**Данные расспроса больного.**

Общие сведения о больном ( паспортная часть ):

1. Ф.И.О.
2. Пол, возраст: муж.
3. Национальность:
4. Место работы:
5. Дата поступления в клинику: 2.05.06
6. Дата начала курации: 16.05.06
7. Клинический диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, не тромботического генеза, в вертебро – базилярном бассейне. Последствия перенесенного 18 июня 2004 года геморрагического инсульта, с правосторонним гемипарезом. Бульбарный и псевдобульбарный синдром. Гипертоническая энцефалопатия. АГ III, риск IV. Постинфарктный кардиосклероз. ИБС, мерцательная аритмия. Церебральный атеросклероз.

Жалобы на момент курации:

1. Общемозговые симптомы:

* Головная боль лобно-височной локализации, распирающего характера, сильная, постоянная;
* Головокружение системного характера;
* Шум в голове;
* Тошнота;
* Общая слабость;
* Рвота;
* Нарушение зрения

1. Очаговые симптомы:

* Статическая и динамическая атаксия;
* Икота;
* Расстройство памяти
* Нарушение координации;
* Мышечная слабость;

**История заболевания.**

Больным себя считает около 20 лет как начал замечать перебои в работе сердца. Но поэтому поводу лечения не получал. В 2003 году 8 мая перенес острый инфаркт миокарда в связи, с чем находился на стационарном лечение в кардиологическом отделение МУЗ ЦКМСЧ. 18 июня 2004 года был госпитализирован в неврологическое отделение МУЗ ЦКМСЧ с диагнозом геморрагического инсульта. После проведенного лечение состояние стабилизировалось. 21 февраля появилась ничем не купируемая икота и сильные, постоянные головные боли. 23 февраля вызывали скорую помощь, но предложив купировать приступ икоты но-шпой, скорая не приехала. 24 февраля была повторно вызвана скорая помощь, на которой больной был доставлен в больницу.

**Перенесенные заболевания.**

1-2 раза в год переносит острые респираторные заболевания. ЧМТ во время службы в армии, в результате чего находился на длительном стационарном лечении. В 2003г. 8 мая перенес инфаркт миокарда, 18 июня 2004 г. перенес геморрагический инсульт

**Эпидемиологический анамнез.**

Контакт с инфекционными больными, температурящими за последние 6 месяцев отрицает

**Данные о наследственности.**

Наследственность отягощена (старшая сестра перенесла инсульт, отец – ИМ, гипертоническая болезнь).

**Аллергологический диагноз.**

Аллергическая реакция на рибоксин, в виде появления эритематозных пятен.

**Трансфузионный анамнез.**

Кровь не переливалась.

**История жизни.**

Родился здоровым ребенком. Учится начал с 7 лет. Окончил 9 классов. Служил в армии. Женат с 20 лет. Имеет 2-х здоровых детей. В настоящее время живет вдвоем с женой в благоустроенной двухкомнатной квартире. Материально-бытовые условия хорошие. Алкоголь употребляет в умеренном количестве, редко. Вредных привычек не имеет.

**Объективное исследование.**

Общее состояние – тяжелое.

Положение больного – пассивное.

Сознание ясное. Выражение лица обычное.

Телосложение правильное, среднее, вес соответствует росту.

Кожные покровы бледного цвета, сниженной эластичности, сухая. Сыпи, рубцы, варикозное расширение вен не отмечается.

Слизистые глаз, носа, губ, полости рта – розового цвета, чистые. Подкожно – жировая клетчатка развита умеренно, отеки не выявляются.

Лимфатические узлы подчелюстные, подмышечные, паховые – величиной 3-6 мм, округлой формы, мягко-эластичной консистенции, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненны при пальпации.

Мышцы развиты, умерено, пониженного тонуса, безболезненны при пальпации.

Кости без деформации, безболезненны при пальпации.

Суставы без деформации, безболезненны при пассивных и активных движениях, в полном объеме.

**Органы дыхания.**

Дыхание через нос не затруднено. Голос не изменен. Грудная клетка правильной нормостенической формы: над – и – подключичные рамки выражены средне. Лопатки умеренно прилегают. Реберно-диафрагмальный угол 90 . Патологическое искривление позвоночника не определяется. Дыхание брюшного типа, ритмичное. Число дыханий не превышает 18 в мин. При дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки – симметричные.

При пальпации – грудная кленка эластична, безболезненна, трение плевры не определяется. Голосовое дрожание одинаково симметрично.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над легочными полями – легочный, симметричный.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди 3 см слева и 3 см справа, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка с обеих сторон.

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по линиям | правого легкого | левого легкого |
| парастернальные | V ребро | V ребро |
| срединно-ключичные | VI ребро | VI ребро |
| передние подмышечные | VII ребро | VII ребро |
| задние подмышечные | VIII ребро | VIII ребро |
| лопаточные | IX ребро | IX ребро |
| паравертебральные  ( околопозвонковые) | X ребро | X ребро |

Подвижность нижних границ легких по задней подмышечной линии по задней подмышечной линии при форсировании дыхания справа – 6 см, слева – 6 см.

При аускультации дыхание везикулярное, слегка жестковатое. Крепитация, хрипы, шум трения плевры не прослушивается. Бронхофония выражена средне, симметрична.

**Органы кровообращения.**

**Сердечно-сосудистая система.**

Пульс симметричный, аритмичный, слабого напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Дефицита пульса нет. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. При пальпации артерии плотные. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется. Артериальное давление 140/90 мм Hg. ЧСС 78 ударов в мин. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на два сантиметра кнаружи от среднеключичной линии, локализованный (шириной 1 см), низкий, не усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.

Перкуссия сердца.

*Границы относительной тупости сердца.* Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье; Левая - в V-ом межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии; Верхняя - в III межреберье (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины). Поперечный размер относительной тупости сердца - 14 см. Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка 6 см на уровне второго межреберья. *Границы абсолютной тупости сердца.* Правая граница по левому краю грудины. Левая граница на 2 сантиметра кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Верхняя граница в 4 межреберье.

Аускультация. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Акцента одного из тонов, патологического раздвоения, расщепления тонов сердца не обнаружено. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту. Шумов нет.

**Органы пищеварения**

Язык чистый, влажный. Имеются кариозные зубы, санированы. Глотание не нарушено. Живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики не отмечается.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

При сравнительной пальпации: мышцы умеренного тонуса, симметричны. Симптом Менделя, Щеткина – Блюмберга – отрицательны.

При глубокой пальпации: пальпируется сигмовидная; слепая кишка; восходящий и нисходящий участки толстого кишечника в виде мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 2-3,5 см. тело и пилорический отдел не пальпируется.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость не определяется.

При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

**Гепатолиенальная система**

Печень, селезенка не пальпируются. Отмечается болезненность в точке желчного пузыря, который не пальпируется. Правая акромиальная лопаточная точки безболезненны. Френикус-симптом – отрицательный. Размеры печени по данным перкуссии по Курлову: lin – 9 см, II - 8см, III - 7 см.

Размеры селезенки: длинник по 10 ребру – 6 см, поперечник- 4 см. Стул регулярный, без посторонних примесей.

**Органы мочевыделения**

Область почек без деформаций. Почки, в положении больного лежа, стоя не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Болезненность при поколачивании области точек (симптом Пастернацкого) не выявляется. Мочевой пузырь не пальпируется, перкуторно не определяется.

**Эндокринная система**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Патологические глазные симптомы не выявляются. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Исследование нервной системы**

Краткая характеристика психического состояния больного.

Сознание ясное. Немного заторможен. В пространстве, времени, личности ориентирован. Контактен, свое состояние оценивает недостаточно адекватно. Память на числа, имена, названия предметов несколько снижена, внимание сохранено. Поведение уравновешенное.

Высшие корковые функции. Речь не нарушена. Больной произносит внятно, медленно, но не по слогам. Словарный запас достаточный. Звуки, отдельные слова, фразы повторяет правильно. При описании предметов легко вспоминает их названия. Предметы называет правильно. Обращенную речь понимает правильно, но медленно (понимает значение слов, названия частей тела, понимает инструкции, значение пословиц). Зрительный гнозис сохранен. Предметы, лица окружающих узнает правильно. Правильно называет цвета окружающих предметов. Слуховой гнозис сохранен. Голоса узнает, различные звуки определяет безошибочно. Запахи чувствует и узнает (со слов больного). Вкус чувствует и знает (со слов больного). Тактильный гнозис сохранен. Пальценосовую пробу выполняет атаксией с закрытыми глазами. Предметами обихода пользуется правильно. Пространственный праксис не нарушен (ориентируется в палате, отделении). Считает от 1 до 10 и обратно. Выполняет простейшие счетные операции.

Вывод: соматосенсорные функции коры больших полушарий сохранены.

Черепно-мозговые нервы.

I пара - обонятельные нервы: обоняние сохранено, запахи узнает и различает. II пара - зрительные нервы: отмечает снижение остроты как ближнего, так и дальнего зрения. Цветоразличение не нарушено. Выпадения полей зрения нет. Глазное дно не осматривалось.

III, IV, VI пара - глазодвигательные, блоковидные, отводящие нервы: глазные щели симметричные с обеих сторон. Косоглазия нет. Диплопия отсутствует. Зрачки симметричные. Фотокоррекция живая, содружественная. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм с обеих сторон. Аккомодация и конвергенция не нарушены.

V пара - тройничные нервы: корнеальный, мандибулярный рефлексы сохранены, живые. Жевательная мускулатура развита хорошо, симметрично. Движения нижней челюсти совершаются в полном объеме. Болей в области лица не отмечает. Поверхностная чувствительность сохранена. Болезненность при надавливании на тригеминальные точки D=S (область foramen supraorbitale, foramen infraorbitale, foramen mentale). Чувствительность на передних двух третях языка не определяли.

VII пара - лицевые нервы: лицо симметричное, лобные и носогубные складки асимметричны. Пациент может зажмуривать глаза и нахмуривать брови, наморщивать лоб, надувать щеки (асимметрично). Слезотечения или сухости глаз не наблюдается.

VIII пара - предверноулитковые нервы: острота слуха снижена, больше справа. Речь различает. Временами отмечает головокружения. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм с обеих сторон.

IX, Х пара - языкоглоточные и блуждающие нервы: при употреблении жидкой и твердой пищи отмечает поперхивание. Голос сохранен. Отсутствие небного и глоточного рефлексов, определение вкуса на задней трети языка не проводилось. ЧСС 78 удара в мин, ЧД 18 в мин.

ХI пара - добавочные нервы: трапециевидная и грудино-ключично-сосцевидная мышца правильной конфигурации, развиты хорошо, плечи симметричны Движения при повороте головы совершаются в полном объеме. Поднятие плеч и сближение лопаток больной производит без затруднений.

XII пара - подъязычные нервы: движения языка не ограничены, асимметричны, при высовывании отклоняется, вправо.

Вывод: имеющаяся симптоматика свидетельствует об умеренном поражении VII (лобные и носогубные складки асимметричны), VIII (острота слуха снижена, временами отмечает головокружение, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм), IX, Х (затруднение глотания, паралич мягкого неба справа, голос осиплый, поперхивание при еде), XII (ассиметричные движения языка, при высовывании отклоняется вправо) нервов слева. Уровень поражения, предположительно, ядра VII, VIII , IX, X, XII нервов слева.

Двигательная система.

При осмотре мускулатуры конечностей и туловища обнаружена небольшая гипотрофия мышц на правой голени и стопе, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний не выявлено. Движения верхних конечностей возможны в полном объеме. Обнаружен феномен «складного ножа». Сила в мышцах плеча, предплечья, кисти и пальцев правой руки 3 балла, левой руки - 4,5 балла. Движения нижних конечностей возможны в полном объеме. Сила мышц левого бедра, голени и стопы 5 балла, правого бедра, голени и стопы – 4 баллов. Суставно-мышечное чувство, исследуемое при пассивных движениях больного, сохранено. Мышечный тонус в правой руке нормальный во всех группах мышц, равномерно снижен во всех группах мышц правой голени, равномерно повышен в левой руке и ноге. Координация движений несколько нарушена. В позе Ромберга устойчив. Пяточно-коленную и пальценосовую пробу выполняет с атаксией. Отмечена небольшая дисметрия (исследуемому предлагают держать руки вытянутыми вперед, ладонями кверху с разведенными пальцами; следует приказ быстро перевернуть кисти ладонями вниз; на стороне, где имеется мозжечковые расстройства, это движение производится с избыточной ротацией кисти). Адиадохокинез. При исследовании речи скандирования не отмечено. Сухожильные и периостальные рефлексы: сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, карпорадиальный, коленный, Ахиллов рефлексы сохранены D>S. Кожные рефлексы: брюшной рефлекс сохранен D>S. Подошвенный рефлекс на правой ноге снижен, на левой - отрицательный. Пирамидные рефлексы: Симптом Бабинского слабоположительный слева (при штриховом раздражении подошвы рефлекторное разгибание пальцев), отрицательный справа. Симптом Россолимо (рефлекторное сгибание II - V пальцев в результате короткого удара по их кончикам молоточком), отрицательный.

Симптом Бехтерева-Менделя (сгибание II - V пальцев при постукивании молоточком по передненаружной поверхности тыла стопы), отрицательный.

Симптом Жуковского (подошвенное сгибание II - V пальцев при постукивании молоточком по подошве под пальцами), отрицательный. Симптом Оппенгейма (в результате проведения с нажимом мякотью большого пальца по передней поверхности большеберцовой кости сверху вниз наблюдается рефлекторное разгибание большого пальца), отрицательный.

Симптом Гордона (в результате сжатия рукой массы икроножной мышцы наблюдается рефлекторное разгибание большого пальца), отрицательный. Симптом Шеффера (при сильном сдавливании ахиллова сухожилия наблюдается рефлекторное разгибание большого пальца), отрицательный. Симптом Гиршберга (сгибание и поворот стопы кнутри, вызываемые штриховым раздражением внутреннего края подошвы), отрицательный. Симптом Пуссепа (отведение V пальца при штриховом раздражении наружного края стопы), отрицательный.

Рефлексы орального автоматизма:

* назолабиальный,
* сосательный, отрицательные
* хоботковый,
* ладонно-подбородочный слабо положительные

Вывод: появление атаксии при выполнении пяточно-коленной и пальце-носовой пробы могут свидетельствовать о наличии патологических изменений в правом отделе мозжечка. Снижение мышечной силы, повышение мышечного тонуса, снижение рефлексов, наличие патологических рефлексов, могут свидетельствовать о центральном гемипарезе (поражение пирамидных путей).

Чувствительность.

Парестезий, болей не отмечает. При надавливании на болевые точки затылочного нерва, нерва плечевого сплетения (точка Эрба), на паравертебральные точки (по ходу межреберных нервов) значительных болей не отмечает. Болезненности по ходу седалищного и бедренного нервов при надавливании на соответствующие болевые точки не отмечает.

*Радикулярный синдром:*

Симптом Нери (боль в пояснице при сгибании головы больного) отрицательный.

Симптом Ласега (боль в пояснице при поднимании за пятку вытянутой ноги больного, исчезновение боли при сгибании ноги в колене) отрицательный.

Симптом Сикара (боль в подколенной ямке при сгибании или разгибании стопы) отрицательный.

Симптом Вассермана (появление болей по передней поверхности бедра при максимальном разгибании вытянутой ноги у больного, лежащего на животе) отрицательный.

Тактильная, болевая и температурная чувствительность снижены на правой руке, правой ноге и правой половине туловища.

Глубокая чувствительность (мышечно-суставное, вибрационное, чувство давления, веса) не нарушена.

Сложная чувствительность (кинестетическая, дискриминационная, двумерно-пространственная, чувство локализации) не нарушена. Стереоанестезии нет.

Вывод: тип чувствительных нарушений: центральный.

Менингеальные симптомы

* ригидность затылочных мышц в 2 пальца;
* симптом Брудзинского (верхний и нижний),
* скуловой синдром Бехтерева отрицательные,
* симптом Кернига – положительный (в положении лежа на спине больному сгибаю ногу в коленном и тазобедренном суставе под прямым углом, пассивное разгибание ноги в коленном суставе при согнутом бедре не удается из-за напряжения задней группы мышц бедра)).

Вывод: паутинная и мягкая оболочки головного мозга повреждены, так как присутствуют менингеальных симптомов.

Вегетативная нервная система.

Акроцианоза нет. Отеков нет. Температура тела 36,7ОС. Потливости или чрезмерной сухости кожи не отмечено. Пролежней не обнаружено, артропатии не обнаружено. Дермографизм белый. Глазо-сердечный рефлекс Даньини-Ашнера в норме (урежение ритма сердца на 8 ударов в минуту).

Вывод: поражения со стороны вегетативной нервной системы не выявлено.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

Общий анализ крови 14.05.2006:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Полученные результаты |
| Эритроциты | 3,7-4,7\*1012/л | 4,8\*1012/л |
| Гемоглобин | 115-145г/л | 160г/л |
| Цветной показатель | 0,85-1,05 | 1 |
| Базофилы | 0-1% | 1% |
| Лейкоциты | 3,8-9,8\*109/л | 6,5\*109/л |
| Эозинофилы | 0,5-5% | 0% |
| Н. палочкоядерные | 1-6% | 3% |
| Н. сегментоядерные | 47-72% | 70% |
| Лимфоциты | 18-37% | 24% |
| Моноциты | 3-11% | 3% |
| СОЭ | 2-15мм/ч | 10мм/ч |

Анализ крови от 14.05.2006:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Полученные результаты |
| Азот мочевины | 3,18-4,94 ммоль/л | 3,20 ммоль/л |
| АЛТ | 1,7-11,3 МЕ/л | 11,8 МЕ/л |
| Кальций, общий | 2,0-2,5 ммоль/л | 1,8  ммоль/л |
| Щелочная фосфатаза | 1,0-3,0 ммоль/(ч\*л) | 4,2 ммоль/(ч\*л) |
| Калий, сыворотка | 3,4-5,3 ммоль/л | 3,7 ммоль/л |
| Натрий, сыворотка | 130-157 ммоль/л | 145 ммоль/л |
| АСТ | 1,7-7,5 МЕ/л | 8,0 МЕ/л |
| Сахар | 3,8-6,7 ммоль/л | 5,11 ммоль/л |
| Мочевина | 2,5-8,32 ммоль/л | 5,4 ммоль/л |
| Креатинин | 44-100 мкмоль/л | 60 мкмоль/л |
| Протеин | 65-85 г/л | 75,2 г/л |

Реакция Вассермана от 02.05.2006 - отрицательная

Анализ мочи от 14.05.2006:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Полученные результаты |
| Относительная плотность | 1,008-1,026 | 1,014 |
| рН | 4,5-8,0 | 4,7 |
| Эритроциты | 0-2 | 1- |
| Лейкоциты | 0-6 | 2 |
| Общий белок | 65-85 г/л | 68г/л |
| Цилиндры | - | - |

Заключение по ЭКГ от 05.05.2006:

Мерцательная аритмия, средневолновая фибрилляция предсердий с преобладанием нормоаритмии. Метаболические изменения в миокарде, хроническая недостаточность кровообращения мышцы сердца.

**Заключение по данным лабораторного исследования.**

Данные ЭКГ свидетельствуют о гипоксии миокарда и наличии мерцательной аритмии.

**Топический диагноз.**  
  
На основании осмотра больного можно сделать вывод о наличии у него очага поражения в продолговатом мозгу, коре больших полушарий, на уровне подкорковых узлов, а так же мозжечка.

У больного отмечается:

1. бульбарный синдром: поперхивание, отсутствие глоточного и небного рефлексов. Бульбарный синдром обусловлен поражением ядер IX, X и XII пар черепных нервов на уровне продолговатого мозга. На стороне поражения отмечается паралич мышц гортани, глотки, мягкого неба, нарушение акта глотания, отсутствие глоточного и небного рефлексов.
2. псевдобульбарный синдром: отклонение языка при высовывании в противоположную от очага сторону, появление патологических рефлексов: хоботковый и ладонно-подбородочный (Маринеску – Радовичи). Возникает лишь при двухстороннем поражении центральных двигательных нейронов IX, X и XII пар черепных нервов.
3. в связи с перенесенным в 2004 году гемморагическим инсультом, на противоположной очагу стороне вследствие поражения спинно-таламического пути имеет место расстройства болевой и температурной чувствительности на туловище и конечностях. Глубокая и тактильная чувствительность сохраняются. Симптомы поражения пирамидного тракта несильно выражены на противоположной стороне. Часто имеют место головокружение и нистагм, связанные с поражением вестибулярных ядер.
4. икота может быть следствием поражения продолговатого мозга.
5. системное головокружение, тошнота, рвота, атаксия, менингеальные симптомы, нистагм, адиадохокинез свидетельствуют о поражении мозжечка и его нижней ножки.

**Клинический диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб больного на общую слабость, головокружение, сильные головные боли, слабость в правой половине тела (в руке и в ноге), шаткость при ходьбе больше влево, снижение температурной и болевой чувствительности в правой руке и ноге, ухудшение слуха, зрения, перебои в работе сердца;

на основании данных анамнеза жизни, в котором сказано, что пациент периодически ощущает головокружение, слабость, головные боли, страдает нарушением ритма сердца;

на основании данных анамнеза болезни: "припадок" развивается постепенно, ему предшествует головная боль, головокружение, слабость в конечностях, сознания больной при этом не теряет;

на основании данных объективного осмотра: бледный цвет кожи и слизистых, аритмия, давление 140/90 мм Hg, нистагм, атаксия на правой стороне, аналгезия и терманестезия на правой стороне тела, центральный гемипарез на правой стороне тела; аритмичный пульс;

на основании данных лабораторных и инструментальных исследований: мерцательная нормаритмия предсердий; можно поставить клинический диагноз:

острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, не тромботического генеза, в вертебро – базилярном бассейне. Последствия перенесенного 18 июня 2004 года геморрагического инсульта, с правосторонним гемипарезом. Бульбарный и псевдобульбарный синдром. Гипертоническая энцефалопатия. АГ III, риск IV. Постинфарктный кардиосклероз. ИБС, мерцательная аритмия. Церебральный атеросклероз.

**Дифференциальный диагноз.**

**Дифференциальная диагностика с плеторической формой преходящего нарушения мозгового кровообращения.**

|  |  |
| --- | --- |
| Плеторическая форма преходящего нарушения мозгового кровообращения. | Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. |
| Появление очаговых симптомов поражения головного мозга, острое начало. | |
| Появлению очаговых симптомов предшествует сильная головная боль, тошнота. | Появлению очаговых симптомов предшествуют признаки гипоксии мозга (возбуждение или оглушение и сонливость). |
| Резкий подъем АД | АД понижено, нормальное или слегка повышено |

**Дифференциальная диагностика с геморрагическим и ишемическим тромботическим** [**инсультом**](http://click.begun.ru/kick.jsp?url=4vrJyAU025-eZHEjljy8VJxo0ntT0hFiYYbHFW5UA-Bwz6RPMPj-1MvQkiF1p-gwYz7xTvSrUqzmESPfgDrn96qVUHxJKwfdiQN3t-jDLi-0UMMqZPKKIg6VA7cQ-wS0MKeURoBOddEFU2UXq-fWszbQtfRW2DibnptgGygTfPXlWjHapW1rQcjj8SBJFBOEvVNpIr4CE1MQEj6QvxEP1C0f-uuiZAYAJ9P-PqabO3OL8IzaTDhSjepq9dQhreI5vb3RCi4DGjAqqur0JIAUni9kTA4OwJFT0cH1nMmfEUzy1hTB3xzFb0bs0Gc9dvGwa-l7LiRnKnin8advwHAI6nvqHCy_kPPGTeB7zUiDvFUeJdk5sBrb04-r52mPjo9rh2Q84NWnOmRRfu64pTCBCnfPnrgoBfSPSgtixk5BEkn7ilEGctobLl4Fcg6SUe84kfYjcgOTztSo8juvIqub_v6PIq5oMAqR)**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптомы | Геморрагический инсульт | Ишемический инсульт | |
| тромботический | нетромботический |  |  |
| развитие | бурное, внезапное | постепенное | внезапное |
| начало | днем, после физ. нагрузки | ночью во время сна | днем, после физ. нагрузки |
| предвестники | приливы крови к лицу, головная боль | головокружения, расстройства сознания | возбуждение или оглушенность и сонливость |
| сознание | нарушается | часто не утрачивается | часто не утрачивается |
| цвет кожи | гиперемирована | бледная | бледная |
| пульс | напряженный, замедленный | слабый, частый | слабый, частый |
| АД | значительно повышено | пониженное, N или слегка повышенное | пониженное |
| зрачки | сужены | без изменений | сужены |
| менингеальные симптомы | выражены | нет | иногда |
| кровь | лейкоцитоз, ускорение СОЭ, снижение коагулирующих свойств крови | нет лейкоцитоза, повышение коагулирующих свойств крови | нет лейкоцитоза, повышение коагулирующих свойств крови |

**Окончательный диагноз.**

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, не тромботического генеза, в вертебро – базилярном бассейне. Последствия перенесенного 18 июня 2004 года геморрагического инсульта, с правосторонним гемипарезом. Бульбарный и псевдобульбарный синдром. Гипертоническая энцефалопатия. АГ III, риск IV. Постинфарктный кардиосклероз. ИБС, мерцательная аритмия. Церебральный атеросклероз.

**Этиология и патогенез заболевания.**

Этиологические факторы. Нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу нетромботического генеза чаще всего развивается у людей в возрасте старше 60 лет, с сердечно-сосудистой недостаточностью (пониженное АД, тахикардия), церебральным атеросклерозом, сахарным диабетом, болезнями легких.В результате нарушения сердечной деятельности падает АД, уменьшается поступление крови в суженные атеросклеротическими бляшками сосуды. В зоне ишемии формируется очаг размягчения.

**План лечения.**

1. Режим строго постельный.
2. Общие принципы лечения:
   * улучшение работы сердца, нормализация гемодинамики.
   * улучшение кровоснабжения мозга.
   * профилактика тромбообразования: антиагреганты
   * нормализация обменных процессов в нервной ткани
3. Лечение конкретного больного.

* Rp.: Tab. Digoxini 0,25 № 30

D.S. По 1/2 таблетки два раза в день.

* Rp.: Tab. Nitrosorbidi 0,005 № 20

D.S. По 1 таблетке три раза в день.

* Rp.: Panangini 10,0

Sol. NaCl 0,8% 50 ml

D.t.d № 5

S. В/в капельно через день.

* Rp.: Tab. Сinnarizini 0,025 № 20

.S. По 1 таблетке три раза в день.

* Rp.: Tab. Acidi acetylsalicylici 0,25 № 20

D.S. По 1/4 таблетки утром.

* Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5% 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. По 1 мл в/м через день, чередовать с витамином В6.

Rp.: Sol. Pyridoxini 5% 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S. По 1 мл в/м через день, чередовать с витамином В1.

Rp.: Sol. Pyracetami 20% 5 ml

D.t.d № 20 in ampull.

S. По 10 мл в/в струйно.

**Прогноз.**

Прогноз для жизни благоприятный. Учитывая положительную динамику, возможно частичное восстановление утраченных функций (частичное восстановление температурной и болевой чувствительности на правой стороне тела, уменьшение пареза слева). Прогноз для трудоспособности - инвалидность II группы.

**Дневник:**

**17.05.06**

АД 140/90 мм Hg, ps 85 удара в минуту, t 36,6 oC  
Состояние тяжелое. Сознание ясное. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание, стул - N. Жалобы на: головную боль лобно-височной локализации, распирающего характера, сильная, постоянная, слабость, икоту, шум в голове, нарушение зрения. Чувствительность на правой стороне снижена. Ригидность мышц шеи в 2 палец. Симптом Кернига положительный с двух сторон. Мелкоразмашестый нистагм с обеих сторон. Асимметрия лобных и носогубных складок, положительный хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску – Радовичи – положительный с обеих сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с атаксией. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон.

**18.05.06**

АД 130/80 мм Hg, ps 78 удара в минуту, t 36,6 oC  
Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание, стул - N. Жалобы на: головную боль височной локализации, давящего характера, постоянная, слабость, нарушение зрения. Чувствительность на правой стороне снижена. Ригидность мышц шеи в 2 палец. Симптом Кернига положительный с двух сторон. Мелкоразмашестый нистагм с обеих сторон. Асимметрия лобных и носогубных складок, положительный хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску – Радовичи – положительный с обеих сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с атаксией. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон.

**Эпикриз.**

Больной 1943 года рождения поступил в МУЗ … на скорой помощи с подозрением на ОНМК, в связи, с чем был госпитализирован в неврологическое отделение, для постановки диагноза и подбора корректного лечения в соответствии с поставленным диагнозом. Поступил с жалобами на: икоту, головную боль, общую слабость, головокружение, слабость в правой половине тела (в руке и в ноге), снижение температурной и болевой чувствительности на правой руке и ноге, особенно по утрам, затруднение акта глотания, головные боли, снижение памяти и слуха, шаткость при ходьбе больше вправо.

В июне 2004 года перенес ОНМК по гемморагическому типу, был доставлен в стационар (МУЗ …) где прошел курс лечения и в удовлетворительном состоянии с признаками положительной динамики был выписан домой. С тех пор временами отмечает резкую слабость в ногах, головокружение, головные боли.

При объективном исследовании: бледный цвет кожи и слизистых, аритмия, давление 140/90 мм Hg, нистагм, поперхивание, атаксия, аналгезия и терманестезия на правой стороне тела, центральный гемипарез на правой стороне тела.

Эти данные позволяют поставить диагноз: Церебральный атеросклероз. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу нетромботического генеза в вертебро - базилярном бассейне

Больной получает лечение, направленное на улучшение работы сердца, нормализацию гемодинамики, улучшение кровоснабжения мозга, профилактику тромбообразования: антиагреганты, нормализацию обменных процессов в нервной ткани. Отмечена положительная динамика.