**Паспортная часть**

1. Ф.И.О.: x

2. Возраст: \_\_\_\_\_\_

3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_

4. Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Диагноз при поступлении: внутренняя гидроцефалия.

**Жалобы**

Жалобы при поступлении в стационар:

На головную боль, чаще пульсирующего характера и преимущественно по ночам, тошнота, нарушение менструального цикла в течении 3х лет.

Жалобы на момент осмотра:

На головную боль нарушение менструального цикла в течении 3-х лет.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной в течении 3-х лет, когда стали беспокоить головные боли, возникающие ночью или под утро; на высоте болей от мечалась рвота. В это же время прекратились месячные. Головные боли проходили от сна, поэтому продолжала учиться. Обратилась к гинекологу и невропатологу. Была сделана КТ на которой была обнаружена вторичная водянка головного мозга с изменениями турецкого седла. Гинекологом в "Ювенте" была назначена следующая терапия: глицерофосфат Ca, микрогеном? троксифонин? Невропатолог назначил мочегонные средства. Головная боль значительно снизилась, но менструации не восстановились. Учитывая сохранивщиеся жалобы, обратилась за помощью в клинику нервных болезней больницы им. Петра Великого.

**Anamnesis vitae**

Родилась в 1980г в Ленинграде. Росла и развивалась нормально. В 1995г больная получила среднее образование и поступила в высшее педучилище N-8. Материально бытовые условия плохие, питание не регулярное. Проживает в отдельной квартире вместе с мамой и больным отчимом. Последнее время возникли проблемы с учебой.

Пренесенные заболевания: свинка, ветряная оспа, послеродовая стафилококковая инфекция, краснуха.

Привычных интоксикаций нет.

Семейная жизнь: не замужем

Аллергологический анамнез: спокойный.

Эпидемиологический анамнез:

Тифы, паратифы, дизентерию, инфекционные гепатиты отрицает.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Контакта с туберкулезными больными не имела. За последние полгода из Ленинградской области не выезжала. Операций и переливаний крови не проводилось.

Контакт с ВИЧ - инфицированными не было.

Гинекологический анамнез:

Месячные с 14 лет, регулярно в течение 1 года, по 6 дней, циклично и затем остро прекратились. С этого времени иногда возобновлялись. Не замужем. Беременности не было. Половую жизнь отрицает.

Страховой анамнез: больничный лист с 18.02.98.

**Status praesents objectivus**:

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, повышенного питания, внешний вид соответствует паспортному возрасту.

Антропометрические данные: рост = 172см; вес = 75кг; тип конституции гиперстенический. Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся. Тип оволосения соответствует полу и возрасту. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Ногти овальной формы, ломкость и деформация ногтевых пластинок отсутствуют. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Отеков нет. Толщина кожной складки на уровне пупка 10см, в области лопаток 1см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, под челюстные, над- и подключичные, полмышечные, кубитальные, паховые, подколенные – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижные.Молочные железы без опухолевых изменений. Stria на железах и животе нет.Зев чистый, миндалины не увеличены, их слизистая розовая. Мышечный корсет развит удовлетворительно. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Щитовидная железа при пальпации безболезненна, не увеличена. При аускультации сосудистые шумы над ее поверхностью не выслушиваются.

**Общесоматический статус**

**Исследование сердечно-сосудистой системы**

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье на 1.5см кнутри от linea medioclavicularis, средней силы, площадью 2.5см. Сердечный толчок не пальпируется. Пульс частотой 72 уд/мин удовлетворительного наполонения и напряжения, симметричный на обеих руках.При перкуссии правая граница сердечной тупости определяется в четвертом межреберье - на 1.5см кнаружи от правого края грудины, в 3-ем межреберье на 0.5см кнаружи от правого края грудины. Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется между l.sternalis и l parasternalis на уровне 3-го ребра.

Левая граница относительной сердечной тупости определяется в 5-ом межреберье на 1.5см кнутри от linea medioclaviculaaris, в 4-ом межреберье - на 1.5см кнутри от l. medioclavicularis, 3-ем межреберье на 1.5см кнаружи от l. parasternalis.

Границы абсолютной сердечной тупости.Правая граница в 4-ом межреберье, между linea sternalis и parasternalis. Левая на 0.5см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости. Сосудистый пучок в 1 и 2-ом межреберье не выходит за края грудины. При аускультации на верхушке сердца первый тон приглушен, соотношение между первым и вторым тоном сохранено. На основании сердца второй тон приглушен, соотношение между первым и вторым тоном не изменено, акцент второго тона на аорте и легочной артерии отсутствует. Артериальное давлениена момент осмотра = 130/90.

**Система органов дыхания**

Обе половины грудной клетки равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - брюшной. Дыхание ритмичное с частотой 20 дыхательных движений в минуту, средней глубины. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание умеренное по силе, одинаковое с обеих сторон. Границы легких не изменены.Топографическая перкуссия легких.Нижние границы легких:

Высота стояния верхушек легких спереди на 3см выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axillaris media 6см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается дыхание с жестким оттенком. Побочных дыхательных шумов нет.

**Пищеварительная система**

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Язык обычных размеров, розовый, влажный, чистый, сосочки сохранены; обложенность, трещины, опухоли, язвы отсутствуют. Полость рта не санирована. Миндалины не увеличены, гнойные пробки и налет отсутствуют. Слизистая сухая, гладкая. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не выходит из-под края реберной дуги. Край ее ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Безболезненная.

**Мочевыделительная система**

Почки не пальпируются. Симптом Гольдмана с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточников безболезненная.

**Психический статус**

Сознание ясное, больная адекватно реагирует на окружающих.

**Неврологический статус**

Черепно-мозговые нервы:пара (обонятельный нерв): обоняние сохранено с обеих сторон, обонятельные галлюцинации отсутствуют.пара (зрительный нерв): аккомодация не нарушена. Поля зрения сохранены. Глазное дно без видимой патологии.IV,VI пара (глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы). Диплопия отсутствует, гразные щели одинаковой ширины. Ротаторный нистагм в горизонтальный нистагм. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция ослаблена, аккомодация не нарушена.пара (тройничный нерв): Болей в области лица не отмечает, болезненность в тригеменальных точках отсутствует. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Корнеальный рефлекс живой. Сила жевательных мышц сохранена.пара (лицевой нерв): Правая носогубная складка чуть сглажена. При оскаливании зубов симметричны. Нахмуривание бровей и надувание щек сохранены. Надбровные рефлексы положительны.пара (преддверно-улитковый нерв): Острота слуха в норме. Вестибулярных атаксий нет. Костная проводимость сохранена. Шум в ушах и головокружение отсутствуют.X пара (языкоглоточный и блуждающий нервы): Дисфагия и дисфония отсутствуют. Нарушения вкуса на задней трети языка отсутствует. Нарушение дыхания и сердечного ритма отсутствуют. Небные и глоточные рефлексы сохранены.XI. пара (добавочный нерв): Поворот головы и пожимание плечами сохранены.XIIпара (подъязычный нерв).При высоввывании языка отмечается девиация вправо. Фасикуляции, фибрилляции и атрофии языка отсутствуют.

Вывод: на основании проведенного исследования функции черепно - мозговых нервов у больной выявляются нарушения со стороны следующих пар

нервов: III пара (ослаблена конвергенция), UII (сглаженность правой носогубной складки), кортиконуклеарного пути XII (девиация языка вправо).

Двигательные функции:

Походка атаксическая. Объем активных движений и сила мышц сохранены.

Мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции отсутствуют. Имеется гипертонус мышц справа (d >= s).

Рефлексы: сгибательно - локтевой, разгибательно - локтевой, карпорадиальный, коленный, рефлексы с ахиллова сухожилия живые. Клонусов нет.

Патологические рефлексы: рефлексы орального автоматизма, рефлекс Аствацатурова, рефлекс Маринеску-Радовичи, хоботковый рефлекс отрицательны. Верхний рефлекс Рассолимо отрицательный. Патологические стопные рефлексы: Бабинского положительный справа. Защитные рефлексы отрицательные.

Координация движений: Определяется зюатруднение пальценосовой пробы.

Больная хорошо выполняет коленнопяточную пробу. Проба на адиодохокинез и дисметрию положительны. Отмечается неустойчивость в позе Ромберга, у больной можно диагносцировать легкое нарушение функций мозжечка.

Чувсвтиельная сфера: Болезненость нервных стволов отсутствует. Парастезии не определяются. расстройства болевой, температурной, тактильной чувствительностине выявляются; нарушено мышечно – суставное чувство в правых конечностях.

Вывод: на основании данных исследования чувствительной сферы определяется нарушение мышечносуставного чувства в правых конечностях.

Менингиальные симптомы.

Ригдность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний средний и нижний симптомы Брудзинского и симптом Гордона отрицательные.

Вывод: менингиальная симптоматика отсутствует.

Вегетативная нервная система:

Вазомоторные, секреторные и трфические расстройства (акроцианоз, локальная асфиксия, изменение температуры кожи, неврогенный отек, изменение пульсации артерий стоп, эритромегалия, артропатии, локальный гипертрихоз, изменения потоотделения, пролежни) не определяются. Рефлекс Ашнера, шейный рефлекс Чермана положительны. Патология тазовых органов отсутствует. Задержка и недержание мочи, кала императивные позывы отсутствуют. Склонность к запорам.

Вывод: нарушения со стороны вегетативной нервной системы не определяются.

Исследование высших нервных функций:

Больная понимает смысл слов, улавливает смысл умышленно извращенных слов, целых фраз, выполняет приказания, понимает смысловые отношения. Выполняет сложение и вычитание односложных чисел. Praxis: больнаая свободно выполняет повседневные действия.

Зрительные, обонятельные, вкусовые, слуховые агнозии отсутствуют.

Вывод: глубоких нарушений интеллекта нет.

**Параклиническое обследование и**

**консультации специалистов**

Рентген 27.02.98.

На снимках костей черепа определяется резко выраженные признаки повышения внутричерепного давления, глубокие пальцевые вдавления чешуи лобной и теменной костей, частичное зияние венечного шва, истончение чешуи лобной кости.

Турецкое седло представляется резко увеличенным, спинка его выпрямлена и истончена, дно седла погружено в основную пазуху, многоконтурное.

Рентгеновски можно предположить наличие эндоселлярной опухоли.

ЭКГ 20.02.98.

RR 0.96

PQ 0.14 синусовый,

QRS 0.08 синдром ранней реполяризации.

QT 0.34

ЧСС = 64/мин.

Анализ крови 20.02.98.

RW (-)

Клинический анализ крови 19.02.98.

Гемоглобин – 142 г/л

Эритроциты – 3.98\* 10^12/л

Цветовой показатель – 1.08

Лейкоциты – 5.0 \* 10^9 /л

эозинофилы – 1 %

палочкоядерные – 1 %

сегментоядерные – 62 %

Лимфоцитов – 32 %

Моноцитов – 4 %

СОЭ – 4 мм/час

Биохимический анализ крови 20.02.98.

Общий белок – 78 г/л

Тимоловая проба – 6

Сулемовая проба – 1.9

АЛТ – 0.26

АСТ – 0.30

Билирубин – 23

прямой

сахар 6.9 ммоль/л

К+ 4.7ммоль/л

Са++ 2.4 ммоль/л

мочевина 4.7

Кал на яйца глист 20.02.98.

НЕ ОБНАРУЖЕНЫ

ЭХО ЭГ 20.02.98.

ds

MD = 78 Шm = 6м BP = 127 - 125

MS = 78 Пm = 30% KK = 147 - 147

mp = 156 ИМП = 3,4 - 3,1

Заключение: Смещение М-эхо не получено.

Выраженное расширение боковых желудочков.

Окулист 24.02.98.

Жалоб нет. Среда прозрачная.

Глазное дно без видимой патологии.

Периметр Форстера.

 |- |-

 |- |-

 |- |-

 |- |-

 |- 30 60 90 |- 30 60 90

 , , , , , , |-, , , , , , , , , , , , |-, , , , , ,

 --------------|--------------- --------------|---------------

 |- |-

 |-30 |-30

 |- |-

 |-60 |-60

 |- |-

 |-90 |-90

 OS OD

граница белого цвета 5мм

граница красного цвета 5мм

Компьютерная томография 27.02.98.

На КТ выраженное расширение желудочков мозга и увеличение размеров турецкого седла.

Заключение: Подозрение на опухоль гипофиза. Нуждается в проведении повторной КТ, наблюдении нейрохирурга.

**Топический диагноз и его обоснование**

На основании проведенного исследования функции черепномозговых нервов у больной выявляются нарушения со стороны следующихъ пар нервов: IIIпара (ослабление конвергенции), UII (сглаженность правой носогубной складки), кортико – нуклеарного пути XII (девиация языка вправо). На основании данных исследования двигательных функций определяется гиперрефлексия в верхних и нижних конечностях, в основном правых, гипертонус мышц - рефлекторный тетрапарез; нарушение координации движений (затруднение пальценосовой пробы, проба на адиодохокинез и дисметрию положительна, отмечается неустойчивость в позе Ромберга) у больной можно диагносцировать поражение мозжечка.

Диффузное поражение коры передней и задней извилины.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Учитывая жалобы больной (на момент осмотра больная предъявляла жалобы на головную боль, нарушение менструального цикла в течении 3-х лет), данные анамнеза (считает себя больной в течении 3-х лет, когда стали беспокоить головные боли, возникающие ночью или под утро, на высоте болей отмечалась рвота. В это же время прекратились месячные). С этими жалобами больная обращалась к гинекологу и невропатологу, и с ними же была госпитализирована в клинику нервных болезней больницы Петра Великого. 16.02.98г После проведенной терапии состояние больной несколько улучшилось: прошла головная боль, но месячные не пришли. Учитывая данные топического диагноза (отмечались нарушения со стороны III, UII, XII пар черепно-мозговых нервов, признаки поражения двигательного пути (рефлекторный тетрапарез, данные компьютерной томографии от 27.02.98. и данные рентгенограммы от 27.02.98. у больной можно диагностировать: резедуальную энцефалопат с гидроцефалией и гипофизарно-эндокринными нарушениями.

Клинический диагноз: резедуальная энцефалопатия с гидроцефалией и гипофизарной эндокринопатией.

**Дифференциальный диагноз**.

В пользу опухоли свидетельствуют головные боли ночью и под утро, рвота на высоте болей и расширение желудочков мозга. Против опухоли говорит длительный период болезни и стабильность симптомов, нормальное глазное дно, также снижение гормонов гипофиза (искл. аденомы) и отсутствие + ткани на томограмме. В пользу цистицеркоза свидетельствует отсутствие крупных объемных образований, неглубокие парезы, и невротический синдром. Против - тосутствие яйцев глистов в кале, низкая эозинофилия.

Против эхинококка говорит отсутствие эхинококковых кист в других органах, низкиая эозинофилия.

Спаечный процесс не подтверждается данными анамнеза: отсутствие мененгитов и травм.

**Этиология, патоморфология и патогенез заболевания**

Основными патогенетическими механизмами повышения внутричерепного давления являются избыточная продукция ликвора, затруднение оттока его при нормальной продукции, сочетание гиперсекреции с нарушенным оттоком.

Спинномозговая жидкость находится внутри головного и спинного мозга, заполняя желудочковую систему, правый и левый боковые, III желудочек, водпровод мозга (сильвиев), IU желудочек, центральный спинномозговой канал. Из IU желудочка она попадает в субарахноидальное пространство через срединную апертуру IU желудочка (парное отверстие Мажанди) и латеральную апертуру IU желудочка (непарное отверстие Лушки) в заднем мозговом парусе.

Спинномозговая жидкость образуется в клетках сосудистых сплетений головного мозга, количество ее у человека относительно постоянно. В среднем оно составляет 120 - 150ml. Большая часть ликвора находится в подпаутинном пространстве. В желудочках содержится всего 20 - 40ml. Она вырабатывается непрерывно в количестве по 600 ml в течении суток и также непрерывно всасывается в венозные синусы твердой оболочки головного мозга через арахноидальные ворсинки. Скопление таких ворсинок в венозных синусах (особенно их много в верхнем сагиттальном синусе) называют пахионовыми грануляциями. За счет притока и оттока этой жидкости обеспечивается постоянство ее объема в желудочках и в субарахноидальном пространстве. Частично происходит всасывание жидкости и в лимфатическую систему, что осуществляется на

уровне влагалищ нервов, в которые продолжаются мозговые оболочки. Движение спинномозговой жидкости в разных направлениях связано с пульсацией сосудов, дыханием, движением головы и туловища.

Физиологическое значение спинномозговой жидкости многообразно. Прежде всего она служит как бы гидравлической подушкой мозга, которая обеспечивает механическую защиту ткани мозга при толчках и сотрясениях. Вместе с тем она является и внутренней средой, которая регулирует процессы всасывания питательных веществ нервными клетками и поддерживает осмотическое и онкотическое равновесие на тканевом уровне. Спинномозговая жидкость обладает также защитными свойствами (бактерицидными), в ней накапливаются антитела. Она принимает участие в механизмах регуляции кровообращения в замкнутом пространстве полости черепа и позвоночного канала. Спинномозговая жидкость циркулирует не только в желудочках и в субарахноидальном пространстве, она также проникает в толщу спинномозгового вещества по так называемым периваскулярным щелям (пространство Вирхова - Робена). Небольшое количество ее попадает и в периэндоневральные щели периферических нервов.

Затруднения оттока спинномозговой жидкости могут быть обусловлены нарушением проходимости ликвороносных путей (окклюзионные формы) и недостаточным ее всасыванием (арезорбтивные формы) или их сочетанием. Повышение давления спиномозговой жидкости наблюдается при воспалительных внутричерепных процессах (вследствие избыточной продукции жидкости или повышенной проницаемости стенок сосудов мозга), при опухолях, паразитарных цистах, рубцово – спаечных процессах между мягкой и арахноидальной оболочками, при краниостенозе, травме и лр.

Повышение давления ликвора приводит к повышению венозного давления в полости черепа, нарушению метаболической функции ликвора и т.п. Внутричерепная венозная гипертензия приводит к расширению диплоитических вен и вен глазного дна, что можно определить при офтальмоскопии.

Симптомокомплекс повышения внутричерепного давления складывается из общемозговых симптомов, связанных со сдавлением мозга и его оболочек. Больные жалуются на распирающую тупую головную боль в положении лежа, усиливающуюся по ночам и после сна, головокружение, тошноту, "мозговую" рвоту. У них выявляется брадикардия, увеличение вен в диаметре и тоек дийска зрительного нерва, плазморрагия на глазном дне; на рентгенограммах черепа - преждевременная пневматизация основной пазухи, остеопороз спинки турецкого седла, расширение турецкого седла, расширение диплоитических вен, усиление рисунка пальцевых вдавлений на костях свода черепа и др.

Гипертензионно-гидроцефалический синдром обусловлен увеличением количества спинномозговой жидкости в полости черепа и повышения внутричерепного давления. По локализации гидроцефалия бывает внутренней (ликвор накапливается в желудочках мозга), наружной (ликвор накапливается в субарахзноидальном пространстве) и смешанной.

При блокаде ликвороносных путей на уровне срединной и латеральной апертур IU желудочка или водопровода мозга развивается окклюзионный синдром. При острой окклюзии на уровне апертур IV желудочка расширяется IV желудочек мозга и наблюдается синдром Брунса: внезапное развитие тошноты, резкой головной боли, головокружения, атаксии; нарушается дыхание и сердечнососудистая деятельность. Эти явления усиливаются при повороте головы и туловища. В случаях окклюзии водопровода мозга развивается четверохолмный синдром: тошнота, рвота, глазодвигательные нарушения, вертикальный нистагм, парез взора вверх или вниз, "плавающий" взор, координаторные расстройства.

При окклюзии на уровне межжелудочкового отверстия (отверстие Монро) развивается расширение боковых желудочков с общемозговыми симптомами и гипоталамо – гипофизарными расстройствами.

**Лечение**

Рекомендуется операция - вентрикулоперетонеальное шунтирование.

Медикаментозное лечение:

1. Manniti 30.0 развести в 300ml физиологического раствора. Вводить внутривенно 3 раза в день.
2. Sol. Glucosae 40% 50ml внутривенно 1 раз в день.
3. Sol. Citrali 0.01% 10ml, внутрь по 10 капель 2 раза в день.
4. Sol. Kalii chloridi 4% 25ml добавлять в капельницу 1 раз через день.
5. Tab. Diacarbi 0.25 внутрь по 1 таблетке 1 раз в день.
6. Sol. Natrii bicarbonati 4% 20ml добавлять в капельницу 1 раз через день.
7. Трава хвоща полевого (Herba Equiseti Arvensis). Добавлять в чай или пить в виде отвара.
8. Почки березовые (Gemmae Betulae). Добавлять в чай или пить в виде отвара.

**Дневник курации больной**

13.02.98. Начато обследование и лечение. Изменений в состоянии больной нет. АД 110/70

20.02.98. Головные боли не беспокоят, сон не нарушен.

21.02.98. Состояние прежнее. АД 110/70

23.02.98. Самочувствие исостояние удовлетворительное. Головные боли сейчас не беспокоят. Неврологический статус без динамики.

24.02.98. Окулист. Жалоб нет. Среда прозрачная. Глазное дно без видимой патологии.

24.02.98. Головные боли не беспокоят. Головокружений нет. Аппетит и сон не нарушены. Менструаций нет. АД 110/80

25.02.98. Состояние удовлетворительное. Неврологический статус: Элементы ротаторного нистагма при крайнем отведении глазных яблок (глаза крупные, выстоящие). Сомнительная сглаженность правой носогубной складки и девиация языка вправо. Глубокие рефлексы на руках d >= s, на ногах s >= d. "Проскочил" симптом Бабинского справа.

26.02.98. Состояние удовлетворительное. Головные боли не беспокоят. Лечение переносится хорошо. Неврологические симптомы легкие на прежнем уровне.

27.02.98. С анамнезом ознакомилась. В неврологическом статусе: 2-х сторонний экзофтальм (очень крупные глаза), очень легкий птоз слева. Легкая девиация языка вправо. Парезов нет. Глубокие рефлексы на руках d>=s коленные живые,d>=s, легкое интенционное дрожание при выполнении пальценосовой пробы.

На КТ выраженное расширение желудочков мозга и увеличение размеров туречкого седла. Заключение: Подозрение на опухоль гипофиза. Нуждается в проведении повторной КТ, наблюдении нейрохирурга.

28.02.98. Состояние прежнее. АД 110/70

02.03.98. Сегодня беспокоят головные боли, слабость. Объективно: АД 130/90 нарастания очаговой симптоматики нет. Дано: внутрь 1т папазола + 1т анальгина

03.03.98. Сохраняются головные боли. Объективно: Ps 70, ритмичный АД 110/80 В неврологическом статусе сохраняются очаговые неврологические симптомы. Оболочечных симптомов нет.

05.03.98. Изменения в состоянии больной нет. Основная жалоба - отсутствие менструаций. Головная боль прошла. Головокружения не беспокоят. В неврологическом статусе сохраняется очаговая микросимптоматика.

06.03.98. Состояние прежнее. АД 110/70

07.03.98. Больная выписана под наблюдение районного невропатолога.

**Прогноз и профилактика**

Прогноз сомнительный. Рекомендовано наблюдение у нейрохирурга. Профилактика подразумевает предупреждение гипертензионного криза, и осложнений гидроцефалии. С этой целью рекомендовано применение растительных диуретиков. В данный момент заболевание находится в стадии компенсации.

Трудоспособность и трудоустройство.

Пациентка практически здорова, не рекомендуется тяжелый физический труд и работа в положении вниз головой.

**Эпикриз**

Больная x с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ находилась на лечении в неврологическом отделении больницы им. Петра Великого с диагнозом: резедуальная энцефалопатия с гидроцефалией и гипофизарной эндокринопатией.

На основании проведенного исследования функции черепно – мозговых нервов у больной выявляются нарушения со стороны следующих пар нервов: III пара (ослаблена конвергенция), UII (сглаженность правой носогубной складки), кортиконуклеарного пути XII (девиация языка вправо). Определяется затруднение пальценосовой пробы. Больная хорошо выполняет коленнопяточную пробу. Проба на адиодохокинез и дисметрию положительны. Отмечается неустойчивость в позе Ромберга, у больной можно диагностировать легкое нарушение функций мозжечка. На основании данных исследования чувствительной сферы

определяется нарушение мышечно-суставного чувства в правых конечностях. Менингиальная симптоматика отсутствует. Нарушения со стороны вегетативной нервной системы не определяются. Глубоких нарушений интеллекта нет.

Больной проведено симптоматическое лечение: Manniti 30.0 - 3 раза в день, Glucosae 20.0 - 1 раз в день, Diacarbi 0.25 - 1 раз в день и др. В будующем рекомендована операция – вентрикулоперитонеальное шунтирование.

За время пребывания в стационаре состояние больной несколько улучшилось. Выписана 07.03.98. в удовлетворительном состоянии с диагнозом: резедуальная энцефалопатия с гидроцефалией и гипофизарной эндокринопатией в состоянии компенсации.

Рекомендован прием растительных диуретиков.

**Список использованной литературы:**

1. Методы восстановительной терапии у больных с врожденной гидроцефалией после консервативного и хирургического методов лечения. Лебедев, Морозова, Знаменская Жур. Педиатрия 1983 N 4
2. Лечение окклюзионной гидроцефалии неопухолевого происхождения эндоскопическим способом. Гренц, Ростоцкая, Спиридонов Журн. Вопросы нейрохирургии им. Бурденко 1979 N 2
3. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Скоромец С - Петербург 1996
4. Лекарственные средства (справочник). Машковский М: 1993
5. Неврология. 1985