Алтайский Государственный Медицинский Университет

**Кафедра неврологии**

Зав. кафедрой: профессор Шумахер Г.И.

Преподаватель: ассистент Горбунова Н.И.

Куратор: студент 408 гр. Таштамышев В.Н.

# **Клиническая история болезни**

## Больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Клинический диагноз**: Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой СМА по ишемическому типу. Правосторонний гемипарез и гемигипоанестезия. Моторная афазия. ГБ III ст, риска IV. Ожирение II ст.

### Барнаул-2008

**Паспортные данные**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 49 лет. (19.11.1958 года рождения)

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: Замужем. Муж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в больницу: 13.03.2008 г.

Дата курации с 17.03.08. по 20.03.08.

**Клинический диагноз:** Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой СМА по ишемическому типу. Правосторонний гемипарез и гемигипоанестезия. Моторная афазия. ГБ III ст, риска IV. Ожирение II ст.

**ЖАЛОБЫ**

- Больная предъявляет жалобы на слабость, ощущение холода в верхних и нижних конечностях, онемение в правой руке, голени, плохой сон (спит 3-4 часа в сутки). Боли стихают в положении больного лежа.

- На затруднение речи, во время волнения не может четко и ясно выговаривать слова.

- На головные боли в височных и теменно-затылочной областях, обостряющиеся в вечернее время, а также после сна. Боли носят острый характер, и возникают в левой височной с последующим переходом на затылочную и на противоположную височную области.

- На периодические головокружения, шум в ушах, на тошноту, позывы на рвоту,

- На снижение поверхностной чувствительности в правой половине тела.

**ANAMNESIS MORBI**

Больной себя считает с 4 февраля 2008 года, когда произошло ОНМК в бассейне левой СМА. Тогда ощутила резкую слабость в правой нижней и верхней конечности, отметила невозможность говорить. С 4 по 12 февраля лечилась в участковой больнице по месту жительства, в селе Черемушки. 13 февраля была переведена в центральную районную больницу где был выставлен диагноз ОНМК в бассейне левой СМА по ишемическому типу. Получала лечение сосудистыми, седативными и ноотропными препаратами, ЛФК, массаж. После лечения отмечает улучшение в виде снижения слабости в верхних и нижних конечностях, улучшение речи. 13 марта направлена в неврологическое отделение ГУЗ ККБ. Госпитализирована в плановом порядке для обследования, уточнения диагноза и лечения.

**ANAMNESIS VITAE**

Глушкова Елена Гавриловна, родилась 11 ноября 1958 году в Залесовском районе Алтайского края в селе Черемушкино. Росла и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Закончила 10 классов средней общеобразовательной школы. В 1976 году отучилась на станочницу, где и проработала 3 года. С 1979 по 2003 год работала товароведом. В 2003 году стала директором сельского дома культуры, где и работает до настоящего время.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. В контакте с инфекционными больными не была.

Вредные привычки: нет

Аллергологический анамнез: нет.

Наследственные заболевания нервной системы отрицает.

Операции: кесарево сечение в 1990 году.

Травм не было.

Гемотрансфузия в 1982 г при родах.

**STATUS PRESENS COMMUNIS**

Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожа теплая, влажная, тургор cохранен. Слизистая рта, конъюнктивы розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над- подключичные, локтевые, подмышечные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, повышенного питания. Отеков и подкожных эмфизем нет. Рост 144см, вес 72кг. 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 поясничном отделе в полном объеме. Движения в суставах сохранены. Мышечная система: на левой половине тела - мышцы в тонусе, атрофий болезненности при пальпации нет. На правой: гипотонус, гипостезия. 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 везикулярное, хрипов нет. ЧД=16/мин. 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 4,5 см 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 болезненности не обнаружено. Пульс на обеих руках частотой 65 ударов 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 150/100 мм. рт. столба. При аускультации 1 и 2 тоны приглушены во всех точках 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. Пульс большой, полный, симметричный, ритмичен, не напряжен.

Верхушечный толчок в 6-ом м/р, на 1-1,5см кнаружи от среднеключичной линии.

При перкуссии обнаружено увеличение левого желудочка, относительной и абсолютной тупости сердца.

**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. Имеется шрам после кесарева сечения. 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. Другие отделы толстого кишечника и желудок не пальпируются. 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 больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, речь правильная, слегка заторможена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Наблюдается нарушение сна и бодрствования. Менингиальные симптомы отсутствуют.

ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

I пара – n.olfactorius Обоняние не нарушено, обонятельных галлюцинаций нет.

II пара – n. opticus: vis 1.0/1.0, поля зрения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dex  | Верх 600 | Вниз 700 | Кнутри 600 | Кнаружи 900 |
| Sin  | Верх 600 | Вниз 700 | Кнутри 600 | Кнаружи 600 |

Глазное дно: ангиопатия сосудов сетчатки.

III,IV,VI пара – n. Oculomоtorius, n.trochlearis, n.abducens: у больной 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. Косоглазия не отмечается.

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

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.Vestibulocochleаris: острота слуха на шепотную и разговорную речь сохранена. Отмечает головокружение, шум в ушах, во время приступа головной боли. Вестибулярные нагрузки переносит хорошо. Слуховые галлюцинации отрицает. Нистагм отрицательный. Разговорная речь справа = 4 м слева = 6м. Шепотная речь справа = 2м. слева = 3м.

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

Наблюдается снижение поверхностной чувствительности правой половины тела, глубокая чувствительность на правой половине нарушена. Поверхностная, глубокая чувствительность сохранена на левой половине.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУКЦИИ

Походка прямая, устойчивая свободно ходит на пятках. Объем в шейном, грудном, поясничном отделе позвоночника полный. Движение в суставах верхних и нижних конечностях правой и левой стороны полные.

Сила мышц:

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

Проба Баре положительная, тонус мышц на правых конечностях снижен, на левых в норме. Наблюдается незначительная атрофия правых конечностей, фасцикуляторных подергиваний нет. Имеются нарушения координации движени: проба на адиодохокинез положительна на правой руке, пяточно-коленная проба правой ногой выполняется неудовлетворительно, интенционное дрожание правой рукой. В простой позе Ромберга устойчива. В усложненной пошатывается.

РЕФЛЕКТОРНАЯ СФЕРА

Сухожильные переостальные рефлексы с двуглавых и трехглавых, коленный ахиллов рефлексы сохранены на обеих сторонах. В правой выше. Патологические рефлексы: Россолимо, Бабинского положительны справа.

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Синдром Бернера – Горнера отрицательный. Цвет кожи обычный, пигментаций, высокой температуры тела, усиленного потоотделения нет. Сальность кожи в пределах нормы. Дермографизм красный ширина полоски 5 мм., возникает на 1 минуте, исчезает через 2-3 минуты. Трофических изменений кожи не обнаружено. Функции тазовых органов не нарушены.

ВЫСШИЕ КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ

Сознание ясное, во времени и месте ориентирована, с окружающими контактирует. Бредовых идей, галлюцинаций, навязчивых состояний отрицает. В развитие не отставала, в данный момент соответствует интеллекту своего возраста. Больная адекватно оценивает свое состояние, конкретно отвечает на поставленные вопросы. уверенно повторяет сложные фразы. Понимает смысл пословиц. Пишет достаточно разборчиво, читает медленно, со смыслом. Простые действия (застегивает пуговицу) выполняет хорошо. С закрытыми глазами определяет правильно предметы левой рукой. Правой-затрудняется.(тактильно-кинестетическая агнозия)

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови; на ВИЧ, сифилис.
2. Общий анализ мочи.
3. ЭКГ.
4. КТ.
5. Консультации окулиста, физиотерапевта, кардиолога.
6. Общий анализ крови (4.02.03.):

Гемоглобин- 117/л

Лейкоциты- 4.4 \* 109/л

СОЭ- 10мм/ч

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Э | п/я | с/я | Л | М |
| 5 | 1 | 59 | 30 | 5 |

ВИЧ – отрицательный. Реакция Вассермана – отрицательная.

2.Общий анализ мочи

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачная

Реакция кислая

Белок отриц.

Лейкоциты 1-2

Эритроциты – 4-8

Плоский эпителий – 2-4

Анализ крови на сахар ( 4.02.03.): 3.2 ммоль/л

3. **ЭКГ. ВЫВОД:** ритм синусовый, 75 ударов в минуту, присутствуют признаки нарушения проводимости правого предсердия, гипертрофия левого желудочка, нарушение процесса деполяризации. На оснований данных ЭКГ выявляется гипертрофия левого желудочка, нарушения проводимости и нарушении метаболических процессов в миокарде.

**Консультация окулиста**

Глазное дно: ангиопатия сосудов сетчатки.

ДЗН бледнорозового цвета.границы четкие, склероз, вены расширены I-II ст.

Ds: ангиосклероз сетчатки.

**Консультация кардиолога**

Диагноз: ГБ III ст, риска IV

Рекомендовано:

1. Эналаприл 10 мл 2 р в день
2. Гипотиазид 12.5 мл в день
3. Атенолол 25 мл 2 р в день
4. Контроль АД

**ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

- на основании неврологического статуса: правосторонний гемипарез и гемигипоанестезия, правосторонняя гипотония

- основываясь на заключении КТ от 12.03.08: можно сделать вывод, о том, что патологический очаг локализуется в левой половине коры больших полушарий.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Анализируя и сопоставляя результаты дополнительных методов исследования, а также жалобы больной: на головные боли в височных и теменно-затылочной областях, обостряющиеся в вечернее время, а также после сна. Боли носят острый характер, и возникают в правой височной с последующим переходом на затылочную и на противоположную височную области. Периодические головокружения, шум в ушах, на тошноту, позывы на рвоту, онемение в левой руке, голени, общую слабость, плохой сон (спит 3-4 часа в сутки). Боли стихают в положении больного лежа, можно сказать, что в патологический процесс вовлечена нервная система, система органов кровообращения. На основе анамнеза заболевания и топического диагноза и дополнительных методов обследования, можно поставить клинический диагноз:

Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой СМА по ишемическому типу. Правосторонний гемипарез и гемигипоанестезия. Моторная афазия. ГБ III ст, риска IV. Ожирение II ст.

**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.

**ЭТИОЛОГИЯ**

Этиология, патогенез. В большинстве случаев инсульты являются осложнением гипертонической болезни и атеросклероза, реже они обусловлены болезнями клапанного аппарата сердца, инфарктом миокарда, врожденными аномалиями сосудов мозга, геморрагическими синдромами и артериитами. Приблизительно у 90% больных с инсультом обнаруживают те или иные формы поражения сердца с симптомами сердечно-сосудистой недостаточности. Исключение составляют лишь некоторые варианты геморрагических инсультов, например, при разрыве аневризмы у людей молодого возраста.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Для нозологии:

Лечение следует начинать как можно раньше (в промежутке терапевтического окна). Больным показана госпитализация в неврологическое или в нейрососудистый стационар, а в случае развития обширного инсульта – в реанимационное отделение. Большинству больных требуется консультация кардиолога. Решить вопрос о необходимости и возможности нейрохирургического лечения.

Больным с ПНМК необходим постельный режим до окончания острого периода и стабилизации состояния. Стационарное лечение показано в случае острой гипертонической энцефалопатии, тяжелого гипертонического криза, повторных ТИА, также отсутствие эффекта от амбулаторного лечения, и обострения сопутствующих заболеваний, в частности ИБС.

Существует 2 основных направления лечения:

- дифференцированное, зависящее от характера инсульта.

- недифференцированное, направленное на поддержание витальных функций и коррекцию гомеостаза.

Недифференцированное:

1. Коррекция деятельности ССС, направленная на контроль АД.

- бета-адреноблокаторы (анаприлин, атенолол )

- блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, амлодипин)

- диуретики(фуросемид)

- ингибиторы АКФ (каптоприл, эналаприл)

- при развитии гипотонии – кардиотонические средства (мезатон, кордиамин)

- при отсутствии эффекта – кортикостероиды (гидрокортизон, дексаметазон)

2. Контроль за органами дыхания:

- туалет полости рта и носа. Удаление рвотных масс и секрета из верхних дыхательных путей при помощи отсоса.

- при тяжелом инсульте антибиотики широкого спектра действия (профилактика пневмонии)

- дыхательная гимнастика

3. Поддержание гемостаза введением солевых растворов

4. Кортикостероиди для борьбы с отеком головного мозга.

5. Контроль за деятельностью кишечника (очистительные клизмы, слабительные препараты), мочеиспускания. (катетеризация мочевого пузыря)

Дифференцированное:

Направлено на восстановление адекватной перфузии в зоне ишемической полутени и ограничение размеров очага ишемии, нормализация реологических и свертывающих свойств крови. Защита нейронов от повреждающего действия ишемии и стимуляция репаративных процессов в мозговой ткани:

1. Гемодилюция (реоглюкин, полиглюкин, в/в эуфиллин, трентал)

2. В случае нарастания тромбоза - антикоагулянты (гепарин)

3. Антиагреганты и вазоактивные препараты (блокаторы кальциевых каналов - нимотоп, флунаризин; вазобрал, танакан)

4. Ангиопротекторы (продектин)

Лечение данной больной:

I) Лечение ГБ, атеросклероза.

II) Лечение ишемического инсульта.

I.

1) Эналаприл 10 мл 2 р в день

2) Гипотиазид 12.5 мл в день

3) Атенолол 25 мл 2 р в день

4) Контроль АД

5) Контроль за массой тела.

6) Диета № 10а.

7) Снижение уровня психоэмоционального 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

*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.
6. Санаторно-курортное лечение

ПРОГНОЗ

В отношении жизни и трудоспособности больной, при соблюдение лечения, рекомендаций (ЛФК, отдых, нормированный рабочий день, избежание стрессовых ситуаций), направленных на симптоматическую терапию - благоприятный.