

При аускультации дыхания на симметричных участках обоих легких везикулярное.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова.

Сердечно-сосудистая система.

На момент курации жалоб на боли в области сердца, одышку, удушье, сердцебиение, отеки нет. Артерии и вены шеи не увеличены, видимой пульсации нет (положительный венозный пульс отсутствует). Область сердца без видимых изменений.

Отмечается расширение левой границы сердца влево.

При аускультации сердца тоны приглушены. Ритм правильный.

Пульсация аорты в яремной ямке отсутствует.

Артериальный пульс одинаков на обеих руках, 92 удара в минуту, средней величины, напряжения и наполнения. Артериальное давление 180/100 мм рт ст.

При осмотре и пальпации вен шеи набухания, пульсации не обнаружено. Расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей нет.

Система органов пищеварения.

Желудочно-кишечный тракт.

Рвота, диспепсические явления, метеоризм, нарушение стула отсутствуют. При осмотре полости рта язык влажный, розовый, без налёта, трещин, язв. Дёсны, твердое и мягкое нёбо розового цвета, без видимых повреждений. Appetit снижен.

При осмотре - живот правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания, выбухания и западения брюшной стенки нет, видимая перистальтика отсутствует.

При перкуссии живота свободная и осумкованная жидкость отсутствует. Симптом Менделя отрицательный.

При поверхностной пальпации болезненность и напряжённость брюшных мышц отсутствует.

При аускультации: перистальтика нормальной силы, продолжительности, периодичная. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

Печень и желчный пузырь.

На момент курации жалобы на боли в правом подреберье и диспепсические явления отсутствуют.

При осмотре выпячивания и втяжения в области правого подреберья отсутствуют.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка.

На момент курации жалобы на боли в левом подреберье отсутствуют.

При осмотре ограниченного выпячивания в области левого подреберья и ограничения дыхания в этой области не выявлено.

Не пальпируется селезенка.

Шум трения брюшины не выслушивается.

Поджелудочная железа.

Боль в верхней половине живота, диспепсические явления отсутствуют.

При пальпации увеличение и уплотнение поджелудочной железы не выявлены.

Система органов мочевого выделения.

При осмотре мочеполовой системы боли в поясничной области отсутствуют. В области мочевого пузыря боли нет, мочеотделение не нарушено и безболезненно. Моча: соломенно-желтого цвета, прозрачная, примесей крови нет.

При осмотре поясничной и надлобковой области патологических изменений не выявлено.

Почки в горизонтальном и вертикальном положении не пальпируются, мочевой пузырь не пальпируется. Болезненность в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не определяется.

Эндокринная система.

Нарушения роста и телосложения не выявлены, телосложение пропорциональное. Ожирение отсутствует. Кожные покровы сухие, истончены, без огрубления. Увеличение размеров носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп отсутствует.

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна.

Неврологический статус.

В сознании, контакт затруднен в связи с речевыми нарушениями. Общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют.

Черепно-мозговые нервы.

I. Обонятельный нерв. Обоняние сохранено. Извращения обоняния, обонятельных галлюцинаций нет.

II. Зрительный нерв. Зрение снижено. Выпадение правых полей зрения обоих глаз.

Цветовосприятие сохранено.

III Глазодвигательный, IV блоковый, VI отводящий нервы. Правая глазная щель расширена D>S. Объем движений глазных во всех направлениях сохранен полностью. Плавающие движения глаз отсутствуют. Парез взора вправо. Установка взора влево. Зрачки средней величины, D=S. Фотореакция (прямая и содружественная) сохранена. Косоглазия, диплопии, экзофтальма нет.

V. Тройничный нерв. Боли в области выхода ветвей нерва отсутствуют. Парестезии отсутствуют. Нарушение чувствительности по периферическому и сегментарному типу не выявлено. Чувствительность слизистых оболочек рта, языка носа глаз не нарушена. При открывании рта нижняя челюсть в сторону не отклоняется. Трофика жевательных мышц не нарушена. Корнеальный и конъюнктивальные рефлексы (V-VII) положительные.

VII. Лицевой нерв. Неподвижности, маскообразности лица нет. Правая носогубная складка сглажена. Правая глазная щель расширена. Наблюдается асимметрия при наморщивании лба, нахмуривании бровей, оскаливании зубов. Положительный симптом «паруса».

VIII. Слуховой нерв. Слух сохранен с двух сторон. Звон и шум в ушах отсутствует. Нистагма, системного головокружения нет.

IX. Языкоглоточный, X блуждающий нервы. Легкая дисфагия, глоточные рефлексы высокие D=S. Чувствительность верхней части глотки сохранена. Голос тихий, осиплый.

XI. Добавочный нерв. Поднимание надплечий и поворот головы, подъем левой руки выше горизонтали, сближение лопаток сохранены. С правой стороны эти произвольные движения ограничены. Положение головы без уклонения в сторону. Трофика грудинно-ключично-сосцевидных мышц не нарушена.

XII. Подъязычный нерв. При высовывании язык отклоняется в правую сторону без атрофии и фибриллярных подергиваний. Дизартрия.

Двигательная система.

При осмотре и пальпации мышечной системы атрофия, псевдогипертрофия, фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Пассивные движения верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме. Отсутствие активных движений в правых конечностях. Наблюдается ослабление мышечной силы, выявляемое в пробе Барре, до 2-3 баллов в правых конечностях с повышением мышечного тонуса (в верхних конечностях повышен тонус сгибателей, в нижних конечностях повышен тонус разгибателей) по спастическому типу. Акинез, брадикинезия, гиперкинезы (тремор, хорей, атетоз, хореоатетоз, гемибаллизм, миоклония, торзионная дистония, тики) отсутствуют. Синдром автоматизированной жестикуляции не выявлен.

Припадки и судорожные подергивания отсутствуют.

Координация движений.

Пальценосовая проба проводится уверенно. Интенционного тремора, адиадохокинеза, гиперметрии, скандированной речи нет.

Рефлексы.

Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены: с верхних конечностей D>S, с нижних конечностей: коленный (L2- L4, бедренный нерв), ахиллов (S1- S2, большеберцовый нерв) - D>S.

Кожные рефлексы: верхние (Th7 - Th8), средние (Th 9- Th10), нижние (Th 11- Th12) брюшные, подошвенные (большеберцовый нерв, L5-S2) снижены D>S.

Суставные рефлексы Майера (локтевой и срединный нервы, C7-Th1) и Лери (локтевой и срединный нервы, C6 -Th1) снижены.

Патологические рефлексы:

пирамидные: выявляется рефлекс Бабинского справа, рефлексы Оппенгейма, Гордона, Шеффера отрицательные;

рефлексы группы Россоломо (Бехтерева 1, 2, Жуковского) отрицательные.

Защитные рефлексы:

положительные справа.

Выявляется синкинезия Раймиста.

Псевдобульбарные рефлексы:

выявлены положительные рефлексы орального автоматизма: назо-лабиальный, губной, хоботковый, ладонно-подбородочный.

Чувствительность.

Поверхностная чувствительность (болевая, температурная, тактильная, волосковая) отсутствует справа, сохранена слева. Глубокая чувствительность (мышечно-суставное чувство, вибрационное, чувство давления и веса) отсутствует справа, сохранена слева. Сложная чувствительность (кинестетическая, дискриминационная, двумернопространственная, стереогноз) отсутствует справа, определяется слева. Болевые точки по ходу периферических нервов и корешков не определяются.

Вегетативная нервная система.

Определяется гипертермия и гиперемия лица симметричны с обеих сторон. Стойкий белый дермографизм. Акроцианоз отсутствует. Функция тазовых органов, а также контроль за ними пациентки не нарушен.

Высшие корковые функции.

Больная в целом активна, на обращенную к ней речь реагирует адекватно, выполняет простые задания, при усложнении речевых инструкций выявляется частичная сенсорная афазия.

Экспрессивная речь бедна, односложна, с крупными латеральными парафазиями, которые отмечаются как в спонтанной, так и в повторной речи. Автоматизированные речевые ряды относительно сохранены (возможно их отрешенное повторение). Алексия, аграфия.

Результаты инструментальных методов и лабораторных исследований.

Общий анализ крови от 20.11.01:

Гемоглобин 128 г/л

Гематокрит 0.5

Лейкоциты 6.5

Палочкоядерные 13

Сегментоядерные 61

Эозинофилы 5

Базофилы 0

Лимфоциты 20

Моноциты 4.2

СОЭ 15

Общий анализ мочи:

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность полная

Плотность 1018

Реакция кислая

Глюкоза отс.

Лейкоциты отс.

Белок отс.

Синдромологический диагноз.

В ходе обследования у пациентки выявляются:

Двигательные расстройства в виде:

А) Центрального правостороннего гемипареза:
снижение мышечной силы до 2-3 баллов,
сухожильная гиперрефлексия, снижение кожных рефлексов D>S,
снижение суставных рефлексов,
патологические рефлексy,
синкинезия Райнеста,
защитные рефлексy справа.

Б) Центрального пареза 7 и 12 нервов справа:
сглаженность правой носогубной складки,
асимметрия при наморщивании лба, нахмурировании бровей, оскаливании зубов,
положительный симптом «паруса»,
язык при высовывании отклоняется в правую сторону без атрофии и фибриллярных подергиваний,
дизартрия.

В) Псевдобульбарного паралича :

дисфагия,
дисфония,
дизартрия.
высокий глоточный рефлекс,
оральный автоматизм.

Нарушение чувствительности в виде:

А) Правосторонняя гемианестезия: нарушение всех видов чувствительности справа по гемитипу.

Б) Правосторонняя гомонимная гемианопсия.

В) Парез взора вправо.

Нарушение высших корковых функций:

А) Сенсо-моторная афазия, аграфия, алексия.

Таким образом у больной выявлен выявляется синдром трех «геми» (гемипарез, гемианестезия, гемианопсия).

Топический диагноз.

1. Двигательные расстройства в виде центрального правостороннего гемипареза свидетельствуют о поражении пирамидного пути, который начинается в правом полушарии в нейронах прецентральной извилины, далее он идет во внутреннюю капсулу (передние две трети заднего бедра), далее он проходит в средней части ножек мозга, нисходит через основание моста и в нижней части продолговатого мозга переходит на противоположную сторону и подходит к передним рогам.

Центральный парез VII и XII нервов указывает на одностороннее поражение кортико-нуклеарного пути, проходящего в колоне внутренней капсулы, в средней части ножек мозга. При подходе к ядрам этот путь также перекрещивается. Данная патология связана с тем, что только ядро XII и нижний полюс ядра VII черепно-мозгового нерва имеют односторонние связи с корой.

Псевдобульбарный синдром указывает на двустороннее поражение кортико-нуклеарного пути (его надъядерный участок).

2. Чувствительные расстройства в виде:

А) правосторонней гемианестезии говорят о поражении волокон, проходящих в задней трети заднего бедра внутренней капсулы.

Поверхностная чувствительность:

Первый нейрон находится в спинальном ганглии, второй нейрон (спино-таламический) начинается у клеток заднего рога, его волокна проходят через переднюю спайку на противоположную сторону, вступая в белое вещество. Поднимаются вверх по стволу головного мозга и оканчиваются в вентральной части зрительного бугра. Третий нейрон начинается у

наружной части зрительного бугра, направляется через заднюю треть заднего бедра левой внутренней капсулы к верхней теменной дольке (таламо-кортикальный тракт).

Глубокая чувствительность:

Центральный отросток первого нейрона участвует в образовании заднего корешка и, не заходя в задний рог сегмента, направляется в задние столбы. В составе пучков Голля и Бурдаха пути поднимаются, не прерываясь, к одноименным ядрам в нижнем отделе продолговатого мозга. Они являются началом второго нейрона (бульбо-таламический тракт), который тут же переходит на противоположную сторону продолговатого мозга и после перекреста составляет медиальную петлю, к которой в области моста подходит спино-таламический тракт. Третий нейрон образуется из клеток наружного ядра зрительного бугра и их волокон, которые через задний отдел заднего бедра внутренней капсулы к коре задней центральной извилины и верхней теменной доле.

Б) правосторонней гомонимной гемианопсии с сохранением реакции зрачка на свет говорит о поражении лучистости Грациоле, потому что в ней нет зрачковых волокон.

В) паралич взора вправо говорит о поражении левого лобного глазодвигательного пути.

Нарушение высших корковых функций в виде сенсо-моторной афазии, аграфии, алексии о поражении задней части нижней лобной извилины – область Брока (поле 44), верхней височной извилины – область Вернике (поле 22) левого полушария.

Синдром трех «геми» говорит о поражении всего заднего отдела заднего бедра левой внутренней капсулы. Эта область васкуляризуется средней мозговой артерией, являющейся ветвью левой внутренней сонной артерией. Также у данной больной выявлены поражения лучистости Грациоле, 44 и 22 полей коры левого полушария.

Клинический диагноз.

Основное заболевание: повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в системе левой внутренней сонной артерии. Атеросклероз сосудов головного мозга.

Дисциркуляторная энцефалопатия III ст.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III ст., недостаточность кровообращения I.

Клинический диагноз был поставлен на основании:

Жалоб: со слов зятя (вследствие нарушения речи больной) больная упала из-за внезапно возникших слабости в правых конечностях. Однако без потери сознания, рвоты. Также жалобы на нарушение речи.

Истории развития настоящего заболевания: больная с сосудистым анамнезом длительно страдает гипертонической болезнью (20 лет), избыточного питания. У больной имеется атеросклероз сосудов головного мозга. Также в сентября 2001 года больная перенесла ишемический инсульт в бассейне левой внутренней сонной артерии.

Данных обследования: отсутствие общемозговых и менингеальных симптомов, левополушарная очаговая симптоматика в виде правостороннего гемипареза, правосторонней гемианопсии и гемианестезии. Наличие псевдобульбарного паралича, а также сенсо-моторная афазия, алексия, аграфия.

Таким образом учитывая возраст больной, длительный сосудистый анамнез, перенесение ишемического инсульта в прошлом можно говорить о поражении левой внутренней капсулы (её заднее бедро), а также о поражении коры полушарий головного мозга вследствие ишемического инсульта питающей эти зоны артерии. Предположительный механизм повреждения – нетромботический, возникающий чаще из-за окклюзии сосуда атеросклеротической бляшкой, извитости сосудов.

План лечения.

Режим стационарный.

Стол 10

Sol.Rheopholyglucini 400 в/в капельно.

Tab.Glicini до 1 г в день под язык.

Tab.Aspirini ¼ на ночь.

ЛФК.

Массаж.

Баротерапия.

Консультации специалистов.

Дневник.

22.11.01 Состояние удовлетворительное. Жалобы больная не предъявляет из-за нарушения речи. Правосторонний гемипарез, гемипарез сохраняются. Псевдобульбарная симптоматика выражена. Мышечный тонус повышен в правых конечностях по спастическому типу.

ЧСС 80 уд/мин, ЧДД 18/мин, АД 150/100.

26.11.01 Состояние удовлетворительное. Жалобы не предъявляет из-за сохранения речевых нарушений. Неврологический и соматический статус без изменений. Наблюдается нарастание мышечной силы в правых конечностях до 3.5 баллов.

Проводится ЛФК, массаж, баротерапия.

ЧСС 75 уд/мин, ЧДД 19/мин, АД 140/100.

Прогноз.

Наибольшая тяжесть состояния у больных с ишемическим инсультом наблюдается в первые 10-ть дней заболевания, затем отмечается период улучшения, когда у больного начинает уменьшаться степень выраженности симптомов. При этом темп восстановления может быть различным. При хорошем и быстром развитии коллатерального кровообращения возможно восстановление функции в первый же день инсульта, но чаще через несколько дней.

Летальность достигает 20-25 %. Однако, в случае с данной больной, возможен неблагоприятный прогноз в связи с тем, что она недавно перенесла инсульт и угроза следующего инсульта значительно возрастает.

Этапный эпикриз.

21-ый день пребывания.

Динамика жалоб: четких жалоб не предъявляет в связи с афазическими расстройствами.

Динамика состояния: состояние относительно удовлетворительное, в сознании, контактна. На фоне проведения сосудисто-метаболической терапии нормализовались гемодинамические показатели – АД 150-180/100. Неврологический статус без отрицательной динамики. Сидит, активна, старается себя сдерживать. Сохраняются речевые нарушения. Правосторонний центральный гемипарез со спастически мышечным тонусом.

ЭКГ от 16.11.01 в динамике от 6.11.01: улучшается кровоснабжение передней стенки левого желудочка.

Ds: Повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в системе левой внутренней сонной артерии.

Профилактика.

Первичная профилактика мозгового инсульта заключается в исключении возможных факторов риска (переедание, курение, стрессы и т.д.), организации режима труда и отдыха больного, питания, оздоровления. Вторичная профилактика включает в себя мероприятия, направленные на систематическое наблюдение за состоянием больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, их лечение, антиагрегантную терапию.

Обоснование

У больной с отягощенным сосудистым анамнезом длительно страдающей..... На этом фоне остро внезапно ослабели конечности без общемозговых и менингеальных симптомов.

Осмотр логопеда от 22.11.01.

Больная в целом активна, на обращенную к ней речь реагирует адекватно, выполняет простые задания, при усложнении речевых инструкций выявляется частичная сенсорная афазия.

Экспрессивная речь бедна, односложна, с крупными латеральными парафазиями, которые отмечаются как в спонтанной, так и в повторной речи. Автоматизированные речевые ряды относительно сохранены (возможно их отрешенное повторение). Алесия, аграфия.

Этапный эпикриз.

21-ый день пребывания.

Динамика жалоб: четких жалоб не предъявляет в связи с афазическими расстройствами.

Динамика состояния: состояние относительно удовлетворительное, в сознании, контактна. На фоне проведения сосудисто-метаболической терапии нормализовались гемодинамический показатели – АД 150-180/100. Неврологический статус без отрицательной динамики. Сидит, активна, старается себя сдерживать. Сохраняются речевые нарушения. Правосторонний центральный гемипарез со спастически мышечным тонусом.

ЭКГ от 16.11.01 в динамике от 6.11.01: улучшается кровоснабжение передней стенки левого желудочка.

Ds: Повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в системе левой внутренней сонной артерии.

Результаты инструментальных методов и лабораторных исследований.

Общий анализ крови от 26.02.01:

Гемоглобин 128 г/л

Гематокрит 0.5

Лейкоциты 6.5

Палочкоядерные 13

Сегментоядерные 61

Эозинофилы 5

Базофилы 0

Лимфоциты 20

Моноциты 4.2

СОЭ 15

Общий анализ мочи:

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность полная

Плотность 1018

Реакция кислая

Глюкоза отс.

Лейкоциты отс.

Белок отс.

План лечения.

Режим стационарный.

Стол 10

Sol.Rheopholyglucini 400 в/в капельно.

Tab.Glicini до 1 г в день под язык.

Tab.Aspirini ¼ на ночь.