1. Паспортные данные.
* ФИО:
* Дата рождения: 19. 12. 1970 г.
* Место работы: Инвалид второй группы
* Дата поступления: 22. 01. 2014
* Дата выписки: продолжено лечение в стационаре
1. Жалобы пациента.

Пациентка жалуется на затруднение речи и периодические головокружения.

1. История развития настоящего заболевания.

Пациентка считает себя больной с 19.07.2013г., когда она получила тяжелую черепно-мозговую травму головы. В результате падения был перелом затылочной кости, ушиб головного мозга, острая эпидуральная гематома слева. Лечилась в центральной районной больнице в Шарковщине. Была произведена операция по поводу полученной травмы. Затем развился послеоперационный дефект левой лобно-теменной области и в правой лобно-теменной области. Для устранения дефекта была направлена в Витебскую областную больницу в нейрохирургическое отделение.

1. История жизни.

Пациентка родилась 19.12.1970 г. первым ребенком в семье, в срок. Росла и развивалась нормально, без отклонений. Имеет высшее педагогическое образование. Замужем. Живет с мужем и дочерью. Условия быта хорошие. До получения травмы работала в Шарковщинской школе учителем истории. Сейчас является инвалидом II группы. Из перенесенных заболевание отмечает ветряную оспу в детстве и простудные заболевания. Перенесенные операции – трахеотомия. Аллергических реакций на медикаменты, химические вещества, пищевые продукты или их плохую переносимость не отмечает. Трансфузионный анамнез не отягощен. Физическая активность до получения травмы была нормальная. Интеллектуальные нагрузки были также в пределах нормы.

Не имеет вредных привычек (не курит, принимает алкоголь только по торжественным датам и в небольших количествах). Состояние здоровья ближайших родственников в норме.

1. Общее состояние.

Состояние пациентки удовлетворительное. Положение активное. Телосложение гиперстеническое, рост 168 см., вес 90 кг. Температура тела 36,6. Кожный покров бледно-розового цвета, слизистые розового цвета, не изменены. Волосы короткие, вследствие проведенного оперативного вмешательства. Ногти не изменены. Подкожная клетчатка развита в пределах нормы. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

Форма и размеры черепа нормальные. Имеются костные дефекты в левой лобно-теменной области 5×5 см. и в правой лобно-теменной области 7×6 см. Локальная незначительная болезненность определяется при пальпации в левой лобно-теменной области в месте операционной раны. Конфигурация позвоночника нормальная, объем движений в различных отделах не ограничен, болезненности при пальпации паравертебральных точек и паравертебральных мышц не отмечает. Болезненности при пальпации и перкуссии остистых отростков нет. Суставы не деформированы, доступны все объемы физиологических движений, болезненности не отмечается как при движениях, так и при пальпации. Аномалии развития отсутствуют.

1. Общесоматический статус.
* *Органы дыхания.*

Статический осмотр грудной клетки.

 Форма грудной клетки нормостеническая, степень выраженности над- и подключичных ямок средняя, величина ребер – средняя. Надчревный угол острый. Лопатки прилегают плотно. Переднезадний размер грудной клетки меньше бокового. Выпячиваний не имеется.

Динамический осмотр грудной клетки.

 В акте дыхания учавствуют равномерно обе половины грудной клетки. Тип дыхания – грудной. Дыхание ритмичное, глубокое, 18 раз в минуту.

Пальпация грудной клетки.

 Регидность грудной клетки в норме, болезненность при пальпации не отмечается. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое, в норме.

Перкуссия грудной клетки.

 Сравнительная перкуссия: на симметричных участках звук ясный легочный по всем линиям.

 Топографическая перкуссия:

Верхние границы: спереди на 3 см над ключицей справа и на 3,5 см слева.

Сзади: 1 см ниже отростка VII шейного позвонка.

 Поля Кренига: справа 4 см, слева 4,5 см.

 Нижние границы легкого: соответствуют норме.

 Подвижность нижних краев легкого: в пределах нормы.

 Аускультация легких:

Дыхание везикулярное по всем линиям, хрипы отсутствуют, дыхание не ослаблено.

* *Сердечно-сосудистая система.*

Выпячиваний в области сердца нет.

Верхушечный толчок есть, локализуется в пятом межреберье, на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадь 2 см квадратных, умеренно резистентный.

Надчревной пульсации нет.

Пульсация сосудов шеи отсутствует.

Пальпация области сердца и сосудов.

 Пальпируется верхушечный толчок в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 2 см квадратных, умеренно резистентный.

Пальпация на лучевых артериях пульса:

 Пульс одинаковый, 77 ударов в минуту, ритмичный, соответствует частоте сердечных сокращений, артериальная стенка упругая. Дефицит пульса отсутствует.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка.

 Границы относительной тупости:

Правая: в 4-м межреберье на 2 см. кнаружи от правого края грудины.

Левая: в 5-м межреберье на 3 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край 3 ребра по окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца 17,8 см.

 Границы абсолютной тупости:

Правая: 4 межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: 5 межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край 4 ребра по окологрудинной линии слева.

Аускультация сердца:

Тоны сердца приглушены, ритмичные.

АД: на правой и левой руке 110/70 мм.рт.ст.

* *Органы пищеварения.*

Исследование ротовой полости:

Язык влажный, не обложен, зев не гиперемирован, рвоты нет, акт глотания не нарушен.

Осмотр живота:

Живот обычной формы, выпячиваний нет, расширения вен не обнаружено, рубцов, сыпи, пигментации нет.

Перкуссия живота:

Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации, безболезненный. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Аускультация живота:

Перистальтика обычная.

Перкуссия печени.

Размеры: по правой подмышечной линии 12 см, по правой срединно-ключичной линии 10 см, по окологрудинной правой 9 см.

Размеры печени по Курлову:

Правая срединно-ключичная линия – 10 см

Срединная линия – 9 см

Косой размер – 7 см.

Пальпация печени.

Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, край гладкий, округлый, безболезненный.

Перкуссия селезенки.

Поперечный размер – 4 см.

Продольный размер – 6 см.

Пальпация селезенки.

Не пальпируется.

* *Мочеполовая и эндокринная системы.*

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный. Диурез достаточный.

Щитовидная железа не увеличена. Экзофтальм отсутствует. Тремора рук не наблюдается. Очагов пигментации кожи, пигментных пятен, пишментных невусов, стрий не обнаружено.

1. Неврологическое обследование.
* *Состояние сознания и некоторых психических функций.*

Сознание ясное, не изменено. Пациентка ориентируется в собственной личности, в месте и во времени. Адекватно относится к своему состоянию, возможен полный контакт с врачом и окружающими людьми. Интеллект соответствует возрасту и образованию. Внимание активное, амнезия отсутствует. Настроение ровное. Мнительность и навязчивые страхи, мыс­ли, дей­ст­вия отсутствуют. Сон глубокий и продолжительный. Пациентка засыпает и просыпается хорошо.

* *Речь, праксис, гнозис.*

Пациент хорошо понимает свою собственную и обращенную к нему речь. Произношение не нарушено: речь пра­виль­ная, чет­кая, выразительная. Артикуляция сохранена. Способность к письму, чтению и счету не нарушена. Последовательность выполнения целенаправленных действия сохранена. Понимает значение зрительных и слуховых раздражителей, ориентируется в схеме частей своего тела.

* *Функции черепных нервов.*

I пара (обонятельный нерв): обоняние сохранено с обеих сторон, обонятельные галлюцинации отсутствуют.

II пара (зрительный нерв): имеется аметропия (миопия), коррегирующаяся линзами. Поля зрения сохранены. Осмотр глазного дна окулистом: глазное дно без видимой патологии.

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

V пара (тройничный нерв): боли в области лица, болезненность в тригеминальных точках отсутствует. Чувствительность в зоне инервации тройничного нерва сохранена. Корнеальный рефлекс сохранен. Сила жевательных мышц сохранена.

VII пара (лицевой нерв): носогубные складки и углы рта симметричны. Нахмуривание бровей, оскал зубов, надувание щек сохранены. Надбровные рефлексы положительны.

VIII пара (преддверно – улитковый нерв): острота слуха в норме. Костная проводимость сохранена. Шум в ушах головокружение отсутствуют.

IX пара (языкоглоточный нерв), X пара (блуждающий нерв): дисфагия и дисфония отсутствуют. Нарушения вкуса на задней трети языка отсутствуют. Нарушения дыхания и сердечного ритма отсутствуют. Небные и глоточные рефлесы сохранены.

XI пара (добавочный нерв): поворот головы и пожимание плечами сохранены.

XII пара (подъязычный нерв): движения языка не ограничены. Симметричен при высовывании располагается по срединной линии, подергиваний нет.

Вывод: на основании проведенного исследования функции черепно-мозговых нервов у больного нарушений не выявлено.

* *Двигательная сфера.*

|  |  |
| --- | --- |
| Объем, рельефность, правильность развития мышц | Отклонения отсутствуют. |
| Объем и характер активных (произвольных) движений. Некоторые формы привычной двигательной активности.  | Движения в объеме не ограничены. Походка нормальная, двигательная активность не нарушена. |
| Сила мышц шеи, конечностей, туловища. | Мышечная сила в норме. Патологической утомляемости не наблюдается. |
| Мышечный тонус. | В норме. |
| Сухожильные и периостальные рефлексы (биципитальный, триципитальный, карпорадиальный, коленный, ахиллов). Поверхностные рефлексы (верхний, средний, нижний брюшные, подошвенный, анальный).  | Рефлекторная активность не нарушена. Патологические стопные рефлексы Бабинского отсутствуют. Патологических синкинезий не наблюдается. |
| Наличие и характер патологических двигательных феноменов.  | Отсутствуют. |
| Координация движений: правильность некоторых форм привычной активности, пробы Ромберга, пальце-носовая, пяточно-коленная пробы. Проба на диадохокинез. Пробы Стюарта-Холмса, Бабинского.  | Наблюдается небольшое пошатывание в позе Ромберга. Остальные пробы на координацию движений без отклонений.  |

* *Чувствительность.*

Болезненность нервных стволов отсутствует. Парастезии не определяются. Расстройства болевой, температурной, тактильной, мышечно-суставной и вибрационной чувствительности не выявляются.

Вывод: Расстройств со стороны чувствительной сферы нет.

* *Менингеальные симптомы.*

Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний, средний, нижный симптомы Брудзинского, симптом Гордона отрицательные.

Вывод: Менингеальная симптоматика отсутствует.

* *Вегетативные функции.*

Вазомоторные, секреторные и трофические расстройства (акроцианоз, локальная асфиксия, изменения температуры кожи, неврогенный отек, изменение пульсации артерий стоп, эритромегалия, артропатии, локальный гипертрихоз, изменения потоотделения, пролежни) не определяются. Рефлекс Ашнера, шейный рефлекс Чермака положительны. Тазовые органы – задержка и недержание мочи, кала, императивные позывы отсутствуют.

Вывод: Нарушения со стороны вегетативной нервной системы не определяются.

1. Лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Общий анализ крови (25.04.16.)**
гемоглобин - 122 г/л

эритроциты – 5,3 \* $10^{12}$ /л
СОЭ – 4 мм/ч
лейкоциты - 9,6 х10 9/л

эозинофилы – 2%
палочкоядерные – 5%
сегментоядерные – 67%
лимфоциты - 16%
моноциты - 10%

**Биохимический анализ крови** **(25.04.16)**
общий белок -75 г/л

мочевина -4,9 ммоль/л

Креатинин-0,085 ммоль\л
ХС общий – 6,1 ммоль/л

Билирубин общ – 14,2 мкмоль/л

Билирубин связ – 3,8 мкмоль/л

AST – 24 Е/л
ALT – 17 Е/л
Глюкоза – 6,41 ммоль/л

**Гемостазиограмма (26.04.16):** АЧТВ – 29, ПТИ – 1,07, фибриноген А - 3,7 г/л

**ЭКГ (25.04.16):** ритм синусовый 74 уд. в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки умеренно выраженных гипертрофических изменения ЛЖ.

**КТ (25.04.16): Заключение:** зона кистозно- маляционных изменений в проекции базальных ядер слева( вероятно постишемического характера)

**УЗИ экстракраниальных брахиоцефальных артерий (28.04.16):** стеноз в ОСА справа 20%, в ОСА слева 30%, в устье ВСА слева 46%. Справа в ОСА, вблизи бифуркации, определяются рыхлые тромботические массы.

1. Топический диагноз и его обоснование.

Так как при посуплении у пациента наблюдались выраженная моторная афазия( не мог подобрать слова, чтобы выразиться), левополушарная очаговая симптоматика в виде легкого центрального правостороннего гемипареза( увеличены рефлексы и тонус на правых конечностях, рефлкс Бабинского + на правой ноге), можно сделать предположение, что очаг поражения находится в области левой внутренней капсулы (поражен пирамидный путь) и коры левого полушария головного мозга.

1. Клинический диагноз и его обоснование.

На основании жалоб пациентки на затруднение речи, периодические головокружения и дефекты в правой и левой лобно-теменных областях, на основании анамнеза заболевания (пациенткой 9.07.13 в результате падения была получена тяжелая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, острая эпидуральная гематома слева). После трепанации развился послеоперационный дефект черепа. Также на основании заключения РКТ головного мозга: на краниограмме в двух проекциях определяются посттрепанационные дефекты справа в лобно-теменной области 7×6 см., слева в теменной области 5×5 см.; зоны энцефаломаляции, порэнцефалия в лобно-височно-теменной области правого полушария, лобно-теменной области левого полушария. Состояние после трепанации черепа. На основании заключения ЭЭГ головного мозга (умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствуют о преобладании процессов возбуждения и раздражения, повышена реактивность стволовых структур мозга). Можно выставить диагноз: транзиторная ишемическая атака в левом каротидном бассейне (25.04.16.) на фоне артериальной гипертензии II ст 4 риск.

1. Дифференциальная диагностика.
2. *Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии.*

Ишемический инсульт характеризуется постепенным (в течение нескольких часов или дней) или внезапным началом, с возможной потерей сознания. При поражении ствола артерии до отхождения от него глубоких ветвей развивается тотальных инфаркт с контралатеральными грубыми гемиплегией, гемианестезией и гемианопсией. При поражении артерии после отхождения глубоких ветвей имеется сходная симптоматика, но выраженная несколько меньше (более глубокий парез в конечностях). Поражение доминантного полушария сопровождается развитием афазии, алексии, аграфии, апраксии. При локализации в псевдодоминантом полушарии возникают анозогнозия, расстройства схемы тела, возможны псевдореминисценции и конфабуляции. Состояние наиболее тяжёлое в первые 2-5 сут заболевания.

У данного больного отмечался лёгкий правосторонний гемипарез, моторная афазия. Регрессия симптомов с полным восстановлением произошла в течение 24 часов после начала заболевания, что позволяет исключить диагноз ишемического инсульта.

1. *Геморрагический инсульт.*

Нередко провоцируется резким повышением АД. Кровоизлияние в головной мозг начинается стремительно, мгновенно, с нарушением сознания (оглушение, сопор или кома) в течение нескольких суток. Лицо у больного окрашивается багрово-синюшный оттенок, понижается температура тела, АД значительно повышено до 200/100 мм.рт.ст. и более, сосуды шеи пульсируют, зрачки сужены, дыхание громкое, пульс напряженный, замедленный; нередко возникает недержание мочи. Менингиальные симптомы положительные. Развивается характерная для места поражения очаговая симптоматика.

У данного пациента отмечалась очаговая симптоматика, однако приступ не сопровождался характерными для кровоизлияния вегетативными расстройствами.

1. *Опухоли головного мозга.*

 Для данной группы заболеваний характерны следующие симптомы это:

Общемозговые: головная боль, рвота, нарушения психики и сознания. Головная боль, вначале приступообразная, затем постоянная, глубинная, с усилением по ночам, под утро, при изменении положения головы, физическом напряжении. В зоне проекции опухоли может быть локальная болезненность при перкуссии и пальпации черепа. Рвота, тошнота и головокружение отме­чаются примерно у половины больных. Часто они появляются на высоте головной боли и в связи с переменой положения головы. Очаговые симптомы (парез, афазия, гипестезия и др.), зависят от локализации ново­образования. Симптомы характерны для поражения соседних с опухолью областей, а так же могут возникать эпилептические припадки.

У больного заболевание развилось остро, без предшествующих нарушений и изменений в состоянии здоровья.

1. Лечение.

1.Режим палатный.

2.Стол Б

 3. С нейропротекторной целью:

Sol. Emoxipini 3% - 30 ml в/в в 200 ml изотонического раствора хлорида натрия 2 раза в день, курс 5 дней; затем в/м 3% 5ml 3 раза в сутки, курс 20 дней.

Sol. Pyracetami 20% - 10ml внутривенно струйно 2 раза в день в течение 10 дней.

Cerebrolysini – 5ml внутривенно капельно 2 раза в день в течении 7 дней.

4. Антиагрегант. Для профилактики тромбоэмболий

Tab. Acidi asetylsalicylici 0,5 -  ¼ таб. вечером

5.С гипотензивной целью:

Enalaprili 10 mg-2 раза в день.

Sol. Magnezii sulfatis 20% - 5ml внутривенно медленно в течении 7 дней.

6. Для улучшения мозгового кровообращения и микроциркуляции.

Sol. Kavinton(Vinpocetini) - по 2 мл 0,5% раствора на 300 мл изотонического раствора натрия хлорида или в таблетках по 20—30 мг/сут;

7. С противоотечной целью:

Sol. Furosemidi 1% - 1ml внутривенно через день.

8. Физиотерапевтическое лечение: ЛФК, электрофорез веществ, улучшающих обменные процессы в нервной ткани (глутаминовая и аскорбиновая кислота, пирацетам), сосудорегулирующего (никотиновая кислота, эуфиллин) и седативного действия (натрия бромид, магния сульфат и др.) по глазозатылочной методике, эндоназально, на область проекции шейных симпатических узлов или на воротниковую область; электросон и др.

1. Дневники курации.

29.04.16.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сознание ясное. Лицо симметричное. Сила D=S. В позе Ромберга устойчив. Речь, глотание не нарушены. Чувствительных нарушений нет Легкие: дыхание везикулярное, хрипов нет, 17 раз в минуту. Сердце: тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 73 уд. в мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Отеков нет.

03.05.16.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сознание ясное. Лицо симметричное. Сила D=S. В позе Ромберга устойчив. Речь, глотание не нарушены. Чувствительных нарушений нет. Легкие: дыхание везикулярное, хрипов нет, 16 раз в минуту. Сердце: тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 78 уд. в мин. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Отеков нет.

1. Прогноз.

Прогноз для жизни и здоровья относительно неблагоприятный. Преходящее нарушение мозгового кровообращения является важным фактором риска инсульта в дальнейшем. Примерно у 10% больных спустя 24 часа после перенесенного приступа наступает инсульт. 20% пациентов он поражает в течение нескольких месяцев. На прогноз также влияет наличие у пациента гипертонической болезни.

1. Эпикриз.

Пациентка \_\_\_\_\_\_ 19.12.1970 г.р., инвалид второй группы поступила в нейрохирургическое отделение 22.01.14. в \_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке по направлению Шарковщинской ЦГБ на хирургическое лечение и для устранения последствии черепно-мозговой травмы. Тяжелую ОЧМТ, ушиб мозга, эпидуральную гематому получила 9.07.13, в результате падения. После получения травмы находилась на лечении в Шарковщинской ЦРБ. После трепанации развился послеоперационный дефект в левой лобно-теменной области 5×5 см и в правой лобно-теменной области 7×6 см. Также после получения травмы развилась легкая дизартрия.

При поступлении состояние пациентки оценивается как удовлетворительное. На основании исследований и осмотра пациентке был выставлен диагноз: Послеоперационный дефект слева в лобно-теменной области 5×5 см., в правой лобно-теменной области 7×6 см.

За время пребывания в стационаре пациентка получила Диазепам 0,05%-2,0; Фентанил 0,005% - 2,0 мл в/в; Tab. Cerenro 400 mg/ 1×3 раза в день; Tab. Neiromidini 20mg. 3 раза в день. Отмечается положительная динамика. Пациентка остается в стационаре.