



*«Для того чтобы
усовершенствовать ум, надо
больше размышлять, чем
заучивать».*

Р. Декарт

Клинические случаи

Заседание 22.09.16

Подготовил: Юпатов Н.А.



РГ шейного отдела позвоночника

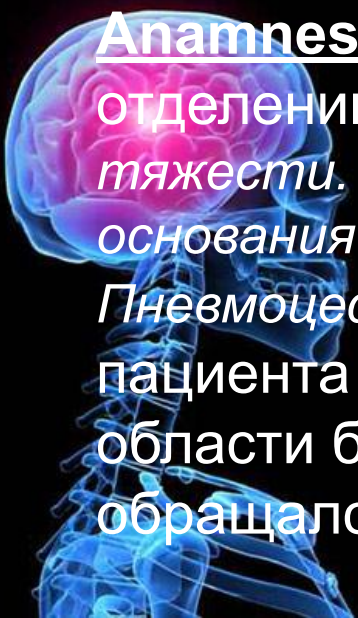


Клинический случай II



Больной, 37 лет. Доставлен бригадой СМП в приемное отделение больницы в 00_10. Из сопроводительной карты бригады СМП: с 14_00 чувствует ноющую боль с правой стороны затылка. Каждый час – рвота. Общее состояние пациента средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. АД: 130\80, пульс 60 уд\мин. Температура тела 36,7С, ЧД 16\мин. Проведенное лечение: sol. Analgini 50% - 2 ml+ Sol. Dimedroli 1% - 1 ml} в\м.

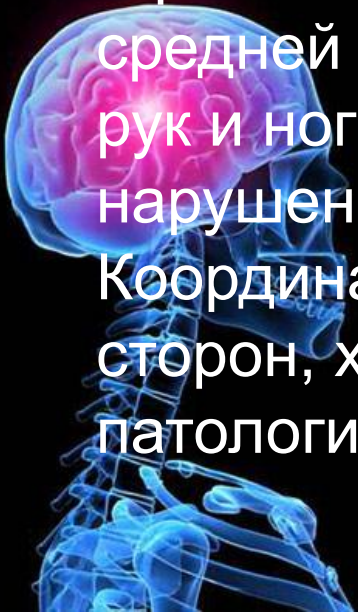
Anamnesis vitae: 5 лет назад находился на лечении в отделении нейрохирургии БСМП с диагнозом: *ЗЧМТ средней тяжести. Ушиб головного мозга. Травматическое САК. Перелом основания черепа в области средней черепной ямки слева. Пневмоцефалия. Ушибленная рана верхней губы.* Со слов пациента умеренная головная боль в правой затылочной области беспокоит около недели, за мед. Помощью не обращался.



При осмотре врачом приемного отделения:



Общее состояние средней степени тяжести. АД 130\90 мм рт ст. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, б\болезненный. Стул, мочеиспускание нормальные. В сознании, ориентирован правильно. ЧН: зрачки D=S, движения глазных яблок в полном объеме, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, язык по средней линии. Силовых парезов конечностей нет. СПР с рук и ног: без четкой разницы сторон. Чувствительных нарушений нет. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно с двух сторон, хуже правыми конечностями. Менингеальных и патологических стопных знаков нет.



Проведены обязательные обследования:
Общий анализ крови, глюкоза-лактат цельной крови, ЭКГ.



Глюкоза: 6,75 ммоль\л.

Лейкоциты: 9,6 (10³ mL)

LYM: 0,8 (10³ mL)

MON: 0,3 (10³ mL)

GRA: 8,5 (10³ mL)

LYM% 8,1

MON% 3,2

GRA% 88,7

Эритроциты: 4,74 (10⁶ mL)

Гемоглобин: 156 г\л

Гематокрит: 44,9%

MCV: 94,7 фл

MCH: 32,9 пг

MCHC 347 г\л

RDW: 13,4%

Тромбоциты: 235 (10³ mL)



Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:



- Какие диагнозы нужно дифференцировать в данном случае?
- Какой диагноз, по вашему мнению, наиболее вероятен?
- Какие дополнительные методы исследования нужно провести?



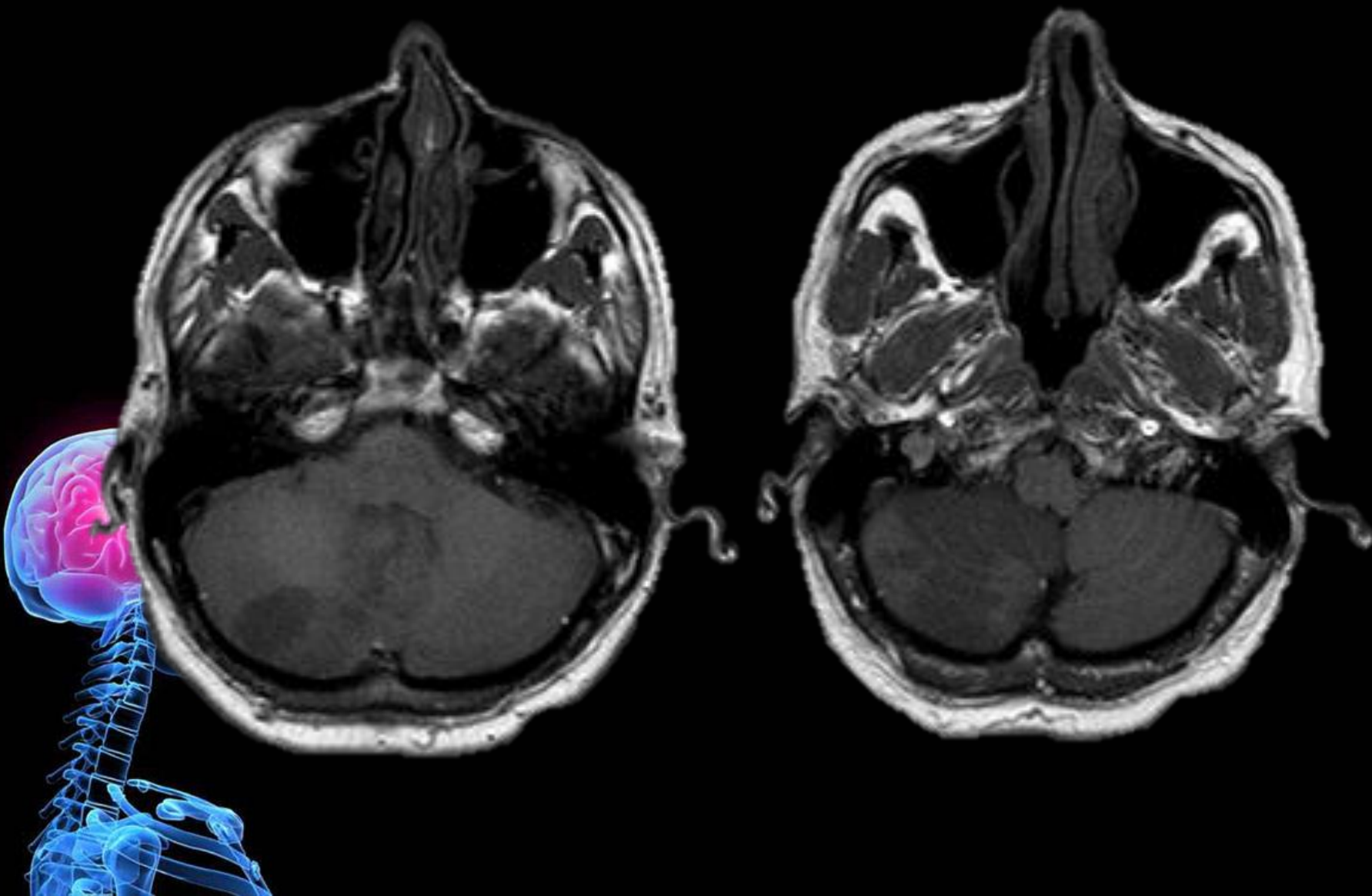
Дифференцируем диагнозы



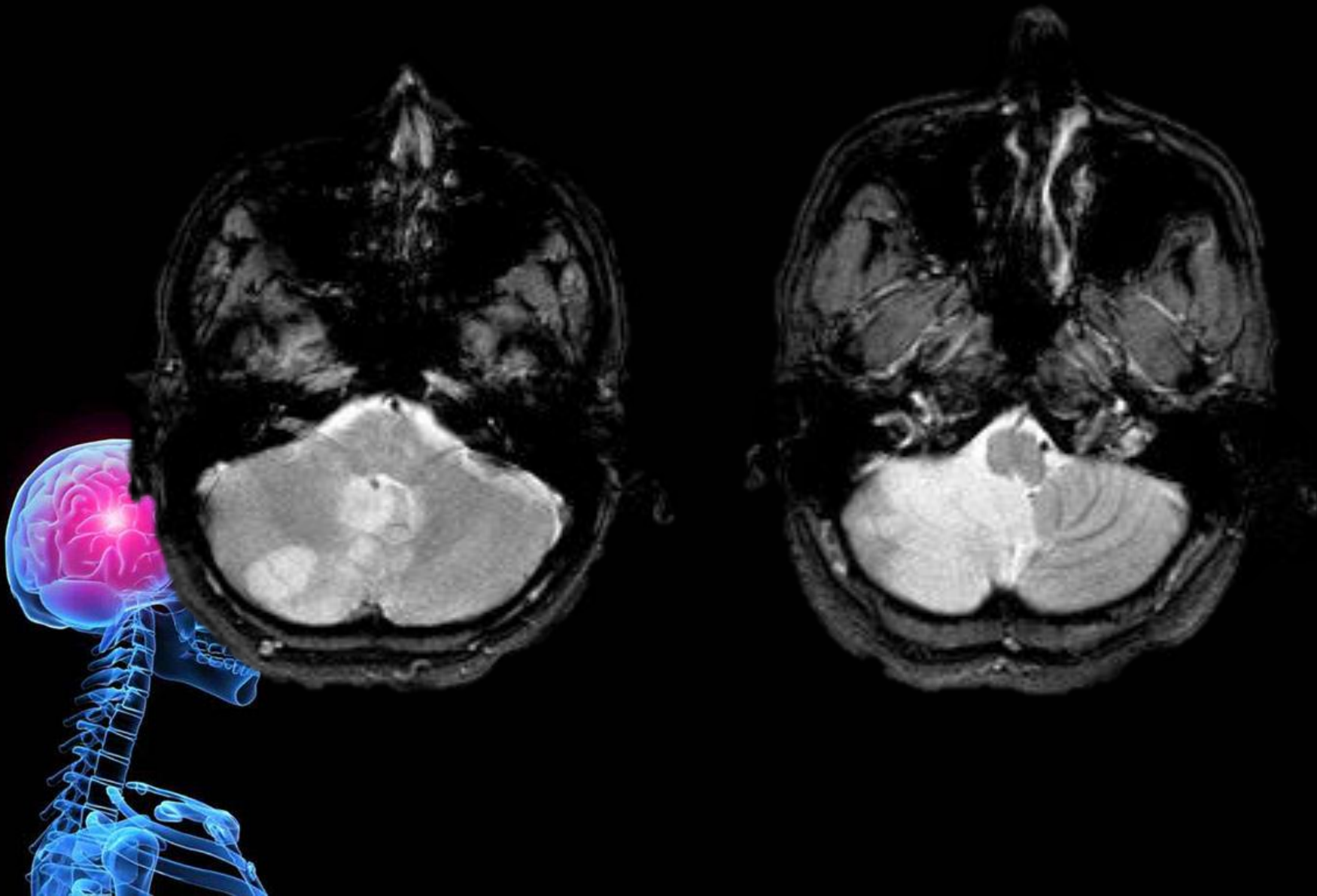
- Мигрень с аурой базилярного типа;
- Синдром позвоночной артерии с вестибуло-кохлеарным пароксизмом на фоне последствий ЧМТ;
- ОНМК в ВББ;
- Болезнь Меньера;
- Вестибулярный неврит;
- Опухоль головного мозга в области задней черепной ямки.



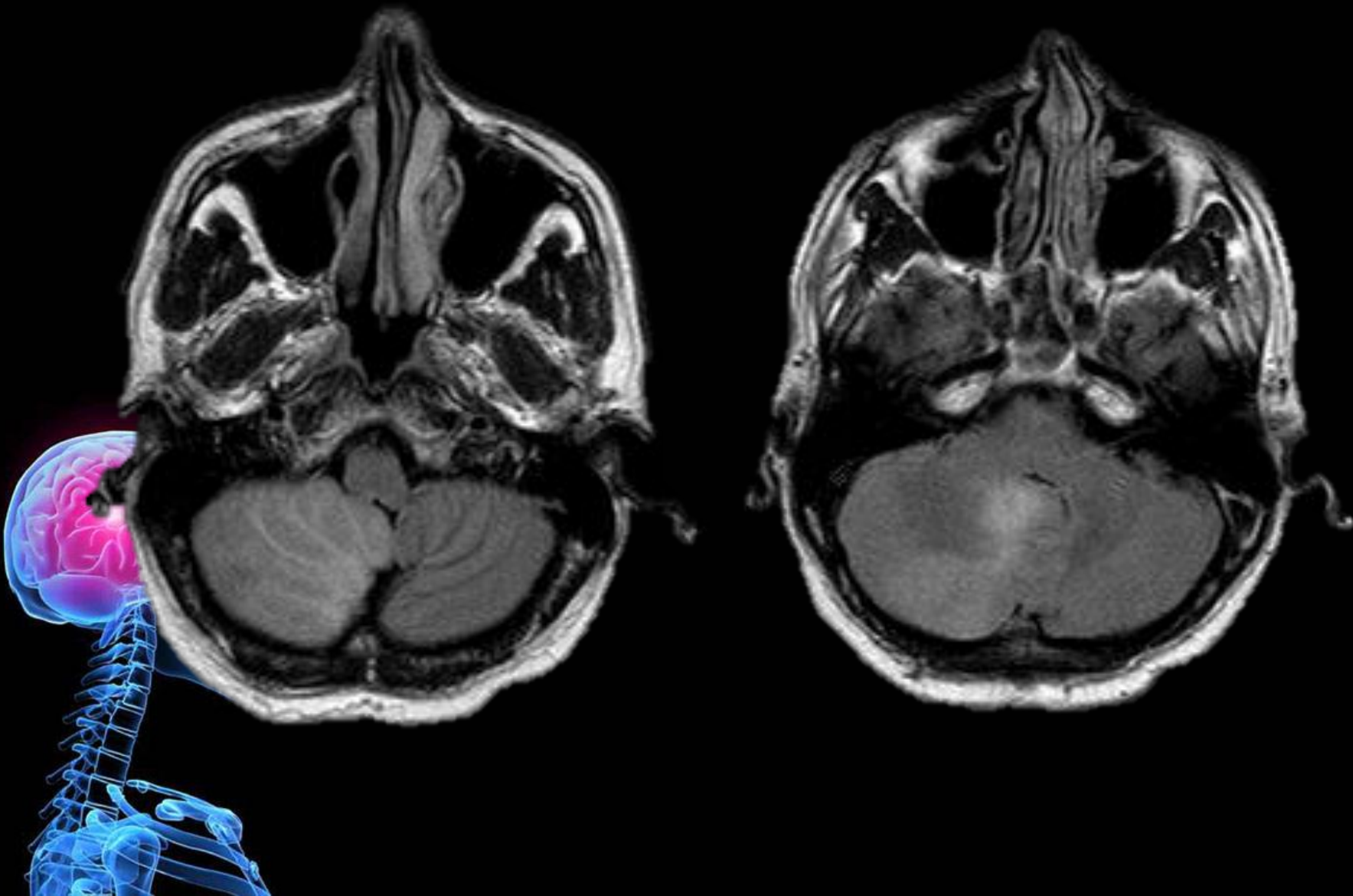
МРТ головного мозга, костей свода и основания черепа
Режим T1W_SE



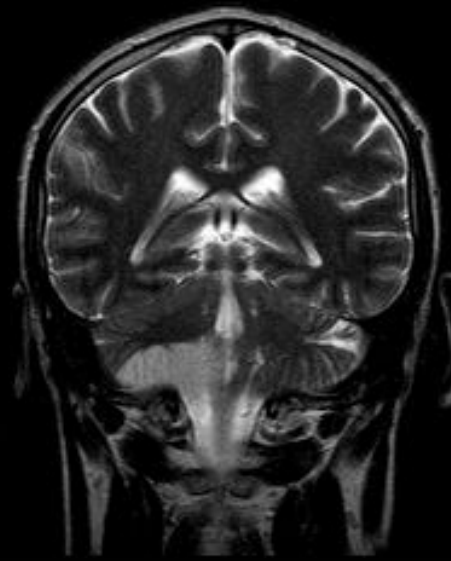
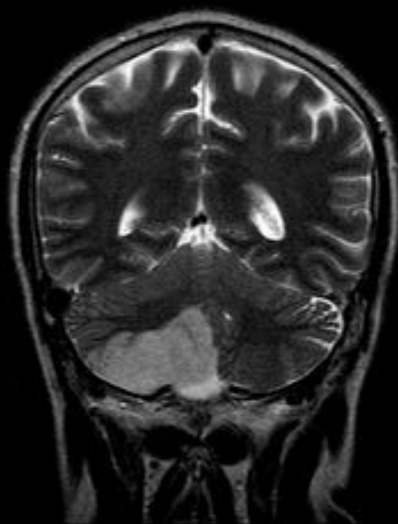
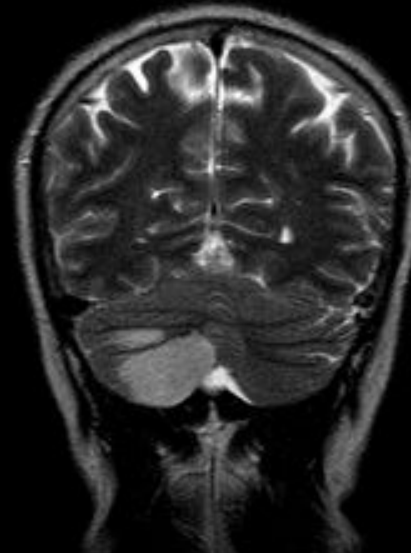
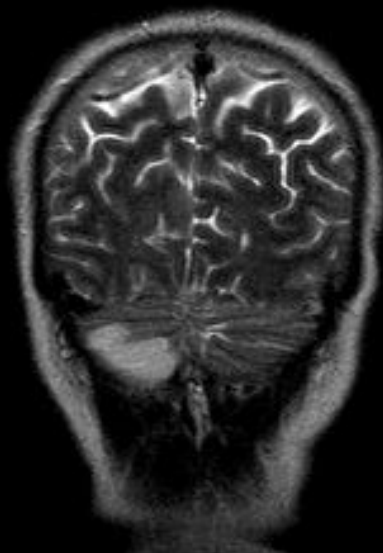
МРТ головного мозга, костей свода и основания черепа Режим T2W_FFE



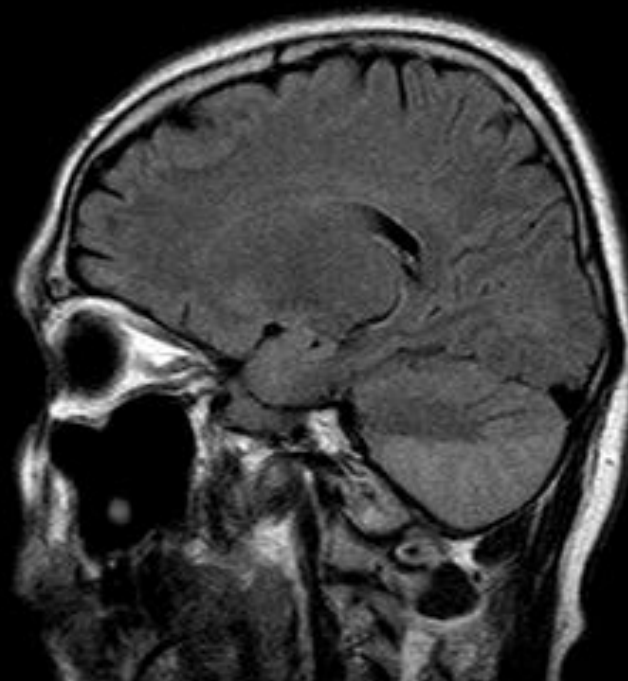
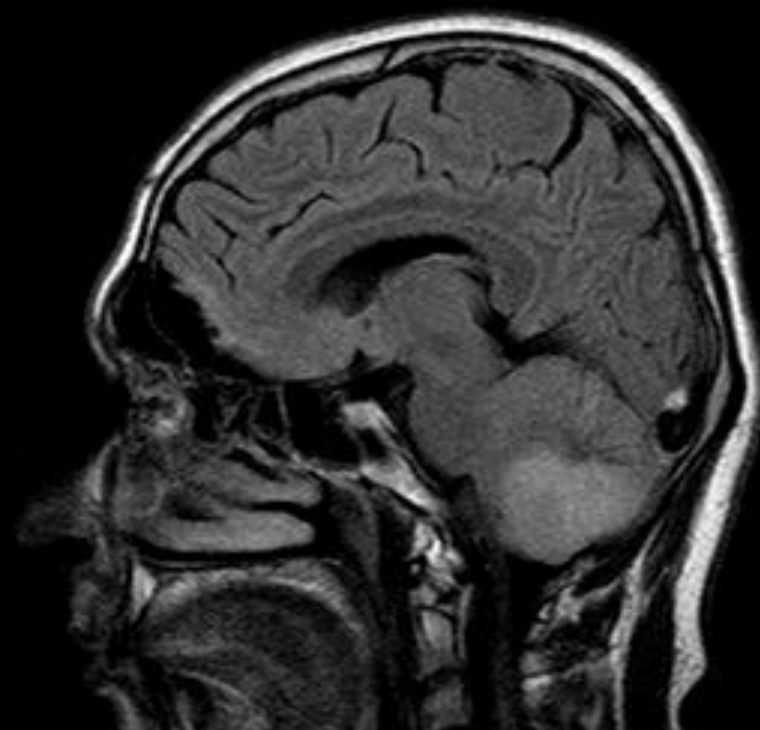
МРТ головного мозга, костей свода и основания черепа
Режим T2W_Flair



МРТ головного мозга, костей свода и основания черепа Режим T2W_Flair



МРТ головного мозга, костей свода и основания черепа Режим T2W_Flair



КТ головного мозга, костей свода и основания черепа



Описание :

Зона пониженной плотности в правой полушарии мозжечка. Кистозно-атрофические изменения в лобных долях. Срединные структуры мозга не смещены. Желудочки мозга не смещены, не компримированы, не расширены. Субарахноидальные пространства борозд конвекса диффузно расширены и углублены. Костно-деструктивных изменений свода и основания черепа не выявлено.

Заключение : Инфаркт мозга в ВББА.

