**Ф.И.О.:**

**Возраст:** \_\_\_\_\_\_

**Профессия:** не

**Домашний адрес:**

**Дата поступления в стационар:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Клинический диагноз:** ПОНМК по ишемическому типу с геморрагической трансформацией. Последствия субарахноидального кровоизлияния.

**Жалобы больного**

На момент осмотра предъявляет жалобы на нарушение речи (затрудненность при подборе слов)

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 6 февраля 2002 года. Накануне (05.01.2002) пациент был госпитализирован в клинику кардиологии с диагнозом «первичный инфаркт миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка». Проведён системный тромболизис: 1500000 МЕ стрептокиназы в/в капельно и фраксипарин по 0,3 2 раза в день подкожно. 06.01.2002 у пациента появился правосторонний гемипарез, опущение угла рта, моторная афазия. При КТ выявлено незначительное снижение интенсивности сигнала в глубинных отделах левого полушария. 07.01.2002 состояние пациента ухудшилось, при повторной КТ выявлено вторичное геморрагическое пропитывание ишемического очага в глубинных отделах левого полушария. Терапия антикоагулянтами прекращена. Назначен маннит, а с 08.01.2002 реополиглюкин.

Отмечалась упорная икота, которая купировалась повторными инъекциями галоперидола, церукала, назначением этаперазина. К 11.01.2002 икота прекратилась, к терапии был добавлен клафоран по 1 г 2 раза в сутки струйно в течение 10 дней. Утром 24.01.2002 при нормальном АД пациент впервые предъявил жалобы на головную боль. Была произведена люмбальная пункция: цитоз – 2 клетки/мл, белок – 0,82‰. 11.02.2002 больному произведена повторная люмбальная пункция, однако ликвор получить не удалось. После этого возникают жалобы на головокружение, слабость. АД 90/60 мм.рт.ст. ЭКГ без отрицательной динамики.

В последующие дни к этим жалобам присоединяется головная боль, преимущественно в вертикальном положении. К 18.02.2002 головные боли, головокружение, тошнота нарастают, возникают повторные приступы рвоты, впервые возникает симптом Кернига. 20.02.2002 состояние больного продолжает ухудшаться, увеличивается количество приступов рвоты, нарастает выраженность менингеального синдрома, развивается ярко выраженная сенсомоторная афазия.

При компьютерной томографии выявлены признаки субарахноидального кровоизлияния преимущественно в затылочной и верхнетеменных областях с двух сторон. Нельзя исключить свежие ишемические изменения в левой височной доле. В связи с этим больной переведён в отделение реанимации клиники нервных болезней. Таким образом у пациента имело место повторное ОНМК предположительно 11.02.2002 в виде субарахноидального кровоизлияния. Была начата терапия нимотопом по 60 мг 6 раз в день, продолжается терапия нитратами, β-блокаторами, H2-блокаторами, церукалом.

Больной был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии, однако сохранялись элементы сенсо-моторной афазии. Амбулаторно прошёл курс речевой реабилитации на базе ГКБ №23. Восстановление речи неполное. Для дальнейшего обследования и лечения госпитализирован в плановом порядке в клинику нервных болезней имени А.Я. Кожевникова.

**Anamnesis vitae**

Ранний анамнез без особенностей.

Из перенесенный заболеваний - детские инфекции: корь. С 1998 года страдает гипертонической болезнью. Инфаркт миокарда от 05.01.2002 года. Наследственность не отягощена.

Вредные привычки отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

**Status praesens**

Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Тип телосложения нормостенический. Рост 172 см, масса тела 71 кг. Температура тела 36.6 єС.

Кожные покровы обычной окраски. Конъюнктива век и склеры нормальной окраски. Высыпаний на коже нет. Эластичность кожи нормальная, волосяной покров выражен нормально, оволосение по мужскому типу. Ногти на руках и ногах не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно. Толщина кожной складки на уровне угла лопаток 5 см, в области пупка - 7 см, отёков нет.

Лимфатическая система: пальпируются мелкие, около 2 мм, подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы - единичные, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Околоушные, шейные, ярёмные, надключичные, локтевые, паховые лимфатические узлы - не пальпируются. Кожа над указанными группами лимфатических узлов не изменена (отсутствуют отёк, покраснение, деформация, изъязвление кожи).

Костная система: Жалоб нет. При осмотре и пальпации деформации и болезненности костей черепа, верхних и нижних конечностей, таза, грудной клетки и позвоночника не выявлено. Искривления, утолщения, узуры, болезненность при ощупывании и поколачивании отсутствуют

Суставы: Плечевые, локтевые, лучезапястные, межфаланговые, тазобедренные, голеностопные суставы обычной конфигурации, безболезненные, при активных и пассивных движения ограничения подвижности не наблюдается, хруст и флюктуация отсутствуют. Правый коленный сустав увеличен в размере, болезненный при пальпации.

Щитовидная железа не визуализируется, не увеличена, мягкая, безболезненная.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.** Жалоб нет.Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет. Болей у корня носа, на местах лобных пазух и гайморовых полостей (самостоятельных, при давлении и поколачивании) не возникает. При пальпации деформаций и припухлостей в области гортани не отмечается, болей при разговоре и глотании нет. Голос громкий, чистый.

Осмотр: Грудная клетка конической формы, деформации не отмечается. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки выражены умеренно, одинаково справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки не плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Брюшной тип дыхания, ритм дыхания правильный. ЧД 16 в мин.

Пальпация грудной клетки: При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность в норме. Отечности и пастозности не обнаруживается. Голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки – одинаковой силы, не усилено.

Перкуссия легких: При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких выслушивается звук с коробочным оттенком. Верхушки легкого выступают над ключицей справа на 2 см, слева на 2 см. Нижние границы легких в пределах нормы. Ширина перешейка полей Кренига справа и слева 5 см.

Аускультация легких:При аускультации над лёгкими определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет, крепитация и шум трения плевры не выслушиваются. Бронхофония одинаковая с обеих сторон, голосовой шум неизменён.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.** Жалоб на момент осмотра нет.

Осмотр: Сосуды шеи без патологических изменений, отмечается пульсация сонных артерий. Пульсация яремных вен не обнаруживается. При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована, сердечного горба нет. Сердечный и верхушечный толчок визуально не определяются. При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1 см кнаружи от l.medioclavicularis sinistra. Толчок неразлитой, неусиленный, умеренно резистентный. Втяжение грудной клетки на месте верхушечного толчка, систолическое и диастолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. При ос­мотре и пальпации подложечной области эпигастральная пульсация не выявляется.

Перкуссия:

*Границы относительной тупости сердца:*

Правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье;

Левая: на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье;

Верхняя: в 3 межреберье по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Поперечник относительной тупости сердца: 5 + 10 = 15 см

*Границы абсолютной тупости сердца:*

Правая: левый край грудины;

Левая: 2 см кнутри от левой среднеключичной линии;

Верхняя: на уровне 4 ребра.

Поперечник абсолютной тупости сердца: 5 см

Правая и левая границы сосудистого пучка расположены во 2 межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка: 5 см

Аускультация сердца и крупных сосудов: Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС 70 уд/мин, ритм правильный. При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии мягкие, не извитые с эластичными стенками. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный. Частота - 80 уд/мин, дефицита пульса нет, наполнение удовлетворительное, ненапряжённый, нормальной формы, капиллярный пульс не определяется, АД 180/110 мм рт. ст. При осмотре, пальпации и аускультации вен патологических изменений не обнаружено. При аускультации сонных, бедренных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявлены.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.** Жалоб нет. Аппетит не снижен. Жевание, глотание, прохождение пищи по пищеводу нормальные, без затруднений. Осмотр ротовой полости: язык влажный, не обложен, губы не атрофичные, красная кайма губ бледная. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Исследование живота: Живот округлый, обе половины симметричные, брюшная стенка участвует в акте дыхания равномерно, грыжевых выпячиваний нет. Данных, свидетельствующих о наличии свободной жидкости в брюшной полости нет. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых по­верхностях не выражены. Видимой перистальтики и пульсации не отмечается. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. В боковых отделах живота (фланках) притупления перкуторного звука не отмечается.

Аускультация живота: Шум трения брюшины отсутствует. Над всей поверхностью живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

Поверхностная ориентировочная пальпация:При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в области эпигастрия. При исследовании “слабых мест” передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Шум плеска отсутствует.

Глубокая методическая пальпация живота:

1. Сигмовидная кишка определяется в левой подвздошной области на протяжении 20см в виде безболезненного цилиндра плотной консистенции с гладкой поверхностью, диаметром 2 см, смещаемого на 3 см, не урчащего и не перистальтирующего
2. Слепая кишка определяется в правой подвздошной области в виде упругого, умеренно плотного цилиндра с грушевидным расширением книзу, диаметром 3,5-4 см, безболезненного, смещаемого на 3 см, урчащего при пальпации.
3. Подвздошная кишка не пальпируется
4. Червеобразный отросток не пальпируется
5. Восходящая ободочная кишка определяется под правой половиной поясничной области в виде цилиндра умеренно плотной консистенции, подвижного, безболезненного, не урчащего
6. Нисходящая ободочная кишка определяется под левой половиной поясничной области в виде цилиндра умеренно плотной консистенции, подвижного, безболезненного, не урчащего.
7. Поперечная ободочная кишка не пальпируется

Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени ровный, с гладкой поверхностью, эластичный, не болезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Курвуазье, Мюсси, френикус-симптом - отрицательные.

Поджелудочная железа не пальпируется. Область проекции болезненна. В панкреатической точке Дежардена, в зоне Шоффара и в точке Мейо-Робсона – отмечается болезненность.

Перкуссия и пальпация селезёнки. Определяются границы селезёночной тупости: верхняя граница на уровне IX ребра, нижняя - на уровне XI ребра. Передняя граница селезёночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra. Размеры селезёночной тупости: поперечник - 4 см, длинник – 8 см. Селезенка не пальпируется.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.** Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон, область почек не изменена, почки и область проекции мочеточников не пальпируются. Мочевой пузырь наполнен, перкуторно незначительно выступает над лонным сочленением (~ 2 см).

**Неврологический статус**

На момент обследования состояние пациента средней тяжести. Пациент в сознании, контактен, ориентирован в окружающем пространстве. Головной боли, головокружения, тошноты не отмечается.

Менингеальные симптомы: симптом Кернига (прямой, перекрестный) – отрицательный. Симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) – отрицательный, ригидность мышц затылка отсутствует.

Черепно-мозговые нервы:

1. I – обоняние сохранено с обеих сторон
2. II – острота зрения нормальная, поля зрения не сужены
3. III, IV, VI глазные щели симметричны, равномерно сужены, объём движений глазных яблок полный, конвергенция ослаблена, диплопия отсутствует, слабовыраженный горизонтальный нистагм. Величина зрачков одинакова с обеих сторон. Выявляются прямая и содружественная реакция на свет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию сохранена.
4. V - чувствительность на лице сохранена, болезненных ощущений в области лица не выявляется. Корнеальный и мандибулярный рефлексы живые. Жевательные мышцы симметричны, движения нижней челюсти совершаются в полном объеме.
5. VII- сглаженность правой носогубной складки, выполнение мимических проб в удовлетворительном объеме, надбровный рефлекс живой с обеих сторон. Нарушений вкуса, гиперакузиса нет.
6. VIII – слух сохранен, устойчивость в пробе Ромберга сохранена.
7. IX, X - глотание свободное, мягкое нёбо при фонации сокращается симметрично, язычок по средней линии. Глоточный и нёбный рефлексы живые и симметричные, дисфонии, дизартрии не наблюдается.
8. XI - сила и тонус m. sternocleidomastoideus и m. trapezius удовлетворительные.
9. XII - язык при высовывании по средней линии. Гипертрофии мышц языка и фибрилляций нет. Определяется слабовыраженный хоботковый рефлекс, насильственный смех и плач отсутствуют.

Двигательная сфера. Движения с обеих сторон выполняются в полном объёме. Рефлексы: определяется кистевой аналог Россолимо справа, симптом Бабинского отсутствует. Гиперрефлексия правой руки, рефлексогенные зоны расширены. Коленные, брюшные, кремастерный, подошвенный рефлексы симметричны, живые. Слева ахиллов рефлекс ослаблен, справа живой, клоноиды правой стопы.

Сила по пятибалльной системе: 5 во всех группах мышц слева, 4.5 в правых конечностях. Темп движений не изменён. Пассивные движения в полном объёме. Тонус мышц незначительно повышен справа по спастическому типу.

Чувствительная сфера

Болевая, температурная, глубокая и вибрационная чувствительность сохранены с обеих сторон.

Координаторная сфера

Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Проба Ромберга отрицательная. Походка не изменена. Интенционный тремор отсутствует.

Высшие мозговые функции

Выявлена сенсомоторная, семантическая, оптико-мнестическая афазия (пациент испытывает трудности с восприятием устной речи, с трудом подбирает слова и устно формулирует мысли, затрудняется назвать предметы, которые ему показывает врач; чтение не нарушено, письмо затруднено как последствие гемипареза). Нарушений счёта, праксиса нет. Страхи, галлюцинации не мучают. На момент обследования оценка ориентации в пространстве и времени затруднена из-за афазии. Своё состояние воспринимает адекватно. Правую и левую половину тела путает.

**Дополнительные методы исследования**

КТ головного мозга от 21.02.2002 Определяется интенсивный МР-сигнал в проекции поперечного синуса, что характерно для субарахноидального кровоизлияния. На КТ от 25.03.02 отмечается положительная динамика, в проекции поперечного синуса патологических МР-сигналов не выявлено. Слева определяются постишемические изменения в височно-теменных отделах.

МРТ головного мозга: МР данных за наличие сежих очагов НМК и оболочечного кровоизлияния не получено. МР-картина нарушения мозгового кровообращения в хронической стадии в левой теменной области. По данным МР-ангиографии - протяженный стеноз внутренней сонной артерии слева.

Электрокардиография

Ритм синусовый, отклонение электрической оси влево. Рубцовые изменения стенки левого желудочка с недостаточностью ее кровоснабжения.

УЗДГ

Пролонгированный стеноз левой ВСА на интра- и экстракраниальном уровне. Кровоток по надблоковым артериям антеградный. ЛСК по ПА справа в пределах нормы, слева увеличен.

Консультация нейроофтальмолога

ОМ: Выраженная ангиопатия сетчатки гипертонического типа.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий анализ крови от 21.03.2006 | | |
| *Показатель* | *Значение* | *Единицы* |
| Эритроциты | 5,31 | x 106/мл |
| Гемоглобин | 158 | г/л |
| Лейкоциты | 5,5 | x 103/мл |
| Нейтрофилы | 65,1 | % |
| Лимфоциты | 25,2 | % |
| Тромбоциты | 212 | x 103/мл |

Анализ крови на антигены г.:

HbsAg отр.

HCVAv отр.

RW, ВИЧ

Реакция Вассермана отрицательная.

Антитела к ВИЧ в крови не выявлены.

**Синдромологический диагноз**

1. Поражение пирамидной системы – синдром верхнего мотонейрона (гиперрефлексия, патологические рефлексы).

2. Глазодвигательный синдром (ослабление конвергенции, горизонтальный нистагм).

3. Афазия (сенсомоторная, семантическая, оптико-мнестическая).

**Топический диагноз**

Очаговое поражение центральной нервной системы:

по данным КТ – ишемический некроз с вторичным геморрагическим пропитыванием в глубинных отделах левого полушария, ишемический некроз в левой височной области(?).

Поражение белого вещества левого полушария:

 внутренней капсулы - tractus corticospinalis et tractus corticonuclearis (парез правой половины туловища и лица по центральному типу);

 возможно поражение коры в области левой височной доли (проявляется в виде комбинированной афазии), но не подтверждено на КТ;

 вероятно поражение ассоциативных и комиссуральных волокон левого полушария (комбинированная афазия при отсутствии достоверных признаков поражения коры полушарий на КТ, трудности с определением правой и левой стороны тела).

**Клинический диагноз**

*Основное заболевание*: Последствия ОНМК по ишемическому типу со вторичным геморрагическим пропитыванием в глубинных отделах левого полушария; последствия субарахноидального кровоизлияния в затылочной и теменной областях с обеих сторон.

*Сопутствующие заболевания*:

ИБС: постинфарктный кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий; гипертоническая болезнь 3 ст.; сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз ишемического инсульта следует проводить с:

**I. Геморрагическим инсультом**

Классическими признаками геморрагического инсульта являются внезапное, апоплектиформное развитие заболевания, потеря сознания и мгновенное наступление неврологических симптомов (обычно параличей). Для мозгового инфаркта характерен период предвестников, постепенное нарушение функций, сохранность сознания в начале заболевания. Однако заболевание далеко не всегда протекает по этому классическому образцу. В ряде случаев кровоизлияние вначале не сопровождается утратой сознания и неврологические симптомы нарастают в течение некоторого времени. Еще чаще бывает нетипичное течение ишемического инсульта, который может начинаться чрезвычайно остро, с мгновенной утраты и других мозговых функций. Поэтому для диагностики вида инсульта необходимо учитывать также и другие признаки. Для кровоизлияния в мозг характерно наличие в анамнезе артериальной гипертензии с гипертоническими кризами. Ишемическому инсульту предшествуют заболевания сердца, сопровождающиеся часто нарушениями сердечного ритма, в анамнезе могут быть инфаркты миокарда.

Начало заболевания при кровоизлиянии бывает внезапным, во время активной деятельности, при эмоциональном или физическом напряжении. Инфаркт мозга начинается часто во сне или во время отдыха.

Общемозговые, менингеальные и вегетативные симптомы бывают более резко выраженными при геморрагическом инсульте. Присоединение к ним очаговых симптомов, признаков, свидетельствующих о смещении и сдавлении мозгового ствола (глазодвигательных расстройств, нарушений мышечного тонуса, дыхания, деятельности сердца), также чаще указывает на кровоизлияние в мозг.

Высокий уровень артериального давления, удовлетворительная деятельность сердца, напряженный, нередко замедленный пульс характерны для геморрагического инсульта. Ишемический инсульт возникает обычно при нормальном или пониженном артериальном давлении, тоны сердца бывают глухими, пульс — недостаточного наполнения, часто отмечается аритмия, нередки случаи нарушения периферического кровообращения в конечностях.

Пользуются также лабораторными методами диагностики. Известное значение для дифференциального диагноза имеет исследование крови. Лейкоцитоз, увеличение относительного количества нейтрофилов и уменьшение лимфоцитов, т. е. повышение индекса Кребса (отношения числа нейтрофилов к числу лимфоцитов), который может достигать 6—7, характерны для кровоизлияния в мозг.

Еще большее значение имеет исследование спинномозговой жидкости, которая при кровоизлияниях бывает кровянистой. Правда, следует помнить о том, что в первые часы после инсульта или при расположении очага кровоизлияния вдали от ликворных путей она может быть бесцветной и прозрачной.

На *глазном дне* у больных с геморрагическим инсультом нередко обнаруживаются гипертоническая ангиоретинопатия, кровоизлияния в сетчатку, иногда — застойные диски, особенно на стороне геморрагического очага. При ишемическом инсульте встречаются склеротические изменения сосудов сетчатки.

*Электроэнцефалография* при инфаркте мозга выявляет очаг патологической активности при отсутствии изменений биопотенциалов или малой их выраженности в противоположном полушарии.

*Эхоэнцефалографическое исследование* обнаруживает при кровоизлиянии в мозг смещение срединного эха на 6—7 мм в сторону, противоположную очагу. Для ишемического инсульта смещение М-эха не характерно, если оно и возникает, то бывает небольшим и имеет временный характер.

На *ангиограммах* при кровоизлиянии в полушарие мозга обнаруживается бессосудистая зона и смещение артериальных ветвей. При мозговых инфарктах выявляется “обрыв” контрастного вещества в магистральных или внутримозговых артериях. В связи с тем, что патологически измененные ткани имеют необычные плотность и коэффициенты поглощения, последние могут быть использованы для дифференциального диагноза.

С целью дифдиагностики применяется и *компьютерная томография* мозга. Кровоизлияние в мозг характеризуется наличием очага повышенной плотности, коэффициент поглощения здесь составляет от 20 до 45 ед., в то время как коэффициент поглощения для белого вещества не превышает 17—18 ед. При инфарктах мозга коэффициент поглощения бывает низким, от 1,6 до 0,7 ед. условной шкалы. Зону пониженной плотности можно выявить уже к концу первых суток после начала инсульта, через 7—10 дней эта область становится более отчетливой, через 2—3 месяца показатели плотности приближаются к числовым значениям спинномозговой жидкости, что может указывать на процесс кистообразования.

**II. Состояниями, имитирующими инсульт**

1) Кровоизлияние в опухоль мозга

2) Субдуральная гематома

3) Абсцесс мозга

4) Энцефалит

В подавляющем большинстве случаев внезапно развившаяся симптоматика (гемипарез, афазия, дизартрия, атаксия и др) является признаком инсульта. Однако примерно в 5% случаев подобная клиника объясняется другими причинами. При опухоли, энцефалите, гематоме или абсцессе очаговая симптоматика обычно развивается более постепенно, а общемозговые проявления (головная боль, угнетения сознания, спутанность) доминируют над очаговыми.

**Обоснование диагноза**

Диагноз основного заболевания поставлен на основании:

 анамнеза заболевания (острое начало – развитие гемипареза, афазии, в дальнейшем – общемозговой синдром, менингеальный синдром);

 наличия сопутствующих заболеваний – факторов риска (ИБС, атеросклероз, гипертоническая болезнь);

 данных компьютерной томографии (ишемический некроз в глубоких отделах левого полушария, вторичное геморрагическое пропитывание, возможный ишемический некроз в левой височной доле, субарахноидальное кровоизлияние);

 результатов физикального обследования (см. синдромологический и топический диагноз).

**Лечение и рекомендации**

1. Повторный курс речевой реабилитации на базе Московского городского центра патологии речи при ГКБ №23
2. Наблюдение невролога по месту жительства
3. Наблюдение кардиолога по месту жительства
4. Сосудисто-метаболическая терапия в течении месяца

- Ноотропил по 400 мг х 3 раза в день

- Кавинтон 0,005 по 1 таб х 3 раза в день

По окончании провести курс лечения инстеноном (1 т х 3 р/д) в течении 1,5 месяцев.

5. Контроль артериального давления:

- Атенолол по Ѕ таб х 2 раза в день

- Кардикет 20 мг (по 1 т х 2 р/д)

6. Лечебная гимнастика, проводить курсы массажа 3-4 раза в год