Паспортные данные

ФИО:

Год рождения

Место жительства

Место работы пенсионер

Дата поступления

**Жалобы больного**

Больной предъявляет жалобы на головные боли в области лобной, теменной и височной долей, на головокружение, слабость, недомогание, кратковременный эпизод потери сознания, повышение артериального давления.

**Жалобы на момент курации**

На головокружение, слабость.

**История развития настоящего заболевания**

Со слов в 2008г инсульт с нарушением координации, лечился по месту жительства. 19.03.2013. находясь у родственника, почувствовал головную боль, слабость, потерял сознание. Бригадой СМП был доставлен в ВОКБ.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Больной родился в городе Орша. Родилась в срок, третьим ребенком . Условия развития в жизни удовлетворительные. Рос и развивался, не отставая от сверстников. Окончил семь классов. Начал работать в 18 лет. В настоящее время не работает. Бытовые условия удовлетворительные. Проживает с женой. Общий бюджет удовлетворительный. Питание регулярное, полноценное. Употребление табака, алкоголя, наркотиков не отмечалось. Из перенесенных заболеваний отмечают пневмонию, хронический бронхит, ветряную оспу, ангины, травм и операций не было. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, онко -заболевания отрицает. Контактов с инфекционными больными не наблюдалось. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей не проводилось. Правила личной гигиены соблюдает.

**ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

**Общее состояние**

Общее состояние больной тяжелое. Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. Положение пассивное, в кровати лицом кверху. .Температура тела 36, 7С. Телосложение правильное. Рост – 162 см. Масса тела – 45 кг. Тип конституции – астенический: относительное преобладание продольных размеров тела. Осанка сутулая, временно не ходит.

Кожные покровы бледного цвета, чистые пигментированные нормальной влажности и эластичности. Высыпаний и рубцов нет. Варикозное расширение вен, пролежни и опухоли не отмечаются. Оволосенение по мужскому типу. Подкожно-жировой слой выражен слабо, отеков нет.

Затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые и паховые лимфатические узлы не пальпируются. Лицо безразличное, ушные раковины чистые. Кости без деформаций и искривлений. Болезненности при пальпации и поколачивании позвоночника, ребер не отмечается. Подвижность позвоночника в норме.

Суставы нормальной формы, без деформаций и припухлости, болезненность при пальпации отсутствует, движения в суставах активные и свободные.

Мышечный слой развит умеренно, непропорционально, отмечается регидность затылочных мышц I-II степени.

**Дыхательная система**

Дыхание ритмичное, глубокое, частота 16 раз в минуту.

Перкуторно границы лёгких в норме

Аускультативно: дыхание над обоими легкими везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы и крепитация не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система**

Пульс ритмичный, хорошего наполнения, не напряженный = 76 уд/мин = ЧСС.

Верхушечный толчок пальпаторно определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Тоны сердца ритмичные, ясные. Артериальное давление составляет 140/90 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система**

Слизистая ротовой полости, зева, ротоглотки обычной окраски. Язык розовый, не обложен (чистый). Доступные для осмотра миндалины (небные) не увеличены. Живот овальной формы, не вздут. Венозная сеть на передней брюшной стенке не видна, видимой перистальтики нет. При поверхностной пальпации, живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на уровни реберной дуги, ровный, гладкий. При перкуссии живота – ясный тимпанит. Стул нормальный, оформленный. Асимметрии и деформаций в области правого и левого подреберья не обнаружено. Желчный пузырь не пальпируется. При пальпации селезенка не прощупывается. Край печени округлый, мягкий, болезненный. При перкуссии размеры печени: по правой среднеключичной линии – 9 см., по передней срединной линии – 8 см., по левой реберной дуге – 7 см.

При осмотре поясничной области изменение контуров и гиперемии кожи не отмечается. Симптом поколачивания с обеих сторон (-). Диурез в норме.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

Щитовидная железа не увеличена в размерах, доли не пальпирются.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Сознание ясное, положение пассивное, речевой контакт затруднен из-за моторной афазии, загружен, заторможен, мышление замедленно, при беседе быстро устает, говорит односложно, голос тихий, настроение подавленное, бред и галлюцинации не отмечались. Сон глубокий, продолжительный. Ориентирован во времени и месте. Память на недавние и отдалённые события сохранена.

**ФУНКЦИИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ**

Черепно-мозговые нервы и их функции

I пара – обонятельный нерв (n. olfactorius)

Заключение: у больного обонятельных нарушений не выявлено, обонятельных галлюцинаций не выявлено

II пара – зрительный нерв (n. opticus)

Заключение: наружное поле зрения располагается под углом 600 , верхняя

граница – под углом - 500, нижняя граница - 600, цветоощущения хорошие.

Глазное дно: диски зрительных нервов без особенностей.

III пара – глазодвигательный нерв (n. oculomotorius)

Заключение: ширина глазных щелей не одинакова S>D. Левый зрачок расширен, деформирован. Зрачки на свет реагируют. Двоения предметов перед глазами отрицает. Конвергенция зрачков нарушена.

IV пара – блоковой нерв (n. trochearis)

Заключение: двоение в глазах при взгляде вниз отсутствует. Ограничения движений глазного яблока не отмечается.

V пара – тройничный нерв (n. trigeminus)

Заключение: болевая чувствительность повышена на коже лица в точке выхода I ветви. При постукивании молоточком по подбородку при слегка приоткрытом рте происходит смыкание челюстей в результате сокращения жевательных мышц. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы вызываются.

VI пара - отводящий нерв (n. abducens)

Заключение: двоение предметов перед глазами отрицает, косоглазие и

ограничение движения глазных яблок не определяется.

VII пара – лицевой нерв (n. facialis)

Заключение: больной может наморщить лоб. Носогубные складки выражены хорошо. Может оскалится. Нарушений слуха, слёзоотделения, слюноотделения, вкуса не отмечает.

VIII пара – предверно-улитковый нерв (n. vestibulocochlearis)

Заключение: Шум в ухе, слуховые галлюцинации, снижение слуха отрицает.

Больной отмечает головокружение, нистагма – нет.

IX пара – языкоглоточный нерв (n. glossopharingeus)

X пара – блуждающий нерв (n. vagus)

Заключение: Речь вялая, свисания мягкого неба нет, положение язычка центральное. Рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки сохранены, глотание несколько затруднено. Вкус на задней трети языка сохранен.

XI пара – добавочный нерв (n. accessorius)

Заключение: Состояние m. sternocleidomastoideus и m. Trapezius удовлетворительное. Поворот головы в сторону и вниз, поднимание плеч больной осуществляет.

XII пара – подъязычный нерв (n. hypoglossus)

Заключение: При высовывании язык распологается по срединной линии, атрофии,фибриллярных подергиваний и тремора нет.

**ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА**

Активные движения в конечностях не ограничены , пассивные совершаются в полном объеме, мышечный тонус снижен .Акинезии, гиперкинезы, фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Отмечается дрожание правой кисти при поднятии руки. Больной не устойчив в позе Ромберга. Пальце-носовая и колено-пяточная пробы не выполняются. Сухожильные рефлексы (рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча, трехглавой и ахилов рефлекс) высокие, с правосторонним преобладанием. Кожные рефлексы и рефлексы со слизистых оболочек выполняются. Клонусы отсутствуют. Защитные рефлексы снижены справа.

**Чувствительная сфера**

Повышение болевой чувствительности в области надглазничной вырезки обусловлено поражением I ветви тройничного нерва.

Поверхностная, температурная, тактильная чувствительность снижены в правой половине туловища больного.

Глубокие и сложные виды чувствительности не нарушены.

**Менингиальные симптомы**: отмечается регидность затылочных мышц, симптомов Кернига и Брудзинского не выявлено.

**ВЕГЕТАТИВНЫЕ ФУНКЦИИ**

Трофические расстройства в доступных исследованию тканях, внутрисекреторные, вазомоторные расстройства не определяются. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение не нарушено. Нарушение функций тазовых органов не определяется. Отмечается нестойкий красный дермографизм. Церебральный пилорефлекс.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Электрокардиограмма

Осмотр окулиста

Рентгенограмм ОГК

Коагулограмма

Биохимический анализ крови(сахар, мочевина, креатинин, общий белок, АСТ. АЛТ, билирубин)

Анализ крови на RW, ВИЧ

РКТ головного мозга и костей черепа

**Результаты исследования**

1. Общий анализ крови. 27.03.2013.

Гемоглобин: 135г/л

Эритроциты: 3,5\*10^12/л

Лейкоциты: 5,8\*10^9/л

Цветовой показатель: 0,9

СОЭ: 10 мм/ч

Палочкоядеоные: 5%

Сегментоядерные: 62%

Эозинофилы: 1%

Лимфоциты: 24%

Моноциты: 8%

Заключение: показатели в пределах нормы

Биохимический анализ от(25.03.13)

АЛТ 41Е/л

АСТ 35Е/л

Глюкоза 5,6 ммоль/л

Мочевина8,6ммоль/л

Креатинин 0,035ммоль/л

Общий белок 72г/л

Билирубин общ 13,8мкмоль/л

Билирубин прям 2,9мкмоль/л

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: показатели в пределах нормы

Биохимический анализ от(03.04.13)

АЛТ 15Е/л

АСТ 35Е/л

Глюкоза 7,0 ммоль/л

Мочевина8,6ммоль/л

Креатинин 0,035ммоль/л

Общий белок 72г/л

Билирубин общ 13,8мкмоль/л

Билирубин прям 2,9мкмоль/л

Заключение: гипергликемия

Коагулограмма от 24.03.13

Заключение: показатели в пределах нормы

Анализ мочи. 27.03.2013

Цвет: соломенно-желтый.

Относительная плотность: 1015 (N: 1008-1026)

Белок: нет (N: нет)

Глюкоза: нет (N: нет)

Эпителий: плоский – 3-4

Лейкоциты: 1 (N: 0-3)

Заключение: все показатели в пределах нормы.

Анализ крови на групповую и резус принадлежность. 27.03.2011.

Группа крови – В (III) Rh+; Анти Rh-AT не обнаружены;

Осмотр окулиста.

ОД – глазного дна не просматривается

Заключение:

ОД – незрелая катаракта

OS – гипертонический ангиосклероз сетчатки

ЭКГ от 27.03.2013

Заключение: ритм синусовый, 57 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенограмма ОГК от 25.03.13

Легкие без видимых очаговых и инфильтративных теней, синусы свободны, корни застойны, сердце резко расширено влево, аорта уплотнена.

РКТ головного мозга, костей черепа от 25.03.2013

Заключение: Внутримозговое кровоизлияние в височной доле справа с прорывом в базальную цистерну. Субарахноидальное кровоизлияние. Субатрофические изменения головного мозга.

**ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

С учётом жалоб на головные боли в области лобной, теменной и височной долей, на головокружение, слабость, недомогание, кратковременный эпизод потери сознания, повышение артериального давления. Больной не устойчив в позе Ромберга. Пальце-носовая и колено-пяточная пробы не выполняются. Сухожильные рефлексы (рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча, трехглавой и ахилов рефлекс) высокие, с правосторонним преобладанием. Защитные рефлексы снижены справа. Поражения n. oculomotorius (отсутствует конвергенция зрачков); I ветвь n. trigeminus (повышение болевой чувствительности в точке выхода (надглазничная вырезка . Отмечается регидность затылочных мышц. Можно поставить диагноз Внутримозговое кровоизлияние в височной доле справа с прорывом в базальную цистерну. Субарахноидальное кровоизлияние. Субатрофические изменения головного мозга.

**КЛИНИЧЕСКИ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб на головные боли в области лобной, теменной и височной долей, на головокружение, слабость, недомогание, кратковременный эпизод потери сознания, повышение артериального давления. Анамнеза: Поражения n. oculomotorius (отсутствует конвергенция зрачков); I ветвь n. trigeminus (повышение болевой чувствительности в точке выхода (надглазничная вырезка . Отмечается регидность затылочных мышц. Больной не устойчив в позе Ромберга. Пальце-носовая и колено-пяточная пробы не выполняются. Сухожильные рефлексы (рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча, трехглавой и ахилов рефлекс) высокие, с правосторонним преобладанием. Защитные рефлексы снижены справа. Инструментальных методов исследования: данных РКТ Внутримозговое кровоизлияние в височной доле справа с прорывом в базальную цистерну. . Субатрофические изменения головного мозга. Можно поставить диагноз:

Субарохноидальное кровоизлияние.

**ДИФФЕРНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая сходство клинической картины данного заболевания с симптомами ишемического инсульта, опухолей головного мозга (лобной доли, передне-задней центральной извилины, ствола мозга, бассейна передней мозговойартерии) необходимо между ними провести дифференциальный диагноз.

1. Ишемический инсульт в отличие от геморрагического развивается на фоне выраженного падения АД, кроме того при исследовании люмбальной пункции у больного с ишемическим инсультом в ликворе отсутствует примесь крови, что характерно для геморрагического, когда весь ликвор равномерно окрашен кровью. Ишемический инсульт возникает обычно в периоды покоя в отличие от геморрагического ,когда тот возникает в период активной деятельности.

2. При опухолях лобных долей доминирует нарушение психики больного эпилептические припадки, чего не наблюдается при геморрагическом инсульте. Также возможно снижение обоняния и атаксия . При опухолях передней центральной извилины возникают очаговые двигательные эпилептические припадки, поражение ствола мозга опухолевым процессом, сопровождается парезом взора вверх и общемозговые долго не развиваются.

**Дневники**

02.04.2013г. Состояние тяжелое, жалобы на головную боль, головокружение, слабость в конечностях, недомогание. АД –130/90мм. рт. ст. Глазные щели неодинаковы. Зрачки S>D. Сухожильные рефлексы снижены справа. ЧСС 80 в мин. Температура тела 36,6С. ЧД 18 в мин. Дыхание везикулярное проводится по всем границам. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

03.04.2013г. Жалобы на слабость, ограниченные движения в конечностях, состояние средней степени тяжести. В сознании, во времени ориентируется. Зрачки S>D. Реакция на свет живая. Движение глазных яблок в полном объеме. . АД –140/110мм. рт. ст. ЧСС 80 в мин. Температура тела 36,6С. ЧД 18 в мин. Дыхание везикулярное проводится по всем границам. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

04.04.2013 Состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,9. Жалобы на общую слабость, головную боль. В сознании, ориентирован во времени и месте. Обследован: зрачки D=S, реагируют на свет. Активные движения в конечностях ограничены. Пульс 80 уд. в мин. АД – 140/95 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

05.04.2013. . Состояние средней степени тяжести, жалобы на головную боль, головокружение, слабость в конечностях, недомогание. АД –130/90мм. рт. ст. Глазные щели одинаковы. Зрачки S=D. Сухожильные рефлексы снижены справа. ЧСС 80 в мин. Температура тела 36,6С. ЧД 18 в мин. Дыхание везикулярное проводится по всем границам. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

08.04.2013 Жалобы на слабость, ограниченные движения в конечностях, состояние средней степени тяжести. В сознании, во времени ориентируется. Зрачки S=D. Реакция на свет живая. Движение глазных яблок в полном объеме. . АД –150/110мм. рт. ст. ЧСС 80 в мин. Температура тела 36,6С. ЧД 22 в мин. Дыхание везикулярное проводится по всем границам. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме

09.04.2013 Состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,9. Жалобы на общую слабость, головную боль. В сознании, ориентирован во времени и месте. Обследован: зрачки D=S, реагируют на свет. Активные движения в конечностях ограничены. Пульс 80 уд. в мин. АД – 140/95 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

10.04.2013Состояние средней степени тяжести, температура – 36,6. Жалобы на головную боль. В сознании, ориентирован. Обследован: зрачки D=S, реагируют на свет. Движение в конечностях ограничены справа. Пульс 83 уд. в мин. АД – 145/110 мм. рт. Ст.Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Постельный режим в течение

Сосудистая терапия, вазоактивные препараты (кавинтон, эуфиллин, трентал) – способствуют улучшению микроциркуляции головного мозга, торможению агрегации тромбоцитов, улучшению переносимости гипоксии клетками головного мозга за счет уменьшения сродства кислорода к эритроцитам, усилению поглощения и метаболизма глюкозы.

Дегидратационная терапия (маннитол, фуросемид) проводится при появлении симптомов повышения ВЧД.

Ноотропные препараты (пирацетам) – стимулируют передачу возбуждения в центральных нейронах, облегчают передачу информации между полушариями головного мозга, улучшают энергетические процессы и кровоснабжение мозга, повышают его устойчивость к гипоксии.

Поливитаминные комплексы с пиридаксином, тиамином, аскорбиновой кислотой – для улучшения обменных процессов в ЦНС.

Анальгетик (анальгин, пенталгин, седалгин) – анальгетическое действие.

Sol.Actovegini 10ml на 200 ml 0.9% NaCl

Sol.Emoxipini 1%-100ml 1p в/в

Sol.Etamsylati Na12/5-2mi 3p в/в

Furosemidi 20mg\*2p в/в

Сeftriaxoni 2/0 1pв/в

Analgini 50%-2.0 в/м

**ПРОГНОЗ**

Для жизни благоприятный

**ЭПИКРИЗ**

Больной \*\*\*\*\*\* 14.10.1941г, место жительства г. Орша поступил в ВОКБ 19.03.13 в 13:40 с жалобами на головные боли в области лобной, теменной и височной долей, на головокружение, слабость, недомогание, кратковременный эпизод потери сознания, повышение артериального давления. Объективно: Общее состояние больного тяжелое, настроение подавленное, состояние питания снижено, отмечается склонность к кахексии, лицо безразличное, мышечный тонус снижен, регидность затылочных мышц. Неврологический статус отягощен: Сознание ясное, речевой контакт затруднен. загружен, заторможен, мышление замедленно, при беседе быстро устает, говорит односложно, голос тихий, бред и галлюцинации не отмечались. Отмечается поражение III пары: ширина глазных щелей не одинакова S>D.Левый зрачок расширен, деформирован. Зрачки на свет реагируют. Двоения предметов перед глазами отрицает. Конвергенция зрачков нарушена.

Активные движения ограничены в правых конечностях. Мышечный тонус снижен в правой руке и правой ноге. Больной не устойчив в позе Ромберга. Пальце-носовая и коленно-пяточная пробы не выполняются. Сухожильные рефлексы высокие с правосторонним преобладанием.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: 1. Общий анализ крови. 27.03.2013.Гемоглобин: 135г/л,Эритроциты: 3,5\*10^12/л ,Лейкоциты: 5,8\*10^9/л ,Цветовой показатель: 0,9 ,СОЭ: 10 мм/ч ,Палочкоядеоные: 5%,Сегментоядерные: 62% ,

Эозинофилы: 1% ,Лимфоциты: 24% ,Моноциты: 8% .

Биохимический анализ от(25.03.13) АЛТ 41Е/л, АСТ 35Е/л, Глюкоза 5,6 ммоль/лМочевина8,6ммоль/л,Креатинин 0,035ммоль/л, Общий белок 72г/л

Билирубин общ 13,8мкмоль/л, Билирубин прям 2,9мкмоль/л.

Анализ мочи. 27.03.2013 Цвет: соломенно-желтый, Относительная плотность: 1015 ,Белок: нет ,Глюкоза: нет , Эпителий: плоский – 3-4, Лейкоциты: 1

ЭКГ от 27.03.2013 Заключение: ритм синусовый, 57 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенограмма ОГК от 25.03.13 Легкие без видимых очаговых и инфильтративных теней, синусы свободны, корни застойны, сердце резко расширено влево, аорта уплотнена.

РКТ головного мозга, костей черепа от 25.03.2013 Заключение: Внутримозговое кровоизлияние в височной доле справа с прорывом в базальную цистерну. Субарахноидальное кровоизлияние. Субатрофические изменения головного мозга. Был поставлен диагноз: Субарохноидальное кровоизлияние. АГ 3 ст риск 4. Сахарный диабет II типа и назначено лечение: Sol.Actovegini 10ml на 200 ml 0.9% NaCl Sol.Emoxipini 1%-100ml 1p в/в, Sol.Etamsylati Na12/5-2mi 3p в/в

Furosemidi 20mg\*2p в/в, Сeftriaxoni 2/0 1pв/в, Analgini 50%-2.0 в/м