АГМУ

Кафедра неврологии

Зав. кафедрой: профессор Шумахер Г.И.

Преподаватель: ассистент Трубченков В.С.

Куратор: Дондук-оол Ч.Г

# Клиническая история болезни

## Больная: Е.Т.В.

Клинический диагноз: Остеохондроз с преимущественным поражением поясничного отдела, хроническое рецидивирующее течение, в стадии обострения.

### Барнаул-2012

#### Паспортные данные

##### Ф.И.О: Е.Т.В.

Возраст: 60 лет (1952 г. рождения)

Место жительства:

Место работы: Воинская часть, начальник секретной части

Семейное положение: Замужем

Дата поступления в больницу: 12 апреля 2012 г.

Клинический диагноз: Множественные аневризмы артерий головного мозга в каротидном бассейне с обеих сторон, субарахноидальное кровоизлияние (1996 г.), состояние после оперативного вмешательства по поводу клипирования мешотчатой аневризмы в бассейне задней мозговой артерии справа (1997 г.). Кистозно-слипчивый арахноидит. Энцефалопатия сложного генеза (посттравматическая, дисциркуляторная). Левосторонний центральный гемипарез без нарушения функции ходьбы. ВЧГ. Цефалгия. Остеохондроз с преимущественным поражением поясничного отдела, хроническое рецидивирующее течение, в стадии обострения.

###### Жалобы

При поступлении: жалобы на постоянную диффузную головную боль в области затылка и лба ноющего характера, постоянную, с волнообразным изменением интенсивности, периодическую (длящуюся до нескольких секунд) потерю зрения (в виде скотом или полной потери), которая может быть спровоцирована переутомлением, явления «Дежа вю» «Жема вю», сильное головокружение, возникающее после физической и психической нагрузки, резкой перемены погоды, шум в ушах, тошноту, онемение и похолодание в конечностях, слабость в руках. Боль в поясничном отделе позвоночника, возникающая после физической нагрузки, сопровождающаяся чувством напряжения мышц в этой области, парастезии по латеральной поверхности бедра и голени слева.

На момент курации: жалобы на головную боль в области затылка и лба ноющего характера, периодическую (длящуюся до нескольких секунд) потерю зрения, шум в ушах, тошноту, головокружение.

# Anamnesis morbi

Больной считает себя с 1984 года, когда впервые возникли головные боли, после чего, спустя несколько месяцев, больная упала в обморок, особых причин возможно спровоцировавших это не отмечает. Обратилась к врачу по месту работы, которым после обследования был поставлен диагноз: “ВСД по гипотоническому типу” и было назначено лечение. Однако, лечение было малоэффективным, головные боли медленно прогрессировали, из-за чего больная была вынуждена вновь обратиться к врачу по месту жительства в 1991 г. Больной был поставлен диагноз: «Мигрень» и назначено лечение, включавшее прием Тиклида и Спазгана. Больная принимала препараты при приступах боли. В 1996 г. на работе больная получила травму головы, которая спровоцировала значительное усиление головных болей . Спустя несколько месяцев больная вновь испытала потерю сознания. К врачу не обращалась. В сентябре 1996 года больная внезапно потеряла зрение (потемнение в глазах), которое восстановилось через несколько минут. Дома состояние больной вновь ухудшилось, отмечала сильную головную боль, периодические выпадения полей зрения по типу скотом. На работу не выходила. Через три дня потеряла сознание, была госпитализирована в реанимационное отделение Первомайской р-ной больницы. Отмечался тетрапаралич, тетранестезия. Переведена в АККБ, нейрохирургическое отделение, где после дополнительных обследований был поставлен диагноз: «Разрыв аневризмы в бассейне правой ЗМА. Субарахноидальное кровоизлияние». 20.12.1996 перенесла операцию по поводу иссечения мешотчатой аневризмы в бассейне ЗМА. Тогда же при проведении дополнительных исследований (в частности ангиографии и КТ) были обнаружены еще ряд аневризм различного размера и формы в артериях каротидного бассейна. Больной была предложена плановая операция по поводу клипирования артериальной мешотчатой аневризмы в бассейне правой задней мозговой артерии, которая была успешно проведена 26.05.1997. После проведенных оперативных вмешательств больная отмечает умеренное улучшение состояния. Головная боль стала носить меньшую интенсивность, потеря полей зрения происходит гораздо реже. Последние 4 года больная стала испытывать головокружение, шум в ушах, отмечает некоторое снижение остроты слуха.

В 1999-2000 при проведении обследования во время очередного планового лечения в неврологическом отделении, были обнаружены узел доли щитовидной железы справа, гемангиома печени.

В настоящее время госпитализирована в неврологическое отделение АККБ для проведения планового лечения.

# Anamnesis vitae

Родилась в 1952 году г. В связи с особенностями работы отца в детстве часто меняла место жительства. В 1970 вышла замуж, переехала в г Москву. Через 3 года переехала в ЗАО Сибирский, Алтайского края, где и проживает по сей день.

В детстве переболела корью, паротитом, часто страдала ОРЗ, хронический тонзиллит с 6 лет, перенесла тонзилэктомию в 14 лет.

Социальные условия жизни удовлетворительные.

Гемотрансфузии и крупные операции, кроме вышеуказанной, отрицает.

Туберкулез, инфекционный гепатит, венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет.

Аллергологический анамнез - весенний поллиноз, анафилактическая реакция на эуфиллин, крапивница на витамины группы В.

Заключение от анализа генеалогического древа: На основании анализа генеалогического древа наследственного характера заболевания у больной не выявлено.

# Status praesens communis

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Положение больного в постели активное. Выражение лица спокойное, поведение обычное. Осанка правильная, телосложение правильное, среднего питания. Конституция нормостеническая. Рост больной 165 см, вес 68 кг. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки под лопаткой 2 см). Кожные покровы светло-розового цвета, сухие. На правой голени выявлено сосудистое пятно 10х15 см по типу подкожной гемангиомы. Тургор кожи нормальный, эластичность в норме. Оволосенение по женскому типу. Отеков и сыпи нет. Цвет лица обычный. Слизистая рта бледно-розовая, признаков патологии не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудные железы безболезненны, сосок без особенностей.

Косто-мышечная система:

Общее развитие мышечной системы удовлетворительное, болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и дефектов не обнаружено. Кости черепа, позвоночника и конечностей без деформаций. Конфигурация сустава не изменена. Движения в суставах свободные, без ограничений.

Органы дыхания:

Носовое дыхание не затруднено. Форма грудной клетки правильная, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Дыхание без ограничений, равномерное. Одышки не отмечается.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность нормальная, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии притупления перкуторного звука не отмечено. При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 3 см, слева 4см

ширина полей Кренига справа 6 см, слева 6 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | | |
| Линии | Справа | Слева |
|  | | |
| Парастернальная | 4 м/р | - |
| Среднеключичная | 5 м/р | - |
| Передняя подмышечная | 6 м/р | 6 м/р |
| Средняя подмышечная | 7 м/р | 7 м/р |
| Задняя подмышечная | 8 м/р | 8 м/р |
| Лопаточная | 9 м/р | 9 м/р |
| Паравертебральная | 10 м/р | 10 м/р |
| Подвижность легочного края | | |
|  |  |  |
| Среднеключичная | 4 см | - |
| Средняя подмышечная | 5 см | 5 см |
| Лопаточная | 4 см | 4 см |
|  |  |  |

Аускультативно: везикулярное дыхание во всех парных точках.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу перефирических сосудов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный, ненапряженный.

При осмотре области сердца патологий и атипической пульсации не обнаружено, сердечный толчок не виден. Пальпаторно гипералгии над областью сердца не выявлено, верхушечный толчок не прощупывается.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | |
| Правая | В IV межреберье на 0,5 см латеральнее правого края грудины |
| Левая | В V межреберье слева на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |
| Границы абсолютной тупости сердца | |
| Правая | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | В V межреберье на 2,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | У левого края грудины в IV межреберье |

Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца не приглушены, шумы отсутствуют.

ЧСС 70 уд/мин, артериальное давление 90/130 мм рт. ст.

Дефицита пульса нет.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличины. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует, пульсаций нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. Нижний край печени из-под реберной дуги не выходит, мягко эластичный, безболезненный.

Размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Отмечает периодически возникающие запоры.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Эндокринная система:

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов и особенностей поведения нет. Интеллект средний. Вторичные половые признаки по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, узлов нет, безболезнена.

# Неврологический статус

Контакт с больной не затруднен. Сознание ясное. Умственное развитие соответствует возрасту и образованию. Внимание не снижено, память не нарушена. Амнезии нет. Эмоциональный фон сбалансирован. Отношение к своему заболеванию - критика не нарушена. Поведение нормальное: мимика, жестикуляция и манера изложения мыслей без особенностей.

*Речь больной, гнозис и праксис*

Дизартрии, заикания и скандирования не отмечается, слова произносит внятно, логическая связь между ними не нарушена. Ориентировка в пространстве и своих частях тела не нарушена, значение зрительных и звуковых раздражителей понимает, действия целенаправленны.

*Функции черепных нервов*

I пара. Нарушений обоняния не выявлено.

II пара. Острота зрения снижена. Цветоощущение в норме. Левые поля зрения ограничены на 40%.

III-IV-VI пары. Форма зрачков обычная, размер одинаковый с обеих сторон (анизокарии нет). Реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию прямая и содружественная. Ширина открытия глазных щелей нормальная, одинаковая с обеих сторон. Движение глазных яблок по всем направлениям не затруднено. Стробизма нет. Нистагм не обнаружен.

V пара. Болевая, тактильная и температурная чувствительность кожи лица и головы слизистой рта и языка нормальная. Болезненности при давлении на точки выхода ветвей тройничного нерва нет. Корнеальный рефлекс сохранен с обеих сторон. Функция жевательных мышц не нарушена.

VII пара. При исследовании мимической мускулатуры обнаружен легкий парез круговой мышцы рта слева. Надбровный рефлекс сохранен с обеих сторон. Симптомы орального автоматизма отрицательные.

VIII пара. Острота слуха снижена с обеих сторон. Разговорная речь слышит с 4.5 м.

IX-X пары. Фонация не нарушена, акт глотания и подвижность мягкого неба в норме. Небный и глоточный рефлексы без особенностей. Вкусовая чувствительность не нарушена.

XI пара. Функции трапециевидных и кивательных мышц не изменены.

XII пара. Язык без видимых атрофий, фасцикуляций нет, подвижность не нарушена, отмечается некоторая девиация языка вправо.

*Двигательная функция*

При осмотре мышц конечностей атрофий, гипертрофий и фасцикулярных подергиваний не выявлено. Активные и пассивные движения в руках и ногах в полном объеме. Мышечный тонус несколько повышен в левой ноге и особенно в левой руке. Контрактур нет. Сила мышц конечностей равномерно снижена- 4 балла.

Двигательная активность не снижена, диадохокинез, гипокинезий и гиперкинезий, насильственных движений не отмечается. Судорожные припадки не наблюдались. Бицепитальный, задний локтевой, карпорадиальный рефлексы усилены слева. Отмечается гиперрефлексия слева при исследовании рефлексов с коленного и ахилового сухожилия. Патологических рефлексов (на руках - рефлекс Россолимо-Вендеровича, на ногах - рефлексы Оппенгейма, Гордона и Бабинского) нет.

*Чувтвительность*

Определено снижение поверхностной чувствительности по корешку Lv слева. Симптом Лассега положительный слева. При пальпации кожи паравертебрально участков гиперестезий и болезненности не выявлено. Болезненности при перкуссии черепа и позвоночника нет.

*Координация движений*

Движения конечностей плавные и точные, тремора нет. Диадохокинез. Почерк не изменен. В позе Ромберга с открытыми глазами стоит нормально, пальценосовую пробу выполняет. С закрытыми глазами в позе Ромберга отклонений не отмечается

*Менингеальные знаки*

Ригидности затылочных мышц нет, симптомы Керлинга, Брудзинского отсутствуют.

*Вегетативная функция*

Температура и окраска кожи одинаковая на симметричных участках. Дермагрофизм кожи без особенностей. Пиломоторные рефлексы сохранены. Потооделение, салоотделение и слюноотделение без особенностей. Трофических изменений кожи и ее придатков, в костях и суставах не обнаружено. Болезненности при пальпации областей вегетативных узлов и сплетений отсутствуют. Орто-клино-статическая проба без патологии. Глазо-сердечый рефлекс нормальный. Симптома Горнера нет. Индекс Кердо=+0,5. Индекс Хильдебрандта=4,5.

# Топический диагноз

# Дополнительные методы исследования

1. Общий клинический анализ крови
2. Исследование глазного дна
3. Электрокардиограмма
4. Ангиография сосудов головного мозга
5. МРТ головы
6. Дуплекс вертебральных сосудов

* Общий анализ крови:

Гемоглобин 130 г/л

Эритроциты 4x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 7 мм/ч

Тромбоциты 300х10 /л

Лейкоциты 6х10 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 5 | 54 | 28 | 8 |

* ЭКГ 13.04.12:

Заключение: ритм синусовый, положение ЭОС нормальное, ЧСС=76 уд/мин, нарушений проводимости и возбудимости не обнаружено.

* Исследование глазного дна от13.04.12:

Диски зрительных нервов застойны с обеих сторон, вторичная атрофия зрительного нерва.

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больной на головную боль, периодическую (длящуюся до нескольких секунд) потерю зрения, сильное головокружение, возникающее после физической и психической нагрузки, шум в ушах, тошноту, онемение и похолодание в конечностях, слабость в руках можно заключить, что в патологический процесс вовлечена нервная система.

Принимая во внимание жалобы больной постоянную диффузную головную боль в области затылка и лба ноющего характера, постоянную, с волнообразным изменением интенсивности, можно предположить, что она носит сосудистый характер. В анамнезе болезни: субарахноидальное кровоизлияние (1996 г.), операция по поводу клипирования мешотчатой аневризмы в бассейне задней мозговой артерии слева (1997 г.). При проведении ангиографии выявлены множественные сосудистые мальформации в каротидном бассейне с обеих сторон. Т.о., основываясь на выше перечисленном можно поставить диагноз: «Множественные аневризмы артерий головного мозга в каротидном бассейне, субарахноидальное кровоизлияние (1996 г.), состояние после оперативного вмешательства по поводу клипирования мешотчатой аневризмы в бассейне задней мозговой артерии справа (1997 г.)». Больная жалуется на периодически возникающую потерю зрения в виде скотом или полной потери зрения, что говорит о локализации очага поражения в области шпорной борозды полушарий головного мозга. При инструментальном исследовании обнаружено (МРТ): полость (киста) с локализацией под паутинной оболочкой в правой затылочной области размером 3х5 см, заполненная жидкостью. Металлические клипсы в полости кисты. Дуплексное сканирование ассиметрия скорости кровотока по позвоночным артериям, D>S, на интракраниальном уровне признаки нарушения венозного оттока от головного мозга. При исследовании глазного дна диски зрительных нервов застойны с обеих сторон, вторичная атрофия зрительного нерва. Что так же косвенно свидетельствует о нарушении ликвородинамики. Принимая это во внимание, ставим диагноз: «Кистозно-слипчивый арахноидит, внутричерепная гипертензия». Кроме того, учитывая вышеуказанные особенности анамнеза болезни, диффузную очаговую симптоматику (центральный гемипарез слева, сенсорная атаксия, снижение остроты зрения, кротковременная потеря зрения, шум в ушах, головокружение, сенсорную афазию и др.) можно предположить больная страдает энцефалопатией сложного генеза (дисциркуляторная и посттравматическая).

Больная жалуется на боль в поясничном отделе позвоночника, возникающую после физической нагрузки, сопровождающуюся чувством напряжения мышц в этой области, парастезии по латеральной поверхности бедра и голени слева. При объективном обследовании выявлено снижение чувствительности кожи по проекции корешка Lv. Т.о. можно заключить, что больная страдает остеохондрозом с преимущественным поражением поясничного отдела, хроническое рецидивирующее течение, в стадии обострения.

Основываясь на вышеперечисленном ставим диагноз: «Множественные аневризмы артерий головного мозга в каротидном бассейне с обеих сторон, субарахноидальное кровоизлияние (1996 г.), состояние после оперативного вмешательства по поводу клипирования мешотчатой аневризмы в бассейне задней мозговой артерии справа (1997 г.). Кистозно-слипчивый арахноидит. Энцефалопатия сложного генеза (посттравматическая, дисциркуляторная). Левосторонний центральный гемипарез без нарушения функции ходьбы. ВЧГ. Цефалгия. Остеохондроз с преимущественным поражением поясничного отдела, хроническое рецидивирующее течение, в стадии обострения.»

# Дифференциальный диагноз.

Страдание данной больной следует дифференцировать от:

1. Рассеянного склероза головного мозга. Как и у данной больной при РС имеется симптоматика диффузного поражения головного и спинного мозга, в связи с этим следует проводить дифференциальный диагноз. При РС характерно наличие дебюта заболевания, проявляющегося очаговой симптоматикой, чаще всего обусловленной ретробульбарным невритом, парезом лицевого нерва, пирамидными расстройствами, которые, однако, носят проходящий характер. У нашей пациентки болезнь впервые проявилась головными болями, а первый момент потери зрения предшествовал субарахноидальному кровотечению, которое оставило соответствующую очаговую симптоматику. При РС болезнь носит волнообразный характер с периодами относительной ремиссии и обострения. В данном случае мы видим медленно прогрессирующее течение заболевания, без резких улучшений и ухудшений состояния больной. Больная никогда не отмечала симптомов «теплой ванны» и «прохождения тока по позвоночному столбу». На МРТ не отмечено очагов демиелинизации, что так же характерно для РС.
2. Опухоли головного мозга. При опухолях головного мозга так же имеется нарушение ликвородинамики и наличие очаговой симптоматики. Однако, анамнез болезни (наличие в анамнезе субарахноидального кровоизлияния в 1996, обусловившего очаговую симптоматику) и дополнительные методы исследования (МРТ - отсутствие объемных новообразований) дают нам право отвергнуть этот диагноз.

# Этиология и патогенез

Рассмотрим этиологию и патогенез образования множественных аневризм головного мозга и субарахноидального кровотечения вследствие разрыва аневризмы. Этиология - синим, Патогенез - зеленым.

Врожденный генетический дефект

Нарушения процесса построения сосудов во всем организме

Сосудистые мальформации

Гемангиомы Гемангиомы Аневризмы (В том числе и в ЦНС)

Повышение давление в сосудистой системе локально вследствие:

* **Повышенной потребности органа в О2**
* **Эссенциальной артериальной гипертензии**
* **Стрессового воздействия на организм и др.**

Разрыв стенки аневризмы

Субарахноидальное кровоизлияние

Развитие очаговой симптоматики

# План медикаментозного лечения больной

* Нестероидные противовоспалительные препараты: Применяем для купирования воспалительных процессов.

Диклофенак натрия по 0,025 2 раза в день

* Препараты, мягко снижающие артериальное давление: В данном случае правомерным будет назначение β-адреноблокаторов

Атенолол 0,05 2 раза в день

* Ноотропные препараты: Необходимы для улучшения функций головного мозга и профилактики заболевания

Церебролизин по 0,215 - 50,0 мл в/в 1 раз в день

* Препараты, улучшающие мозговое кровообращение: Необходимы для профилактики развития рецидивов заболевания

Кавинтон 0,02 в/в 1 раз в день

* Миорелаксанты: Применяется для снятия болезненного мышечного спазма.

Сирдалуд 0,02 3 раза в день

* Транквилизаторы: Применяются для профилактики судорог и анксилитического эффекта

Реланиум 0,5% - 2 мл 1 раз в день

* Витамины: Применяют витамины, обладающие антиоксидантным действием: вит С, вит А, вит Е.

**Дневник ведения больной**

* ***19 апреля2012 год*** Больная жалуется на постоянную диффузную головную боль в области затылка и лба ноющего характера, периодическую (длящуюся до нескольких секунд) потерю зрения (в виде скотом или полной потери), которая может быть спровоцирована переутомлением, головокружение, возникающее после физической и психической нагрузки, резкой перемены погоды, шум в ушах, тошноту, онемение и похолодание в конечностях, слабость в руках. Боль в поясничном отделе позвоночника, возникающая после физической нагрузки, сопровождающаяся чувством напряжения мышц в этой области, парастезии по латеральной поверхности бедра и голени слева.

Объективно: Состояние больной удовлетворительное, поведение адекватное., кожные покровы влажные, светло розового цвета, тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС=70 уд мин, Ps ритмичный, дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторные границы сердца и легких в норме. Живот при пальпации безболезненный, печень за край реберной дуги не выходит, симптом поколачивания отрицательный, мочеиспускание не нарушено, запоров нет.

Неврологический статус: черепномозговые нервы интактны, гиперрефлексия и снижение мышечного тонуса слева - центральный гемипарез слева, не выполняет пальценосовую пробу с закрытыми глазами, в позе Ромберга с закрытыми глазами отклоняется назад, снижение поверх. чувствительности слева по Lv.

Лечение: Диклофенак натрия по 0,025 2 раза в день, Атенолол 0,05 2 раза в день, Церебролизин по 0,215 - 50,0 мл в/в 1 раз в день, Кавинтон 0,02 в/в 1 раз в день, Реланиум 0,5% - 2 мл 1 раз в день, Сирдалуд 0,02 3 раза в день.

* ***20 апреля 2012 год.*** Больная жалуется на головную боль в области затылка ноющего характера, головокружение, шум в ушах, тошноту, онемение и похолодание в конечностях, слабость в руках. Парастезии по латеральной поверхности бедра и голени слева. Объективно: Состояние больной удовлетворительное, поведение адекватное., кожные покровы влажные, светло розового цвета, тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС=70 уд мин, Ps ритмичный, дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторные границы сердца и легких в норме. Живот при пальпации безболезненный, печень за край реберной дуги не выходит, симптом поколачивания отрицательный, мочеиспускание не нарушено, запоров нет.

Неврологический статус: черепномозговые нервы интактны, гиперрефлексия и снижение мышечного тонуса слева - центральный гемипарез слева, не выполняет пальценосовую пробу с закрытыми глазами, в позе Ромберга с закрытыми глазами отклоняется назад, снижение поверх. чувствительности слева по Lv.

Лечение: Диклофенак натрия по 0,025 2 раза в день, Атенолол 0,05 2 раза в день, Церебролизин по 0,215 - 50,0 мл в/в 1 раз в день, Кавинтон 0,02 в/в 1 раз в день, Реланиум 0,5% - 2 мл 1 раз в день, Сирдалуд 0,02 3 раза в день.

**Использованная литература.**