Тюменская государственная медицинская академия

**Кафедра нервных болезней**

*Заведующий кафедрой*:

профессор Клушин Д.Ф.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

*больного*: ………

*возраст*: 45 лет

*диагноз*: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Перелом пирамиды височной кости слева. Симптоматическая эпилепсия.

куратор: Соломонова И.С.

группа: № 422

Тюмень, 2006 г.

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О.:** ………

**Возраст:** 45 лет

**Пол:** мужской

**Семейное положение:** женат

**Национальность:** русский

**Образование:** средне специальное

**Место постоянного жительства:** г.Тюмень,

**Профессия:** не работает

**Дата поступления в клинику:** 6 февраля 2006 года

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА ДЕНЬ КУРАЦИИ**

При сборе анамнеза жалуется на общую слабость, ограничение активных движений в правой верхней конечности, нарушение слуха в левом ухе. Также головокружение, неустойчивость при ходьбе.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**anamnesis morbi**

Считает себя больным с 23 января, когда при очередном приступе эпилепсии на улице упал и ударился головой. Приступ эпилепсии связывает с прекращением приема препарата. Сколько времени был без сознания сказать не может. После травмы появились ограничение активных движений в правой верхней конечности, отсутствие слуха в правом ухе и гематома в левой височной области. Лечился дома самостоятельно. Эффекта небыло. 25 января вызвал скорую помощь, после осмотра было рекомендовано обратится в поликлинику. 29 января больной обратился в поликлинику по месту жительства, где ему выполнили рентген головы и правой верхней конечности и назначено лечение, (какое не помнит). Эффект от лечения не значительный. 6 февраля 2006 года обратился самостоятельно во 2 областную клиническую больницу, откуда был госпитализирован в травматологическое отделение.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

**anamnesis vitae**

*Место рождения*: родился в г. Тюмени. Бытовые условия детства хорошие. Болел редко.

*Трудовой анамнез*. По профессии столяр. На данный момент не работает.

*Бытовой анамнез*: проживает в благоустроенной квартире. Питание полноценное, разнообразное, регулярное.

*Семейный анамнез*: холост

*Вредные привычки*: курит в течении 20 лет, по 10 сигарет в день. Злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает. Крепкий чай и кофе не употребляет.

*Перенесенные заболевания*: отмечает грипп, ОРВИ. Вирусный гепатит, туберкулёз, венерические и психические заболевания отрицает.

Операции, контузии, переливания крови и кровезаменителей отрицает.

В 2004 году получил ЧМТ в последствии, которой стали появлятся симптоматические приступы эпилепсии.

*Наследственный анамнез*: не отягощен

*Аллергологический анамнез*: слезотечение, высыпания, зуд, отеки на продукты питания, бытовую химию, шерсть домашних животных, пыльцу растений, лекарственные препараты отрицает.

**Соматический статус**

**Общий осмотр**: общее состояние удовлетворительное. Положение больного активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, отдельные части тела пропорциональны и симметричны, соответствует возрасту и полу. Рост - 172 см. Вес - 70 кг. Тип конституции нормостенический (голова овальная, шея умеренно выражена, грудной отдел равен брюшному, конечности пропорциональны туловищу, продольные размеры несколько меньше поперечных). Походка неровная, не уверенная. Физические недостатки и аномалии развития отсутствуют. Кожные покровы бледного цвета, целостность не нарушена, участки пигментации и депигментации отсутствуют, влажность умеренная, эластичность не изменена. Высыпания, геморрагические явления, сосудистые звездочки, рубцы, наружные опухоли отсутствуют. Ногти овальной формы, розового цвета. Волосы чистые, блестящие, без участков выпадения. Слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности, без геморрагий и высыпаний. Подкожная клетчатка: развитие умеренное. Толщина складок: по 2 м/р по срединоключичной линии - 1см, на уровне пупка кнаружи от края прямой мышцы живота – 3 см. Лимфатические узлы: пальпируется подчелюстной узел с правой стороны овальной формы, примерно 1см, плотной консистенции, безболезненный, подвижный, не спаян с подкожной клетчаткой, кожа над ним не изменена. Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные (передние, задние), над-, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные узлы не пальпируются. Периферические отеки отсутствуют. Мышечная система вне очага поражения развита удовлетворительно. Атрофии и гипертрофии мускулатуры визуально не выявлено. Тонус сохранен, сила мышц не изменена, уплотнений и участков болезненности нет. Кости развиты пропорционально, целостность не нарушена, поверхность гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует. Внешне конфигурация суставов не изменена, отечность отсутствует, кожа физиологической окраски и нормальной температуры, при пальпации безболезненны, объем активных движений сохранен, шумы при движении отсутствуют.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Осмотр**. Форма грудной клетки нормостеническая (переднезадний размер меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены незначительно, угол Людовика отчетливо виден, эпигастральный угол приближается к 90 градусам, ребра в боковых отделах имеют умеренно косое направление, лопатки плотно прилегают к грудной клетке и располагаются на одном уровне), симметрична. Деформации отсутствуют. Обе половины учувствуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной. Дыхательные движения нормальной глубины, ритмичные. ЧДД 18 в мин. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает.

**Пальпация.** Форма грудной клетки нормостеническая. Обе половины участвуют в акте дыхания. Болезненность по ходу межреберий, ребер и точек Валле отсутствуют. Эластичность неизменена. Голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки ощущается одинаково.

**Перкуссия**. Сравнительная – над всеми полям легких выслушивается ясный легочный звук.

Топографическая границы легких в пределах нормы.

Дыхательная экскурсия нижнего края легких: по задней подмышечной линии правого и левого легкого 6 см.

**Аускультация** Над всеми симметричными участками грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония одинаково слабо проводится над всеми симметричными полями легких.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр**. Деформации грудной клетки в области сердца отсутствуют. Пульсация верхушечного толчка визуально не прослеживается. Патологическая пульсация отсутствует.

**Пальпация.** Верхушечный толчок: локализация – 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, площадь – 2 на 2 см, приподнимающий. Патологическая пульсация отсутствует.

**Перкуссия**. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы.

Контуры сердца в пределах нормы.

Поперечник сердца: 11(5 + 6 ) см.

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Конфигурация сердца: нормальная.

Абсолютная тупость сердца в пределах нормы

**Аускультация**. При аускультации тоны сердца не изменены, ритмичные. Дополнительные тоны и шумы отсутствуют. Пульс 60 ударов в минуту синхронный, регулярный, полный, мягкий. Артериальное давление на правой и левой руке – 120/70 мм рт см.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**Осмотр.** Полость рта. Запах отсутствует. Слизистая оболочка губ и щек физиологической окраски, пигментаций, трещин и язв нет, влажная. Десна, твердое и мягкое небо, миндалины розового цвета. Налёты, кровоточивость и изъязвления не наблюдаются. Язык на цвет бледно-розовый, влажный, имеется белый налет.

**Живот** в положении лежа правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, брюшной пресс хорошо развит. Расхождения мышц брюшной стенки и грыжевые выпячивания отсутствуют, пупочное кольцо не расширено.

При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка (гладкий, умеренный, плотный тяж диаметром 2 см.), вяло и редко перистальтирует, безболезненна, легко смещается. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде упругого, умеренно плотного цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненна, подвижна, урчащая при пальпации. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом областях живота в виде подвижных, умеренно плотных безболезненных цилиндров диаметром 2 см. Поперечная ободочная кишка определяется в виде поперечно расположенного цилиндра, умеренно плотной консистенции диаметром около 2,5 см., безболезненна, легко смещается вверх и вниз. Большая кривизна желудка пальпируется на 4см выше пупка в виде гладкого мягкого безболезненного валика. Привратник, поджелудочная железа не пальпируются.

Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Стул 1 раз в 1-2 дня, умеренного количества, коричневого цвета.

**Печень.** *Перкуссия*. Границы печени по методу Курлова в пределах нормы.

*Пальпация.* Край печени локализуется ниже края реберной дуги на 1 см, мягкой консистенции, округлой формы, ровный, безболезненный.

**Селезенка**. *Перкуссия*. Длинник равен 6 см, поперечник 4 см.

*Пальпация*. Не пальпируется.

**Поджелудочная железа**. При пальпации не определяется.

**СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**

При **осмотре** изменений в надлобковой и поясничной областях не выявлено.

**Пальпация**. Почки в положении лёжа и мочевой пузырь не пальпируются. При пальпации мочеточниковых точек и поясничной области болезненности нет.

**Перкуссия.** Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочевой пузырь перкуторно не определяется.

Количество мочи за сутки не известно. Моча соломенно-желтого цвета.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

1. *Сознание:* больной в ясном сознании, ориентируется в пространстве и времени. Адекватен.
2. *Общемозговые симптомы*. Головная боль отсутствует. Головокружение несистемного характера. Тошнота, рвота не наблюдались. Нарушения сна нет.
3. *Менингеальные симптомы*. Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательные.
4. *Черепные нервы.*
5. Обонятельная система. На момент осмотра патологий не выявлено.
6. Зрительная система. Острота зрения в пределах нормы. Поля зрения не изменены. Зрительные галлюцинации, фотопсии не выявлены.
7. Глазодвигательная система. Патологии не выявлено. Реакция зрачков на свет не изменена.
8. Тройничные нервы. Чувствительность на лице не нарушена. Лицевой боли и боли тригеменальных точек нет. Функция жевательных мышц не нарушена.
9. Лицевые нервы. Функции верхней и нижней лицевой мускулатуры не нарушены. Отмечается легкая асимметрия лица, симптом рестниц «-«,.
10. Слуховая и вестибулярная система. При обследовании выявлено отсутствие слуха в левом ухе (анакузия) и наличие симптомов раздражения (ощущения шума и треска). Слуховые галлюцинации отсутствуют.
11. Языкоглоточные и блуждающие нервы. Патологии не выявлено.
12. Добавочные нервы не повреждены.
13. Подъязычные нервы. Патологии не выявлено.
14. *Двигательная и рефлекторная система*. При осмотре выявлен правосторонний монопарез верхней конечности. Мышечная сила в нормальном тонусе. Объем пассивных движений сохранен, атрофии мышц не наблюдается. Сухожильные рефлексы:. сгибательно- и разгибательнолоктевые рефлексы повышены справа. Коленный и подошвенные рефлексы не изменены. Патологические рефлексы на нижних конечностях не выявлены. Патологические рефлексы на верхних конечностях: Россолимо, Жуковского, Бехтерева положительны справа. Тремор отсутствует.
15. *Сенсорная система*. Болевая, температурная, тактильная чувствительность не нарушена. Симптом натяжения тканей отсутствует. Вертеброгенные рефлексоторные периартрозы и туннельные болевые невропатии отсутствуют.
16. *Вегетативная нервная система*. Нарушения терморегуляции не выявлено. Сегментарных трофических и вегетативных нарушений не наблюдается. Функция тазовых органов в норме.
17. *Высшие корковые функции*. Афазии не обнаружены. Со слов больного наблюдаются симптоматические эпилептические припадки в течении 2-х лет, возникшие после ЧМТ. Хватательный рефлекс не нарушен.
18. *Психические расстройства*. Отмечается кратковременное снижение памяти. Неустойчивость к эмоциональным нагрузкам. Предположительно хронический алкоголизм.

**КЛИНИКО - БИОХИМИЧЕСКИЕ, НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Обязательное обследование*:

1. Общий анализ мочи.
2. Общий анализ крови.

3.Флюорография органов грудной клетки

4.Кровь на реакцию Вассермана.

*Специальное обследование:*

Компьютерная томография головного мозга – позволит получить полноценную информацию о состоянии мозга (наличие очагов ушиба, внутричерепные кровоизлияния, повреждения костей черепа).

## ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

У данного больного очаг поражения располагается в лобной доле в предцентральной извилине слева на наружной поверхности в средней ее трети. На это указывает наличие правостороннего монопареза верхней конечности по центральному типу, (т.к. имеются повышенные сухожильные и патологические рефлексы).

Имеется поражение ядер 8 пары черепномозговых нервов. На это указывает анакузия и наличие шума в левом ухе.

КЛИНИЧЕСКИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Данный диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Перелом пирамиды височной кости слева. Ушиб головного мозга средней степени.

Диагноз поставлен на основании: 1. наличия факта травмы

2. наличия поражений ядер 8 пары ЧМН проявляющееся в виде анакузии и наличия шума в левом ухе

3. наличия правостороннего верхнего монопареза

4.наличия очаговой симптоматики в виде повышенных сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правой верхней конечности.

**Дифференциальный диагноз**

1.Сотресение головного мозга – характеризуется отсутствием очаговой неврологической симптоматики, отсутствием переломов костей черепа, достаточно быстрый регресс симптомов при лечении.

2. Ушиб головного мозга легкой степени - характеризуется отсутствием переломов костей основания черепа, возможны линейные переломы костей свода черепа, неврологическая симптоматика обычно незначительна и регрессирует на 2-3 неделе, внутричерепные гематомы отсутствуют.

## ЛЕЧЕНИЕ

1. Постельный режим в течении 14 дней.

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

3. Антиоксидантная терапия (мексидол) – способствует ингибированию свободнорадикальных процессов и оказывает выраженное антигипоксическое действие.

4. Дегидратационная терапия (манитол) проводится при появлении симптомов повышения ВЧД.

5. Седативная терапия (феназепам) – оказывают выраженное противосудорожное, миорелаксантное и снотворное действие.

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

*Назначения*. 1. кавинтон 0,05 внутрь по 2 таб. 3 раза в день.

2. мексидол 5% - 4мл в/в капельно, предварительно развести в 200мл физ. раствора №4, затем в/м 5% - 2 мл 2 раза в день.

1. феназепам по 0,0005 2 раза в день
2. глиатилин по 400 мг 3 раза в день.
3. финлепсин ретард 400 мг по ½ таб. 1 раз в день.