефлексы с двуглавых и трехглавых, коленный ахиллов рефлексы сохранены на провой половине тела, на левой наблюдается гипорефлексия. Патологические рефлексы отрицательные.

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

Синдром Бернера – Горнера отрицательный. Цвет кожи обычный, пигментаций, высокой температуры тела, усиленного потоотделения нет. Сальность кожи в пределах нормы. Дермографизм красный ширина полоски 5 мм., возникает на 1 минуте, исчезает через 2-3 минуты. Трофических изменений кожи не обнаружено. Симптом Ашнера = 3-4 удара в минуту. Ортостатическая проба – пульс увеличился на 10 ударов в минуту. Клиностатическая проба – пульс урежается на 4 удара в минуту. Коэффициент Хильдебранна = 3,1 (в пределах нормы).

Индекс Кердо =(1 - д/р) = (1- ф/62) = 1 – 1,45 = - 0,55. Преобладают явления парасимпатики. Функции тазовых органов не нарушены.

ВЫСШИЕ КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ.

Сознание ясное, во времени и месте ориентирован, с окружающими контактирует. Бредовых идей, галлюцинаций, навязчивых состояний отрицает. В развитие не отставал, в данный момент соответствует интеллекту своего возраста. Отмечает снижение памяти в последние 2 год. Больной адекватно оценивает свое состояние, конкретно отвечает на поставленные вопросы. уверенно повторяет сложные фразы, быстро говорит скороговорки. Понимает смысл пословиц. Пишет разборчиво, читает быстро и со смыслом. Простые действия (застегивает пуговицу) выполняет хорошо. С закрытыми глазами определяет правильно предметы.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови; на ВИЧ, сифилис.
2. Общий анализ мочи.
3. ЭКГ.
4. КТ.
5. Консультации окулиста, физиотерапевта, кардиолога.

1.

1. Общий анализ крови (4.02.03.):

 Гемоглобин- 156/л

 Лейкоциты- 6.5 \* 109/л

 СОЭ- 4мм/ч

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Э | п/я | с/я | Л | М |
| 1 | 3 | 62 | 26 | 8 |

ВИЧ – отрицательный (4.02.03.). Реакция Вассермана – отрицат.(4.02.03.).

2.

Общий анализ мочи (4.02.03.):

 Цвет – соломенно-желтый

Прозрачная

Реакция кислая

Белок отриц.

Лейкоциты 1-2

Эритроциты – 4-8

Плоский эпителий – 2-4

3.

Общий анализ мочи (12.02.03.):

 Цвет – соломенно-желтый

Прозрачная

Белок отриц.

Лейкоциты единичные

Плоский эпителий – ед. в п/з

 4.

 Анализ крови на сахар ( 4.02.03.): 3.2 ммоль/л

5.

 **ЭКГ. ВЫВОД:** ритм синусовый, 75 ударов в минуту, присутствуют признаки нарушения проводимости правого предсердия, гипертрофия левого желудочка, нарушение процесса деполяризации. На оснований данных ЭКГ выявляется гипертрофия левого желудочка, нарушения проводимости и нарушении метаболических процессов в миокарде.

 6.

**Консультация окулиста**

**от 13.01.03.**

Заключение: глазное дно без патологии.

7.

**Консультация кардиолога**

**от 17.02.03.**

Диагноз: ИБС: стенокардия? ФК II. Атеросклероз аорты и её ветвей. Гипертоническая болезнь II, высокий риск осложнений.

Рекомендовано:

1. Нитросорбид по 1 таб. 4 раза в день.

1. Аспирин ½ таб. утром после еды.
2. Капотен по 1 таб. 3 раза в день.

**8.**

**КТ головного мозга от 6.02.03.**

Заключение: Наружно-внутренняя гидроцефалия I-II ст.

**ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.**

На основании неврологического статуса: гипоосмия, уменьшение поля зрения с лева, геместезия, гипотония и гипорефлексия левой половины тела,

основываясь на заключении КТ от 6.02.03: наружно-внутреняя гидроцефалия I-II ст., атрофия правой половины КБП, можно сделать вывод, о том, что патологический очаг локализуется в правой половине коры больших полушарий.

 Наличие симптомов натяжения, болезненной перкуссии остистых отростков позвоночника с D8, боли в поясничной области и данных рентгенографии поясничной области от 15.01.03.: сужение промежутка между позвонками. Выпрямление лордоза. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Все эти симптомы возникают вследствие остеохондроза.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Анализируя и сопоставляя результаты дополнительных методов исследования, а также жалобы больного: на головные боли в височных и теменно-затылочной областях, обостряющиеся в вечернее время, а также после сна. Боли носят острый характер, и возникают в правой височной с последующим переходом на затылочную и на противоположную височную области. Боли в сердце, возникающие одновременно с головными болями, ноющего характера. Периодические головокружения, шум в ушах, на тошноту, позывы на рвоту, онемение в левой руке, голени, общую слабость, плохой сон (спит 3-4 часа в сутки). Боли стихают в положении больного лежа, купируются приемом спазгана, темпальгина примерно на три часа; чаще всего возникают после курения, можно сказать, что в патологический процесс вовлечена нервная система, система органов кровообращения. На основе анамнеза заболевания (множественные инфаркты головного мозга 29.01.02) и топического диагноза и дополнительных методов обследования, можно поставить клинический диагноз: ЦВБ. ГБ II ст. после перенесенного ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА (Январь 2002 года) виде левостроннего гемипареза I ст. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. цефалгия. Вестибулопатический синдром.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз ишемического инсульта нередко требует исключения геморрагического или опухолевого поражения мозга. Инсультообразно протекает кровоизлияние в опухоль, однако обычно при [опухоли](file:///C%3A%5C%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%B0%D1%8F%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%20%D1%8D%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%5Cdes%5Cdes204.htm) мозга удается выяснить, что острому периоду предшествовали нарастающая головная боль и очаговые симптомы. Существенную помощь в диагностике оказывает степень смещения срединных структур на эхоэнцефалограмме и обнаружение объемных образований на КТ, характерных для опухолей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дифференциальные критерии | Геморрагический инсульт | Ишемический инсульт |
| Рвота | Более 50% | Редко (2-3%) |
| Дыхание | Аритмичное, клокочущее | Редко нарушено при полушарных очагах |
| Пульс | Учащен до 80-100 | Может быть учащен, мягкий. |
| Параличи, парезы конечностей | Гемиплегия с гиперрефлексией, гориетонии. | Неравномерный гемипарез, м. нарастать до гемиплегии.  |
| Патологические симптомы | Чаще двусторонние, более выраженные контралатерально очагу. | Односторонние. |
| Менингеальные симптомы | Часто. | Редко. |
|  |  |  |

Из данных приведенных в таблице следует вывод, что по описанной клинике подходит только ишемические инсульты, атрофия головного мозга.

**ЭТИОЛОГИЯ**

 Этиология, патогенез. В большинстве случаев инсульты являются осложнением гипертонической болезни и [атеросклероза](file:///C%3A%5C%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%B0%D1%8F%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%20%D1%8D%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%5Cdes%5Cdes48.htm), реже они обусловлены болезнями клапанного аппарата сердца, инфарктом миокарда, врожденными аномалиями сосудов мозга, геморрагическими синдромами и артериитами. Приблизительно у 90% больных с инсультом обнаруживают те или иные формы поражения сердца с симптомами сердечно-сосудистой недостаточности. Исключение составляют лишь некоторые варианты геморрагических инсультов, например, при разрыве аневризмы у людей молодого возраста.

**ЛЕЧЕНИЕ**

I)Лечение ГБ, атеросклероза.

II) Лечение ишемического инсульта.

I.

 1)Контроль за массой тела.

 2) Диета № 10а.

 3)Уменьшение употребления алкоголя (менее 30 мл/сут).

 4)Отказ от курения.

 5)Снижение уровня психосоциального стресса.

II.

1. средства улутчающие мозговое кровообращение.
2. миотропные спизмолитические средства.
3. ноотропные припараты.
4. антикоагулянты.
5. антиагреганты.
6. диуретические средства.
7. группа никотиновой кислоты.

 *II. Нелекарственные методы*

 1)Аутотренинг с мышечной релаксацией

 2)Акупунктура, электросон, биоакустические воздействия (музыка), сауна, туризм, гирудотерапия.

 *III.**Лекарственные препараты*

Первого ряда **-** при длительном приеме должны отвечать требованиям:

 1. Не задерживать жидкость в организме

 2.Не нарушать углеводный, липидный, пуриновый обмен

 3.Не угнетать ЦНС

 4.Не провоцировать рикошетную гипертонию.

РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Соблюдение режима сна, физической нагрузки.
2. уменьшение эмоциональной нагрузки.
3. наблюдение невропатолога по месту жительства.
4. контроль давления.
5. регулярное курсовое лечение.
	* Муцитам, глицин, кавинтон, аспирин, галантомин.

ПРОГНОЗ.

В отношении жизни благоприятный, при соблюдение лечения, рекомендаций и морального настроя, направленных на симптоматическую терапию. В полном выздоровлении прогноз неблагоприятный, так как заболевание носит прогрессирующий характер.