ФОРМАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ :

ФИО \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст 39 лет

Дата поступления 20.12.2004 года

Клинический диагноз :

Основное заболевание ОНМК в системе левой позвоночной артерии в области продолговатого мозга . Альтернирующий синдром Валенберга – Захарченко.

Фоновое заболевание : Гипертоническая болезнь III стадии риск IV

Сопутствующие заболевания: Язвенная болезнь ЛДПК стадия ремиссии.

Тромбофлебит вен нижних конечностей.

Бронхиальная астма.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

На головокружения;

головную боль интенсивную , в области затылка;

мелькание « мушек» перед глазами ;

ощущение жжения , ползанья мурашек, потерю поверхностной чувствительности в правой половине тела и левой половине лица;

жжение в левом глазе;

АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

5.12.2004 г. На работе почувствовала головную боль высокой интенсивности распирающего характера , неопределенной локализации, затем появились тошнота ,головокружение и « мушки перед глазами».АД 220/ 180 мм. рт. ст.

Бригадой скорой помощи была доставлена во 2 медсанчасть, где больной было назначено лечение. В 3 часа ночи появилась парализация правой стопы, правой половины тела и левой половины лица , пациентка не могла говорить, при попытки попить вода вытекала через нос, была однократная рвота. Со слов больной , через 1,5 часа парализация стала постепенно исчезать. Говорить не могла в течение 4 дней, а также принимать пищу (т.к. не могла глотать). В последующие 15 дней сохранялись парестезия правой половины тела и левой половины лица , извращение температурной чувствительности , мелькание «мушек» перед глазами, головная боль в области затылка и головокружения , со слов больной назначался Кавинтон.

20.12.04г. была сделана компьютерная томография , после чего больную по скорой помощи доставили в отделение неврологии клиник СибГМУ.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Больная родилась в городе Томске , первым ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В 17 лет окончила среднюю школу, затем поступила в торговое училище, которое закончила в 20 лет.

После , в течение 9 лет , работала в детском саду, затем в торговле.

Менструации начались с 14 лет, регулярные, продолжительностью 3 дня, необильные, безболезненные. Беременностей – 8, трое родов, 3 медицинских аборта, 2 выкидыша на ранних сроках. В течении последних 7 лет принимает оральные контрацептивы ТРИ-РЕГОЛ.

Перенесенные заболевания :

1. Гипертоническая болезнь с 25 лет( с 2000 года принимает НИФЕДИПИН по 20 мг. 2раза в день).
2. Язвенная болезнь ЛДПК ,стадия ремиссии.
3. Острый аппендицит в 9 лет.
4. Тромбофлебит вен нижних конечностей.
5. Бронхиальная астма инфекционного генеза с 2004 года. Больная принимает САЛЬБУТАМОЛ в аэрозольной форме.

Перенесенные операции:

Аппендектомия в 9 лет.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Больная замужем второй раз. Нынешний муж здоров. Имеет трех детей – двух дочерей 21 и 14 лет и сына 3 лет. Со слов больной, дети здоровы.

Мать не помнит, отец здоров. Бабушка со стороны отца страдала сахарным диабетом, умерла в 78 лет. Сестра умерла в 27 лет, причину больная назвать затрудняется. У тети – повышенное АД.

СОЦИАЛЬНО – БЫТОВОЙ АНАМНЕЗ

Проживает в благоустроенной квартире. Работа связана с частыми стрессовыми ситуациями. Питается регулярно , старается употреблять горячую пищу.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагноз острого нарушения мозгового кровообращения нужно отличать от субарахноидальных кровоизлияний и опухоли головного мозга.

1.На первый план в клинике субарахноидального кровоизлияния выходят менингиальные симптомы :

- ригидность шейных мышц

- симптом Кернига

- тризм жевательных мышц ( скуловой симптом Бехтерева )

Кроме того может наблюдаться менингиальная поза – повышение тонуса разгибателей – согнутые ноги , положение на боку.

Также присутствует и общемозговая симптоматика.

При исследовании ликвора отмечается желтая его окраска, цитоз, примесь крови.

При осмотре глазного дна – отек диска зрительного нерва, кровоизлияние в клетчатку.

На КТ – участок повышения плотности мозга.

2. В клинике опухоли головного мозга отмечается постепенное нарастание симптоматики . Характерны частые диффузные головные боли с рвотой на

пике, рвота носит рефлекторный характер , внезапность , может возникать при перемене положения тела.

Для всех опухолей характерны психические нарушения – вязкость мыслительных процессов, аффективная лабильность, постепенное снижение самокритики и др.

При расположении опухоли на основании мозга наблюдаются выпадения или нарушения функций ЧМН.

В ликворе - белково- клеточная диссоциация.

При осмотре глазного дна отмечаются застойные явления.

На КТ находят новообразование.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Нейропротекторы

Rp.: SoI. Pyracetam - 5 mI.

D.S.: По 5 мл. внутривенно.

2. Средства, улучшающие мозговое кровообращение

Rp.: SoI. Cavintoni - 2 mI.

D.S.: По 2 мл. в 200 мл. физ.р-ра внутривенно капельно.

3.Гипотензивные препараты

Rp.: SoI. Euphyllini – 2,4 % 10 mI.

D.S.: По 10 мл. в 10 мл. физ.р-ра внутривенно.

4.Антиагреганты

Rp.: Tab. Aspirini 0,25 N 10

D.S.: По 1 таблетке 1 раз в день после еды.

1. Тромболитические препараты

Rp.: SoI. Streptokinaza 250000 ME

D.S.: По 250000 ME внутривенно капельно в течении 30 мин.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вес 58 кг Рост 165 см Тип телосложения нормостеник

Положение больного: активное, ходит с подержкой

Сознание: полное

Кожа, слизистые оболочки (окраска, сыпи, рубцы, тургор, влажность), волосы, ногти: кожные покровы сухие, чистые

ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

Обонятельный (первая пара).

Обоняние (исследуют ароматические вещества)

Ароматические запахи воспринимает и дифференцирует одинаково хорошо с обеих сторон.

1. Зрительный (вторая пара)

А) центральная острота зрения

Правый глаз Левый глаз

Б) поля зрения на белый, красный и зеленый цвета

Левый глаз Правый глаз

Скотом, гемианопсий, концентрического сужения полей зрения не выявлено.

В) цветоощущение: цвета различает правильно

Г) глазное дно: заключение окулисата: выраженная гипертензивная ангиопатия сетчатки с элементами ретинопатии и нейропатии.

Глазодвигательный, блоковой, отводящий нерв (III, IV, V пары). Глазные щели одинаковые

Птоза нет

А) односторонне исследование объема движений

Правый глаз - полный

Левый глаз - полный

Б) совместные (конъюгированные) движения глаз: возможны

В) произвольные движения (проверяется связь коры головного мозга с задним продольным пучком)

Г) двойное изображение: нет

Д) конвергенция: не изменена

Е) аккомодация: не изменена

И) нистагм

Горизонтальный в обе стороны S>D

Ж) зрачки, их форма, величина (миоз, мидриаз, анизокария) зрачки ровные, величина соответствует норме

З) реакция зрачков на свет

Прямая:

Правый глаз

Левый глаз живая

Перекрестная:

Правый глаз

Левый глаз

На свет гемиопическая: не проводилась

При аккомодации и конвергенции: живая

1. Тройничный нерв (пятая пара)

Лицо (болевая, температурная и тактильная чувствительность)

Гипестезия слева, гиперпатия слева

Язык (болевая чувствительность) сохранена

Вкус (соленое, кислое, сладкое) исследуется на передних двух третях языка:

Справа: различает

Слева: различает

Двигательная ветвь (жевательные мышцы)

Открывание рта: полное

Движение нижней челюсти в стороны: возможны

Сжатие челюстей: достаточное

Атрофия жевательных мышц: нет

1. Лицевой нерв

А) верхняя ветвь

Наморщивание лба, D>S

складки на лбу: D>S

Зажмуривание глаз: : D>S

Мигание синхронное

Б) нижняя ветвь

Носогубные складки в покое: D>S

Симптом ракетки положительный

Корнеальный рефлекс: нет

Надбровный рефлекс: нет

1. Слуховой нерв (восьмая пара)

1) острота слуха на высокие тона:

Правое ухо

Левое ухо

1. острота слуха на шепотную речь

Правое ухо: не проводилось

Левое ухо:

1. симптом Ринне

Правое ухо:

Левое ухо:

1. опыт Вебера: звук по средней линии
2. субъективные шумы, системное головокружение: не выявлено
3. Языкоглоточный и блуждающий нервы (девятая и десятая пары)
4. Вкус (исследуют горькое на задней трети языка): различает
5. Глотание: затруднено, поперхивается твердой и жидкой пищей
6. Глоточный рефлекс: низкий
7. Голос: назолалия
8. Дыхание: не затруднено
9. Пульс: 67 в мин
10. Небные дужки (в покое и при фонации): -
11. Добавочный нерв (одиннадцатая пара)
12. Трапециевидная мышца объем движений полный

А) объем активных движений: полный с обеих сторон

Б) сила: 5 баллов с обеих сторон

В) атрофия: нет с обеих сторон

1. Грудино-ключично-сосцевидная мышца объем движений полный

А) объем активных движений: полный с обеих сторон

Б) сила: 5 баллов с обеих сторон

В) атрофия: нет с обеих сторон

1. Подъязычный нерв (двенадцатая пара)
2. Положение языка при его высовывании: влево
3. Атрофия: нет
4. Дрожание: нет
5. Речь (анартрия, дизартрия): без изменений

Афазия

1. Моторная: речь возможна
2. Сенсорная: обращенную речь понимает
3. Амнестическая: существительные называет

Апраксия

1. Моторная: целенаправленные движения выполняет последовательно
2. Идеаторная: целенаправленные движения выполняет последовательно
3. Конструктивная: целенаправленные движения выполняет последовательно

Чувствительность

А) Поверхностная

1. Тактильная: прикосновение воспринимает хорошо только слева, справа прикосновение вызывает неприятные ощущения
2. Болевая: укол воспринимает как острое слева, а справа – симптом россыпи
3. Температурная: горячее и холодное воспринимает хорошо справа, а слева извращенное восприятие теплого, как жгучего
4. Способность локализовать ощущение: место прикосновения указывает правильно с обеих сторон
5. Двумерно-пространственное чувство: простые фигуры воспринимает правильно с обеих сторон

Б) Глубокая

1. Мышечно-суставное чувство: направление движения пальцев указывает правильно с обеих сторон
2. Вибрационное чувство: звучание камертона воспринимает одинаково долго с обеих сторон – не проводилось

В) Голова, шея

1) Тактильная

2) Болевая гемигипестезия, гиперпатия слева

3) Температурная

4) Локализация такт. и

болев. чувствит.

Г) Верхние конечности

1) Тактильная

2) Болевая гемигипестезия, гиперпатия справа

3) Температурная укол рассыпается

4) Локализация такт. и

болев. чувствит.

Д) Нижние конечности

1) Тактильная

2) Болевая гемигипестезия, гиперпатия справа

3) Температурная

4) Локализация такт. и

болев. чувствит.

Е) Боли – гемикрания слева

Стереогностическое чувство

Предметы на ощупь определяет правильно.

Чувствительность нервов и мышц к давлению (и все результаты их пальпации)

Пальпация мышц и нервных стволов безболезненна.

Симптомы натяжения

1. Ласега: отрицательный
2. Нери: отрицательный
3. Сикара: отрицательный
4. Вассермана: отрицательный

Менингеальный синдром

1. Ригидность затылочных мышц: нет
2. Симптом Кернига: нет
3. Симптом Брудзинского: нет

Двигательный аппарат

1. Походка

А) При открытых глазах: нарушена, заносит влево

Б) При закрытых глазах: нарушена, заносит влево

1. Стояние:

А) При открытых глазах: в позе Ромберга устойчива

Б) При закрытых глазах: в позе Ромберга не устойчива

1. Верхние конечности:

А) объем активных движений:

Справа: полный

Слева: полный

Б) сила:

Справа: 5 балов

Слева: 5 баллов

В) тонус мышц:

Справа:снижен

Слева: не изменен

Г) атрофия:

Справа: нет

Слева: нет

Д) координация:

Справа: пальце-носовую пробу выполняет уверенно

Слева: пальце-носовую пробу выполняет уверенно

Е) диадохокинез:

Справа: адиадохокинеза нет

Слева: адиадохокинеза нет

1. Нижние конечности:

А) объем активных движений:

Справа: полный

Слева: полный

Б) сила:

Справа: 4 баллов

Слева: 5 баллов

В) тонус мышц:

Справа:снижен

Слева: не изменен

Г) атрофия:

Справа: нет

Слева: нет

Д) координация:

Справа: пяточно-коленную пробу выполняет уверенно

Слева: пяточно-коленную пробу выполняет уверенно

Спинные мышцы: атрофии нет

Фибриллярные сокращения: нет

Судороги (тонические, клонические): нет

Дрожание (интенционное, паркинсоновское) нет

Контрактуры: нет

Патологические содружественные движения: отсутствуют

РЕФЛЕКСЫ

А) кожные рефлексы:

1. Подошвенные: живые, S-живой D-отр
2. Брюшные:

* Верхний: живые, S=D
* Средний: живые, S=D средней живости
* Нижний: живые, S=D

Б) сухожильные рефлексы:

1) двухглавой мышцы: живые, S=D

2) трехглавой мышцы: живые, S=D

3) коленный: живые, S<D

1. Ахиллова сухожилия D=S

В) периостальные рефлексы:

1) с лучевой кости: живые, S=D

Г) клонусы:

1. коленной чашечки: нет
2. стопы: нет

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ

А) Экстерзорные:

1. Бабинского:

Справа: нет

Слева: нет

1. Оппенгейма:

Справа: нет

Слева: нет

1. Гордона:

Справа: нет

Слева: нет

1. Шефера:

Справа: нет

Слева: нет

Б) Флексорные:

1. Жуковского:

Справа: нет

Слева: нет

1. Россолимо:

Справа: нет

Слева: нет

1. Мендель-Бехтерева:

Справа: нет

Слева: нет

В) Рефлексы орального автоматизма:

1. Хоботковый рефлекс:

Справа: нет

Слева: нет

1. Ладонно-подбородочный:

Справа: нет

Слева: нет

1. Хватательный рефлекс:

Справа: нет

Слева: нет

ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЯМОЙ КИШКИ

1. Задержка мочи:

А) спастическая: нет

Б) паралитическая: нет

В) парадоксальная: нет

1. Недержание мочи: нет
2. Императивные позывы на мочеиспускание: нет
3. Автоматизм мочевого пузыря: нет

Трофические и вегетативно-вазомоторные расстройства

1. Пролежни: нет
2. Дермографизм: розовый, стойкий
3. Потоотделение: умеренное
4. Акроцианоз: нет
5. Пульс:

Ортостатический 70/82 Клиностатический 68/62

ПСИХИКА

Сознание ясное, контакту доступен

Внутренние органы (кратко)

Cor – тоны чистые

Легкие – дыхание везикулярное

Живот – мягкий, безболезненный

Печень, селезенка – не увеличены

Цереброспинальная жидкость (давление, цитизм, количество белка, белковые реакции – Панди, Нонне-Апельта)

Реакция Вассермана: отрицательная

КРОВЬ (клинический анализ): не изменена

МОЧА (клинический анализ): без патологии

КТ: киста височной доли справа. Очаг ишемического повреждения в продолговатом мозге слева. Умеренное повышение ликвора на передней поверхности спинного мозга. Этмоидит, гайморит, стрелоидит?

ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основание жалоб и объективного исследования:

- не могла говорить, а также принимать пищу (т.к. не могла глотать) – это свидетельствует об одностороннем поражение блуждающего нерва слева,

- гиперпатия и гипестезия на лице слева, на теле справа – это свидетельствует о поражение ядер поверхностной чувствительности тройничного нерва слева (спинно-таламический путь)

- складки на лбу и н/г складка сглажены, угол рта немного опущен слева, при оскале зубов рот слегка перекашивается в здоровую сторону, что говорит о поражении ядра лицевого нерва

- головокружение, тошнота, рвота и нистагм свидетельствует о расстройстве вестибулярных функций слухового нерва.

Выше перечисленное говорит о том, что очаг поражения находится в продолговатом мозге на дне ромбовидной ямке.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Острая нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в системе левой позвоночной артерии в области продолговатого мозга. Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко.

ОНМК ставится на основании:

* Жалоб: системное головокружение, головная боль в затылочной области
* Данных анамнеза развития основного заболевания
* КТ

Синдром Валленберга- Захарченко ставится на основании:

* Данных анамнеза развития основного заболевания: на стороне поражения парез мягкого неба и голосовой связке, анестезия зева и гортани, растройво чувствительности на лице, на противоположной стороне гемипарез (из данных анамнеза) и извращенное восприятие теплого как жгучего.
* Объективных исследований – неврологический статус

Дневник

Дата Течение болезни Лечение

* + 1. Знакомство с пациенткой, сбор

АД 130/90 жалоб и анамнеза. Состояние

t=36,6 удовлетворительное, головной

боли нет, жалобы на нарушение

чувствительности лица слева

и туловища справа. Нарушение

походки.

22.12.04. Состояние

t=36,6 удовлетворительное, головной

АД125/80 боли нет, жалобы на нарушение

чувствительности лица слева и

туловища справа. Нарушение

походки. Нврологический статус:

симп. Горнера-слева, горизонтальный

нистагм справа и слева, симп.ресниц

«+» слева, симп. Рокетки «+» слева

н/г сглажена слева, язык влево,

мягкое небо фонирует. Глоточный

рефлекс низкий, дисфония, объем

движений в руках и ногах полный,

сила в правой ноге 4б., в остальных-

5б., тонус снижен в правой руке и ноге,

рефлексы с рук D>S, живые; коленные

D>S, средние; ахилловы D=S, низкие

Патологических знаков нет. Гипестезия

Лица с гиперпатическим компонентом

слева, гемигипестезия с гиперпатическим

компонентом справа. Менингеальных

знаков нет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лекции по неврологии 2004 год.
2. Ресурсы Интернет
3. А.А. Скоромец Топическая диагностика 1989 год
4. Е.Н. Гусев Нервные болезни 1988 год
5. Исследование больногов клинике нервных болезней, Б.И. Ласков 1972 год