

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ДЖЕМИЛОВА НАДИРА ФЕТТАЕВИЧА 1957Г.Р.

1) Джемилов Н.Ф. 55, 24.09.2012 лет перенес инфаркт миокарда с зубцом Q передний распространенный.

17 дней после инфаркта состояние усугублялось икотой, рвотой (1 цикл – 1 час - 35 минут - икота, рвота, 25 минут – отсутствие икоты. Цикл повторялся каждый час).

Пост инфарктовый диагноз: тромбированная аневризма левого желудочка аневризма перегородочно-верхушечной области левого желудочка. Тромб в области верхушки 2,5x2,0 см. Двухстворчатый АК, атеросклероз (Δ Р 12 мм.рт.ст.) Умеренное расхождение восходящей аорты до 4,5 см. Сократимость левого желудочка снижена (ФВ 40%). Атеросклероз брахицефальных артерий.

21.02.2013 проведена операция:

**АКШ-1, МКШ-1 + РЕЗЕКЦИЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
С ТРОМБЕКТОМИЕЙ (в условиях искусственного кровообращения)**

Аортокоронарный шунт (АКШ) – 1, (Ао- ДВ ЛКА)

Мамарокоронарный шунт (МКШ) – 1 (ЛВГА -> ПМЖВ ЛКА)

Больной прошел реабилитацию в кардиологическом клиническом диспансере г. Симферополь.

2) Больной находился на стационарном обследовании и лечении в неврологическом отделении КРУ КТМО «Университетская клиника» с 12.11.12 по 04.12.12 (из них 16.11.12-17.11.12 – в отделении инвазивной кардиологии и ангиологии)

ДИАГНОЗ: Ишемический спинальный инсульт в бассейне артерии Адамкевича 06.11.12 в виде нижнего спинального парапареза, более выраженного справа с выраженным нарушением двигательной функции нижних конечностей и функции ходьбы, нарушение функций тазовых органов (НФТО) по центральному типу (задержка мочеиспускания).

ЖАЛОБЫ: На выраженную слабость в нижних конечностях, больше справа, онемение ног до паховых складок, резкое затруднение при ходьбе, затруднение при мочеиспускании.

Заболел 06.11.12, когда появилось онемение в правой стопе, которое стало «подниматься», затем присоединилось онемение в левой ноге и слабость в обеих ногах, больше справа, затруднение при мочеиспускании.

Госпитализирован в неврологическое отделение из приемного покоя для стационарного обследования и лечения.

24.09.12 перенес острый трансмуральный передний инфаркт миокарда.

ОБЪЕКТИВНО при поступлении: АД 110\60мм рт. ст., пульс 74 – ритмичный. Миненгиальных и общемозговых знаков нет. Черепно-мозговые нервы без изменений и особенностей. Снижена сила в нижних конечностях: справа до двух баллов. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу в нижних конечностях, больше справа. Сухожильные рефлексy с верхней конечности (в\к) D=S живые, с нижней конечности (н\к) D>S высокие, ахиллов с клонусом справа. »+» сим Бабинского справа. Гипалгезия правой н\к до паховой складки, снижена глубокая чувствительность в левой н\к. НФТО по центральному типу.

ОБСЛЕДОВАНИЕ:

ОКУЛИСТ – Глазное дно: Диски зрительных нервов (ДЗН) бледно-розовые, границы четкие, сосуды извиты, артерии и вены расширены, салус 1.

ТЕРАПЕВТ – Ишемическая болезнь сердца (ИБС): постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 24.09.12). Аневризма левого желудочка. Сердечная Недостаточность (СН) 1.

КАРДИОХИРУРГ – для исключения расслаивающей аневризмы восходящего отдела, дуги и грудного отдела необходимо проведение УЗИ сердца и аорты и аортография.

Коронаровентрикулография 16.11.12 – Атеросклероз коронарных артерий (КА). Хроническая окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) от средней трети правой коронарной артерии (ПКА) около 40%. Стеноз проксимальной трети ПКА около 40%. Стеноз средней трети ПКА около 50%. Сократительная способность левого желудочка (ЛЖ) незначительно снижена. Аневризма апикального сегмента ЛЖ.

Грудная аортография 16.11.12 – Грудная аорта четких, ровных контуров, дилатирована в восходящем отделе и корне. Видимые отделы брахиоцефальных артерий без гемодинамических значимых изменений.

БРЮШНАЯ АОРТА – без гемодинамических поражений.

АНГИОХИРУРГ – острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности (берцово-подвздошный сегмент). Рекомендательно: УЗИ вен н\к, л-лизин, «Реосорбилакт», «Фраксипарин», «Детралекс», «Аспекард», эластичное бинтование. После «Фраксипарина» отменить «Кардиомагнил» и добавить «Варфарин 3мг» 1 раз\день с учетом Международного нормализованного отношения (МНО) 2–3 месяца.

КАРДИОЛОГ КРУ «Кардиодиспансер» 16.11.12 – ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда с зубцом Q передний распространенный 24.09.12). Аневризма ЛЖ. СН 11 А-стадия, систолическая дисфункция ЛЖ. Функциональный Класс (ФК) 2. Рекомендательно: «Небилет» 1, 25 утром и вечером, «Кардиомагнил 75мг» утром, «Амприл 25мг» вечером, «Инспра 25мг» утром, «Предуктал MR» 2 раза\день.

МРТ грудного отдела спинного мозга №1760 от 13.11.12 – МРТ картина острого нарушения СМКс уровня Д6 до конуса.

УЗИ вен правой н\к, сердца, аорты – на руках
Общий Анализ Крови (ОАК) – НВ – 133 Э-4. 4, ЦП–0. 9Нt – 42% Тр.
300x\10⁹\ л Л-9 Скорость Оседания Эритроцитов (СОЭ) – 30 п8-с62 э0 л22 м8
Реакция Вассермана (РВ) №257 от 12.11.12 – отрицательная.
Глюкоза крови – 5.8 ммоль\л
Мочевина крови – 7.8 ммоль\л; креатин – 68,5
Коагулограмма от 29.11.12 – Протромбиновый индекс (ПТИ) – 100% ВР – 70”, фибрин – 17мг; фибрген А – 3.77 г\л, МНО – 1.0
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 0.67 ммоль\л;
Аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 0.5 ммоль\л
Билирубин – 15.0 – 5.0 – 10.0 ммоль\л; тимоловая проба – ед.
Общий анализ мочи (ОАМ) – Цвет светло-желтая, прозрачная, аскорбиновая кислая, удельный вес – 1014, белок-, глюкоза – отриц., эпителий – ед. в п\з,
Лейкоциты – ед. в п\з,
Пр. по Ничепоренко Л – 0.5x10⁶\л
Кл на я\г – не обнаружен
Ро – ОКГ от 27.09.12 – б\п

Больной выписывается из стационара с улучшением состояния: выросла сила в нижних конечностях, улучшилась ходьба, нормализовалось мочеиспускание, однако учитывая сохраняющуюся слабость в н\к больной остается временно нетрудоспособным.

Б\л №081189 от 12.11.12 по 05.12.12 продолжает болеть. Явка к врачу по месту жительства 05.12.12

ЛЕЧЕНИЕ: «Л-лизин», «Дексаметазон», «Омник», «Актовегин», «Берлитион», «Церебролезин», «Танакан», «Цитофлавин», «Нейромидин», «Фрраксипарин», «Реосорбилакт», «Детралекс», «Варфарин», «Небилет», «Амприл», «Предуктал MR», «Инспра», «Кардиомагнил».

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Наблюдение невропатолога, кардиолога, сосудистого хирурга по месту жительства
2. Избегать физического перенапряжения, соблюдать режим труда и отдыха, диету, богатую калием с ограничением поваренной соли и животных жиров.
3. После выписки принимать:
 - Танакан 40мг по одной капсуле три раза в день после еды – два месяца
 - Нейромидин по одной таблетке три раза в день после еды – один месяц
 - Берлитион 600мг по одной таблетке один раз в день после еды – 3-4 месяца
 - Детралекс по одной таблетке два раза в день – один месяц
 - Варфарин-орион 3мг 1,5 таблетки утром под контролем МНО 1 раз в две недели (2.0 – 3.0)
 - Омник 1 капсула утром 1 раз в день – 1 месяц

4. Соблюдать рекомендации смежных специалистов.
5. Лечебная физическая культура (ЛФК)

3) Больной жалуется на снижение зрения обоих глаз, хуже правого глаза зрительный дискомфорт, периодически покраснения правого глаза. Анамнез: с апреля 2013г. В течении трех дней стал замечать резкое ухудшение зрения правого глаза. Выполнено МРТ (от 24.04.13) признаки умеренно выраженной сосудистой энцефалопатии. Наружная нормотензивная идиопатическая гидроцефалия, церебральная атрофия. С августа 2013г. заметил ухудшение зрения левого глаза. Обращался к окулисту по месту жительства, заключение: субатрофия зрительного нерва обоих глаз.

Vis OD = 0,01 эксц. н\к
Vis OS = 0,09 н\к

ВГД OD = 22,0 мм рт. ст.
ВГД OS = 21,0 мм рт. ст.

Тонография по Нестерову.

OD P₀ = 17,3-15,8-12,7-11,7-11,0

C = 0,22

F = 1,61

КБ (P₀/C) = 79

OS P₀ = 15,9-14,1-12,9-11,0-10,1

C = 0,21

F = 1,23

КБ (P₀/C) = 76

Орбита, положение глаз, двигательный аппарат: норма (OD, OS); **Веки**: норма (OD, OS); **Конъюнктив**а век: норма (OD, OS); отделяемое: нет (OD, OS); **Слезные органы**: не изменены (OD, OS); **Склера**: извитость эписклеральных сосудов (OD, OS); **Роговица**: норма (OD, OS); **Передняя камера**: норма (OD, OS); равномерная (OD, OS); влага прозрачная (OD, OS); **Радужка**: дистрофичная, субатрофия, зрачкового края (OD, OS); **Зрачок**: норма (OD, OS); **Хрусталик**: неравномерные помутнения во всех слоях (OD, OS); **Стекловидное тело**: (OD, OS) – плавающие помутнения; **Глазное дно с линзой Volk и Гольдмана**: ДЗН (OD, OS) – бледные (OD>OS), границы четкие, физиологическая экскавация расширена, сдвинут сосудисто-нервный пучок в носовую сторону, фовеа расширена, дегенеративные очажки, по периферии сетчатка разрежена, имеются хориоидальные полосы без вдавления, с элементами дегенеративных включений, артерии резко сужены (особенно справа), местами склерозированы, вены извиты.

Заключение: Субатрофия зрительного нерва правого глаза.

Ишемическая оптикопатия, периферическая дегенерация обоих глаз.

Птеригиум I степени правого глаза.

Рекомендовано: Периферическая Профилактическая Лазерная Коагуляция (ППЛК) сетчатки обоих глаз.

Возможно стационарное лечение в глазном отделении ЦМХГ г. Симферополя, обследование есть.

**– П/бульб в оба глаза Ретиналамин по 0,5 №10 через день п/бульб
Кортексин по 0,5 №10 (+ Лидокаин 2% -0,2 в шприц). В/вен.
Пентоксифиллин по 0,5 №10. В/вен. Кап Аскорбиновая кислота 5% -5,
- на физ. Растворе 200.0 №5 – через день. П/кожно вит. В1-1.0 №10, п,к.
Вит В12. 1,0 №10 через день. Оптикс форте по одной таблетке два раза
в день – 2 месяца.
Гелий-неоновая лазер-стимуляция цилиарного тела обоих глаз №10.
Магнитный массаж обоих глаз №10.
Наблюдение в динамике.
При покраснении правого глаза – капать – Тобрадекс по одной капле
два раза в день – не более 5-7 дней.**