

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
« СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ С НЕВРОЛОГИЕЙ, НЕЙРОХИРУРГИЕЙ
И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО НАПИСАНИЮ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО
КУРСУ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ**

Владикавказ 2023 г.

Учебно-методическое пособие одобрено ЦКУМС СОГМА

Рекомендовано для студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов медицинских ВУЗов

Рецензенты:

Астахова З.Т. – заведующая кафедрой внутренних болезней № 4 ,
д.м.н., профессор

Тотров И.Н. – заведующий кафедрой внутренних болезней № 1, д.м.н.,
доцент

Раздел I. СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО КУРСУ НЕВРОЛОГИИ

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя и отчество больного

Возраст

Пол

Национальность

Образование

Профессия

Семейное положение

Время поступления в клинику

Кем направлен

ДИАГНОЗ, УСТАНОВЛЕННЫЙ КУРАТОРОМ

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО. Излагаются основные жалобы больного на момент поступления и отдельно на момент курации, а также жалобы, не отмеченные больным, но выявленные при опросе родственников или сопровождающих больного лиц.

РАЗВИТИЕ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. Как и когда началось заболевание (внезапно, медленно, постепенно, нарастающие). Вероятный этиологический фактор болезни. Провоцирующие факторы. Проявления болезни и их последовательность. Течение болезни (прогрессирующее, ремитирующее, с обострениями и ремиссиями). Проводившееся лечение, его эффективность. Данные ранее полученных дополнительных исследований.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО. Место рождения, наличие осложнений у матери во время беременности, во время родов, послеродовом, раннем детском и детском периоде. Время наступления полового созревания; для женщин - начало и регулярность менструального цикла, беременности, выкидыши, аборт, роды. Перенесённые заболевания, хронические интоксикации (алкоголь, курение). Хирургические операции. Инфекции. Трудовая деятельность: характер работы, режим труда, справляется ли больной с работой. Жилищно-бытовые условия, питание. Наследственные заболевания в семье: алкоголизм, эпилепсия, мигрени, психические заболевания, сифилис,

туберкулёз, болезни обмена и секрети. Число детей в семье родителей, их возраст, здоровье. Родство между родителями. Семейная предрасположенность к заболеваниям. Причины смерти родителей и родственников.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО. Настоящее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжёлое). Положение больного: активное, вынужденное. Телосложение: нормостеническое, астеническое, гиперстеническое. Окраска и состояние кожных покровов и слизистых оболочек. Наличие трофических расстройств (сухость кожи, ломкость волос, облысение, пигментные пятна, пигментация и ломкость ногтей, дефектов и рубцов, контрактуры суставов Перкуссия черепа (локальная болезненность). Конфигурация позвоночника (наличие кифоза, сколиоза, кифосколиоза), болезненность при перкуссии остистых отростков позвонков, болезненность при нагрузке. Наличие или отсутствие признаков дизрафического статуса.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ. Жалобы. Частота и ритм дыхания. Данные перкуссии и аускультации.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА. Жалобы (боли, сердцебиения, аритмии). Данные перкуссии и аускультации. Артериальное давление. Частота и характеристика пульса. ЧСС. Состояние периферических сосудов: пульсация лучевой, бедренной, артерий стопы, внутренних сонных и височных артерий. Аускультация сонных артерий.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ. Жалобы (тошнота, рвота, боли в животе, нарушения аппетита). Данные аускультации и перкуссии. Пальпация живота, точки желчного пузыря, печени. Пальпация селезёнки.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА. Жалобы (нарушения мочеиспускания, боли, нарушения половых функций). Перкуссия проекции почек. Перкуссия мочевого пузыря.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА. Осмотр и пальпация щитовидной железы (признаки гипер- или гипотиреоза). Синдром Иценко-Кушинга, акромегалия, адипозо-генитальная дистрофия, инфантилизм, гигантизм, ожирение, кахексия, несахарный диабет.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. Сознание: ясное, оглушенность, сонливость, сопорозное, коматозное, состояние возбуждения. Особенности выражения лица. Общемозговые симптомы. Головная боль (характер, локализация и время, периодичность, зависимость от положения тела). Головокружение (зависимость от положения тела, головы, в какую сторону ощущает вращение). рвота (зависимость от приёма пищи и время появления). Менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига.

Черепно-мозговые нервы.

I- Обонятельный нерв. Обоняние сохранено, снижено (гипосмия), утрачено (аносмия), извращено, нарушение идентификации запахов, обонятельные галлюцинации. Одно- или двухсторонние симптомы

II-Зрительный нерв. Острота зрения (концентрическое сужение, центральная или периферическая скотома, гемианопсия, гетеронимная - битемпоральная, биназальная), цветоощущение (ахроматопсия, дальтонизм), глазное дно (застойные сосочки, неврит, атрофия зрительного нерва первичная или вторичная, состояние артерий и вен).

III- Глазодвигательный. IV - Блоковидный. VI - Отводящий нервы. Ширина и равномерность глазных щелей (птоз), объем движений глазных яблок в различных направлениях. Косоглазие (сходящееся, расходящееся). Диплопия. Паралич взора (вверх, вниз, в сторону). Плавающие движения глазных яблок. Экзофтальм. Зрачки: величина (миоз, мидриаз). Форма, равномерность (анизокория, реакция на свет (прямая и содружественная, вялая, отсутствует, живая).

V - Тройничный нерв. Воли и парестезии (онемение, ползание мурашек на лице) Болезненность в точках выхода ветвей тройничного нерва. Чувствительность кожи лица (периферические и сегментарные зоны). Движение нижней челюсти: склонение в сторону рта при открывании. Напряжение и трофика жевательных мышц. Корнеальный рефлекс.

VI - Лицевой нерв. Мимика и равномерность лооных, и носогубных складок, глазничных щелей в покое. Асимметрия при наморщивании бровей, зажмуривании глаз, свисте, надувании щёк (симптом «паруса»). Лагофтальм. Сухость глаза, гиперакузия.

VII - Слуховой нерв (улитковый и преддверный нервы). Звон и шум в ухе (постоянный, преходящий), острота слуха (шёпотная речь с расстояния 5 метров). Нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный, крупно- или мелко-размашистый, постоянный или пароксизмальный, установочный). Головокружение (системное). **IX - Языкоглоточный, X - Блуждающий нервы.** Положение мягкого нёба в покое и подвижность его при произнесении звука «а» (асимметрия, отклонение язычка в сторону). Глотание (дисфагия). Голос (звучность, осиплость, гнусавый оттенок, афония). Глоточный рефлекс.

XI - Добавочный нерв. Поднимание надплечий и поворот головы, подъем рук выше горизонтали, сближение лопаток. Напряжение и трофика грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

XII - Подъязычный нерв. Положение языка при высовывании и во рту. Объем движений языка. Атрофия мышц языка, фибриллярные подёргивания. Артикуляция /дизартикуляция, анартрия/.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА. Осмотр, ощупывание и измерение мышц: определение атрофии, псевдогипертрофий мышц, фибриллярных и фасцикулярных подёргиваний. Объем активных движений по суставам

(полный, ограничение, отсутствие). Мышечная сила по 5 бальной системе во всех группах мышц плеча, предплечья, бедра, голени, стопы. Проба Барре. Пассивные, движения (объём, наличие контрактур и анкилозов.) Мышечный тонус (гипотония, атония; гипертония спастическая, пластическая, меняющийся тонус) Симптом ротированной кнаружи стопы при гемиплегии. Каталепсия, акинез, амимия, скованность, брадикинезия. Гиперкинезы (тремор, хоря, атетоз, хореоатетоз, баллизм, миоклония, торсионная дистония, тики, локализованный спазм, их характер, постоянный или пароксизмальный). Походка (атактическая, спастическая, спастико-атактическая, гемипаретическая, парапаретическая, «петушиная», «утиная»). Припадки и судорожные подёргивания. Клонический или тонический характер припадка, припадки большие и малые (локальные, типа Джексона). Миоплегия.

КООРДИНАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ. Пробы Ромберга (простая и усложнённая). Пальценосовая. паточно-коленная пробы (мимопопадание, неуверенность), интенционный тремор. Адиадохокинез. Скандированная речь.

РЕФЛЕКСЫ. Сухожильные: с двуглавой, трёхглавой мышц, коленные и ахилловы. Надкостничный - стило-радиальный. Кожные: брюшные (верхний средний и нижний), подошвенный. Суставные рефлексy Майера и Лери. Рефлексy симметричны, асимметричны, снижены, отсутствуют, повышены. Патологические рефлексy: пирамидные (Бабинского, Россолимо), защитные, псевдобульбарные (ладонно-подбородочный Маринеско-Радовичи). Насильственный смех и плач.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ. Парестезии, боли, их характер и локализация. Поверхностная чувствительность: болевая, тактильная, температурная. Глубокая чувствительность (мышечно-суставное чувство). Сложная чувствительность (двумерно-пространственная, стереогноз). Болевые точки затылочного нерва, плечевого сплетения (точка Эрба). Паравертебральные, по ходу межрёберных нервов, по ходу седалищного нерва (точки Балле), бедренного нерва. Болезненность нервных стволов. Симптомы натяжения нервных стволов и корешков (Ласега, Мацкевича), противоболевые установки туловища (анталгический сколиоз) и конечностей. Распределение расстройств чувствительности (схема).

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА. Синдром Бернара-Горнера. Кожа (изменение окраски: побледнение, покраснение, эритема). Отёки, их локализация. Потоотделение. Сальность кожи. Трофические расстройства кожи (истончение, сухость; их локализация). Дермографизм (местный, рефлекторный), Акроцианоз. Оволосение (гипертрихоз, алопеция). Ногти (потускнение, ломкость, утолщения, деформация). Болезненность солнечного сплетения. Симпатикалгии. Глазо-сердечный рефлекс Ашнера. Ортоклиностагические пробы.

ТАЗОВЫЕ ОРГАНЫ. Задержка или недержание мочи и кала. Императивные позывы на мочеиспускание.

ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ. Исследование речи: выявление моторной, сенсорной и амнестической афазии. Исследование письма, чтения, счёта. Исследование праксиса: выявление идеаторной и конструктивной апраксии. Исследование гностических функций. Узнавание собственного тела и определение частей тела.

ПСИХИКА. Ориентировка во времени, месте. Контакт с окружающими (недоступен., контактен, легко или с трудом общается с окружающими, врачом). Отношение к своему заболеванию (критическая оценка). Эмоциональная сфера: настроение, наличие раздражительности, утомляемости, рассеянности, истощаемости. Слабодушие. Сон. Бред. Галлюцинации. Иллюзии. Ипохондрические состояния. Навязчивые явления. Память. Внимание. Интеллект. Интересы. Поведение.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Анализ крови, мочи, кала, ликвора, Данные ЭЭГ, ЭНМГ, Эхо-ЭС, РЭГ, рентгенография черепа, компьютерной томографии, МРТ, ангиографии и т.д.

ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

На основании данных обследования больного определяется локализация патологического процесса или его диффузный характер. Схема (зарисовка очагов поражения).

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

На основании жалоб, анамнеза, клиники, лабораторных и др. специальных методов исследования обосновывается диагноз основного заболевания. Проводится дифференциальный диагноз. Клинический диагноз отражает характер основного заболевания, локализацию патологических /-кого/ процессов, осложнения и сопутствующие заболевания.

ДНЕВНИК.

Дата, жалобы, рабочий статус. Динамика неврологического статуса. Назначения.

ПРОГНОЗ в отношении жизни, нарушенных неврологических функций и прогноз трудоспособности.

ЭПИКРИЗ.

Краткие анамнестические данные и данные клинического исследования, эффективность проведенного лечения, течение и исход болезни, рекомендации по дальнейшему лечению, режиму, трудоспособности.

ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА по теме заболевания: этиология, патогенез, классификация, синдром, диагностика, прогноз, лечение, профилактика, врачебно-трудовая экспертиза.

Раздел II. Пример учебной истории болезни

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ СЕВЕРО-ОСЕТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Заведующий кафедрой: профессор Торчинов И.А.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Иванова Петра Сидоровича

Ответственный за работу студентов: доцент Каражаева С. А

Преподаватель, проверявший работу: ассистент Ходова М. А.

Куратор: студент Петров А.В.

Время курации: «__» _____ по «__» _____

ВЛАДИКАВКАЗ 20__ г.

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О. Иванов Петр Сидорович
2. Пол: мужской
3. Возраст: 62 года
4. Место жительства: г. Владикавказ, Проспект Коста д. 266, кв. 38
5. Профессия: пенсионер, инвалид II группы
6. Дата поступления: «___» _____
7. Дата курации: «___» _____

II. ДИАГНОЗ, УСТАНОВЛЕННЫЙ КУРАТОРОМ

Основное заболевание: ОНМК по ишемическому типу в системе левой внутренней сонной артерии. Атеросклероз сосудов головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст.

Осложнения основного заболевания: -

Сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст. НК I.

III. ЖАЛОБЫ

При поступлении больной жаловался на головную боль, умеренной интенсивности, диффузного характера. Также жаловался на речевые нарушения в виде трудности выговаривания слов, слабость в правых конечностях.

IV. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Длительно (около 20 лет) страдает гипертонической болезнью с периодическими подъемами АД до 190/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 160/80 мм. рт. ст. Перенес инфаркт миокарда в 1989 году. Вечером 06.01.08 внезапно ослабели правые конечности, стало трудно выговаривать слова. Не падал, сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Артериальное давление дома не измерял. Госпитализирован 10.01.08 по настоянию родственников, так как самочувствие не улучшалось, сила в правых конечностях не восстанавливалась, сохранялись нарушения речи, слабость в правых конечностях.

V. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

1. Краткие биографические данные

Родился в деревне Поселки Тульской области в семье колхозников Единственный ребенок в семье. Рос и развивался нормально. Образование 8

классов.

2. Семейно-половой анамнез

Имеет двух сыновей в возрасте 25 и 28 лет. Женат.

3. Трудовой анамнез

Трудовую деятельность начал с 15 лет в колхозе. Затем переехал в г. Владикавказ и работал шофером на автобазе. Работал строителем и также шофером. Вышел на пенсию в 60 лет. Профессиональные вредности связаны с эмоциональными стрессами (вождение автомобиля) и подъемом тяжестей.

4. Бытовой анамнез

В настоящее время проживает с женой в отдельной 2-х комнатной квартире 36м², с удобствами, на 5-ом этаже панельного дома. Условия проживания плохие в связи с аварийным состоянием дома.

5. Вредные привычки

Не курит. Алкоголь употреблял редко в количестве 50 гр. Последние 10 лет не употребляет совсем.

6. Перенесенные заболевания

Детских инфекций не помнит. Больному произведена аппендэктомия в 1954 году и аденомэктомия в 1987 году. Был контужен на войне. Производственных и других травм не было

7. Аллергологический анамнез

Непереносимости пищевых продуктов и лекарственных средств не выявлено.

8. Наследственность

Родители больного были практически здоровы. Наследственность не отягощена

VI. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

I. ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного: средней тяжести.

Сознание: ясное.

Положение: вынужденное (лежа, из-за гемипареза).

Телосложение нормостенического типа, рост 178 см, вес 80 кг

Осанка прямая, не ходит.

Температура тела: 36.7°

Выражение лица спокойное.

Кожные покровы розовой окраски. Пигментации и депигментаций нет.

Высыпания, кровоизлияния, и видимые опухоли отсутствуют

Кожа сухая, на ладонях умеренно увлажненная. Тургор кожи: снижен. Тип оволосения мужской.

Ногти правильной формы, розового цвета, без исчерченности. Симптома

«часовые стекла» нет.

Видимые слизистые розового цвета, умеренно увлажненные, без высыпаний.

Подкожно-жировая клетчатка выражена незначительно, толщина около 2 см, распространена равномерно, безболезненна при пальпации. Имеется легкая пастозность нижних третей голени и стоп.

Лимфатические узлы: не пальпируются.

Зев обычной окраски, без красноты и припухлости.

Миндалины не увеличены, без припухлости красноты и налетов.

Мышцы развиты удовлетворительно, их тонус несколько снижен. При пальпации безболезненны.

Кости не деформированы, болезненности при ощупывании и поколачивании не выявлено. Симптома «барабанных пальцев» нет.

Суставы правильной конфигурации, болезненности при ощупывании нет. Изменений температуры тела в области суставов не выявлено. Областей гиперемии нет. Объем движений в суставах полный.

2.СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ОСМОТР

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное. Гортань не деформирована без припухлостей. Голос тихий, чистый.

Грудная клетка нормостеническая. Над- и подключичные ямки выражены, ширина межреберных промежутков умеренная (около 1,5 см), эпигастральный угол прямой.

Ход реберных дуг имеет косое направление. Лопатки не выступают Грудная клетка симметричная, локальных выпячиваний и западений нет. Соотношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки: 1:1,5. Искривлений позвоночника нет. Тип дыхания грудной. Дыхательные движения симметричны. Дыхание глубокое, ритмичное. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Соотношение вдоха и выдоха: 1:1,5.

Пальпация

При пальпации болезненных участков не выявлено, грудная клетка умеренно эластична. На симметричных участках голосовое дрожание одинаково, не изменено, и равномерно проводится над всей поверхностью грудной клетки.

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия

На симметричных участках всей поверхности грудной клетки при перкуссии выявляется коробочный звук.

Аускультация

Над симметричными участками легочных полей выслушивается везикулярное дыхание. Дыхание выслушивается равномерно над всей поверхностью легких. Побочных дыхательных шумов нет.

Бронхофония

Не изменена, проводится равномерно во всех отделах.

3. СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр

Шейные вены не изменены. Симптома «пляска каротид» нет. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок не виден.

Пальпация прекардиальной области

Верхушечный толчок не пальпируется (скрыт ребром). Сердечный толчок не определяется. Эпигастральная пульсация не определяется. Дрожание в области сердца также не выявляется зон болезненности и гиперестезии нет.

Перкуссия сердечной области

Границы относительной тупости сердца: правая правый край грудины левая на 1 см кнаружи от срединной линии верхняя 3 ребро Поперечник относительной тупости сердца. 11 см (8+3) Ширина сосудистого пучка: 6 см Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация

Сердечные сокращения ритмичные. Ритм правильный.

ЧСС 72 в минуту.

Первый тон ослаблен. Раздвоения и расщепления нет. Второй тон ослаблен. Имеется акцент второго тона над аортой. Дополнительных сердечных шумов нет.

Исследование сосудов

Пульсация сонных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы определяется. Сосуды эластичны, неизвитые. Пульсация аорты в яремной ямке не определяется. Сосудистых шумов на бедренных артериях не выслушивается. Артериальный пульс на правой и левой лучевых артериях 95 ударов/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Артериальное давление на плечевых артериях (по методу Короткова); на левой: 160/85 мм рт. столба., на правой 155/80 мм рт. столба.

Вены шеи не изменены, не набухшие, без пульсации. Уплотнений, болезненности, расширения вен брюшной стенки, конечностей не выявлено. Симптома положительного венного пульса нет.

4. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ЖЕЛУДОЧО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Аппетит снижен. Отвращения к каким-либо продуктам не выявлено.

Стул нерегулярный, 1 раз в 3 суток, умеренного количества, оформленный, коричневого цвета.

Признаков пищеводного, желудочного, кишечного, геморроидального кровотечений нет. Примесей крови в кале нет.

Осмотр

Полость рта:

Язык влажный, обложен белым налетом. Сосочки языка сглажены. Трещин или язв не наблюдается. Десны, мягкое и твердое небо субиктеричны, геморрагии и язв не обнаружено. Состояние зубов удовлетворительное.

Живот: правильной формы, симметричный, в акте дыхания участвует. Живот не напряжен. Видимой перистальтики не отмечается, не увеличен в размерах.

Окружность живота на уровне пупка примерно 80 см.

Перкуссия

Тимпанический перкуторный звук. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация:

Живот мягкий. При пальпации безболезненный. Расхождений мышц живота нет. Поверхностно расположенных опухолевидных образований не выявлено. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона отрицательные.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско: без особенностей.

Аускультация

Над всей поверхностью живота выслушивается умеренный шум перистальтики кишечника. Шум трения брюшины отсутствует. Сосудистые шумы в проекции брюшной аорты и почечных артерий не выслушиваются.

ПЕЧЕНЬ Осмотр

Видимого выпячивания в области правого подреберья и отставания в дыхании в этой области нет.

Перкуссия

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединно-ключичной линии: V межреберье Нижняя граница

абсолютной тупости печени: по правой срединно-ключичной линии: на 1 см

ниже нижнего края правой реберной

ДУГИ.

по передней срединной линии: на 1 см ниже края мечевидного отростка, по левой реберной дуге: левая парастернальная линия

Симптом Ортнера (поколачивание по правой реберной дуге) отрицательный.

Пальпация Край печени острый, при пальпации болезненный. Поверхность

печени гладкая. Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии: 11 см по передней срединной линии: 10 см по левой реберной дуге: 9

см

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Симптом Кера и френитус-симптом отрицательные.

Аускультация

Шум трения брюшины в области правого подреберья не выслушивается.

СЕЛЕЗЕНКА

Осмотр

Выпячиваний в области левого подреберья нет. Ограничения дыхательных движений и отставания в дыхании в этой области не наблюдается.

Перкуссия продольный размер селезенки: 7 см поперечный размер селезенки: 6 см

Пальпация

Селезенка в положении лежа на боку и на спине не пальпируется.

Аускультация

Шума трения брюшины в области левого подреберья не обнаруживается.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Поджелудочная железа не пальпируется.

5. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Мочеиспускание безболезненное. Диурез 2,5 л в сутки Цвет мочи - насыщенно желтый.

Осмотр

Областей гиперемии, припухлости а также сглаживания контуров поясничной области нет. Надлобковая область не изменена.

Перкуссия

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются в положения лежа и стоя. Мочевой пузырь не пальпируется. Болезненности в реберно-позвоночных точках и по ходу мочеточников не выявлено.

6. ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Жалоб на чувство жажды, голода, постоянное ощущение чувства жара, потливость, ознобы, судороги, мышечную слабость и постоянную гипертермию нет. У больного нет нарушения роста и телосложения.

У больной нет нарушения роста и телосложения. Ожирения нет.

Состояние кожных покровов: истончения или огрубения, гиперпигментации кожи не выявлено. Увеличения размеров отдельных частей тела: носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп не выявлено.

7. НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Общемозговые симптомы Сознание ясное. Выражение лица спокойное.

Общемозговые симптомы: На момент осмотра головную боль отрицает.

Головокружения нет

Менингеальные симптомы

Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Кернига отрицательные с обеих сторон. Симптом Бехтерева отрицательный с обеих сторон.

Черепно-мозговые нервы

1- Обонятельный нерв

Обоняние ориентировочно сохранено с обеих сторон.

2- Зрительный нерв

Зрение ориентировочно сохранено. Выпадения полей зрения нет. Границы полей зрения на белый цвет: наружные 90 градусов, внутренние 60 градусов, нижние - 70 градусов, верхние - 60 градусов. Цветоощущение сохранено
Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, артерии сужены, вены полнокровны, извиты.

3- Глазодвигательный. 4- Блоковидный, 6- Отводящий нервы

Глазные щели средней величины, равномерны. Движений глазных яблок в различных направлениях в полном объеме. Зрачки среднего размера, D=S, диаметр зрачков 4 мм, округлой формы, реакция на свет прямая и содружественная, живая.

5- *Тройничный нерв*

Болезненных областей на лице нет. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны. Чувствительность кожи сохранена, уколы ощущает одинаково по периферическим и сегментарным зонам иннервации с обеих сторон. Зон гиперестезии, парестезии на лице нет. Движения нижней челюсти в полном объеме, отклонений в стороны нет. Атрофии височных, жевательных мышц нет. Нижнечелюстной рефлекс не вызывается (вариант нормы). Роговичный рефлекс справа снижен. Слева - живой роговичный рефлекс.

7- Лицевой нерв

Мимика больного без особенностей. Глазничные щели в покое равномерны. Лобные складки при наморщивании одинаково выражены с обеих сторон. Наблюдается легкая асимметрия носо-губных складок (сглажена правая носогубная складка в покое). Асимметрии лица при наморщивании бровей и зажмуривании глаз нет, свисте, надувании щек нет. Глазные яблоки равномерно увлажнены. Гиперакузии нет.

8- *Слуховой нерв* (улитковый и преддверный нервы)

Острота слуха несколько снижена на оба уха (двусторонняя гипоакузия). Шепотная речь воспринимается с расстояния 0,5 метра. Нистагма нет. Головокружения нет.

9- *Языкоглоточный, 10-Блуждающий нервы.*

Асимметрии мягкого неба нет. При произнесении звука «А» язычок по средней линии. Голос обычный, тихий. Глотание жидкой и твердой пищи свободное. Глоточные рефлексы сохранены, равномерны с обеих сторон. Расстройств вкусового восприятия нет (соленое, горькое, кислое, сладкое различает).

11- *Добавочный нерв*

Поднимание надплечий и сближение лопаток возможны. Поворот головы в стороны не затруднен. Подъем рук выше горизонтального уровня возможен, справа затруднен из-за пареза. Сила, напряжение и трофика грудино-ключично-сосцевидных мышц достаточна.

12- *Подъязычный нерв*

Во рту язык по средней линии. При высовывании изо рта язык отклоняется вправо. Атрофии мышц языка, фибриллярных подергиваний не выявлено. Речь несколько дизартрична (псевдобульбарная дизартрия).

Двигательная система

При осмотре и ощупывании мышцы нормальных размеров, без признаков дистрофических изменений. Объем пассивных и активных движений в левых конечностях полный. Мышечный тонус в левых конечностях не изменен, мышечная сила достаточна. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в руке до 3-х баллов, больше выражен в проксимальном отделе, в ноге- до 2-х баллов. Руку поднимает выше горизонтального уровня и удерживает. Ногу отрывает от постели но не удерживает. Мышечный тонус в правых конечностях снижен. В пробах Барре верхней и нижней скорее опускает правые конечности.

Координаторная сфера

Координаторные пробы: пальце-носовую и пяточно-коленную левыми конечностями выполняет удовлетворительно, правыми не выполняет из-за пареза. Проба Ромберга не производилась. Признаки тремора отсутствуют. Проба на диадохокинез не производилась.

Рефлекторная сфера

Сухожильные и периостальные рефлексы кистевые, с предплечий, с трехглавой мышц средней живости $D < S$, коленный, ахиллов рефлексы очень низкие без

четкой разницы сторон. Подошвенный рефлекс справа отсутствует, слева - низкий. Патологических стопных рефлексов нет. Брюшные рефлексы не вызываются. Патологические рефлексy: Наблюдаются ладонно-подбородочный рефлекс Маринеско-Радовичи с двух сторон и рефлексy орального автоматизма.

Чувствительная сфера

Поверхностная чувствительность (тактильная, болевая) не изменена (температурная чувствительность не проверялась). Глубокая чувствительность (мышечно-суставное чувство) сохранена. Сложная чувствительность, стереогноз - в норме. Болезненности при пальпации болевых точек затылочного нерва, плечевого сплетения, паравертебральных точек не выявлено. Болезненности по ходу межреберных нервов, по ходу седалищных и бедренных нервов не выявлено. Симптомы натяжения отрицательны. Симптом посадки не проверялся. Противоболевой установки туловища и конечностей нет. Парестезии не выявлено.

Вегетативная нервная система

Кожа обычной окраски. Трофических расстройств кожи не определяется. Отеков нет. При проверке местного и рефлекторного дермографизма патологии не выявлено. Оволосение по мужскому типу. Ногти правильной формы, без деформаций. Болезненности в области солнечного сплетения не выявлено. При проверке глазо-сердечного рефлекса Ашнера наблюдается замедление сердечного пульса на 8 уд в мин. Ортокинетические пробы не производились.

Тазовые органы

Задержки мочеиспускания и дефекации нет. Функции тазовых органов контролирует. Императивных позывов на мочеиспускание и дефекацию также не отмечается.

Высшие психические функции

Исследование речи: Понимание устной и письменной речи не нарушено. Спонтанная речь возможна. Парофазии, персевераций в речи не отмечается. Фразы построены грамматически правильно. Называние предметов не нарушено. Больной правильно понимает сложные многозвеньевые и атрибутивные конструкции. Письмо, счет не изменены. Речь больного дизартрична. Слова произносит нечетко, особенно трудны для артикуляции звуки «р» и «л», шипящие звуки. Ощущение «каши во рту».

Исследование гнозиса: Предметы узнает и называет правильно. Узнавание предметов по характерным для них звукам сохранено. Узнавание предметов на ощупь не нарушено. Правильно определяет и дифференцирует части своего тела. Боль ощущает. Запахи, вкусовые раздражители различает, дифференцирует. Исследование праксиса: Целенаправленные и программированные действия сохранены. Действия с реальными предметами, имитация работы с воображаемыми предметами сохранены. Привычные жесты

сохранны. Транзитивные действия возможны. Тесты по конструированию фигур не производились.

Психика

При исследовании полностью ориентируется на месте, во времени и в собственной личности. Контактен. Критичен. Сон плохой из-за вынужденного положения в постели. Поведение спокойное. Память, интеллект снижены соответственно возрасту.

VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Возраст больного, отягощенный сосудистый анамнез, острое развитие настоящего заболевания с появления в неврологическом статусе левополушарной очаговой симптоматики без выраженных общемозговых и отсутствии менингеальных симптомов позволяет предполагать у больного острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в системе левой внутренней сонной артерии. Этиологический фактор - атеросклероз сосудов головного мозга.

VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ Предполагается выполнить:

1. Клинический анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Клинический анализ мочи
4. ЭКГ
5. Рентгенографию органов грудной клетки
6. ЭХО-энцефалоскопию
7. Консультация окулиста
8. УЗДГ сосудов головного мозга
9. КТ головного мозга

IX. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Клинический анализ крови 13.01.08

Эритроциты 4,5 млн/мкл Гемоглобин 126 г/л Цветовой показатель 0,9

Лейкоциты $8,6 \cdot 10^9$ ед./л.

Палочкоядерные 4% Сегментоядерные 75% Эозинофилы 1% Базофилы 1 %

Лимфоциты 14% Моноциты 5% СОЭ 8 мм/час

2. Биохимический анализ крови 10.01.08 Общий белок 80 г/л

Мочевина 9,6 ммоль/л Креатинин 164 Глюкоза 4,0 ммоль/л Общий билирубин

12,6 ммоль/л Холестерин общий 9,8 ммоль/л Тимоловая проба 10 ЕД

3. Клинический анализ мочи 13.01.99

Цвет: насыщенно желтый

Прозрачность: прозрачная

Отн. плотность: 1010

Реакция: кислая

Белок: нет

Эпителий:

Эритроциты: 0-1 в поле зрения

Лейкоциты: единичные в поле зрения

4. ЭКГ 15.01.08

Ритм синусовый, правильный. ЧСС 72 уд. в мин. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Умеренные изменения в миокарде левого желудочка. P-Q- 0,12 сек. QRS - 0,08 сек. QRST -0,38 сек.

5. Рентгенография грудной клетки 16.01.08

На прямой рентгенограмме, выполненной в положении лежа из-за тяжести состояния больного органы грудной клетки без острой патологии. Легочные поля прозрачны, корни тяжисты в базальных отделах. Тень сердца несколько расширена влево. Аорта развернута.

6. Эхоэнцефалоскопия 10.01.08

Больному выполнена эхоэнцефалоскопия. Получены следующие результаты: MD=MS=TR=76 мм. Смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

7. Консультация окулиста 15.01.08

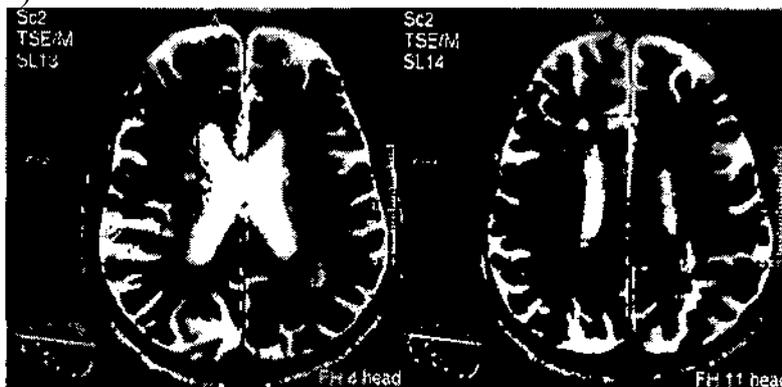
Жалоб нет. OU-спокойны. Начальное помутнение в задних кортикальных слоях хрусталика Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, артерии сужены, вены полнокровны, извиты. Начальная катаракта обоих глаз. Ангиопатии сосудов сетчатки

8. Люмбальная пункция больному не производилась ввиду отсутствия показаний (отсутствие общемозговой и менингеальной симптоматики, отсутствие смещения срединных структур головного мозга на ЭХО-ЭС).

9. УЗДГ мозговых артерий. Заключение нарушение гемодинамики (снижение скорости кровотока) в системе левой внутренней сонной артерии.

10. МРТ головного мозга. Заключение Ишемический инсульт в лобной доле левого полушария головного мозга Энцефалопатия сосудистого генеза с множественными лакунарными инфарктами.

Рисунок 1. МРТ головного мозга (T2-взвешенные сканограммы) (Файл 0001.TIF из каталога МРТ)



Х. СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (сводка патологических симптомов и синдромов) У больного имеются следующие патологические синдромы:

1. Синдром двигательных нарушений, представленный центральным парезом VII, XII черепно-мозговых нервов справа, правосторонним гемипарезом, вследствие поражения корково-нуклеарных и корково-спинномозговых волокон пирамидного пути. У больного снижен корнеальный рефлекс справа за счет поражения корково-нуклеарных волокон лицевого нерва, обеспечивающего эфферентную часть рефлекторной дуги данного рефлекса. Также у больного отсутствует подошвенный рефлекс справа, что свидетельствует о поражении соответствующего пирамидного пути.
2. Неполный псевдобульбарный синдром представленный только псевдобульбарной дизартрией, симптомами орального автоматизма.

XI. ТОПИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Рассматривая симптоматику нарушений, имеющую место у нашего больного следует думать о полушарной локализации паталогического процесса, то есть следует искать очаг поражения в бассейне внутренней сонной артерии, так . как принадлежность очага к данному бассейну не вызывает сомнений {для вертебрально-базиллярной локализации не характерны гемилатеральные двигательные расстройства и присущи симптомы поражения мозгового ствола), Для поражения передней мозговой артерии характерно более значительная выраженность пареза в гетерапатеральной нижней конечности либо только парез в ноге при интактной гетеролатеральной поражению руке. При поражении левой средней мозговой артерии очаговые симптомы как правило выражены более грубо, степень пареза доходит часто до плегии, появляются чувствительные нарушения, наблюдаются грубые афатические нарушения, так как страдает кровоснабжение соответствующих корковых полей и прежде всего поля Брока, что не имеет места у нашего больного. Расстройство кровоснабжения в системе задней мозговой артерии характеризуется страданием медиальной и верхнелатеральной поверхности коры головного мозга соответствующей стороны (затылочной доли). При этом возникают соответствующая гетеронимная гемианопсия, расстройства чувствительности, в двигательной сфере больше страдает контралатеральная рука, может иметь место атаксия из-за поражения красного ядра и ножки большого мозга. Наличие у нашего больного относительно негрубо выраженной лево- полушарной очаговой симптоматики (центрального пареза VII и XII нервов справа, правостороннего гемипареза без отчетливой разницы выраженности в верхней и нижней конечности, легкой псевдобульбарной дизартрии), отсутствие афазии, расстройств гнозиса и праксиса позволяют локализовать поражение бассейном левой внутренней сонной артерии. При этом страдают кортико-нуклеарные и кортикоспинальные проводники пирамидного тракта с возникновением соответствующей гетеролатеральной очагу поражения симптоматики. Более четко локализовать поражение помогают дополнительные методы исследования (произведенные УЗДГ мозговых артерий и МРТ головного мозга) На Схеме 1 представлена сосудистая система левой внутренней сонной артерии, на которой темной штриховкой показана зона ишемии (снижения кровотока). Непосредственно сформировавшийся ишемический очаг вероятно

гораздо меньших размеров располагается в зоне прецентральной извилины левой лобной доли, расположен глубинно (Схема 2; данные МРТ-Рисунок1).

Схема 1. Сосудистая система левой внутренней сонной артерии

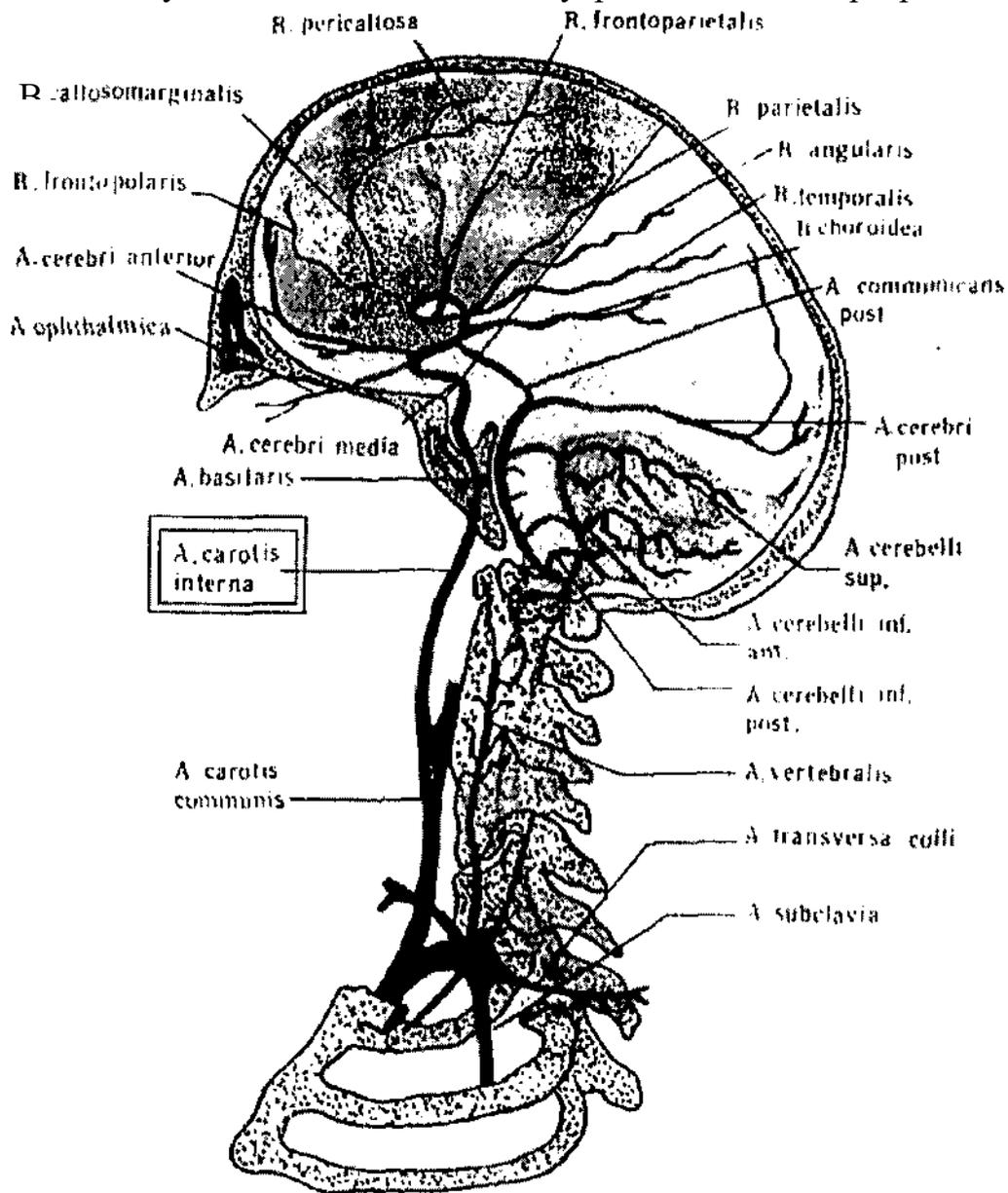
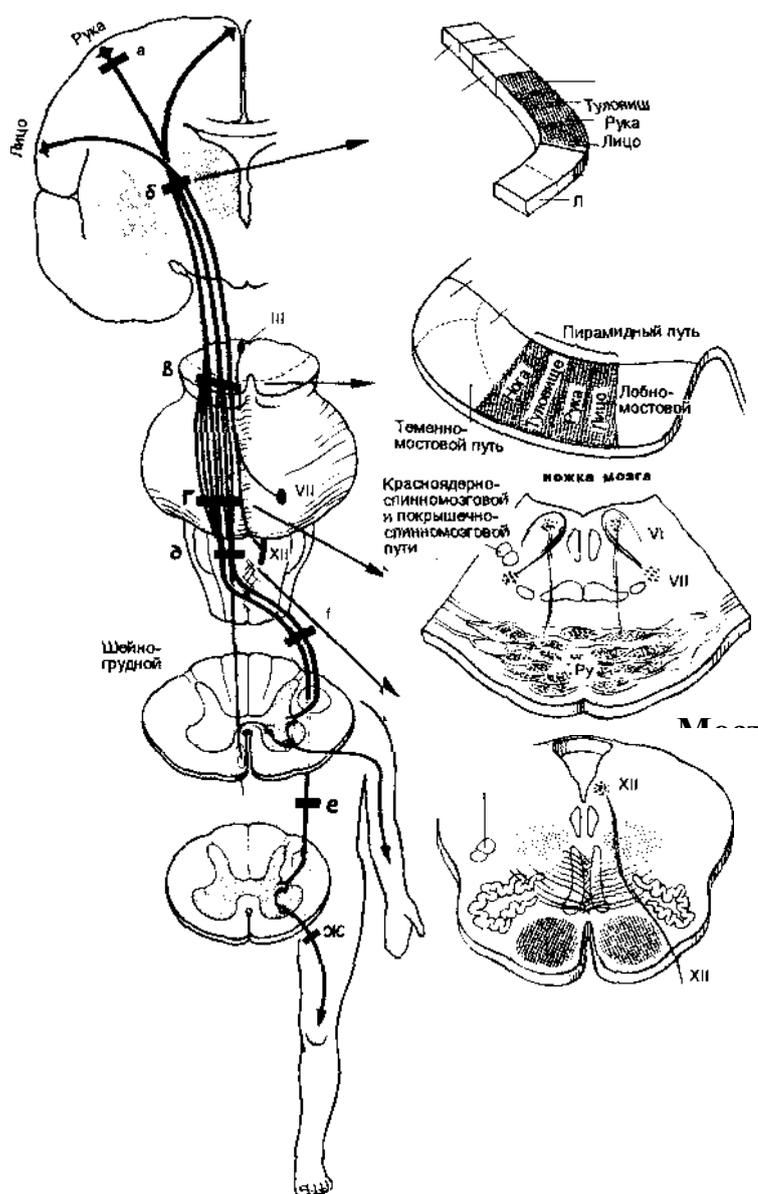


Схема 2. Уровень поражения пирамидной системы



ХИ. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Основное заболевание: ОНМК по ишемическому типу в системе левой внутренней сонной артерии. Атеросклероз сосудов головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст.

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

ИБС: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст. НКI

Клинический диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб больного при поступлении на головную боль, умеренной интенсивности, диффузного характера, нарушение речи в виде трудности выговаривания слов, ощущение «каши во рту», слабость в правых конечностях.

2. Истории развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi) из которой следует, что у больного имеется длительный сосудистый анамнез (страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет), перенес инфаркт миокарда в 1989 году. Настоящее заболевание развилось у больного остро, на фоне подъема АД - у больного нарушилась речь, ослабели правые конечности, что указывает на сосудистый генез заболевания.

3. Данных объективного обследования, выявляющего у больного отсутствие общемозговых и менингеальных симптомов, наличие левополушарной очаговой симптоматики в виде правостороннего гемипареза, анизорефлексии $D < S$, что может иметь место в первые дни инсульта из-за явления диашиза и не противоречит наличию центрального пареза, отсутствия подошвенного рефлекса справа, наличие ладонно-подбородочного рефлекса Маринеско-Радовичи с двух сторон, рефлексов орального автоматизма и псевдобульбарной дизартрии.

4. Данных инструментального обследования: отсутствия смещения срединных структур головного мозга при выполнении ЭХО-ЭС, что делает менее вероятным предположение о каком-либо объемном процессе (кровоизлиянии, гематоме, опухоли), данных УЗДГ, указывающих на изменение гемодинамических показателей снижение скорости кровотока в системе левой внутренней сонной артерии, данных МРТ прямо свидетельствующих в пользу ишемической природы инсульта.

Таким образом, пожилой возраст больного (82 года), длительный предшествующий и осложненный сосудистый анамнез (гипертоническая болезнь, перенесенный инфаркт миокарда), острое начало заболевания с умеренно выраженными общемозговыми симптомами (головная боль), отсутствием менингеальных симптомов, преобладание в неврологическом статусе очаговой левополушарной симптоматики, данные произведенных дополнительно инструментальных методов обследования не позволяют усомниться в ишемической природе ОНМК. Предположительный механизм развития ишемического инсульта у данного больного - нетромботический, возникающий при отсутствии полной окклюзии сосуда, чаще в результате атеросклеротического поражения, ангиоспазма, сосудисто-мозговой недостаточности, извитости сосуда (о чем свидетельствуют данные УЗДГ мозговых сосудов, не выявившая тромбоза или эмболии мозговых сосудов у нашего больного).

XIII. Дифференциальная диагностика различных видов О Н М К

<i>Дифференциальные</i>	<i>Геморрагический инсульт :</i>	<i>Ишемический инсульт</i>
-------------------------	----------------------------------	----------------------------

	<i>Кровоизлияние в мозг</i>	<i>Субарахноидальное кровоизлияние</i>	<i>Тромбоз сосудов мозга</i>	<i>Эмболия сосудов мозга</i>
<i>Возраст</i>	<i>45-60</i>	<i>45-60</i>	<i>после 50</i>	<i>любой при наличии источника</i>
<i>Продромальные явления</i>	<i>Может быть выраженная головная боль</i>	<i>Могут быть преходящие сосудистые головные боли</i>	<i>Часто преходящие очаговые неврологические симптомы</i>	<i>Нет</i>
<i>Вид Больного</i>	<i>Гиперемия лица, инъекция</i>	<i>Гиперемия лица, блефароспазм</i>	<i>Бледность</i>	<i>Бледность</i>
<i>Начало болезни</i>	<i>Внезапное, чаще днем физического психоэмоционального</i>	<i>Внезапное; часто с ощущения прострела в</i>	<i>Постепенное, чаще под утро</i>	<i>Внезапно*</i>
<i>Нарушение сознания</i>	<i>Часто, быстро развивая глубокие комы</i>	<i>Часто, кратковременное</i>	<i>Постепенное коррелирует с нар; очаговой симптоматикой</i>	<i>Часто в дебюте заболевания быстро развивается, впоследствии коррелирует с тяжестью очаговой симптоматики</i>
<i>ГОЛОВНАЯ БОЛЬ</i>	<i>Часто</i>	<i>Часто</i>	<i>Редко</i>	<i>Редко</i>
<i>Психомоторное возбуждение</i>	<i>Часто</i>	<i>Часто</i>	<i>Редко</i>	<i>Редко</i>
<i>Рвота</i>	<i>70-80%</i>	<i>более 50%*</i>	<i>Редко (3-5%)</i>	<i>Часта (25-30%)</i>

<i>дыхание</i>	<i>Аритмичное, kloкочущее</i>	<i>Часто риги Чейна-Стокса, может быть бронхорея</i>	<i>Редко нарушено при полушарных очагах</i>	<i>Тоже</i>
<i>Пульс</i>	<i>Напряженный, бради-, тахикардии</i>	<i>Учащен до 100 в мин</i>	<i>может быть учащен, мягкий</i>	<i>Зависит от заболевания</i>
<i>Сердце</i>	<i>акцент II тона на аорте</i>	<i>Патологические изменения редки</i>	<i>Нередко постинфарктный кардиосклероз. Признаки гипертонического сердца</i>	<i>Стеноз, недостаточности. митрального клапана: аритм и I</i>
<i>АД</i>	<i>Артериальная гипертензия</i>	<i>Чаше повышено</i>	<i>Нормальное или пониженное</i>	<i>Нормальное, зависит от патологии сердца</i>
<i>Параличи, парезы конечное:</i>	<i>Гемиплегия с гиперрефлексией, горметония</i>	<i>Могут отсутствовать, часто у колейные рефлексy</i>	<i>Неравномерный гемипарез МОЖЕТ нарастать</i>	<i>Неравномерный гемипарез, чаще гемиплегия</i>
<i>Патологические симптомы</i>	<i>Чаше двусторонние, более выраженные контрлатерально очагу</i>	<i>Нередко двусторонние</i>	<i>Односторонние</i>	<i>Чаше односторонние</i>
<i>Темп развития</i>	<i>Быстрый</i>	<i>Быстрый</i>	<i>Постепенный</i>	<i>Быстрый</i>
<i>Судороги</i>	<i>Нечасто</i>	<i>У 30%</i>	<i>Редко</i>	<i>Часто, нам дебют заболевания</i>

Менингеальн ые симптомы	Часто	Практически всегда	Редко	легкие
Плавающий взор	Часто	Часто	Редко	Редко
Стволовые нарушения	Развиваютс я быстро	Томе	Развиваются медленно	Тоже
Ликвор	Кровянисты й, давление повышено	Тоже	Бесцветный, прозрачный, * нормальное	ТОЖЕ
Глазное дно	Редко кровоизлиян ия	Часто кровоизлияния	Склеротические изменения сосудов	Различные изменении сосудов атеросклероз, васкулиты
ЭХоЭС	Н-Эхо смещено, сигналы от геммазоны	М-эхо не смещено, признаки гидроцефалии	М- Эхо не смещено в остром периоде	Тоже

XIV. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Принципы лечения больного с ишемическим инсультом включают назначение в первые дни постельного режима с постепенным его расширением, щадящую диету, учитывая тяжесть состояния больного, проведение гемодилюции, метаболической, сосудистой, антиагрегантной терапии. В лечение должны быть включены физиотерапевтические процедуры, массаж, занятия лечебной физкультурой, логопедические занятия при нарушениях речи.

Лечение назначенное данному больному.

1. Режим палатный
2. Стол №10 (по Певзнеру)

Лекарственная терапия:

1. Sol. Reopolyglucyni 400,0 D. S. внутривенно, капельно №3
- 2 Sol. Pentyllini 5.0 Sol. Natrii Chloridi 400,0 D. S. внутривенно, капельно №5
3. Sol. Dicinoni 0,250
D. S. В/М, 2 раза в день №10
4. Tab. Stugeroni 0,025
D. S, по 1 таблетке 3 раза в день
5. Tab. Glycini 0,5

D. S. по 2 таблетки 1 раза в день под язык утром №5

6. *Tab. Ac. acaetylsalicylici 0 25 N20*

D. S. По 0,5 таблетки 1 раз в день

7. *Tab. Nitrosorbidi 0,01 N50*

D. S. По 1-2 таблетки 3 раза в день

8. *Tab. Capoteni 0,025 №50*

D. S. По 1 таблетке 2 раза в день

XV. ДНЕВНИК

Дата	Основные показатели гемодинамики	Дневник	Назначения
14.01.99	ЧСС 72/мин ЧДД 20/мин Пульс 72/мин АД 150/80 Диурез 1,5 л	Состояние больного относительно удовлетворительное. Жалобы на умеренную головную боль, диффузного характера. В неврологическом статусе менингеальных симптомов нет. Очаговая симптоматика представлена центральным парезом VII, XII черепно – мозговых нервов справа, правосторонним гемипарезом со снижением мышечной силы до 3 баллов в ноге. Мышечный тонус в правых конечностях снижен. Анизорефлексия D<S. Отсутствует правый подошвенный рефлекс. Выраженные симптомы орального автоматизма. Расстройств координации и чувствительности нет. Функции тазовых органов контролирует.	1. Режим палатный 2. Диета стол №10 3. Sol. Pentyllini 5,0 4. Sol. Dicicnoni 0,250 D.S в/м, 2 раза в день 5. Tab. Stugeroni D.S по 1 таблетке 3 раза в день. 6. Tab. Glycini 0,5 D.S по 2 таблетки 1 раза в день. 7. Tab. Ac. Acetylsalicylici 8. Tab. Nitrosorbidi 0,01 №50 D.S. по 1-2 таблетке 3 раза в день. 9. Tab. Capoteni 0,025 №50 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.
20.01.99	ЧСС 76/мин ЧДД 18/мин Пульс 76/мин АД 140/80	Состояние больного относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. В	4.5.7.8.9. массаж, электростимуляция паретичных

	Диурез 2 л.	<p>неврологическом статусе отмечается положительная динамика: уменьшились речевые нарушения, речь стала более четкой. Также отмечается уменьшение степени выраженности других очаговых симптомов - вырос объем движений в паретичных конечностях (правую ногу поднимает и удерживает некоторое время, подтягивает к себе, руку поднимает и длительно удерживает). Также выросла мышечная сила в паретичных конечностях.</p> <p>Гемодинамические показатели стабильны. По органам и системам без особенностей.</p>	<p>конечностей, занятия ЛФК по II периоду.</p>
--	-------------	---	--

<i>Дата</i>	<i>Основные показатели гемодинамики</i>	<i>Дневник</i>	<i>Назначения</i>
25.01 99	<p>ЧСС 72/мин ЧДД 18/мик Пульс 72</p> <p>АД 140/80 Диурез 2 л</p>	<p>Состояние больного относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Неврологический и соматический статус без отрицательной динамики. Очаговая неврологическая симптоматика прежней выраженности. Несколько нарасла мышечная сила в парастичных правых конечности* (до 3.5 бал нов я руке и 4 баллов к ноге). Мышечный тонус в них несколько повысился по спастическому типу. Проводятся занятия ЛФК. сеансы электросимуляит. массажа.</p>	<p>4.5.7.8.9 массаж. •лектрос'гимуняни я парен ичхых конечностей, занятия ЛФК по Ш</p> <p>периоду</p>

XVI. ПРОГНОЗ

Наибольшая тяжесть состояния у больных с ишемическим инсультом наблюдается в первые 10 дней заболевания, затем отмечается период улучшения, когда у больных начинает уменьшаться степень выраженности симптомов. При этом темп восстановления нарушенных функций может быть различным. При хорошем и быстром развитии коллатерального кровообращения возможно восстановление функций в первый же день инсульта, но чаще восстановление начинается через несколько дней. У некоторых больных утраченные функции начинают появляться через несколько недель. Известно и тяжелое течение инсульта со стойкой стабилизацией симптомов.

Летальность при ишемическом инсульте составляет 20-25% случаев. У больных, перенесших ишемический инсульт, остается опасность развития повторных нарушений мозгового кровообращения. Повторные инсульты развиваются чаще в первые 3 года, после первого. Наиболее опасным считается 1-й год и очень редко повторные инсульты развиваются спустя 5-10 лет после первого инфаркта.

XVII. ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика мозгового инсульта заключается в исключении возможных факторов риска (переедания, курения, стрессов и т.д.), организацию режима труда и отдыха больного, питания, оздоровления условий труда и быта. Вторичная профилактика включает комплекс мероприятий, направленных на систематическое наблюдение за состоянием здоровья больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, своевременное их лечение, профилактическая длительная терапия антиагрегантами по показаниям.

XVIII. ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Больной Иванов Петр Сидорович, 62 лет, поступил в НО №12 10.01.08. При поступлении больной жаловался на головную боль, умеренной интенсивности, диффузного характера. Также жаловался на речевые нарушения в виде трудности выговаривания слов, слабость в правых конечностях.

Из анамнеза известно, что длительно (около 20 лет) страдает гипертонической болезнью с периодическими подъемами АД до 190/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 160/80 мм. рт. ст. Перенес инфаркт миокарда в 1989 году. Вечером 06.01.08 внезапно ослабели правые конечности, стало трудно выговаривать слова. Не падал, сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Артериальное давление дома не измерял. Госпитализирован 10.01.08 по настоянию родственников, так как самочувствие не улучшалось, сила в правых конечностях не восстанавливалась, сохранялись нарушения речи, слабость в правых конечностях. Основные данные по органам и системам на момент

поступления. Общее состояние больного: средней тяжести. Сознание ясное. Видимые слизистые розового цвета, умеренно увлажненные, без высыпаний. При аускультации над симметричными участками легочных полей выслушивается везикулярное дыхание. Дыхание выслушивается равномерно над всей поверхностью легких. Побочных дыхательных шумов нет. Сердечные сокращения ритмичные Ритм правильный. ЧСС 72 в минуту. Первый тон ослаблен. Раздвоения и расщепления нет. Второй тон ослаблен Имеется акцент второго тона над аортой. Дополнительных сердечных шумов нет. АД 160/80 мм рт. ст. Язык чистый живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, не вздут. Печень не пальпируется Размеры печени перкуторно 11:10:9 см. Область почек визуально не изменена Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное

В неврологическом статусе. Сознание ясное, контактен, критичен. Умеренно выраженная дизартрия. Умеренная диффузная головная боль, менингеальных симптомов нет. Центральные парезы VII, XII нервов справа, правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов в руке и 2-х баллов в ноге. Мышечный тонус в правых конечностях снижен. Анизорефлексия $0 < 5$. Отсутствует правый подошвенный рефлекс. Выраженные симптомы орального автоматизма Расстройств координации и чувствительности нет. Функции тазовых органов контролирует. Данные лабораторных и инструментальных исследований подтверждают диагноз-

1. Клинический анализ крови 13.01.08 Эритроциты 4,5 млн/мкл Гемоглобин 126 г/л Цветовой показатель 0,9 Лейкоциты $8,6 \cdot 10^9$ ед./л.

Палочкоядерные	4%	Сегментоядерные	75%	Эозинофилы	1%
Базофилы	1%				
Лимфоциты	14%				
Моноциты	5%				
СОЭ	8 мм/час				

2. Биохимический анализ крови 10.01.08

Общий белок 80 г/л

Мочевина 9,6 ммоль/л

Креатинин 164

Глюкоза 4,0 ммоль/л

Общий билирубин 12,6 мкмоль/л Холестерин общий 9,8 ммоль/л Тимоловая проба 10 ЕД

3. Клинический анализ мочи 13.01.99

Цвет: насыщенно желтый

Прозрачность: прозрачная

Отн. плотность: 1010

Реакция: кислая

Белок:нет

Эпителий:

Эритроциты: 0-1 в поле зрения

Лейкоциты: единичные в поле зрения

4. ЭКГ 15.01.08

Ритм синусовый, правильный. ЧСС 72 уд. в мин. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Умеренные изменения в миокарде левого желудочка. P-Q-0,12 сек. QRS - 0,08 сек. QRST -0,38 сек.

5. Рентгенография грудной клетки 16.01.08

На прямой рентгенограмме, выполненной в положении лежа из-за тяжести состояния больного органы грудной клетки без острой патологии. Легочные поля прозрачны, корни тяжисты в базальных отделах. Тень сердца несколько расширена влево. Аорта развернута.

6. Эхо-энцефалоскопия 10.01.08

Больному выполнена эхоэнцефалоскопия. Получены следующие результаты: MS=MD=TR=76 мм. Смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

7. Консультация окулиста 15.01.08

Жалоб нет. ОУ-спокойны. Начальное помутнение в задних кортикальных слоях хрусталика. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, артерии сужены, вены полнокровны, извиты. Начальная катаракта обоих глаз. Ангиопатия сосудов сетчатки.

8. Люмбальная пункция больному не производилась ввиду отсутствия показаний

(отсутствие общемозговой и менингеальной симптоматики, отсутствие смещения

срединных структур головного мозга на ЭХО-ЭС).

9. УЗДГ мозговых артерий. Заключение: нарушение гемодинамики (снижение

скорости кровотока) в системе левой внутренней сонной артерии.

10. МРТ головного мозга. Заключение: Ишемический инсульт в лобной доле левого

полушария головного мозга. Энцефалопатия сосудистого генеза с множественными лакунарными инфарктами.

С учетом поставленного клинического диагноза в стационаре больному было назначено и проведено следующее лечение:

1. Режим палатный

2. Стол № 10 (по Певзнеру)

Лекарственная терапия:

1. Sol. Reopolyglucyni 400,0

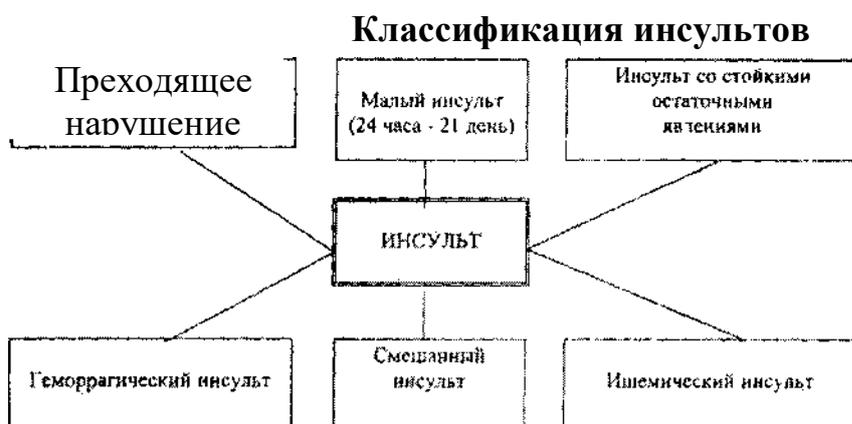
О. 8. внутривенно, капельно №3

2 Sol. Pentyllini 5.0 Sol. Natrii Chloridi 400,0 D. S. внутривенно, капельно №5

3. Sol. Dicinoni 0,250
D. S. В/М, 2 раза в день №10
4. Tab. Stugeroni 0,025
D. S, по I таблетке 3 раза в день
5. Tab. Glycini 0,5
D. S. по 2 таблетки 1 раза в день под язык утром №5
6. Tab. Ac. acaetylsalicylici 0 25 N20
D. S. По 0,5 таблетки 1 раз в день
7. Tab. Nitrosorbidi 0,01 N50
D. S. По 1-2 таблетки 3 раза в день
8. Tab. Caroteni 0,025 №50
D .S. По 1 таблетке 2 раза в день
9. ЛФК, электростимуляция, массаж паретичных конечностей.

В результате проведенного лечения общее состояние больного улучшилось, общемозговая симптоматика регрессировала, головная боль не беспокоит. Уменьшилась степень выраженности очаговых неврологических симптомов нарушения речи несколько регрессировали, сохраняется лишь легкая дизартрия, вырос объем движения и мышечная сила в паретичных правых конечностях (до 3,5 -4 баллов). Больной самостоятельно садится, может пройти несколько шагов. Больному планируется продолжать назначенное лечение на протяжении раннего восстановительного постинсультного периода (21 день) и целесообразно продлить его пребывание в стационаре для завершения курса лечебного массажа и ЛФК.

ХИХ. ГРАФЫ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ



Этиология ОНМК по ишемическому типу

Факторы риска развития церебральной ишемии и ОНМК:

К факторам риска относят неблагоприятную наследственность в отношении развития цереброваскулярных заболеваний, склонность к повышению артериального давления, нарушение липидного обмена веществ, диабет, избыточную массу тела, частые стрессорные воздействия, злоупотребление алкоголем и курение.

Основные этиологические факторы:

- атеросклероз
- гипертоническая болезнь
- сочетание атеросклероза церебральных сосудов и гипертонической болезни

Дополнительные и (или) реже встречающиеся этиологические факторы:

- шейный остеохондроз
- болезни сердца (пороки, ИБС, ревматические болезни,

нарушения сердечного

Патогенез ОНМК по ишемическому типу

В патогенезе ишемической

болезни головного мозга имеют значение следующие факторы:

1. Морфологические изменения экстракраниальных и интракраниальных артерий;

стеноз, окклюзия, деформация и аномалии артерий, недостаточность

коллатерального кровоснабжения

2. Нарушение церебральной и кардиальной гемодинамики: церебральный

ангиоспазм, ангиодистония, изменение ауторегуляции сосудов; значительное

колебание артериального давления, особенно его снижение, затруднение оттока из вен и

синусов головного мозга; нарушение сердечного ритма с возможным развитием эмболии в

различные сосудистые бассейны мозга.

3. Расстройства физико-химических и биохимических свойств крови: увеличение

вязкости, адгезии и агрегации форменных элементов крови, ухудшение

микроциркуляции.

4. Разнообразные изменения метаболизма мозга. Острая и хроническая

недостаточность кровообращения приводит к постепенному формированию

определенного неврологического синдрома, что обусловлено гетерогенностью метаболизма в различных участках мозговой ткани и особенностями нарушения кровообращения мозга, преимущественно выраженностью в этих участках гипоксии и ишемии мозговой ткани.

Развитие ишемического инсульта является наиболее грозным осложнением ишемической болезни головного мозга. Исследования последних лет открыли новый этап в понимании процессов повреждения нервной ткани при церебральной ишемии; дополнительно подтвердили отсутствие прямого тождества между понятиями острой фокальной церебральной ишемии, подразумевающей процессуальность, обратимость метаболических изменений в ткани мозга, и инфаркта мозга - стойкого морфологического дефекта. Отличия ишемического инсульта от преходящих нарушений мозгового кровообращения (транзиторных ишемических атак) не являются только количественными, заключающимися в более длительном или стойком сохранении очаговых неврологических симптомов. Ишемический инсульт представляет качественно особое состояние, являясь интегрированным выражением комплекса гемодинамических и метаболических изменений, происходящих, в ткани мозга на определенной стадии недостаточности его кровоснабжения и предуготовливающих вещество мозга к формированию необратимых морфологических изменений.

Развитие острой церебральной ишемии запускает патобиохимические каскадные реакции, которые протекают во всех основных компартментах ЦНС и вызывают изменения нейронального пула, астроцитоз, микроглиальную активацию и сочетанную с ними дисфункцию трофического обеспечения мозга. Исходом каскадных реакций является формирование инфаркта, происходящее по двум механизмам: некротической смерти клетки и апоптоза - генетически запрограммированной смерти.

Современные патогенетические представления позволили предложить схему последовательных этапов «ишемического каскада» на основе их причинно-следственных связей:

1 этап - снижение мозгового кровотока, 2 этап - глутаматная «эксайтотоксичность», 3 этап - внутриклеточное накопление кальция, 4 этап - активация внутриклеточных ферментов, 5 этап - повышение синтеза NO и развитие оксидантного стресса, 6 этап - экспрессия генов, 7 этап «отдаленные» последствия ишемии (реакции местного воспаления, периваскулярные нарушения, повреждения ГЭБ), 2-8 этапы - апоптоз. В ходе каскада указанных реакция образуется патологический очаг представленный зоной «точечного» инфаркта и окруженный зоной ишемизированной ткани. Далее зона ишемии может претерпеть обратное развитие при улучшении перфузии ткани (спонтанного или в результате проводимых лечебных мероприятий) либо ее клетки также погибнут, что увеличит распространенность инфаркта и соответственно неврологического дефицита.

Лечение ОНМК

Лечение ОНМК {базисная, дифференцированная терапия, лечение в острейшем и остром периодах представлено на схемах (см. далее)

Патогенетическое лечение ишемического инсульта.

При острой ишемии мозга необходима экстренная медицинская помощь.

Возможны два основных подхода:

1. Реперфузия - восстановление мозгового кровотока посредством

тромболизиса рекомбинантным активатором плазминогена (г!-РА) в течение первых 3

часов с момента развития острой ишемии мозга. Другой фибринолитический

препарат - Анкород, созданный на основе яде малайской гадюки, также улучшает

клинический исход инсульта, в плане неврологического дефицита и функционального восстановления, при введении в первые 6 часов после развития инсульта.

2. Второй основной путь инсульта- попытка предотвратить фокальную ишемию на клеточном и молекулярном уровне и скорректировать последствия. Это называется протекцией.

Первичная нейропротекция направлена на прерывание глутамат-кальциевого каскада и уменьшение размера инфаркта мозга. Эффективно применение Магнезии (неконкурентный антагонист КМОА-рецепторов) в качестве первичного нейропротектора. Применяется также блокатор кальциевых каналов Лубелузл. Естественным активатором трансмиссерных систем является Глицин (сублингвальное применение в дозе 1,0-2,0 г с начала инсульта), который ускоряет регресс расстройств сознания и очаговых симптомов.

Вторичная нейропротекция, которая входит в комплекс неотложной терапии ишемического инсульта, должна быть начата через 6-12 часов его развития и интенсивно проводиться на протяжении 7 суток заболевания. Эффективным является Семакс, который оказывает ноотропный эффект, модулирующее влияние на микроглию, баланс цитокинов, уменьшение воспалительной реакции, оксидантного стресса и трофической дисфункции. Интраназальное введение Семакса наиболее эффективно при ишемическом инсульте в системе внутренних сонных артерий при интеллектуально-мнестических нарушениях. Применяются также начиная с первых часов инсульта и в период реабилитации церебролизин, производные ГАМК и др.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Неврология и нейрохирургия. Е.И.Гусев, А.Н.Коновалов, Г.С.Бурд. Учебник. 2008.
2. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Н.В.Триумфов. 2004.
3. Церебральные кризы и инсульт. Н.К.Боголепов. 1971.

4. Лечение острого ишемического инсульта (диагностические и терапевтические алгоритмы). Е.И.Гусев, В.И.Скворцова с соавт. 2007.
5. Современный взгляд на проблему инсульта. Е.И.Гусев. I Российский международный конгресс: цереброваскулярная патология и инсульт. Сентябрь 2003 год. Журнал неврология и психиатрия. Выпуск 9, 2003.
6. Методические рекомендации по написанию учебной истории болезни по курсу неврологии и нейрохирургии. Е.И.Гусев, А.Н.Коновалов с соавт. 1999.
7. Сборник тестов для контроля качества знаний студентов по курсу «Нервные болезни». Е.И.Гусев., А.Н.Коновалов с соавт. (второе издание) 2003.