АГМУ

# Кафедра неврологии

Зав. кафедрой: профессор Пинегин Л.Е.

Преподаватель: ассистент Трубченков В.С.

Куратор: Костарева Н.Н 463группа.

**История болезни**

**Больная: ФИО**

**Клинический диагноз: ОНМК по ишемическому типу в вертебрально-базилярном бассейне (от 17.11.08.) в виде гомонимной левосторонней гемианопсии на фоне ГБ I степени , 4 группы риска.**

Барнаул 2008

**Паспортные данные**

#### Ф.И.О.

Возраст. 33года.

Год рождения. 1975года 27 июня

Место работы и занимаемая должность. Детсад, медсестра

Место жительства. Целинный район поселок Дружба

Семейное положение. Замужем

Дата поступления в больницу. 21.11. 08г.

**ЖАЛОБЫ:**

Больная предъявляет жалобы на снижение левого поля зрения левого глаза, головную боль ,давящего характера преимущественно локализованную в лобной и височных областях, общую слабость ,головокружение.

**ANAMNESIS MORBI**

Больной себя считает с 17. 11. 08 года когда утром после душа сушила голову феном и резко почувствовала потемнение в глазах, сознание не теряла ,немного позже заметила снижение левого поля зрения левого глаза, самостоятельно обратилась к врачу по месту жительства. Была проконсультирована окулистом, поставлен диагноз: врождённая катаракта левосторонняя, гомонимная гемианопсия. 19 и 20 ноября получала реополиглюкин В/В капельно №2 . Активигин 10.0 В/В капельно №2. Никотиновая кислота В/М. На фоне терапии отметила улучшение, но поле зрения не восстановилось. 21 ноября была направлена в новую краевую больницу.

**ANAMNESIS VITAE**

ФИО родилась 27.06.1975г. Пос. Дружба. Целинного р-она. В семье была 3 ребёнком, роды проходили без осложнений, ходить начала в 1 год развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Начало менструации с 12 лет. Закончила 11 классов средней школы. В 1992г поступила в медучилище на лечебное отделение, период обучения 2.8года. В 1993г. Вышла замуж. Имеет 2 детей, мальчики 14 и 6 лет, вторая беременность и роды протекали тяжело было сделано кесарево сечение. Было два аборта 1993г и 2008г. Выкидышей не было.

Начало самостоятельной трудовой жизни с 1997г. Общий стаж работы 11 лет. Работает медсестрой в детсаде.

Последние 1,5-2года отмечает повышение АД до 140/90 принимала атенолол. По поводу чего обращалась в поликлинику по месту жительства. Был поставлен диагноз ГБ 1 ст. 1степени. риск 4

Перенесённые заболевания: б. Боткина в 8 лет, ангина, краснуха.

Эпидемиологический анамнез: венерические заболевания, туберкулёз, гепатиты отрицает.

Аллергии на пищевые продукты и л/с не отмечает. Вредных привычек нет.

Наследственные заболевания нервной системы отрицает; по отцу отмечает наследственность по ГБ и сахарному диабету.

**STATUS PRESENS COMMUNIS**

Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, положение в постели активное. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Кожа теплая, влажная, тургор cохранен. Слизистая рта, конъюнктивы розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над и подключичные, локтевые, подмышечные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Отеков и подкожных эмфизем нет. Рост 174 см, вес 65кг. Наличие рубцов, дефектов области головы не наблюдается. Тип оволосенения по женскому типу. Волосы темные. Асимметрии грудной клетки, изменение формы суставов не выявлено. Подвижность в шейном, грудном и пояснично- крестцовом отделах в полном объеме. Движение суставов в полном объеме.

Мышечная система: мышцы в тонусе, атрофий болезненности при пальпации нет. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Носовое дыхание свободно. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип смешанный. ЧД=16. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание проводится с одинаковой силой. При сравнительной перкуссии прослушивается ясный легочный звук по всем точкам. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 4,5см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см. Границы легких в пределах нормы.

Аускультация: на месте сочленения рукоятки грудины с телом, на щитовидном хряще, на остистых отростках 1-3 шейных позвонков чётко прослушивается бронхиальное дыхание, а в стандартных точках сравнительной и топографической аускультации – везикулярное дыхание. Патологий не выявлено. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

**СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс на обеих руках частотой 74 удара в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений, ритм правильный, нормального наполнения, синхронный на обеих руках, дефицита пульса нет. Артериолы ногтевых фаланг не пульсируют. Артериальное давление на обеих руках 130/90 миллиметров ртутного столба. При аускультации акцент второго тона над аортой во втором м/р справо . Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются. При аускультации брюшной части аорты стенотический шум не выслушивается.

Верхушечный толчок в 5-ом м/р, на 1-1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, без трещин и изъязвлений, налетом не обложен, сосочки не гипертрофированы.

Зубных протезов нет. Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует активно, видимых пульсаций, видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует.

Пальпация. Температура одинаковая на поверхностно-симметричных участках, кожа влажная. Подкожножировая клетчатка хорошо выражена. Живот мягкий, расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа. Слепую кишку пропальпировать не удалось. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени располагается по краю реберной дуги, контур ровный мягко-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Проявляется общемозговой симптом (головная боль, головокружение). Менингиальные симптомы отсутствуют.

**ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ**

I пара – n.olfactorius: гипосмия, обонятельные галлюцинации отрицает.

II пара – n. opticus: острота зрения каждого глаза снижена. Цветоощущение не нарушено, отмечена левосторонняя гемианопсия. Нистагм отсутствует. Мигательный рефлекс слева отрицательный, справа положительный

**Глазное дно без патологии**

III,IV,VI пара – n. Oculomatorius, n.trochlearis, n.abducens: у больного глаза симметричны, правильной формы, птоза нет. Зрачки одинаковы, нормальной величины. Реакция зрачка на свет, как прямая, так и содружественная, сохранена. Движения глазных яблок не нарушены. Диплопии нистагма нет. косоглазие не отмечается.

V пара – n.trigeminus: функция жевательных мышц в норме. При давлении на точки выхода тройничного нерва болезненности не отмечает. Нижнечелюстной, карниальные, надбровные рефлексы присутствуют. Болевая, тактильная, температурная чувствительность сохранена, одинакова на обеих половинах лица.

VII пара – n. facialis: лицо симметрично носогубные складки одинаковы. Свободно поднимает брови, смыкает веки, при обнажении зубов лицо симметрично. Слезотечение, сухости во рту нет. Вкус на передней 2/3 языка сохранен. Надбровный рефлекс – положительный. Симптомы орального автоматизма отрицательные.

VIII пара - n.Vestibulocochleris: острота слуха на шепотную и разговорную речь сохранена. Отмечает головокружение во время подъема АД. Вестибулярные нагрузки переносит хорошо. Слуховые галлюцинации отрицает. Нистагм отрицательный. Разговорная речь справа = 6 м слева = 6м. Шепотная речь справа = 4м. слева = 4м.

IX, X пары - n.glossopfaringeus, n.vagus: подвижность мягкого неба сохранена. Глотание и фонация не нарушены. Небные и глоточные рефлексы сохранены. Вкусовая чувствительность в норме.

XI пара - n. Accesorius: контуры трацепивидной, кивательной мышц без изменений. Вытянутые в сторону руки поднимает выше горизонтального уровня. Поднятие надплечий, поворот головы в сторону, отведение лопаток выполняет в полном объеме.

XII пара - n.hypoglossus: внешний вид языка нормален, атрофий, мышечных подергиваний нет. Язык выдвигает по средней линии, обе половины языка симметричны.

**ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СФЕРА**

Поверхностная и глубокая чувствительность тела сохранена. Болезненности нервных стволов при пальпации нет. Симптом Лассега с лева = 900, на правой = 900. Симптом Вассермана, Нери, Мацкевича отрицательны с права и с лева.

**ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУКЦИИ**

Походка прямая, устойчивая свободно ходит на пятках. Пальценосовую, пяточно-коленную пробы выполняет уверенно. Объем активных движений в шейном грудном, поясничном отделах неограничен. Движение в суставах верхних и нижних конечностях полные. Сила мышц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сила мышц  |  Dex. |  Sin. |
| Сгибателей рук | 4 | 4 |
| Разгибатели рук | 4 | 4 |
| Сгибатели ног | 5 | 5 |
| Разгибатели ног | 5 | 5 |

Проба Баре отрицательная. Тонус мышц в конечностях не изменен. Фасцикуляторных подергиваний нет. Координация сохранена пальценосовую, пяточно-коленную, пальце-указательную пробы выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива.

**РЕФЛЕКТОРНАЯ СФЕРА**

Сухожильные: карпорадиальный, бицепитальный, триципитальный, коленный, ахиллов, подошвенный рефлексы одинаковы с обеих сторон, гипо- и гиперрефлексии нет. Патологические рефлексы отрицательные. Брюшные рефлексы: верхний, средний и нижний D=S.

Патологические рефлексы: Экстензорные Бабинского, Шеффера, Гордона, Оппенгейма- отрицательные. Флексорные (Россолимо)- положительный больше справа.

Рефлекс орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный, назо-лобиальный) не обнаружены.

Симптомы натяжения: Ласега, Вассермана, Мицкевича отрицательные.

В позе Ромберга устойчива.

**ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

Синдром Бернара – Горнера отрицательный. Цвет кожи обычный, пигментаций, высокой температуры тела, усиленного потоотделения нет. Сальность кожи в пределах нормы. Дермографизм розовый ширина полоски 2 мм., возникает на 1 минуте, исчезает через 2-3 минуты. Трофических изменений кожи не обнаружено. Коэффициент Хильдебранна = 4,6 ( ЧСС/ ЧДД= 74/16) (в пределах нормы).

Индекс Кердо:

ВИ=(1-Д/Р)\*100

ВИ=(1-70/74)\*100=10.

В регуляции ССС преобладает симпатическая нервная система

Функции тазовых органов не нарушены.

**ВЫСШИЕ КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ**

Сознание ясное, во времени и месте ориентирована, с окружающими контактирует. Бредовые идеи, галлюцинации, навязчивые состояния отрицает. В развитии в данный момент соответствует интеллекту своего возраста. Больная адекватно оценивает свое состояние, конкретно отвечает на поставленные вопросы, уверенно повторяет сложные фразы, быстро говорит скороговорки. Понимает смысл пословиц. Пишет разборчиво, читает быстро и со смыслом. Простые действия (застегивает пуговицу) выполняет хорошо. С закрытыми глазами определяет правильно предметы.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови; оценка гемостаза.
2. ЭКГ.
3. КТ.
4. Консультации окулиста.
5. **Общий анализ крови (23.11.08.):**

Гемоглобин- 156/л

Лейкоциты- 6.5 \* 109/л

СОЭ- 4мм/ч

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Э | п/я | с/я | Л | М |
| 1 | 3 | 62 | 26 | 8 |

Анализ крови на сахар ( 23.11.08.): 3.2 ммоль/л

Оценка гомостаза: АПТВ 35 сек.(норма 29)

Протромбиновое время 18 сек (норма 17)

Тромбиновое время 14 сек (норма 15)

Фибриноген 3,75(норма 2,0-3,0)

Активность атитромбина III 118 (норма 80-120)

Агрегация тромбоцитов 13 (норма 15)

ЭКГ. ВЫВОД: ритм синусовый, 74 ударов в минуту, присутствуют признаки нарушения проводимости правого предсердия, гипертрофия левого желудочка, нарушение процесса деполяризации. На основании данных ЭКГ выявляется гипертрофия левого желудочка, нарушения проводимости и нарушении метаболических процессов в миокарде.

**Консультация окулиста**

от 24.1 1.08.

Заключение: глазное дно без патологии. Врожденная катаракта.

**КТ головного мозга от 21.11.08**

Заключение: Виден равномерный гиподенсивный участок, соответствует бассейну вертебро-базилярной артерии.

**ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб больной (головная боль, головокружение, слабость и выпадение латерального поля зрения левого глаза) и неврологического статуса: гомонимная левостороння гемианапсия, общемозговой синдром (головокружение, головная боль, общая слабость) и анамнеза заболевания, можно предположить, что у больной произошёл инсульт. Очаг находится в вертебрально-базилярной системе, с поражением зрительных проводников, пучка Грасиоле в области внутренней сумки.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз ишемического инсульта нередко требует исключения геморрагического или опухолевого поражения мозга. Инсультообразно протекает кровоизлияние в опухоль, однако обычно при опухоли мозга удается выяснить, что острому периоду предшествовали нарастающая головная боль и очаговые симптомы. Существенную помощь в диагностике оказывает степень смещения срединных структур на эхоэнцефалограмме и обнаружение объемных образований на КТ, характерных для опухолей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дифференциальные критерии | Геморрагический инсульт | Ишемический инсульт |
| Рвота | Более 50% | Редко (2-3%) |
| Дыхание | Аритмичное, клокочущее | Редко нарушено при полушарных очагах |
| Пульс | Учащен до 80-100 | Может быть учащен, мягкий. |
| Параличи, парезы конечностей | Гемиплегия с гиперрефлексией, гориетонии. | Неравномерный гемипарез, м. нарастать до гемиплегии.  |
| Патологические симптомы | Чаще двусторонние, более выраженные контралатерально очагу. | Односторонние. |
| Менингеальные симптомы | Часто. | Редко. |

Из данных приведенных в таблице следует вывод, что по описанной клинике подходит только ишемические инсульты, атрофия головного мозга.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб больной (головная боль давящего характера, локализованная в лобной и височной областях, головокружение, слабость) можно выявить у неё общемозговую симптоматику. Эти симптомы появляются на фоне повышения АД, значит они сосудистого генеза. На основании объективного обследования выявлено повышение артериального давления до 140/90 мм.рт.ст. и акцент второго тона на аорте.

Анализируя и сопоставляя результаты дополнительных методов исследования (данные КТ: виден равномерный гиподенсивный участок, соответствует бассейну вертебро-базилярной артерии), а также неврологический статус, можно отметить выпадение латерального поля зрения слева, положительный симптом Россалимо, больше справа.

Т.е. с учетом жалоб. Анамнеза жизни и заболевания, данных неврологического статуса можно поставить диагноз: ОНМК по ишемическому типу в вертебрально- базилярном бассейне (17.11.08г.). Гомонимная левосторонняя гемианопсия на фоне гипертонической болезни Iстадии, 1 степени, риск 4.

**ЛЕЧЕНИЕ**

I)Лечение ГБ, атеросклероза.

II) Лечение ишемического инсульта.

I.

1)Контроль за массой тела.

2) Диета № 10а.

3)Снижение уровня психосоциального стресса.

II.

1. средства улутчающие мозговое кровообращение.
2. миотропные спазмолитические средства.
3. ноотропные препараты.
4. антикоагулянты.
5. антиагреганты.
6. диуретические средства.
7. группа никотиновой кислоты.

II. Нелекарственные методы

1)Аутотренинг с мышечной релаксацией

2)Акупунктура, электросон, биоакустические воздействия (музыка), сауна, туризм, гирудотерапия.

III. Лекарственные препараты

Первого ряда - при длительном приеме должны отвечать требованиям:

1. Не задерживать жидкость в организме

2.Не нарушать углеводный, липидный, пуриновый обмен

3.Не угнетать ЦНС

4.Не провоцировать рикошетную гипертонию.

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Соблюдение режима сна, физической нагрузки.
2. уменьшение эмоциональной нагрузки.
3. наблюдение невропатолога по месту жительства.
4. контроль давления.
5. регулярное курсовое лечение.

**ПРОГНОЗ**

В отношении жизни благоприятный, при соблюдение лечения, рекомендаций и морального настроя, направленных на симптоматическую терапию. В полном выздоровлении прогноз неблагоприятный, так как заболевание носит прогрессирующий характер.

**Эпикриз**

Больная ФИО 33 года, находится в стационаре в течении семи дней. В результате проведенного клинико–лабораторного исследования поставлен заключительный диагноз: ОНМК по ишемическому типу в вертебрально-базилярном бассейне (17.11.08г.). Гомонимная левосторонняя гемианопсия на фоне гипертонической болезни Iстадии, 1 степени, риск 4.

За прошедшее лечение в стационаре состояние больной улучшилось, но осталась гомонимная левосторонняя гемианопсия.

**Список литературы**

1. Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова Неврология и нейрохирургия Москва 2007г.
2. А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец Пропедевтика клинической неврологии Санкт-Петербург 2004г.
3. Учебно-методическое пособие по пропедевтике внутренних болезней под редакцией Е.И. Буевича Барнаул 2005г.
4. М.Д. Машковский лекарственные средства Москва 2006г.