## Паспортная часть

 53 года.

Место жительства:

Замужем, двое детей.

Место работы: не работает.

Имеет II группу инвалидности.

Дата поступления в стационар: 10 февраля 2003 г, планово.

## Жалобы

Жалобы на постоянную головную боль в течение нескольких месяцев, локализующуюся преимущественно в теменно-затылочной и лобной областях, больше справа, распирающего характера, не зависящая от умственной активности, времени суток, иногда боль сопровождаются тошнотой, рвоты нет. Головная боль усиливается при натуживании, кашле. Иногда бывают судороги независимо от времени суток, для купирования принимает фенобарбитал 2 раза в день. Возникающие головокружения в покое, при ходьбе, иногда приступы головокружения возникают, когда больная находится в постели, возникает ощущение передвижения окружающих предметов «перед глазами все кружится, предметы меняются местами»; при ходьбе больную «шатает» из стороны в сторону, походка становится неуверенной. У больной имеется затруднение при ходьбе по лестнице в темное время суток (больная не может идти по лестнице в темноте, т.е. без контроля зрения). Жалобы на повышенную чувствительность кожи правых руки и ноги, отмечает сильную слабость, «непослушность» этих же конечностей. Больная указывает на возникновение одышки, слабости при физической нагрузке, подъеме по лестнице. Со стороны тазовых органов указывает на то, что нередко возникают запоры. Также больная отмечает снижение памяти, плохой сон, постоянную слабость, ухудшение зрения – плохо видит в близи. Боли в пояснице. Редко бывает нехватка воздуха. Иногда отмечает колющие боли в области сердца. Жалобы на отсутствие аппетита.

 Анамнез болезни

 Считает себя больной с 31 декабря 1990 года,после переохладилась (долго находилась на улице без верхней одежды), простыла, к вечеру появилась головная боль, больная обратилась к терапевту, были назначены общие обследования, но причину найти долго не могли, головная боль не проходила в течении всего этого времени, в августе была сделана ангиография сосудов головного мозга, обнаружена менингиома левой лобно-теменной области. В октябре проведена операция по удалению менингиомы, и проведен курс рентгенотерапии, после операции и курса рентгенотерапии**,** после операции у больной развился правосторонний гемипарез, больная в течении 2-х месяцев не могла самостоятельно ходить в течении всего этого времени разрабатывала руку, постепенно состояние улучшилось (стала самостоятельно ходить) , после операции боли не прекратились, но стали менее интенсивными, появился шум «в голове», также больная отмечала снижение памяти, плохой сон, постоянную слабость, ухудшение зрения – плохо видит вблизи. Из назначенных курсов профилактической терапии 2 раза в год, больная за все эти годы прошла только 4. Последние несколько месяцев боль стала заметно сильнее, ухудшилось общее состояние, и больная была направлена на лечение в неврологическое отделение АККБ. Течение заболевания прогрессирующее.

Анамнез жизни

 Место рождения – Сахалинская область. В детстве условия жизни удовлетворительные. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Успеваемость в школе – удовлетворительная. Образование незаконченное среднее техническое. Работала на заводе ЖБИ контроллером, мастером, начальником ОТК, профессиональные вредности – цементная пыль, химические вещества. Условия проживания хорошие. Замужем, имеет двоих детей сына 26 лет, и дочь 20 лет, 4 беременности, двое родов, месячные с 14 лет регулярные, безболезненные.

1-2 раза в год болеет простудными заболеваниями, в детстве перенесла ветряную оспу.

В 1982 году перенесла гнойный мастит, оперативное лечение.

В 1990 году операция по удаление менингиомы левой лобно-теменной области, во время операции была проведена гемотрансфузия.

Аллергических реакций не отмечала.

Наследственность не отягощена.

Туберкулез, болезнь Боткина и венерические заболевания отрицает.

Имеет II группу инвалидности по заболеванию.

Условия быта, материальная обеспеченность – удовлетворительные.

Вредные привычки: не курит не пьет.

Обьективное исследование

Состояние больной удовлетворительное, положение больной активное. Телосложение астеническое, подкожно-жировой слой умеренно развит. Кожные покровы сухие, чистые, тургор кожи слегка снижен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная, рост 150 см, вес 44 кг. Перкуссия остистых отростков и паравертебральных точек безболезненна. Суставы не изменены.

 Дыхание везикулярное, с частотой 16/мин, хрипов в легких не выявлено. Тоны сердца ясные, ритмичные с частотой 62 уд/мин, АД 100/60. Живот мягкий, безболезненный, обычной формы, участвует в акте дыхания. Стул нерегулярный.

Варикозно расширенных вен не выявлено. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Периферических отеков не выявлено.

Больная контактна, сознание не нарушено, умственное развитие больной соответствует возрасту. Внимание и память не нарушены. Со стороны эмоционального фона наблюдается некоторая эйфоричность состояния психики. Отношение к своему заболеванию адекватное, реакция на внешние раздражители адекватная. При исследовании поведение обычное.

Речь больной не нарушена, спонтанная речь и понимание обращенной речи без изменений. Ориентировка в пространстве не нарушена, слуховые, зрительные, осязательные раздражители воспринимаются больной адекватно.

Неврологический статус

Общемозговые симптомы – головная боль, головокружение, тошнота.

Менингиальные симптомы **–** Ригидность затылочных мышц – 2-а пальца, симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний) – слабо выраженны, симптом Кернига отрицательный.

Функции черепных нервов

I пара. Обонятельный нерв. Обоняние не нарушено.

II пара. Зрительный нерв. Острота зрения правого глаза +1,5, левого +1,5, корректируется стеклами. Цветоощущение в норме, поля зрения не изменены.

III, IV, VI пары. Глазодвигательный, блоковидный, отводящий нервы. Глазная щель справа сужена. Зрачки правильной формы. Реакция зрачков на свет содружественная. Глазные яблоки двигаются в полном обьеме. Движения глазных яблок вверх и кнутри содружественные.

V пара. Тройничный нерв. На коже лица и головы сохранена тактильная чувствительность. При давлении на точки выхода тройничного нерва болезненных ощущений у больной не возникает. Корнеальный рефлекс отрицательный, функция жевательных мышц не нарушена, нижнечелюстной рефлекс отрицательный. Вкусовые ощущения не нарушены.

VII пара. Лицевой нерв.Глазные щели раскрыты не равномерно, наблюдается небольшой птоз справа, «щуриться правый глаз». Имеется сглаженность правой носогубной складки, опущение правого угла рта. Симптомы орального автоматизма отрицательные. Ассиметрии при исследовании состояния мимической мускулатуры не обнаружено (зажмуривание, наморщивание лба, нахмуривание бровей, показывание зубов, свист, надбровнвй рефлекс). Вкусовые ощущения сохранены.

VIII пара. Слуховой нерв. Острота слуха на разговорную и шепотную речь не снижена. Больная периодически ощущает шум «в голове». Головокружения, нарушения равновесия – покачивания, шаткость походки)

IX, X пары. Языкоглоточный и блуждающие нервы. Фонация, глотание не нарушены. Мягкое небо подвижное. Глоточный рефлекс сохранен. Вкусовая чувствительность не нарушена. Частота пульса 62, ЧД 16.

XI пара. Добавочный нерв. Контуры и функции трапецивидных и грудинноключично-сосцевидных мышц в пределах нормы, атрофических изменений в данных мышцах не выявлено, тонус в норме.

XII пара. Подъязычный нерв. При осмотре языка выявлена незначительная атрофия правой половины языка. При высовывании изо рта язык отклоняется вправо. Речь не нарушена.

Чувствительность

У больной повышение повуерхностной чувствительности справа на коже лица, тела, конечностей, (острее воспринемает покалывания). Мышечно-суставное чувство на верхней и нижней конечностях справа нарушено (больная не может без контроля зрения подниматься по лестнице). Иногда наблюдаються парэстезии на лице и теле.

Двигательные функции

Походка – нарушена, больная с трудом переносит ногу, переставляет ее – «штампующая походка» ее, трудны движения в суставах,

Активные и пассивные движения в пределах физиологической нормы, ограничений в суставах нет. Определяется некоторое снижение мышечного тонуса как в верхних, так и в нижних конечностях (небольшая гипотония). Контрактур не выявлено. Сила мышц рук и ног несколько снижена, сила кистей – 4,5 балла. Сила в руках и ногах справа снижена. Тонус мышц в норме.

Глубокие и поверхностные рефлексы:

*биципитальный* (CV-CVI): левая рука – норма, правая – гиперрефлексия;

*трципитальный* (CVII-CVIII): левая рука – норма, правая – гиперрефлексия;

*карпорадиальный* (СV-CVIII): левая – норма, правая рука – гиперрефлексия;

*брюшной верхний* (TVI-TVIII): арефлексия справа и слева;

*брюшной средний* (TIX-TX): арефлексия справа и слева;

*брюшной нижний* (TXI-TXII): арефлексия справа и слева;

*коленный* (LII-LIV): левая рука – норма, правая – гиперрефлексия;

*ахиллов* (SI-SII): отрицательный как на правой, так и на левой ногах;

*подошвенный* (LV-SI): отрицательный как на правой, так и на левой ногах.

Патологические

Рефлекс Бабинского - отрицательный на обеих ногах.

Рефлекс Россолимо – отрицательный на обеих руках.

Рефлекс Оппенгейма – отрицательный на обеих ногах

Рефлекс Бехтерева - отрицательный на обеих ногах

Рефлекс Жуковского - отрицательный на обеих руках.

Зацщитные рефлексы в норме.

Хватательный рефлекс отсутствует.

Рефлексы орального автоматизма:

 - хоботковый - отрицательный

 - Ладонно-подбородочный - отрицательный

Координация движений

При проведении пальценосовой пробы наблюдается успешное выполнение ее левой рукой, при выполнении пальценосовой пробы правой рукой происходит промахивание: больная попадает указательным пальцем ниже носа. Пяточно-коленную пробу больная справа не выполняет. При пробе на диадохокинез отмечается некоторая асинхронность движений правой кисти по сравнению с левой. В позе Ромберга с открытыми глазами больная устойчива. При закрытии глаз в позе Ромберга возникает тенденция к медленному падению назад и вправо. При ходьбе возникает неуверенность движений, небольшое качание из стороны в сторону, шаткость походки.

Вегетативные функции

Со стороны вегетативной системы патологических изменений не выявлено.

Высшие корковые функции.

 Состояние сознания ясное. Ориентировка во времени и месте в норме, контакт с окружающими возможен. Общий уровень умственного развития соответствует возрасту и образованию. Память снижена. Настроение, поведение адекватные. Речь не нарушена. Письмо самстояельное. Чтение в норме. Праксис не нарушены. Слуховая, зрительная, обонятельная агнозия не нарушена. Схема тела в норме.

Данные дополнительных методов исследования

Анализ крови 12.02.03

Реакция Васермана с антителами:

Кардиолипиновый – отр.

Трипанемный – отр.

Экспресс метод на сифилис – отр.

Анализ крови 11.02.03

Сахар крови - 3,3

Общий анализ крови 11.02.03

Гемоглабин – 119 (N 115 – 164)

РОЭ 18

Лейкоцитакная формула %

Лейкщциты 5,9 (N4-8)

Эозинофилы 3 (N1-5)

Нейтрофилы:

-Палочкоядерные 1 (N4)

-Сегментоядерные 60 (N50-60)

Лимфоциты 28 (N24-40)

Моноциты 8 (N3-9)

Анализ мочи 12.02.03

Удельный вес 1005

Цвет: соломенно-желтый

Лейкоциты 1-3

Спиномозговая жидкость – анализы в пределах нормы.

ЭКГ

Ритм синусовый, ЧСС 75 уд. в мин., электрическая ось сердца – нормальная, Нарушен процесс реполяризации.

МРТ – состояние послеоперационног вмешательства в области лобно-теменной области, слева.

Глазное дно без патологии.

УЗГД 19.04.02

Мозговой кровоток ассиметричен. Дистония по смешенному типу.

Топический диагноз

Т.к. у больной центральный гемипарез справа, с нарушением функции движения, тотальная гиперэстезия справа, синсетивная атоксия справа, можно сделать вывод что патологический очаг локализуется в левой теменно-лобной области, а точнее занимает прецентральную область – т.к. ее поля относятся к осуществлению произвольных движений, также постцентральную область т.к. эта область связана с рецепцией чувствительност, точнее можно сказать что основная ее часть локализуется в верхних частях пре и постцентральных извилин, но также спускается и менее но воздействует на их средние и нижние части. И часть верхней теменной область т.к. при ее поврежден нарушается ощущение локализации конечности.

Дифференциальный диагноз

1.с рецидивированием опухоли

У больной нет симптомов дислокации, что часто бывает при опухолях, и нет нарушения ликвородинамики что мы видим, из обследования глазного дна.

При исслеждовании ликвора, рецидив опухоли высок уровень белка при норальном содержантии клеточных этлиментов, чего небыло в ликворе данной больной.

Также важным диагностическим признаков является нахождение менингиомы на МРТ, но при проведении мрт у данной больной опухоль необнаружена. МРТ – состояние послеоперационног вмешательства в области лобно-теменной области, слева.

2.с менингитом. Основной симптом говорящий о наличии менингита – изменения в цереброспинальной жидкости харрактерные для воспаления, а у данной больной ликвор в норме. Общемозговые симптомы должны быть сильно выражены, чего не у данного больного. Так же должно быть острое начало заболевания, чего то же не наблюдалось. Так-же у больной менингиальные симптомы выражены слабо.

Этиология

Все многообразие взглядов на этиологию может быть сведено к четырем основным теориям:

1) Вирусно-генетическая теория отводит решающую роль в развитии неоплазм онкогенным вирусам. Сущность вирусно-генетической теории (Л. А. Зидьбер) заключается н представлении об интеграции геномов вируса и нормальной клетки. Онкогенные вирусы могут быть ДНК- и РНК- содержащими (онкорнавирусы). Среди экзогенных вирусов (ДНК- и РНК-содержащих имеют значение герпесоподобный вирус Эпштайна-Барр (развитие лимфомы Беркитта), вирус герпеса (рак шейки матки). вирус гепатита В (рак печени) и др. Наряду с экзогенными в настоящее время обнаружены и эндогенные онкогеные вирусы, относящиеся к онкорнавирусам. Эти вирусы в обычных условиях составляют интегральную часть клеточного генома, однако при определенных воздействиях они способны вызвать опухоли у человека. Согласно вирусно-генетиической теории, процесс канцерогенеза распадается на две фазы, в которых роль вируса различна. Первая фаза — поражение вирусами клеточного генома и трансформация клеток в опухолевые, вторая – размножение образовавшихся опухолевых клеток, при котором вирус не играет роли.

2) Физико-химическая теория – воздействие различных физических и химических веществ. Вирхов в 1885 году создал «теорию раздражения» для объяснения причин возникновения рака. Физико-химическая теория – это дальнейшее развитие теории Вирхова с радом дополнений и изменений. Известна большая группа опухолей, относящихся к т.н. профессиональному раку. Это рак легких под воздействием пыли (на кобальтовых рудниках), рак кожи рук у рентгенологов, рак мочевого пузыря у работающих с анилиновыми красителями, рак легкого у курильщиков. Имеются доказательства значения радиоактивных изотопов на развитие опухолей. Т.е. развитие опухоли связывают с действием канцерогенов. Химические канцерогены – полициклические ароматические углеводороды, ароматические амины и амиды, нитросоединения, офлатоксины и др. Эндогенные химические канцерогены – метаболиты тирозина и триптофана. Канцерогены включаются в клеточный геном.
Дисгормональный канцерогенез – дисбаланс тропных гормонов, особенно эстрогенов.

3) Дисонтогенетическая теория – создана Конгеймом (1839 – 1884). Опухоли возникают из эмбриональных клеточно-тканевых смещений и порочно развитых тканей при действии ряда провоцирующих факторов.

4) Полиэтиологическая теория подчеркивает значение разнообразных факторов (химических, физических, вирусных, паразитарных, дисгормональных и др.), комплекс которых приводит к глубокому нарушению обмена. Вероятно, опухолевая клетка возникает при воздействии разнообразных факторов в результате мутации – внезапной трансформации генома, приводящей к появлению клона опухолевых клеток.

Патогенез головной боли

Головные боли бывают:

Циркуляторные (при нарушениях крово- и ликвородинамики) – этот вариант головной боли вполне возможен у данной больной, т.к. при проведении ей УЗГД 19.04.02 обнаружили что мозговой кровоток ассиметричен, и имеется дистония по смешенному типу.
Механические (при возникновении объемного процесса в полости черепа) – т.к. последний раз МРТ больной делали в прошлом году, то вполне возможно что за это время появился рецидив опухоли, который и является причиной сильного усиления головной боли в последние несколько месяцев.

Так же сюда модно отнести возможность повышения у больной внутричерепного давления, осмотр глазного дна ее делали около года назад.
Токсические (при общеинфекционных заболеваниях) т.к. у больной наличие слабовыраженных менингиальных симптомов, то возможно что у больной в данный момент вялотекущий, менингит, что так-же может быть причиной обострения болевого симптома в последнее время.
Психогенные (при неврозах, в том числе и головные боли мышечного напряжения) – что тоже немаловероятно. Также суда можно отнести головную боль при остеохондрозе шейного, отдела позвоночника который тоже вызывает боль..
Рефлекторные (при патологии органов чувств) – т.к. у больной наблюдаются головокруженияа они могут быть следствием застойных явлений в лабиринте.

Дневники

 11.02.2003 Состояние больной удовлетворительное, жалобы на головокружение, сильную головную боль, слабость, быструю утомляемость. Кожные покровы чистые, дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, сердечные тоны ясные, ритмичные, живот мягкий, обычной формы.

Отмечается гиперрефлексия на правой руке и ноге, отсутствие ахилловых рефлексов. Гемипарез справа. Язык при высовывании изо рта отклоняется влево. Правая глазная щель уже чем ле6вая. При зажмуривании глаз оба глаза закрываются нормально. Патологических рефлексов не выявлено.

 19.02.2003 Состояние, по словам больной, без улучшения. Продолжают беспокоит сильная головная боль, «шатание» из стороны в сторону при ходьбе, слабость, Гемипарез справа. Кожные покровы, чистые, дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается, сердечные тоны ясные, ритмичные, живот мягкий, обычной формы.

Со стороны неврологического статуса улучшения состояния не выявлено. Сохраняется гиперрефлексия на левой половине тела, отсутствуют ахилловы рефлексы.

Клинический диагноз и его обоснование.

1. На основании жалоб больной на постоянную головную боль в течение нескольких месяцев, локализующуюся преимущественно в теменно-затылочной и лобной областях, больше справа, распирающего характера, не зависящая от умственной активности, времени суток, иногда боль сопровождаются тошнотой, рвоты нет. Головная боль усиливается при натуживании, кашле, можно сделать вывод что у больной симптом цефалгии.
2. Из жалоб: возникающие головокружения в покое, при ходьбе, иногда приступы головокружения возникают, когда больная находится в постели, возникает ощущение передвижения окружающих предметов «перед глазами все кружится, предметы меняются местами»; объективно: при ходьбе больную «шатает» из стороны в сторону, походка становится неуверенной. VIII пара. Головокружения, нарушения равновесия – покачивания, шаткость походки) Из всего этого можно сделать вывод о наличии у больной вестибулопатического симптома.
3. У больной имеется затруднение при ходьбе по лестнице в темное время суток, (больная не может идти по лестнице в темноте, т.е. без контроля зрения). Также из объективного исследования - при проведении пальценосовой пробы наблюдается успешное выполнение ее левой рукой, при выполнении пальценосовой пробы правой рукой происходит промахивание: больная попадает указательным пальцем ниже носа. Пяточно-коленную пробу больная справа не выполняет. В позе Ромберга с открытыми глазами больная устойчива. При закрытии глаз в позе Ромберга возникает тенденция к медленному падению назад и вправо. При ходьбе возникает неуверенность движений, небольшое качание из стороны в сторону, шаткость походки. Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод что у больной сенсиетивная атоксия справа.
4. Жалобы на повышенную чувствительность кожи правых руки и ноги. И обьективно - у больной повышение повуерхностной чувствительности справа на коже лица, тела, конечностей, (острее воспринемает покалывания). Мышечно-суставное чувство на верхней и нижней конечностях справа нарушено (больная не может без контроля зрения подниматься по лестнице). Иногда наблюдаються парэстезии на лице и теле, делаем вывод что у больной тотальная гиперэстезия справа.
5. отмечает сильную слабость, «непослушность» ноги и руки справа, после операции у больной развился правосторонний гемипарез, больная в течении 2-х месяцев не могла самостоятельно ходить в течении всего этого времени разрабатывала руку. Объективно: походка – нарушена, больная с трудом переносит ногу, переставляет ее – «штампующая походка» ее, трудны движения в суставах. Сила мышц рук и ног несколько снижена, сила кистей – 4,5 балла. Из функции черепных нервов: III, IV, VI пары. Глазодвигательный, блоковидный, отводящий нервы. Глазная щель справа сужена. VII пара. Лицевой нерв.Глазные щели раскрыты не равномерно, наблюдается небольшой птоз справа, «щуриться правый глаз». Имеется сглаженность правой носогубной складки, опущение правого угла рта. XII пара. Подъязычный нерв. При осмотре языка выявлена незначительная атрофия правой половины языка. При высовывании изо рта язык отклоняется вправо. Делаем вывод о наличии у больной центрального гемипареза справа, с нарушением функции движения.
6. На основании анамнез болезни в 1990 году появилась головная боль, была сделана ангиография сосудов головного мозга, обнаружена менингиома левой лобно-теменной области. В октябре проведена операция по удалению менингиомы, и проведен курс рентгенотерапии, после операции и курса рентгенотерапии, смледовательно у больной состояние после операционного лечения (удаление меннингиомы лобно-теменной облости в 1990 году). Энцефалопатия сложного генеза (постравматического, дисцркуляторного – т.к. из дополнительных методов исследования видно что у больной нарушен мозговая гемодинамика: УЗГД 19.04.02 Мозговой кровоток ассиметричен. Дистония по смешенному типу).

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что:

Диагноз: Состояние после операционного лечения (удаление меннингиомы лобно-теменной облости в 1990 году). Энцефалопатия сложного генеза (дисцркуляторного, постравматического). Центральный гемипарез справа, с нарушением функции движения. Сенситивная атаксия справа. Тотальная гиперэстезия справа. Симптом цефалгии. Вестибулопатический симптом.

Лечение

1. необходимо посмотреть глазное дно, и при застойных процессах необходимо назначить: Дексаметазон, 32-48 мг/сут в 4-6 приемов, уменьшает отек мозга.
2. Раствор кавинтона 4.0 на 200.0 физ. раствора – улучшает мозговое кровообращение и мозговой метаболизм.
3. Пирацетам 20% - 10.0 внутривенно, ноотропное средство, для повешения трофики мозга.
4. Раствор эуфиллина 2.4% - 10.0 на 200.0 физ. раствора. Спазмолитическое, сосудорасширяющее днействие, для улучшения мозгового кровообращения, уменьшения внутричерепного давления.
5. Кетано в по1 таблетке, при сильных головных болях.
6. Пентоксифиллин 1 таблетка 3 раза в день
7. Гинкго Билоба 1 таблетка 1 раз в день 4-5 недель
8. Витамин В6 1 раз в день 1 месяц
9. Инстенон 1 таблетка 3 раза в день. Для улучшения мозгового кровообращения.
10. Рекомендуется диспансерный учет, профилактические курсы лечения 2 раза в год.