ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера

Кафедра нервных болезней

История болезни Федосеевой Елены Николаевны

**Диагноз**: *Основной:* Сепсис. Вторичный гнойный менингоэнцефалит с преимущественной локализацией в области таламуса с двух сторон. Центральный тетрапарез умеренной степени. Гиперкинетический синдром. Частичная моторная афазия. Дизартрия.

Сопутствующее заболевание: Гнойный метроэндометрит. Приращенный плацентарный полип. Состояние после экстирпации матки с трубами.

*Осложнения:* Контрактура правого локтевого и плечевого суставов.

Начало курации: 13.03.09

Конец курации: 14.03.09

**I. Официальные данные**

**ФИО**: Федосеева Елена Николаевна

**Возраст**: 25.09.1989, 19 лет

**Образование**: среднее

**Домашний** **адрес**: Косинский район, с. Чураки

**Место** **работы:** не работает

**Диагноз**:

*Основной:* Сепсис. Вторичный гнойный менингоэнцефалит с преимущественной локализацией в области таламуса с двух сторон. Центральный тетрапарез умеренной степени. Гиперкинетический синдром. Частичная моторная афазия. Дизартрия.

Сопутствующее заболевание: Гнойный метроэндометрит. Приращенный плацентарный полип. Состояние после экстирпации матки с трубами.

*Осложнения:* Контрактура правого локтевого и плечевого суставов.

**II. Жалобы**

На момент курации больная предъявляет жалобы головную боль, головокружение, усиливающиеся при ходьбе, нарушение речи, ходьбы, ограничение объема активных движений в правом локтевом и плечевом суставах.

При поступлении больная жалоб предъявить не могла, продуктивному контакту не доступна.

**III. История настоящего заболевания**

Со слов матери в начале января больная провела себе внебольничный аборт. Беременность была около 8-9 недель. Сама больная аборт и беременность отрицает. После проведенного аборта, через две недели, появилась головная боль, поднялась температура до 390С, слабость, заторможенность, гиперестезия органов слуха и зрения. 22.01.09 в сопорозном состоянии госпитализирована в Косинскую ЦРБ с предварительным диагнозом – менингоэнцефалит. 23.01.09 переведена в окружную больницу. 24.01.09 при осмотре гинеколога на УЗИ малого таза выявлены: метроэндометрит, остатки плацентарной ткани, сепсис после неполного внебольничного инфицированного аборта, морфологически 8-9 недель. На этот момент больная находилась в состоянии комы. 24.01.09 проведена экстирпация матки с трубами, дренирование малого таза, проводилась антибиотикотерапия (меронем, метрагил), гемотрансфузия. С 24.01.09 на ИВЛ в ОРИТ. 29.01.09 доставлена санавиацией из окружной Коми-пермяцкой больницы в ПККБ ОРИТ хирургии. Был поставлен диагноз гнойный метроэндометрит, плацентарный полип после прерывания беременности, состояние после экстирпации матки с трубами. Сепсис. Энцефалопатия. Отек головного мозга. Почечно-печеночная дисфункция. ЦМФ-инфекция. С 30.01.09 по 13.02.09 находилась в ОРИТ хирургии, с 13.02.09 по 27.07.09 в ОРИТ терапии. 24.02.09 пневмоторакс слева, дренирование левой плевральной полости, удаление дренажа 27.02.09. Проводилась массивная антибиотикотерапия, инфузионная терапия, профилактика тромболитических осложнений, стресс язв, введение церетона, нутритивная поддержка, контроль гемодинамики, диуреза, ЭКГ-мониторирование. 27.02.09 переведена в отделение неврологии ПККБ для дальнейшего лечения.

**IV. Общий анамнез**

Хронические инфекции (сифилис, туберкулез, бруцеллез), интоксикации (алкоголизм), эндокринные заболевания (микседема, базедова болезнь), болезни обмена, нервные и психические заболевания у ближайших родственников отрицает.

*Наследственность*

Дедушка пробанда (I-1) умер в возрасте 56 лет от порока сердца. Бабушка(I-2) умерла от патологии печени. Отец пробанда (II-2) жив, неврологических заболеваний нет. Мать пробанда (II-1) жива, неврологических заболеваний нет. Пробанд имеет сына, у которого неврологических заболеваний нет. У остальных родственников наследственных и хронических заболеваний по словам больной нет.

Таким образом, у больной не выявлено наследственной предрасположенности к неврологическим заболеваниям.

*История жизни больной.*

Родилась 29 мая 1989 года в сельской местности. Родители на момент рождения ребенка были здоровы. В детстве росла и развивалась соответственно возрасту. Отставания в формировании двигательных навыков и речи не было. Припадки, снохождения, ночные страхи, недержание мочи, заикание отрицает. Успеваемость в школе была хорошей. В детстве отмечает частые простудные заболевания. Инфекционные, венерические, психические заболевания отрицает. Бытовых и производственных интоксикаций не было.

Месячные начались в 15 лет, забеременела в 17 лет. Роды срочные, без патологии. Родила мальчика, вес 3200 гр., рост 51 см, без патологий.

Курит в течение 2-х лет, по одной пачке сигарет, раз в два дня. Раз в неделю употребляет спиртные напитки. Наркотики не употребляет. Питание регулярное, полноценное. Не работает. Условия быта удовлетворительные.

Аллергию на лекарственные препараты, пыльцу растений, шерсть домашних животных больная отрицает.

Операции: экстирпация матки в 2009 г., гемотрансфузия.

**V. Объективное исследование**

**Общесоматический статус**

Общее состояние удовлетворительное. Выражение лица спокойное, положение в постели активное. Телосложение нормостенического типа. Рост 170см. Вес 50 кг. Кожа, слизистая рта, конъюнктивы, губы бледной-розовой окраски. Оволосение по женскому типу. Лимфатические узлы не увеличены. Язв, пролежней, шелушения, «сосудистых звездочек», ксантом, липом, участков гиперпигментации, геморрагических высыпаний нет. Имеется послеоперационный рубец в гипогастральной области по срединной линии, в области яремной вырезки грудины имеется свищ после трахеостомии. Подкожно-жировая клетчатка гипотрофирована. Толщина кожно-жировой складки в области правой реберной дуги составляет 1 см. Отеков и пастозности нет.

*Исследование органов дыхания.*

Дыхание через нос, свободное. Грудная клетка нормостенического типа, симметричная, выбуханий и западений нет. Дыхание ритмичное, 16 дыхательных движений в минуту, умеренной глубины. Тип дыхания смешанный с преобладанием грудного. При пальпации мышцы, ребра, межреберные промежутки безболезненные. Резистентность грудной клетки не изменена, одинаковая с обеих сторон. Голосовое дрожание не изменено, одинаковое над симметричными участками грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук, одинаковый с обеих сторон над симметричными участками. Нижняя граница легких по срединноключичной линии на уровне VI ребра. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, одинаковое над симметричными участками. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется.

*Исследование органов кровообращения.*

Пульс на лучевых артериях одинаков на обеих руках, ритмичный, 80 в минуту, умеренного наполнения и напряжения. При осмотре области сердца и крупных сосудов выпячиваний не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье. Границы относительной тупости сердца не расширены. При аускультации выслушивается два тона, тоны ясные, ритмичные. Добавочных тонов, шумов, шума трения перикарда не определяется. АД 100/60 мм рт. ст.

*Исследование органов пищеварения.*

Язык влажный розовый, сосочки хорошо выражены. Слизистая полости рта бледная, влажная, без налета; высыпаний, эрозий, язвочек нет. Зев, задняя стенка глотки чистые. Миндалины не увеличены, без налета. Живот овальной формы, симметричный, без западений. Кожные покровы матовые. Пупок втянут. Брюшная стенка участвует в дыхании. При перкуссии над животом определяется тимпанический звук. При поверхностной и глубокой пальпации живота патологических изменений не выявлено.

*Исследование органов мочевыделительной системы.*

При осмотре области почек и мочевого пузыря припухлости, покраснения, выбуханий, опухолевидных образований не определяется. В положении лежа на спине и стоя (по Боткину) почки не пальпируются. Болезненность в области почек и мочеточниковых точек нет. Симптом сотрясения поясничной области (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

**Неврологический статус.**

Имеется головная боль, головокружение усиливающиеся при ходьбе. Менингеальных симптомов нет. Лицо симметрично. Сознание ясное, больная хорошо ориентируется во времени, пространстве и конкретной ситуации. Болезненности черепа при перкуссии не выявлено. Тошноты и рвоты нет. Ригидности мышц затылка, светобоязни, брадикардии нет. Сухожильные рефлексы повышены (справа больше чем слева). Положительный симптом Бабинского с обеих сторон. Гиперкинетический синдром, дискинезии. Чувствительных нарушений не выявлено. Симптом Кернига отрицательный. Положительный нижний симптом Брудзинского слева.

**Черепные нервы.**

*I пара. Обонятельный нерв*

Обоняние обеими половинами носа при исследовании набором ароматических веществ не нарушено. Обонятельных галлюцинаций нет.

*II пара. Зрительный*

Скотом, концентрического сужения полей зрения, гемианопсии в поле зрения каждого глаза не определяется. Цветоощущение не изменено. При исследовании глазного дна: диски зрительных нервов бледно-розовые с легким сероватым оттенком, очерчены, сосуды сужены. Признаки неврита, атрофии зрительных нервов, ретинита, наличия милиарных туберкулов, цистицерков отсутствуют.

*III, IV, VI пары. Глазодвигательный, блоковидный, отводящий нервы.*

Диплопия отсутствует. Ширина глазных щелей справа и слева одинакова. Оси глазных яблок симметричны. Расходящегося или сходящегося стробизма нет. Нарушений выстояния глазных яблок (энофтальма и экзофтальма), нистагма не отмечается. Объём движений глазных яблок полный. Легкий горизонтальный нистагм. Зрачки округлой формы, равного диаметра 3 мм. Реакция зрачков на свет (прямая и содружественная), аккомодацию, конвергенцию сохранена. Акт конвергенции глазных яблок без патологических изменений.

*V пара. Тройничный нерв.*

Плохо открывает рот, зубы сжаты, глотание не нарушено. Жевательные мышцы симметричны, признаков атрофии нет. Объём движений нижней челюсти снижен. Невралгических болей, болезненности в точках выхода кожных ветвей тройничного нерва нет. Чувствительность лица по ветвям тройничного нерва и в зонах Зельдера сохранена. Трофических нарушений – гипергидроза, кератита – не определяется. Корнеальный, конъюнктивальный, надбровный рефлексы сохранены с обеих сторон. Вкусовая чувствительность передних 2/3 языка не изменена.

*VII пара. Лицевой нерв.*

Асимметрии, сглаженности лобных складок не отмечается. Произвольные мимические движения – поднятие бровей, зажмуривание глаз, нахмуривание лба, показывание зубов симметричны и сохранены. Тиков, контрактур, слезотечения не определяется.

*VIII пара. Преддверно-улитковый нерв.*

Слух не изменен. Шума в ушах нет.

*IX, X пары. Языкоглоточный и блуждающий нервы.*

Осиплости, гнусавости голоса нет. Наблюдается моторная афазия, дизартрия. Акт глотания не нарушен, мягкое небо фонирует, небные рефлексы сохранены. Вкусовая чувствительность задней 1/3 языка не изменена. ЧСС 80 ударов в минуту, ритм правильный. Тип дыхания грудной с преобладанием грудного, частота дыхания – 16 дыхательных движений в минуту. Симптомы орального автоматизма не определяются.

*XI пара. Добавочный нерв.*

Трофика трапециевидных и грудинно-ключично-сосцевидных мышц не нарушена. Голова в прямом положении, повороты её свободны. Поднимание плеч свободное.

*XII пара. Подъязычный нерв.*

Язык без признаков атрофии, в полости рта располагается по средней линии, и движение его вперёд не вызывает отклонения от средней линии.

**Двигательная функция.**

Положение тела активное. Походка спастико-паретическая. Ходит с чужой помощью или с помощью опоры. Патологических синкинезий нет. Ограничение объема активных и пассивных движений в правом локтевом и плечевом суставах, за счет повышенного тонуса мышц и наличия контрактур. Сила мышц снижена до 3б в правых конечностях. Мышечный тонус повышен (больше в правых конечностях) по пирамидному типу. Фибриллярных и фасцикулярных подёргиваний не отмечается. Отмечается гиперкинетический синдром. При пальпации болезненность не отмечается. Наблюдается гипотрофия всех мышц верхних и нижних конечностей

Механическая возбудимость мышц не страдает, судорожных припадков не отмечается. В простой позе Ромберга больная стоит прямо, практически не качаясь, при закрытии глаз (усложненная проба Ромберга) отмечается усиление пошатывания. При пальце-носовой пробе отмечается мимопопадание правой рукой, пяточно-коленную пробу, пробу на диадохокинез выполняет удовлетворительно. Речь невнятная.

Рефлексы

Сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, карпорадиальный рефлексы усилены справа. Коленные и ахилловы рефлексы сохранены с обеих сторон одинаково. Верхний, средний и нижний брюшные сохранены. Патологические рефлексы (рефлекс орального автоматизма, хоботковый, сосательный, ладонно-подбородочный) не вызываются. Патологические рефлексы разгибательного типа (Шеффера, Гордона, Оппенгейма) и сгибательного (Бехтерева, Россолимо, Жуковского) также не вызываются. Клонус коленных чашечек, стоп не выявлены.

**Чувствительная функция.**

Субъективные ощущения – болей, парестезий, чувства онемения, снижения чувствительности не отмечается. Болевые симптомы натяжения не вызываются. Болезненности при пальпации мышц, нервных стволов и корешков нет. Тактильная, болевая и температурная чувствительность сохранена. Двумерно-пространственная, дискриминационная, вибрационная чувствительность сохранена с обеих сторон. Стереогностическое чувство не нарушено.

**Вегетативная нервная система.**

Кожа сухая, ногти и волосы не изменены. Оволосение по женскомутипу. Участков пигментации, стрий нет. Выявляется легкий S-образный сколиоз позвоночника. Отмечается местный красный дермографизм. Акроцианоза нет. Слюноотделение на физиологическом уровне. Глазосердечный рефлекс Ашнера нормального типа – отмечается уменьшение частоты сердечных сокращений на 6 сокращений в мин. Ортостатическая проба вызвала боль в области висков. Температура кожных покровов 36,60С. Жажда не беспокоит. Аппетит сохранён. Расстройства акта дефекации нет. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Соответствует количеству выпитой жидкости.

**Эндокринная система.**

Пальпаторно щитовидная железа не увеличена, безболезненна, узлы не определяются. Экзофтальма нет. Симптомы Мебиуса, Штельвага, Грефе, Дальримпля отрицательные. Менструации с 15 лет, регулярные, через 28 дней по 5 дней.

**Исследование высших корковых функций.**

Симптомы нарушения сенсорной речи: нарушение понимания смысла обычных слов в своей и чужой речи, смысла целевых фраз, пословиц и метафор, смысловых отношений, рассказа, улавливания умышленно извращённых слов не прослеживаются.

Отмечается нарушение произношения отдельных слов, слогов. Функция мнестической речи нарушена.

Чтение печатного и письменного текста, коротких и длинных фраз, пересказывание прочитанного не вызывает затруднений.

Почерк нарушен из-за гиперкинеза в правой руке. Буквы не ровные, искажены.

Нарушений операций сложения, вычитания, умножения и деления с двузначными числами нет.

Выполнение повседневных действий (одевание, умывание) затруднено. Действия с воображаемыми предметами, выполнение жестов, подражание действиям исследующего, конструктивный праксис не нарушены.

Зрительной, слуховой, обонятельной, вкусовой агнозии, анозогнозии, амузии нет. Представление о схеме собственного тела не нарушено. Интеллект, память, внимание, восприятие, усвоение, осмысливание информации извне, комбинированное и сопоставленное соображение, ассоциативное мышление не нарушены. Сон спокойный, засыпание свободное. Продолжительность ночного сна примерно 10 часов. Эмоциональная деятельность преобладает над интеллектуальной, вторая сигнальная система преобладает над первой. Средний тип нервной системы (в равной мере выражены мыслительные и художественные процессы).

**VI. Данные лабораторных и инструментальных исследований**

ОАК 31.01.09

Эритроциты: *4 х 1012/л*

Hb: *111 г/л*

Лейкоциты: 8,78 *х 109/л*

Палочкоядерные: *9%*

Сегментоядерные: 77*%*

Лимфоцитов: 8*%*

Моноцитов: 4*%*

Базофилов: *0%*

Эзинофилов: *0%*

CОЭ: 48 *мм/ч*

ОАК 03.02.09

Эритроциты: *3,59 х 1012/л*

Hb: *99 г/л*

Лейкоциты: 12,78 *х 109/л*

Палочкоядерные: *6%*

Сегментоядерные: 76*%*

Лимфоцитов: 12*%*

Моноцитов: 4*%*

Базофилов: *0%*

Эзинофилов: *1%*

CОЭ: 58 *мм/ч*

ОАК 04.03.09

Эритроциты: *2,98 х 1012/л*

Hb: *80 г/л*

Лейкоциты: 4,34 *х 109/л*

Палочкоядерные: *9%*

Нейтрофилы 51,2 %

Лимфоцитов: 28,8*%*

Моноцитов: 10,6*%*

Базофилов: *0,2%*

Эзинофилов: *9,2%*

CОЭ: 37 *мм/ч*

ОАМ 30.01.09

Цвет: *соломенно*-*желтый*

Уд. вес: *1025*

Прозрачность: *мутная*

Белок: *0,04*

Сахар: *(-)*

Лейкоциты: *35-40 в поле зрения*

Эритроциты свеж. : *1-2 в поле зрения*

Эпителий плоский: 10-15 *в поле зрения*

Слизь: *(++)*

Бактерии: ++++

ОАМ 04.03.09

Цвет: *соломенно*-*желтый*

Уд. вес: *1008*

Прозрачность: *прозрачная*

Белок: *отрицательный*

Лейкоциты: *2-4 в поле зрения*

Эритроциты свеж. : *нет*

Эпителий плоский: 6-8 *в поле зрения*

Слизь: *(++)*

Биохимический анализ крови 30.01.09

креатинин: *53,39 мкмоль/л*

Калий 5,2 ммоль/л

Натрий 144ммоль/л

Хлориды 104 моль/л

глюкоза: 4,8 *ммоль/л*

Альбумин 28,57

Общий белок 56,76

Мочевина 7,9

Билирубин общий 3,74

Билирубин прямой 1,28

АСТ: *31,23 ед/л*

АЛТ: 31,48 *ед/л*

Альфа-амилаза 161,42

Биохимический анализ крови 13.02.09

креатинин: *34,86 мкмоль/л*

Калий 4,37 ммоль/л

Натрий 144,61 ммоль/л

Хлориды 103,81 моль/л

глюкоза: 4,7 *ммоль/л*

Альбумин 34,16

Общий белок 67,71

Мочевина 2,6

Билирубин общий 6,86

Билирубин прямой 2,19

АСТ: *19,81 ед/л*

АЛТ: 16,91 *ед/л*

Альфа-амилаза 128,14

Биохимический анализ крови 06.02.09

креатинин: *47,21 мкмоль/л*

Альбумин 32,51

Общий белок 69,15

АСТ: *28,67 ед/л*

АЛТ: 13,20 *ед/л*

Коагулограмма 15.02.09

активированное парциальное тромбиновое время: *126 сек*

Коагулограмма 04.03.09

активированное парциальное тромбиновое время: *45,6 сек*

Посев мочи 03.02.09 – 06.03.09: Candida albicans со среды обогащения.

Посев мокроты 03.02.09 – 09.02.09: Streptococus pneumoniae со среды обогащения, амоксицилин-клавулонат S, оксациллин R,тетрациклин R, левофлоксацин S, клиндамицин S.

Копограмма 10.03.09: яйца гельминтов не обнаружены.

Реакция Вассермана 03.02.09

*отрицательная.*

Люмбальная пункция 03.02.09: на уровне LI-LII произведен поясничный прокол в условиях асептики и антисептики под местной анестезией. По мандрену – 4 мл светлого, прозрачного ликвора, вытекающего частыми каплями. Ликвор бесцветный, прозрачный, белок – 0,31 г/л, цитоз 5 клеток (нейтрофилы-3, лимфоциты-2), сахар-2,2 моль/л, хлориды 140 моль/л (N -115-125). Заключение лаборатории - роста нет.

Консультация офтальмолога 30.01.09

*Оба глаза спокойны. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры четкие, артерии узкие, вены полнокровны. A:B=1:2. MZ без патологии. Патологических очагов нет.*

*Инструментальные исследования*

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 31.01.09

*МР-картина симметричного поражения зрительных бугров- лейкоэнцефалит с признаками мелких кровоизлияний, вероятно за счет некротических процессов, с возможным абсцедированием. Мастоидит.МР контроль.*

КТ головного мозга 20.02.09

В структуре таламусов с 2-х сторон симметрично определяются округлой формы участки пониженной плотности до 10 мм в диаметре с кольцевидным накоплением контрастного вещества по периферии. Желудочки мозга умеренно расширены.

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 24.02.09

В сравнении с МР- исследованием от 31.01.09 динамика положительная. В проекции таламусов с обеих сторон симметрично сохраняются зоны неоднородного гиперинтенсивного по Т2 сигнала (вероятно за счет некротических изменений), размерами до 12мм в диаметре. Перифокальный отек не выражен. Масс-эффект минимальный. После введения контраста – малой интенсивности усиление сигнала по периферии выявленных изменений в таламусах. Заключение: МР-картина поражения зрительных бугров. Положительная МР динамика от 31.01.09.

ЭЭГ от 09.02.09

Регистрируется альфа-ритм с амплитудой 50 мкВ, замедленный с правильным зональным распределением с периодическим диффузным распространением, хорошей реактивностью на функциональные пробы. Несколько выше нормы индекс медленных волн тета-диапозона. Эпилептиформных паттернов, четких локальных изменений не зарегистрировано. Заключение: умеренные диффузные изменения БЭА мозга. Рентгенография органов грудной клетки (30.01.09, 08.02,09, 16.02.09)

Легочные поля прозрачны, без патологических теней. Органы средостения средины. Контуры диафрагмы четкие, синусы прослеживаются. Жидкости в плевральной полости нет. Рентгенография органов грудной клетки от 05.03.09: пневматизация легких удовлетворительная. Жидкости в плевральной полости нет. Средостение не изменено.

**VII. Заключение**

У больной обнаружены следующие синдромы: синдром двигательных нарушений, синдром моторной афазии, гиперкинетический синдром. *Синдром двигательных нарушений по типу центрального тетрапареза умеренной степени:* об этом свидетельствует наличие контрактур в правых локтевом и плечевом суставах, повышенный мышечный тонус верхних и нижних конечностей, усиление сухожильных рефлексов с правой стороны тела, наличие патологических симптомов Бабинского с обеих сторон. *Синдром моторной афазии.* За моторную афазию свидетельствуют нарушение речи – больная говорит медленно, с трудом, допуская ошибки. Телеграфный стиль речи. *Гиперкинетический синдром.* За гиперкинетический синдром свидетельствует наличие самопроизвольных движений в правой руке хореического типа. Повышенный тонус мышц в верхних и нижних конечностях. Усиление справа карпо-радиального и локтевого рефлексов.

**VIII. Топический диагноз**

Поскольку наблюдается центральный тетрапарез, гиперефлексия, мышечная гипертония, моторная афазия, можно предположить локализацию процесса в подкорковых структурах. Центральный тетрапарез, гиперрефлексия возникают в результате поражения клеток коры прецентральной извилины с обеих сторон. Гиперкинетический синдром в результате поражения стриа-паллидарной ситемы. Моторная афазия в результате поражения зоны Брока.

**IX. Клинический диагноз и его обоснование**

*Основной:* Сепсис. Вторичный гнойный менингоэнцефалит с преимущественной локализацией в области таламуса с двух сторон. Центральный тетрапарез умеренной степени. Гиперкинетический синдром. Частичная моторная афазия. Дизартрия.

Сопутствующее заболевание: Гнойный метроэндометрит. Приращенный плацентарный полип. Состояние после экстирпации матки с трубами.

*Осложнения:* Контрактура правого локтевого и плечевого суставов.

Основной диагноз поставлен на основании:

Жалоб на нарушение речи, ходьбы, ограничение подвижности в правых локтевом и плечевом суставах; головную боль, головокружение усиливающиеся при ходьбе.

Данных анамнеза: со слов матери в начале января больная провела себе внебольничный аборт. Беременность была около 8-9 недель. После проведенного аборта, через две недели, появилась головная боль, поднялась температура до 390С, слабость, заторможенность, гиперестезия органов слуха и зрения. 22.01.09 в сопорозном состоянии госпитализирована в Косинскую ЦРБ с предварительным диагнозом – менингоэнцефалит. 23.01.09 переведена в окружную больницу. 24.01.09 при осмотре гинеколога на УЗИ малого таза выявлены: метроэндометрит, остатки плацентарной ткани, сепсис после неполного внебольничного инфицированного аборта, морфологически 8-9 недель. На этот момент больная находилась в состоянии комы. 24.01.09 проведена экстирпация матки с трубами, дренирование малого таза, проводилась антибиотикотерапия (меронем, метрагил), гемотрансфузия. С 24.01.09 на ИВЛ в ОРИТ. 29.01.09 доставлена санавиацией из окружной Коми-пермяцкой больницы в ПККБ ОРИТ хирургии. Был поставлен диагноз гнойный метроэндометрит, плацентарный полип после прерывания беременности, состояние после экстирпации матки с трубами. Сепсис. Энцефалопатия. Отек головного мозга.

Данных объективного исследования: у больной отмечается положительный симптом Бабинского с обеих сторон. Гиперкинетический синдром - наличие самопроизвольных движений в правой руке хореического типа. Повышенный тонус мышц в верхних и нижних конечностях. Усиление справа карпо-радиального и локтевого рефлексов.

Положительный нижний симптом Брудзинского справа.

Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: ОАК 31.01.09

Эритроциты: *4 х 1012/л*

Hb: *111 г/л*

Лейкоциты: 8,78 *х 109/л*

Палочкоядерные: *9%*

Сегментоядерные: 77*%*

Лимфоцитов: 8*%*

Моноцитов: 4*%*

Базофилов: *0%*

Эзинофилов: *0%*

CОЭ: 48 *мм/ч*

ОАК 03.02.09

Эритроциты: *3,59 х 1012/л*

Hb: *99 г/л*

Лейкоциты: 12,78 *х 109/л*

Палочкоядерные: *6%*

Сегментоядерные: 76*%*

Лимфоцитов: 12*%*

Моноцитов: 4*%*

Базофилов: *0%*

Эзинофилов: *1%*

CОЭ: 58 *мм/ч*

ОАК 04.03.09

Эритроциты: *2,98 х 1012/л*

Hb: *80 г/л*

Лейкоциты: 4,34 *х 109/л*

Палочкоядерные: *9%*

Нейтрофилы 51,2 %

Лимфоцитов: 28,8*%*

Моноцитов: 10,6*%*

Базофилов: *0,2%*

Эзинофилов: *9,2%*

CОЭ: 37 *мм/ч*

ОАМ 30.01.09

Цвет: *соломенно*-*желтый*

Уд. вес: *1025*

Прозрачность: *мутная*

Белок: *0,04*

Сахар: *(-)*

Лейкоциты: *35-40 в поле зрения*

Эритроциты свеж. : *1-2 в поле зрения*

Эпителий плоский: 10-15 *в поле зрения*

Слизь: *(++)*

Бактерии: ++++

ОАМ 04.03.09

Цвет: *соломенно*-*желтый*

Уд. вес: *1008*

Прозрачность: *прозрачная*

Белок: *отрицательный*

Лейкоциты: *2-4 в поле зрения*

Эритроциты свеж. : *нет*

Эпителий плоский: 6-8 *в поле зрения*

Слизь: *(++)*

Биохимический анализ крови 30.01.09

креатинин: *53,39 мкмоль/л*

Калий 5,2 ммоль/л

Натрий 144ммоль/л

Хлориды 104 моль/л

глюкоза: 4,8 *ммоль/л*

Альбумин 28,57

Общий белок 56,76

Мочевина 7,9

Билирубин общий 3,74

Билирубин прямой 1,28

АСТ: *31,23 ед/л*

АЛТ: 31,48 *ед/л*

Альфа-амилаза 161,42

Биохимический анализ крови 13.02.09

креатинин: *34,86 мкмоль/л*

Калий 4,37 ммоль/л

Натрий 144,61 ммоль/л

Хлориды 103,81 моль/л

глюкоза: 4,7 *ммоль/л*

Альбумин 34,16

Общий белок 67,71

Мочевина 2,6

Билирубин общий 6,86

Билирубин прямой 2,19

АСТ: *19,81 ед/л*

АЛТ: 16,91 *ед/л*

Альфа-амилаза 128,14

Биохимический анализ крови 06.02.09

креатинин: *47,21 мкмоль/л*

Альбумин 32,51

Общий белок 69,15

АСТ: *28,67 ед/л*

АЛТ: 13,20 *ед/л*

Коагулограмма 15.02.09

активированное парциальное тромбиновое время: *126 сек*

Коагулограмма 04.03.09

активированное парциальное тромбиновое время: *45,6 сек*

Посев мочи 03.02.09 – 06.03.09: Candida albicans со среды обогащения.

Посев мокроты 03.02.09 – 09.02.09: Streptococus pneumoniae со среды обогащения, амоксицилин-клавулонат S, оксациллин R,тетрациклин R, левофлоксацин S, клиндамицин S.

Копограмма 10.03.09: яйца гельминтов не обнаружены.

Реакция Вассермана 03.02.09

*отрицательная.*

Люмбальная пункция 03.02.09: на уровне LI-LII произведен поясничный прокол в условиях асептики и антисептики под местной анестезией. По мандрену – 4 мл светлого, прозрачного ликвора, вытекающего частыми каплями. Ликвор бесцветный, прозрачный, белок – 0,31 г/л, цитоз 5 клеток (нейтрофилы-3, лимфоциты-2), сахар-2,2 моль/л, хлориды 140 моль/л (N -115-125). Заключение лаборатории - роста нет.

Консультация офтальмолога 30.01.09

*Оба глаза спокойны. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры четкие, артерии узкие, вены полнокровны. A:B=1:2. MZ без патологии. Патологических очагов нет.*

*Инструментальные исследования*

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 31.01.09

*МР-картина симметричного поражения зрительных бугров- лейкоэнцефалит с признаками мелких кровоизлияний, вероятно за счет некротических процессов, с возможным абсцедированием. Мастоидит.МР контроль.*

КТ головного мозга 20.02.09

В структуре таламусов с 2-х сторон симметрично определяются округлой формы участки пониженной плотности до 10 мм в диаметре с кольцевидным накоплением контрастного вещества по периферии. Желудочки мозга умеренно расширены.

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 24.02.09

В сравнении с МР - исследованием от 31.01.09 динамика положительная. В проекции таламусов с обеих сторон симметрично сохраняются зоны неоднородного гиперинтенсивного по Т2 сигнала (вероятно за счет некротических изменений), размерами до 12мм в диаметре. Перифокальный отек не выражен. Масс-эффект минимальный. После введения контраста – малой интенсивности усиление сигнала по периферии выявленных изменений в таламусах. Заключение: МР-картина поражения зрительных бугров. Положительная МР динамика от 31.01.09.

ЭЭГ от 09.02.09

Регистрируется альфа-ритм с амплитудой 50 мкВ, замедленный с правильным зональным распределением с периодическим диффузным распространением, хорошей реактивностью на функциональные пробы. Несколько выше нормы индекс медленных волн тета-диапозона. Эпилептиформных паттернов, четких локальных изменений не зарегистрировано. Заключение: умеренные диффузные изменения БЭА мозга.

**X. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз с менингококковым и туберкулезным менингитом.

Туберкулезный менингит

Является болезнью преимущественно детского возраста. Наиболее часто заболевание возникает от 2 до 6 лет. Характерно наличие бугорков желтовато-серого цвета величиной с маковое зерно в основном на основании мозга и в области сильвиевой борозды. А для вторичного гнойного менингита локализация на основании мозга нехарактерна. Также для вторичного гнойного менингита нехарактерно наличие бугорков, а характерен густой, зелено-желтый гной, который покрывает поверхность мозга.

Туберкулезный менингит начинается постепенно, появлению менингиальных симптомов предшествует период предвестников. Продромальный период длится до 3 недель и проявляеися небольшим повышением температуры, ухудшением аппетита, тошнотой, рвотой. Менингиальный симптомокомплекс выражен нерезко. При исследовании СМЖ, она прозрачная, опалесцирует, плеоцитоз умеренный. При отстаивании СМЖ образуется нежная пленка из фибрина. При бактериологическом исследовании в пленке обнаруживаются палочки Коха. Тогда как вторичный гнойный менингит развивается молниеносно, менингиальный симптомокомплекс развивается быстро и выражен очень резко.

Также против туберкулезного менингита говорит отсутствие заболевания туберкулезом больной и ее родственников(согласно анамнезу). При рентгенологическом исследовании легких не обнаружено первичных очагов туберкулеза. При исследовании СМЖ выявлен выраженный плеоцитоз с преобладанием полинуклеаров. При микроскопическом исследовании палочки Коха не обнаружены, пленки из фибрина не образовалось. Течение заболевания острое, с высокой температурой до 390 С. Менингиальный симптомокомплекс резко выражен. Локализация процесса наиболее выражена на конвекситальной поверхности головного мозга. Лечение сульфаниламидами довольно быстро стабилизировало состояние больной, а пи туберкулезном менингите сульфаниламиды не вызвали бы должного эффекта.

Менингококковый менингит

Является первичным гнойным менингитом. Болезнь вызывается менингококком Вейксельбаума. Заражение менингококком происходит главным образом путем капельной инфекции и контакта. Входные ворота – слизистая оболочка зева и носоглотки. Для данного заболевания помимо типичного менингиального симтомокомплекса харктерно высыпание пузырьков в углу рта, у носо-губной складки. Появляется герпес на 2-3 день болезни и держится несколько дней. Для вторичного гнойного менингита наличие герпеса нехарактерно. При анализе цереброспинальной жидкости обнаруживаются менингококки, чего мы не увидим при вторичном гнойном менингите.

Для обоих заболеваний характерно острое развитие, быстрое нарастание симптомов, лихорадка до 380-400С, менингиальный симптомокомплекс резко выражен. Однако менингококковый менингит чаще протекает в виде эпидемических вспышек, следовательно велика вероятность заболевания кого-либо из окружающих, что в анамнезе не прослеживается.

В развитии менингококкового менингита прослеживается продромальный период длительностью 3-4 дня, в виде назофарингита. Локализация процесса чаще ограничивается в области борозд дорсо-латеральной поверхности и на основании мозга.

В нашем случае причиной развития заболевания послужил первичный гнойный очаг в органах малого таза с генерализацией процесса и распространением на мозговые оболочки гематогенным путем. При исследовании СМЖ, при микроскопии и посеве менингококк Вейксельбаума не выявлен. Локализация процесса в нашем случае в подкорковых структурах головного мозга, передне-латеральной поверхности коры больших полушарий головного мозга. Высыпаний на коже и слизистых нет.

**XI. Патогенез симптомов заболевания**

Моторная афазия возникает при поражении области Брока, т. е. заднего отдела третьей лобной извилины. При этом расстройстве больной теряет способность говорить, но сохраняет в основном способность понимания речи. При неполной моторной афазии (частичное поражение области Брока или в стадии восстановления функции) речь больного возможна, но запас слов ограничен, больной говорит медленно, с трудом, допуская ошибки (аграмматизм), которые сразу же замечает. В нашем случае причиной развития моторной афазии послужила частичная гибель нейронов в области двигательного центра речи Брока в левом полушарии в результате развития гнойного воспалительного процесса в этой области. Это проявляется затруднением подбора и формирования слов и фраз, но при этом сохраняется произношение отдельных речевых звуков. Речь имеет «телеграфный» стиль, состоит в основном из существительных и имеет очень мало глаголов.

Развитие насильственных движений хореического типа в правой руке связано с раздражением нейронов стриа-паллидарной системы из-за развития отека ткани мозга, диапедозных кровоизлияний, образовавшихся микроабсцессов в области таламуса и неостратума.

Снижение силы в конечностях, наличие патологических рефлексов, повышение тонуса мышц обусловлено нарушением функции центрального нейрона. Вероятно произошла частичная гибель нейронов в прецентральных извилинах с обеих сторон в верхней трети, что может быть связано с отеком мозга, сдавлением их оболочками, воспалением отдельных сосудов и кровоизлияниями.

Развитие сгибательных контрактур связано с длительным пребыванием мышц сгибателей в состоянии гипертонуса.

**XII. Этиология, патогенез, патологическая анатомия**

Причиной данного заболевания послужил гнойный очаг в эндометрии матки. В результате отсутствия своевременного лечения произошла генерализация процесса с развитием септического состояния. Инфекция проникла через ГЭБ в результате чего развился вторичный гнойный менингит.

Воспаление в хореидальных сплетениях приводит к повышению секреторной активности оболочек мозга, нарушается всасывание и циркуляция цереброспинальной жидкости, что приводит к развитию внутричерепной гипертензии. В процесс могут вовлекаться вещество головного и спинного мозга, корешки, черепные нервы, сосуды мозга. Также в результате воспаления нарушается проницаемость сосудистой стенки и возникают кровоизлияния. В результате этих процессов происходит раздражение нейронов, что ведет к развитию общемозговых и менингиальных симптомов в острую стадию. Прогрессирование процесса приводит к гибели нейронов и в результате развиваются осложнения, такие как моторная афазия, центральный тетрапарез, гиперкинез.

**XIII. Лечение**

Лечение необходимо начинать как можно раньше от начала заболевания. Именно своевременное лечение определяет дальнейшую тактику лечебных мероприятий. При несвоевременном лечении возможно развитие серьезных осложнений вплоть до летального исхода.

Лечение направлено на ликвидацию первичного гнойного очага (хирургическим или консервативным путем), применение лекарственных средств для устранения воспалительных изменений в оболочках мозга и повышение защитных средств организма.

Идентификация возбудителя путем бактериологического исследования, которое иногда требует длительного времени, возможна лишь в 70- 80% случаев. В острейшей стадии многие спорадические случаи гнойного менингита не имеют достаточно убедительных этиологических признаков, поэтому прежде всего назначают пенициллин из расчета 200 000-300 000 ЕД/кг, что составляет в среднем для взрослых больных 24 000 000 ЕД/сут. Пенициллин вводят с 4-часовыми интервалами (6 раз в сутки) у взрослых и с 2-часовыми - у грудных детей. Более высокие дозы пенициллина необходимы только при позднем начале лечения или при очевидных симптомах менингоэнцефалита. В подобных случаях наряду с в/м введением показано и в/в введение натриевой соли бензилпенициллина - от 4 000 000 до 12 000 000 ЕД/сут. Вместо бензилпенициллина при гнойном менингите могут быть использованы и полусинтетические пенициллины - ампициллина натриевая соль, оксациллин, метициллин. Ампициллин вводят по 2 г через 4 ч в/м или в/в (до 12 г/сут), детям - по 200-400 мг/кг в/в каждые 6 ч. Иногда к пенициллину добавляют в/в введение сульфамонометотоксина в 1 -и день по 2 г 2 раза, а в последующие дни по 2 г 1 раз в сутки. При непереносимости пенициллина используют гентамицин (до 5 мг/кг в сутки), левомицетин (до 4 г/сут), ванкомицин (до 2 г/сут). Широким спектром действия обладает цефалоридин (цепорин). Оптимальный спектр антибиотиков таков: менингококк, пневмококк - бензилпенициллин, или , ампициллин, или левомицетин, или цефалоридин (6 г/сут), при обнаружении стрептококка - пенициллин и гентамицин. Интралюмбально в тяжелых случаях добавляют пенициллин, гентамицин или стрептомицин. В тяжелых случаях необходим немедленный плазмаферез с последующим введением свежезамороженной плазмы до 1-2 л (доза взрослым).

При гнойной форме менингита важно вовремя выводить излишки жидкости из организма, поэтому больному дают мочегонные препараты(маннитол, фуросемид). Кроме этого важно не допустить самоотравление организма. Для этого делают очистительные капельницы. Особенно важно обеспечить организм необходимым количеством витаминов группы В.

При лечении гнойного менингита чрезвычайно важно, чтобы больной получал достаточное количество белков, жиров, углеводов и витаминов с едой. Применяют специальные процедуры для соблюдения правил личной гигиены, и особое внимание уделяется чистоте слизистых. После выписки не менее года пациент находится на учете у специалистов.

**XIV. Прогноз и профилактика**

При своевременном начале лечения, длящегося много месяцев, как правило, наступает полное выздоровление. В случае запоздалой диагностики, особенно если наблюдаются затемнение сознания, очаговые поражения мозга и гидроцефалия, исход неблагоприятный, а среди оставшихся в живых большинство имеют резидуальную симптоматику.

Для данной больной прогноз для жизни, выздоровления и работоспособности благоприятный.

Профилактика направлена на предупреждение прогрессирования процесса.

Необходимо:

Наблюдение у невролога.

ЛФК.

**XV. Эпикриз**

Больная Федосеева Елена Николаевна, 19 лет, находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении ПККБ с 27.02.2009 по 16.03.2009 г. с диагнозом:

*Основной:* Сепсис. Вторичный гнойный менингоэнцефалит с преимущественной локализацией в области таламуса с двух сторон. Центральный тетрапарез умеренной степени. Гиперкинетический синдром. Частичная моторная афазия. Дизартрия.

Сопутствующее заболевание: Гнойный метроэндометрит. Приращенный плацентарный полип. Состояние после экстирпации матки с трубами.

*Осложнения:* Контрактура правого локтевого и плечевого суставов.

При поступлении больная жалоб предъявить не могла, продуктивному контакту не доступна.

На момент курации больная предъявляет жалобы головную боль, головокружение, усиливающиеся при ходьбе, нарушение речи, ходьбы, ограничение объема активных движений в левых локтевом и плечевом суставах.

Из анамнеза заболевания: со слов матери в начале января больная провела себе внебольничный аборт. Беременность была около 8-9 недель. Сама больная аборт и беременность отрицает. После проведенного аборта, через две недели, появилась головная боль, поднялась температура до 390С, слабость, заторможенность, гиперестезия органов слуха и зрения. 22.01.09 в сопорозном состоянии госпитализирована в Косинскую ЦРБ с предварительным диагнозом – менингоэнцефалит. 23.01.09 переведена в окружную больницу. 24.01.09 при осмотре гинеколога на УЗИ малого таза выявлены: метроэндометрит, остатки плацентарной ткани, сепсис после неполного внебольничного инфицированного аборта, морфологически 8-9 недель. На этот момент больная находилась в состоянии комы. 24.01.09 проведена экстирпация матки с трубами, дренирование малого таза, проводилась антибиотикотерапия (меронем, метрагил), гемотрансфузия. С 24.01.09 на ИВЛ в ОРИТ. 29.01.09 доставлена санавиацией из окружной Коми-пермяцкой больницы в ПККБ ОРИТ хирургии. Был поставлен диагноз гнойный метроэндометрит, плацентарный полип после прерывания беременности, состояние после экстирпации матки с трубами. Сепсис. Энцефалопатия. Отек головного мозга. Почечно-печеночная дисфункция. ЦМФ-инфекция. С 30.01.09 по 13.02.09 находилась в ОРИТ хирургии, с 13.02.09 по 27.07.09 в ОРИТ терапии. 24.02.09 пневмоторакс слева, дренирование левой плевральной полости, удаление дренажа 27.02.09. Проводилась массивная антибиотикотерапия, инфузионная терапия, профилактика тромболитических осложнений, стресс язв, введение церетона, нутритивная поддержка, контроль гемодинамики, диуреза, ЭКГ-мониторирование. 27.02.09 переведена в отделение неврологии ПККБ для дальнейшего лечения.

Объективно выявлены синдромы:

Синдром двигательных расстройств по типу центрального тетрапареза умеренной степени(гипотрофия мышц верхних и нижних конечностей;

Болевой синдром: периодические головные боли, усиливающиеся при ходьбе.

Гиперкинетический синдром:

За время нахождения в стационаре проведено обследование:

ОАК 31.01.09

Эритроциты: *4 х 1012/л*

Hb: *111 г/л*

Лейкоциты: 8,78 *х 109/л*

Палочкоядерные: *9%*

Сегментоядерные: 77*%*

Лимфоцитов: 8*%*

Моноцитов: 4*%*

Базофилов: *0%*

Эозинофилов: *0%*

CОЭ: 48 *мм/ч*

ОАК 03.02.09

Эритроциты: *3,59 х 1012/л*

Hb: *99 г/л*

Лейкоциты: 12,78 *х 109/л*

Палочкоядерные: *6%*

Сегментоядерные: 76*%*

Лимфоцитов: 12*%*

Моноцитов: 4*%*

Базофилов: *0%*

Эозинофилов: *1%*

CОЭ: 58 *мм/ч*

ОАК 04.03.09

Эритроциты: *2,98 х 1012/л*

Hb: *80 г/л*

Лейкоциты: 4,34 *х 109/л*

Палочкоядерные: *9%*

Нейтрофилы 51,2 %

Лимфоцитов: 28,8*%*

Моноцитов: 10,6*%*

Базофилов: *0,2%*

Эозинофилов: *9,2%*

CОЭ: 37 *мм/ч*

ОАМ 30.01.09

Цвет: *соломенно*-*желтый*

Уд. вес: *1025*

Прозрачность: *мутная*

Белок: *0,04*

Сахар: *(-)*

Лейкоциты: *35-40 в поле зрения*

Эритроциты свеж. : *1-2 в поле зрения*

Эпителий плоский: 10-15 *в поле зрения*

Слизь: *(++)*

Бактерии: ++++

ОАМ 04.03.09

Цвет: *соломенно*-*желтый*

Уд. вес: *1008*

Прозрачность: *прозрачная*

Белок: *отрицательный*

Лейкоциты: *2-4 в поле зрения*

Эритроциты свеж. : *нет*

Эпителий плоский: 6-8 *в поле зрения*

Слизь: *(++)*

Биохимический анализ крови 30.01.09

креатинин: *53,39 мкмоль/л*

Калий 5,2 ммоль/л

Натрий 144ммоль/л

Хлориды 104 моль/л

глюкоза: 4,8 *ммоль/л*

Альбумин 28,57

Общий белок 56,76

Мочевина 7,9

Билирубин общий 3,74

Билирубин прямой 1,28

АСТ: *31,23 ед/л*

АЛТ: 31,48 *ед/л*

Альфа-амилаза 161,42

Биохимический анализ крови 13.02.09

креатинин: *34,86 мкмоль/л*

Калий 4,37 ммоль/л

Натрий 144,61 ммоль/л

Хлориды 103,81 моль/л

глюкоза: 4,7 *ммоль/л*

Альбумин 34,16

Общий белок 67,71

Мочевина 2,6

Билирубин общий 6,86

Билирубин прямой 2,19

АСТ: *19,81 ед/л*

АЛТ: 16,91 *ед/л*

Альфа-амилаза 128,14

Биохимический анализ крови 06.02.09

креатинин: *47,21 мкмоль/л*

Альбумин 32,51

Общий белок 69,15

АСТ: *28,67 ед/л*

АЛТ: 13,20 *ед/л*

Коагулограмма 15.02.09

активированное парциальное тромбиновое время: *126 сек*

Коагулограмма 04.03.09

активированное парциальное тромбиновое время: *45,6 сек*

Посев мочи 03.02.09 – 06.03.09: Candida albicans со среды обогащения.

Посев мокроты 03.02.09 – 09.02.09: Streptococus pneumoniae со среды обогащения, амоксицилин-клавулонат S, оксациллин R,тетрациклин R, левофлоксацин S, клиндамицин S.

Копограмма 10.03.09: яйца гельминтов не обнаружены.

Реакция Вассермана 03.02.09

*отрицательная.*

Люмбальная пункция 03.02.09: на уровне LI-LII произведен поясничный прокол в условиях асептики и антисептики под местной анестезией. По мандрену – 4 мл светлого, прозрачного ликвора, вытекающего частыми каплями. Ликвор бесцветный, прозрачный, белок – 0,31 г/л, цитоз 5 клеток (нейтрофилы-3, лимфоциты-2), сахар-2,2 моль/л, хлориды 140 моль/л (N -115-125). Заключение лаборатории - роста нет.

Консультация офтальмолога 30.01.09

*Оба глаза спокойны. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры четкие, артерии узкие, вены полнокровны. A:B=1:2. MZ без патологии. Патологических очагов нет.*

*Инструментальные исследования*

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 31.01.09

*МР-картина симметричного поражения зрительных бугров- лейкоэнцефалит с признаками мелких кровоизлияний, вероятно за счет некротических процессов, с возможным абсцедированием. Мастоидит.МР контроль.*

КТ головного мозга 20.02.09

В структуре таламусов с 2-х сторон симметрично определяются округлой формы участки пониженной плотности до 10 мм в диаметре с кольцевидным накоплением контрастного вещества по периферии. Желудочки мозга умеренно расширены.

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 24.02.09

В сравнении с МР- исследованием от 31.01.09 динамика положительная. В проекции таламусов с обеих сторон симметрично сохраняются зоны неоднородного гиперинтенсивного по Т2 сигнала (вероятно за счет некротических изменений), размерами до 12мм в диаметре. Перифокальный отек не выражен. Масс-эффект минимальный. После введения контраста – малой интенсивности усиление сигнала по периферии выявленных изменений в таламусах. Заключение: МР-картина поражения зрительных бугров. Положительная МР динамика от 31.01.09.

ЭЭГ от 09.02.09

Регистрируется альфа-ритм с амплитудой 50 мкВ, замедленный с правильным зональным распределением с периодическим диффузным распространением, хорошей реактивностью на функциональные пробы. Несколько выше нормы индекс медленных волн тета-диапозона. Эпилептиформных паттернов, четких локальных изменений не зарегистрировано. Заключение: умеренные диффузные изменения БЭА мозга.

Рентгенография органов грудной клетки (30.01.09, 08.02,09, 16.02.09)

Легочные поля прозрачны, без патологических теней. Органы средостения средины. Контуры диафрагмы четкие, синусы прослеживаются. Жидкости в плевральной полости нет.

Рентгенография органов грудной клетки от 05.03.09: пневматизация легких удовлетворительная. Жидкости в плевральной полости нет. Средостение не изменено.

Проведено лечение: меронем, тиенам 500 мг х 4 р/д на 100 мг 0,9% NaCl в/в капельно, метронидазол 500 мг 4 р/д в/в, бисептол 480 мг х 2 р/д капельно на 200 мл 0,9% NaCl, ципрофлоксацин 500 мг 4р/д, финлепсин 0,2 2 р/д, реланиум 10 мг 2 р/д, нутрикомп 200,0 х 5 р/д, диклофенак 100 мг х 1р/д per os, глицин 0,1 5 таб. 2 р/д. Повороты в кровати каждые 30 мин, вибромассаж органов грудной клетки, ЛФК на месте, массаж верхних и нижних конечностей, занятия с логопедом.

В результате лечения нормализовалась температура улучшились показатели крови. Отмечается улучшение в виде частичного регресса неврологического дефицита, начала ходить с посторонней помощью, говорить, самостоятельно одевается. Сохраняется центральный тетрапарез с преобладанием в правых конечностях, дизартрия. Контрактуры правого плечевого и локтевого суставов.

Рекомендовано:

Переводится в отделение реабилитации МСЧ №11

Занятия с логопедом, ЛФК, массаж, ИРТ.

Продолжить антибактериальную терапию: ципрофлоксацин 0,5 3 р/д per os, бисептол таб. 960 мг через 12 ч, метронидазол таб. 500 мг каждые 6 часов в течение 7 дней, затем бисептол 480 мг 2 р/д, метронидазол таб. 0,5 4 р/д, ципрофлоксацин 0,5 2 р/д в течение 3 недель.

Обильное питье до 2-2,5 л.

Включить в схему лечения (50мкг в сутки) фолиевую кислоту на весь период антибактериальной терапии.

Мониторинг: функция печени, почек, периферическая кровь не реже 2 раз в неделю. При появлении отклонений в анализах – консультация клинического фармаколога ПККБ.

КТ с контрастированием через 3 недели с последующим осмотром нейрохирурга. Повторная консультация клинического фармаколога после получения результатов КТ головного мозга для определения тактики терапии

Сорбифер дурулекс 100 мг х 2 р/д в течение 2-х недель, затем контроль ретикулоцитов, гемоглобина. При положительной динамике продолжить лечение в дозе 100 мг/сут.

**Список использованной литературы**

Анатомо-клинический атлас по неврологии под ред. Н.С.Мисюка, "Высшая школа", Минск, 1988.

Нервные болезни под ред. Е.И.Гусева, "Медицина", Москва, 1988.

Нервные болезни, Ходос Х.-Б.Г., "Медицинское информационное агенство", Москва, 1999.

Болезни нервной системы, под ред. Яхно Н.Н., М: Медицина, Т. 1-2, Москва, 1995