

Филиал №2 - Томская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России
г. Томск, ул.К.Маркса 28, тел. 51-69-11

Выписка из истории болезни № 263

Ф.И.О.: Шадрина Людмила Михайловна, 52 года.

Дата поступления 15.08.12г **Дата выписки** 27.08.12г

ДИАГНОЗ: Рецидивирующая навралгия I и II ветвей тройничного нерва справа.

СОП. ДИАГНОЗ: Бронхиальная астма легкой степени, смешанного генеза.
Хронический гипертрофический пансинусит. Кисты верхнечелюстных пазух.

Поступила с жалобами на приступообразные острые боли в правой половине лица (в области лба и глазницы), провоцирующиеся разговором, приемом пищи, легким прикосновением языка к губам. Больна в течение трех недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

ОАК: НВ-115г/л; лейко- 4,0; эр- 3,85 *10¹²; эоз-0%; лимф- 26%; мон- 9%; пал-0%; сегм- 65%; СОЭ- 9мм/ч.

ОАМ: желтая, прозрачная, уд. вес-1015, рН-6,0, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - 0 в п/зр, эпителий плоский - 5-8 в п/зр, сахар -отр.

Б/х анализ крови от 13.08.12: СРБ - отр; билирубин - 9,7; мочевины -5,7; креатинин - 64,1; глюкоза - 4,8; холестерин - 5,0; АЛТ - 1,96; АСТ - 1,54; ТГ - 1,48; фибриноген - 3,9.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС-85уд/мин, ЭКГ в покое без патологических изменений.

УЗИ внутренних органов: описание на руках.

Окулист: Диагноз: Ангиопатия сосудов в сторону гипертензии, больше по смешанному типу с явлениями пастозности ДЗН легкой степени.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: Походка не изменена. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет точно. Зрачки равные, нистагма нет. Носогубные складки D=S. Язык по средней линии. Движения глазных яблок не ограничены, конвергенция ослаблена, пальпация точек выхода тройничного нерва б/б. Сухожильные рефлексы живые, с рук S>D, коленные рефлексы живые D=S. Нарушений болевой чувствительности нет. Патологических, менингеальных знаков нет.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ВЫПИСКЕ: без изменений.


ЛЕЧЕНИЕ: галидор в/в кап 8 дней, комбилипен 2,0 в/м №6, финлепсин в суточной дозе 800мг, амитриптилин 12,5мг на ночь, УВЧ, лазеротерапия, массаж воротниковой зоны №10.

Выписана с улучшением - значительно уменьшилась частота и интенсивность пароксизмальных болей в правой половине лица

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Амбулаторное долечивание у невролога: продолжить прием **финлепсина** по 200мг*4раза в день неделю, затем при купировании болевого синдрома постепенное снижение дозы по 100мг каждые 3-4 дня. При возврате болевого синдрома вновь увеличение дозы до эффективной.
2. Ограничение переохлаждений.
3. **Таб. мильгамма** по 1таб.*2раза в день месяца.
4. **Таб. амитриптилин** 12,5мг на ночь 1-2 месяца.
5. Оперативное лечение по поводу кист верхнечелюстных пазух в плановом порядке.
6. *Контроль б/х анализа крови (АлАт, АсАт)*
7. *ЛН № 061556572723 с 15.08.12 по 27.08.12, отпустил*

Леч. врач: Чистякова В.А.
Зав. отделением: Чистякова В.А.



Магнитно-резонансная томография

Фамилия, имя, отчество: *Шадрина Л.М.*

Дата рождения: *10.11.1959*

Пол: *жен.*

Область исследования: *головной мозг (нейроваскулярный конфликт)*

Номер исследования: **23504**

Цель исследования: обследование

Анамнез: жалобы на простреливающие боли в правой половине головы

На серии МР томограмм взвешенных по T1 и T2 в трёх проекциях визуализированы суб- и супратенториальные структуры.

При прицельном исследовании ствола к нижнемедиальному контуру правого тройничного нерва от точки выхода из ствола и на протяжении 4 мм интимно прилежит верхняя мозжечковая артерия.

В области базальных ядер слева определяется единичная постишемическая лакунарная киста, с наличием перифокального глиоза, максимальная размером 1,0x0,6 см.

Выявлено нарушение пневматизации обеих верхнечелюстных пазух носа, клеток решетчатой кости, клиновидной пазухи за счет неравномерного умеренного утолщения слизистой оболочки /инфильтративного воспалительного генеза/, без экссудативного компонента. Пневматизация остальных фациальных синусов существенно не нарушена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МР-признаки близкого прилегания верхней мозжечковой артерии к правому тройничному нерву, без признаков деформации.

МР картина единичной постишемической кисты в области базальных ядер слева.

МР-признаки инфильтративного двустороннего гайморита, этмоидита.

18.02.2014

Врач, к.м.н. Попонина А.М.