1. Паспортная часть
2. Фамилия, имя, отчество: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
3. Возраст : \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
4. Пол: мужской
5. Семейное положение: женат
6. Профессия : пенсионер
7. Домашний адрес :\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
8. Дата госпитализации : 6.04.05
9. Дата выписки: 22.04.05
10. Жалобы

При поступлении больной предъявлял жалобы на внезапно возникшие речевые нарушения, слабость в правой ноге и правой руке, общую слабость.

1. amnesis morbi

Заболел остро 6.04.05г. В 21.30 внезапно почувствовал сильную головную боль, слабость в правой ноге и правой руке. Через час был доставлен скорой помощью в стационар. В анамнезе инфаркт миокарда в 2005 году, артериальная гипертензия вторая стадия риск 4.

1. Anamnesis vitae

Родился в 1929 году в деревне \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, пятым ребенком в семье. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. Окончил среднюю школу. Получила среднее образование. Работал коптильщиком на мясокомбинате. Женат, имеет одну дочь.Состояние жены и дочери удовлетворительное. В данное время проживает в благоустроенной квартире. В настоящее время на пенсии. Из вредных факторов отмечает нерегулярное питание, перепады температуры.Соблюдает личную гигиену тела.

Гепатит, туберкулёз, венерические заболевания заболевания отрицает. В 2005 году перенес инсульт.

Не курит (раньше курил). Алкоголь употреблял умеренно (3-4 раза в год).Наркотики, снотворные не употребляет. Токсикоманию и другие вредные привычки отрицает.

Аллергию на пыль, цитрусовые, клубнику, белок, шерсть домашних животных, пыльцу, химические вещества, лекарственные препараты отрицает.

1. Status praesens objectivus
   1. Общий вид больного.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6ОС. Сознание ясное. Положение больного активное. Выражение лица спокойное.. Рост 1,67 м., вес 68 кг.,нормостенический тип телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Подкожно - жировая клетчатка выражена умеренно. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены, эластичные, не спаянные с окружающей клетчаткой, при пальпации безболезненны. Отёков нет. Подкожные вены малозаметные. Жировики и другие подкожные образования отсутствуют

Скелет пропорциональный, симметричный.Искривлений позвоночника нет. Деформации костей,болезненности при покалачивании нет.

Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен, при ощупывании мышцы безболезненные.

* 1. Органы дыхания.

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка симметрична, правильной формы, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, ЧДД=16 в 1 мин.

При пальпации грудная клетка безболезненна, нормальной резистентности.

Перкуторно над всей площадью проекции легких определяется ясный легочный звук. При перкуссии – границы легких в пределах нормы, подвижность легочного края сохранена.

Аускультативно над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Хрипов нет.

* 1. Органы кровообращения

Выпячивания, видимой пульсации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы.

Аускультативно во всех точках выслушиваются ясные,ритмичные тоны. Частота сердечных сокращений 80 удара в минуту.Шумов нет. Шум трения перикарда не выслушивается.

Артериальное давление 140/90 мм рт.ст. на левой руке, а на правой 130/90 мм.рт.ст.

* 1. Органы пищеварения

Осмотр ротовой полости: язык обычной формы и величины, влажный, чистый. Трещин и язв на языке нет. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Живот обычной формы, симметричный с обеих сторон, в акте дыхания участвует. Расширения подкожных вен нет. Рубцов нет.

Пальпаторно:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Грыжевых выпячиваний, диастаза прямых мышц живота нет. Болезненность в точках Боаса, Опенховского, Гебста и в зоне Шоффара отсутствует. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского отрицательные.

Перкуторно:

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультативно:

Перистальтика кишечника умеренная, шум плеска не определяется, шума трения брюшины нет.

***5. Гепато-лиенальная система***

Видимого увеличения области печени и пульсации не наблюдается.

Нижний край печени из-под реберной дуги не выходит. Край плотный округлой формы, ровный болезненности нет. Размеры печени по Курлову:

1-й вертикальный - 9см;

2-й вертикальный - 8см;

косой - 7см.

Селезенка в левом подреберье не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии слева.

6. Мочеполовая система

Визуально поясничная область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* 1. Эндокринная система

Щитовидная железа при осмотре и пальпации не изменена. Признаков дисфункции нет. Со стороны других желез изменений нет.

1. Неврологический статус

Сознание сохранено.Ориентирован верно. Критичен. Интеллект соответственно образованию. Возбудимость нормальная. Память и внимание не нарушены. Поведение адекватное. Сон в норме.

Речь: моторная афазия. Праксис и гнозис не нарушены.

Черепные нервы

**1 я пара** — обонятельные нервы.

Обоняние не нарушено, дифференцирует запахи верно. Обонятельных галлюцинаций нет.

**2-я пара** — зрительные нервы.

Острота зрения несколько снижена, ОD=ОS=0,7, цветоощущения в норме, поля зрения не изменены.

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

Ширина глазных щелей нормальная, экзофтальма нет. Зрачки обычонй величины, формы, равномерны, реакция их на свет (прямая и содружественная) сохранена, аккомодация совместно с конвергенцией в пределах нормы. Косоглазие (страбизм), двоение (диплопия) при осмотре не выявлены. Под­ижность глазных яблок вверх, вниз, кнаружи, внутри в полном объеме, конвергенция не нарушена. Нистагм не обнаружен. Симптом Аргайль-Робертсона (прямой и обратный) отрицательный.

**5-я пара** — тройничный нерв.

Парестезии, боли невыявлены. Чувствительность кожи лица сохранена полностью. Чувствительность к давлению точек выхода ветвей нерва (точки Валле) в пределах нормы. Корнеальный и надбровный рефлексы в норме.

Состояние жевательной мускулатуры: движения нижней челюсти в полном объеме, тонус нормальный, трофика и сила жевательных мышц в норме; тризм не выявлен. Мандибулярный рефлекс в пределах нормы.

**7-я** **пара** — лицевой нерв.

Лицо в покое и при движении симметрично. Лагофтальм, гиперакузия не выявлены. Слезоотделительная функция в норме.

**8-я пара** — преддверно-улитковый нерв.

Шум в ушах отсутствует. Острота слуха: шепотная речь – 6м, D=S. Слуховые галлюцинации отсутствуют.

Проба Ринне “+”, проба Вебера: латерализации нет. Головокружение, нистагм, вестибулярная атаксия отсутствуют.

**9—10 я пары** — языкоглоточный и блуждающий нервы.

Боли в глотке, миндалинах, ухе не выявлены, фонация, глотание не нарушены. Мягкое небо в покое симметрично, его подвижность при произношении звука “а” D=S. Глоточный и небный рефлекс в пределах нормы. Слюноотделительная функция не нарушена.

**11-я пара** — добавочный нерв.

Поднимание надплечий, повороты головы, сближение лопаток, подъем руки выше горизонтали выполняются в полном объеме. Атрофии и фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышце не обнаружены.

**12-я пара**—подъязычный нерв.

Истонченности, складчатостьи слизистой оболочки, фибриллярных подергиваний языка нет, при высовывании подвижность языка нормальная, отклонения в сторону нет. Артикуляция речи не нарушена.

Вкус в норме.

Двигательная сфера

При осмотре и пальпации мышечной системы атрофия, псевдогипертрофия, фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Пассивные движения верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме. Отсутствие активных движений в правых конечностях. Наблюдается ослабление мышечной силы, выявляемое в пробе Барре, до 2-3 баллов в правых конечностях с повышением мышечного тонуса ( в верхних конечностях повышен тонус сгибателей, в нижних конечностях повышен тонус разгибателей) по спастическому типу. Акинез, брадикинезия, гиперкинезы (тремор, хорея, атетоз, хореоатетоз, гемибаллизм, миоклония, торзионная дистония, тики) отсутствуют. Синдром автоматизированной жестикуляции не выявлен.

Припадки и судорожные подергивания отсутствуют.

***Рефлексы***

**Глубокие.**

Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены: с верхних конечностей D>S, c нижних конечностей: коленный (L2- L4, бедренный нерв ), ахиллов (S1- S2, большеберцовый нерв) - D>S.

**Кожные**

верхние (Тh7 - Тh8), средние (Тh 9- Тh10), нижние (Тh 11- Тh12) брюшные, подошвенные (большеберцовый нерв, L5-S2) снижены D>S.

**Патологические рефлексы.**

пирамидные: выявляется рефлекс Бабинского справа, рефлексы Оппенгейма, Гордона, Шеффера отрицательные;

рефлексы группы Россолимо (Бехтерева 1, 2, Жуковского) отрицательные.

Защитные рефлексы: патологические синкииезии не выявлены.

Псевдобульбарные рефлексы: выявлены положительные рефлексы орального автоматизма: назо-лабиальный, губной, хоботковый, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи.

***Функции мозжечка***

Пальце-носовую, пяточно коленную и пальце-указательную пробу с открытыми и закрытыми глазами больной выполняет правильно. Нистагма нет. Пронация и супинация не нарушены. Пробы Тома, Стюарта-Холмса, пяточно коленная, Шиллера, пальцевой феномен Донникова отрицательные.В позе Ромберга неустойчив.

***Экстапиромидная система***

Мимика нормальная.Синкинезий нет. Речь: замедленная,тихая, монотонная.Персевераций нет. Тремора в конечностях нет. Изменений в эмоциональной сфере и изменений характера больной не отмечает. Сальности кожи лица, гиперсаливации, гипергидроза нет. Акинез, брадикинезия, гиперкинезы (тремор, хорея, атетоз, хореоатетоз, гемибаллизм, миоклония, торзионная дистония, тики) отсутствуют.

Менингеальные симптомы

Рвоты, гиперестезии нет. Симптомы Кернига, Брудзинского , Бехтерева отрицательны. Ригидности затылочных мышц нет.

Чувствительная сфера

Боли, парестезии, болезненность нервных стволов не выявлены. Вертебральный синдром отсутствует.

Симптомы натяжения нервных стволов (симптом посадки, симптом Дежерина, Нери, Вассермана, Мацкевича, Ласега) отрицательны.

Поверхностная чувствительность (болевая, температурная, тактильная, волосковая) отсутствует справа, сохранена слева. Глубокая чувствительность (мышечно-суставное чувство, вибрационное, чувство давления и веса) отсутствует справа,сохранена слева. Сложная чувствительность (кинестетическая, дикриминационная, двумернопространственная, стереогноз) отсутствует справа, определяется слева.

Вегетативно-трофические функции

Трофических изменений кожных покровов нет. Артропатий, хейромегалии, эритромелальгии нет. Пото- и салоотделение не нарушено.

Пульсация тыльной артерии стопы и задней больше-берцовой артерии сохранена.

Местный дермографизм белый, появляется через15 с., исчезает через 1,5 мин. Рефлекторный дермографизм сохранен.

Ортостатическая, клиностатическая пробы в пределах нормы, глазо-сердечный рефлекс Ашнера сохранен,D=S. При пальпации вегетативных узлов и сплетений болезненность не выявлена. Синдром Клод-Бернара-Горнера отрицательный.

Тазовые функции не нарушены.

1. Данные лабораторных и инструментальных исследований
2. *Общий анализ крови* 10.04.05 г.

Эритроциты – 4,2 ⋅ 1012/л

Гемоглобин – 130 г/л

ЦП – 0,93

СОЭ – 12 мм/ч

Лейкоциты – 5,8 ⋅ 109/л

Палочкоядерные – 2 %

Сегментоядерные – 70 %

Эозинофилы – 1 %

Базофилы – 0 %

Лимфоциты – 24 %

Моноциты – 3 %

1. *Общий анализ мочи* 8.04.05 г.

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция -- кислая

Удельный вес – 1,020

Белок – нет

Сахар – отр.

Ацетон – отр.

Эритроциты – нет

1. Сахар крови 3,3 ммоль/л. 10.04.05 г.
2. Креатинин мочи 21 мг/кг. 8.04.05 г.
3. RW “ отрицательное ” 3.12.04 г.
4. ФГ: от 12.01.05 сердце и легкие в норме
5. *Электрокардиография* 9.04.05: Вертикальное положение ЭОС. Синусовый ритм. ЧСС=68 уд/мин. Изменение окислительно-восстановительных процессов в миокарде.
6. Консультация окулиста 17.04.05 : ОU=0,7, глазное дно в норме. Признаков застоя и атрофии зрительного нерва нет.
7. Топический диагноз

Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути, который начинается в правом полушарии в нейронах прецентральной извилины, далее он идет во внутреннюю капсулу (передние две трети заднего бедра), далее он проходит в средней части ножек мозга, нисходит через основание моста и в нижней части продолговатого мозга переходит на противоположную сторону и подходит к передним рогам.

1. Обоснование клинического диагноза

Клинический диагноз: Инфаркт головного мозга в левом кортикальном бассейне с моторной афазией и легким правосторонним гемипарезом, острый период. Артериальная гипертензия IIст.,риск 4.

Клинический диагноз был поставлен на основании:

1. Жалоб: нарушения речи больной, внезапно возникшей слабости в правых конечностях. Однако без потери сознания, рвоты.
2. Истории развития настоящего заболевания: больной с сосудистым анамнезом длительно страдает гипертонической болезнью (20 лет), в анамнезе в 2005 году инфаркт миокарда.
3. Данных обследования: отсутствие общемозговых и менингеальных симптомов, левополушарная очаговая симптоматика в виде правостороннего гемипареза. Наличие моторной афзии

Таким образом учитывая возраст больного, длительный сосудистый анамнез, перенесение инфаркта миокарда в прошлом можно говорить о поражении коры полушарий головного мозга вследствие ишемического инсульта питающей эти зоны артерии.

1. Дифференциальный диагноз

необходимо проводить со следующими заболеваниями:

1. *С субарахноидальным кровоизлиянием*.

Различия:

а) Для ишемического инсульта характерно преобладание очаговой симптоматики над общей, для субарахноидального кровоизлияния – наоборот.

б) При ишемическом инсульте ликвор не изменен, при субарахноидальном кровоизлиянии обнаруживаются характерные изменения: кровянистого цвета, эритроциты, повышено содержание глюкозы.

в) В первые дни ишемического инсульта температурной реакции и сдвигов в периферической крови не наблюдается, а для субарахноидального кровоизлияния характерен подъем температуры до 39°С и лейкоцитоз со сдвигом влево в периферической крови.

г) Окончательно различить эти заболевания можно при помощи КТ и ангиографии сосудов головного мозга.

2)*С черепно-мозговыми травмами*

Черепно-мозговые травмы являются причиной утраты сознания и появления очаговых неврологических нарушений, особенно в тех случаях, когда анамнез неизвестен, а речевой контакт с пациентом невозможен, в дифференциальной диагностике помогает внимательный осмотр и пальпация мягких тканей головы, осмотр наружных слуховых и носовых ходов на предмет ликворо– и гематореи, при субдуральных гематомах более чем в 90% случаев выявляется анизокория.

3) *опухолями головного мозга*

Внезапное появление очаговой неврологической симптоматики возможно также при опухолях головного мозга – «инсультоподобное» течение заболевания или в послеприступном периоде у больных, страдающих эпилептическими припадками (***паралич Тодда***). При этом состоянии возникшая очаговая симптоматика полностью регрессирует в течение 24 часов, а ее появление обусловлено не «инсультными» изменениями, а локальным отеком головного мозга.

1. Заключительный диагноз

На основании пердварительного и проведенного дифференциального диагноза можно поставить *окончательный диагноз*:

Основное заболевание: Инфаркт головного мозга в левом кортикальном бассейне с моторной афазией и легким правосторонним гемипарезом, острый период.

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия IIст.,риск 4.

1. План лечения

* Режим стационарный
* Стол №10
* Магния сульфат внутривенно в течении 10 минут медленно для стабилизации артериального давления до уровня, на 20 мм рт ст выше уровня, привычного для больного
* Для вторичной нейропротекции- Эмоксипин 1,0%-15 мл, внутривенно капельно в течении десяти дней, а затем по 5 мл внутримышечно в течении двух недель
* Коррекция метаболизма, стимуляция обменных процессов Sol Pyracetami 20% - 5ml по 1 ампуле внутримышечно 2 раза в день
* Tab.Aspirini 0,5 по ¼ таб на ночь
* Фезам по 2 капсулы 3 раза в день-для улучшения когнетивной функции, уменьшения головокружения и улучшения координации. Снижает возбудимость вестибулярных структур
* Верапамил 0,04 3 раза в день для для улучшения коронарного кровотока
* Аспаркам по 1 таблетке 3 раза в день для улучшения тканевого обмена
* Верошпирон 0,025 по 1 таблетке 3 раза в день для усиления выделительной функции почек (профилактика отека головного мозга)
* КТ для исключения гематомы и новообразований
* Массаж правых конечностей
* Баротерапия

1. Дневник

|  |  |
| --- | --- |
| **I. 21.04.05**  АД=120/70  ЧСС=70 уд/мин  ЧДД=13 в 1 мин | Общее состояние удовлетворительное, жалобы на нарушение рачи, правосторонний гемипарез, общую слабость. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезнениий. Стул, диурез в норме.  Получает лечение |
| **II. 22.04.05**  АД=120/80  ЧСС=72 уд/мин  ЧДД=14 в 1 мин | Общее состояние удовлетворительное. Замечает положительную динамику-уменьшение слабости в правых конечностях, отсутсвие общей слабости.Жалобы на затрудненную речь. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Над всей поверхностью легких прослушивается нормальное везикулярное дыхание. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный.Стул и диурез в норме. |

1. Эпикриз

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* года рождения, поступил в \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*6.04.05. Был поставлен диагноз:

Основное заболевание: Инфаркт головного мозга в левом кортикальном бассейне с моторной афазией и легким правосторонним гемипарезом, острый период.

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия IIст.,риск 4.

Были проведены обследования:

1. *Общий анализ крови* 10.04.05 г.

Эритроциты – 4,2 ⋅ 1012/л

Гемоглобин – 130 г/л

ЦП – 0,93

СОЭ – 12 мм/ч

Лейкоциты – 5,8 ⋅ 109/л

Палочкоядерные – 2 %

Сегментоядерные – 70 %

Эозинофилы – 1 %

Базофилы – 0 %

Лимфоциты – 24 %

Моноциты – 3 %

1. *Общий анализ мочи* 8.04.05 г.

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция -- кислая

Удельный вес – 1,020

Белок – нет

Сахар – отр.

Ацетон – отр.

Эритроциты – нет

1. Сахар крови 3,3 ммоль/л. 10.04.05 г.
2. Креатинин мочи 21 мг/кг. 8.04.05 г.
3. *Электрокардиография* 9.04.05: Вертикальное положение ЭОС. Синусовый ритм. ЧСС=68 уд/мин. Изменение окислительно-восстановительных процессов в миокарде.
4. Консультация окулиста 17.04.05 : ОU=0,7, глазное дно в норме. Признаков застоя и атрофии зрительного нерва нет.

Получал следующее лечение:

* Магния сульфат внутривенно
* Эмоксипин 1,0%-15 мл, внутривенно капельно в течении десяти дней, а затем по 5 мл внутримышечно в течении двух недель
* Sol Pyracetami 20% - 5ml по 1 ампуле внутримышечно 2 раза в день
* Tab.Aspirini 0,5 по ¼ таб на ночь
* Фезам по 2 капсулы 3 раза в день
* Верапамил по 0,04г 3 раза в день
* Аспаркам по 1 таблетке 3 раза в день
* Верошпирон 0,025 по 1 таблетке 3 раза в день
* Массаж правых конечностей
* Баротерапия

За время пребывания в стационаре состояние больного улучшилось.

Рекомендовано:

* наблюдение невролога по месту жительства
* диета с ограничением соли и животных жиров
* Коррекция артериального давления и ЭКГ в динамике
* Фезам по 1 капсуле 3 раза в день в течении четырех недель
* Монолог 40 мг по 1 таблетке в день
* Бермеприл 5 мг по0,5 таблетке 2 раза в день под контролем артериального давления
* Аспирин 0,5 по ¼ таблетке на ночь
* ЛФК
* Массаж провых конечностей
* Физиотерапия