**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О.** |  |
| **Возраст** | 1933 год рождения |
| **Пол** | Мужской |
| **Национальность** |  |
| **Место работы** | Пенсионер |
| **Домашний адрес** |  |
| **Дата поступления в клинику** |  |
| **Диагноз при поступлении** | Грыжевая компрессия С4-С5 в виде миелопатии с тетрасиндромом. |

##### ЖАЛОБЫ

На слабость в руках, онемение в кисти, похудение, простреливающие боли в правой ноге, левой руке. Парастезии по типу «ползания мурашек» в верхних и нижних конечностях.

##### АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Болеет в течение 1-1,5 лет, заболевание началось с правой руки. Медленно прогрессирует.

RT шейного отдела спинного мозга от 7.03.00, межпозвонковая грыжа С4-С5 (4 мм), с наличием диско-медуллярного конфликта, частичный листез С3 кпереди, стенозирование позвоночного канала на уровне С4-С6.

##### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в срок. Родовых травм не было. В развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет. Условия быта оценивает как хорошие, питание адекватное.

Курит в течение 15 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Употребление наркотиков, злоупотребление спиртными напитками отрицает.

Туберкулез, гепатит, венерические и онкологические заболевания у себя и своих близких отрицает. 10 лет назад был передний вывих левого плеча. В 1992 г перенёс воспаление лёгких.

До ухода на пенсию работал водителем.

Аллергоанамнез не отягощён.

Наследственность не отягощена.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица живое. Телосложение пропорциональное. Рост 167 см, вес 62 кг.

Индекс Кетле = вес/рост(м2) = 62/1,672  22,2 (недостаточная масса тела: N = 23-25)

Кожные покровы телесного цвета, эластичные, умеренно влажные. Кровоизлияний, расчесов, язв, рубцов, “сосудистых звездочек”, ангиом нет.

Ногти обычной формы и цвета, неломкие, гладкие, слегка мутные.

Сыпи нет.

Слизистая оболочка рта розового цвета, влажная, патологических образований и высыпаний нет.

Отеков нет.

Подкожные вены малозаметны, подкожных опухолей, жировиков нет.

Лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются, в месте проекции болезненности нет.

Развитие мышечной системы умеренное. При пальпации мышцы безболезненные. Отмечается гипотрофия мышц верхних конечностей (больше справа), гипотрофия мелких мышц кистей, тенара и гипотенара. На правой руке отмечается неполная контрактура V пальца, невозможность полного разгибания при активных и пассивных движения.

Походка нормальная. Болезненности при активных и пассивных движениях нет. Отмечается ограничение движения в шейном отделе позвоночника, больше при повороте в правую сторону.

На момент осмотра температура тела 36,8 С0.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Нос имеет нормальную форму. Деформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпетической сыпи нет. Состояние слизистой носа удовлетворительное. гортань нормальной формы. Припухлостей нет. При пальпации безболезненная. Форма грудной клетки правильная, симметричная. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 18 в мин. Ритм дыхания правильный. Дистанционных хрипов, шумов и одышки нет.

При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и ребер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, ригидность сохранена. Голосовое дрожание не изменено.

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких слышен ясный легочный звук. Гамма звучности не изменена.

*Данные топографической перкуссии:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Поля Кренига | 6 см | 6 см |
| Высота стояния верхушек спереди | 4см выше ключицы | 4см выше ключицы |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне 7-го шейного позвонка | На уровне 7-го шейного позвонка |

Нижние границы лёгких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. parasternalis | 6 ребро | Нижний край 4-го ребра |
| l. medioclavicularis | Нижний край 6-го ребра | Нижний край 6-го ребра |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l. paravertebralis | 11 ребро | 11 ребро |

При аускультации выслушивается неизмененное везикулярное дыхание. Крепитации, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена над всей поверхностью легких.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ**

**СИСТЕМЫ**

При осмотре деформаций в прекардиальной области нет. Пульсации не визуализируются.

При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см медиальнее левой среднеключичной линии, шириной 1,5 см, невысокий, резистентный, несильный. Сердечного толчка нет. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

При перкуссии границы:

*относительной сердечной тупости*:

*верхняя* - в III межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

*правая* - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

*левая* - в V межреберье на 1 см медиальнее левой среднеключичной линии;

*абсолютной сердечной тупости*:

*верхняя* - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

*правая* - в IV межреберье по правому краю грудины;

*левая* - в V межреберье на 1 см медиальнее левой среднеключичной линии;

Ширина сосудистого пучка 6 см.

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке не изменен. II тон на легочной артерии не изменен. II тон на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Шумов нет.

Пульс на левой руке симметричен пульсу на правой руке, равномерный, хорошего наполнения и напряжения 86 в минуту. Артериальное давление на правой руке - 120/80 мм рт. ст.; на левой руке - 115/80 мм рт. ст.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО**

**ТРАКТА**

Углы губ симметричны, губы розовой окраски. Герпетической сыпи и трещин нет. Сухости нет. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ и щек розового цвета.

Запаха из полости рта нет. Пигментаций, кровоизлияний нет. Слизистая полости рта и твердого неба розовая, влажная. Высыпаний нет.

Десны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены.

Зубы не шатаются, кариеса нет.

Язык розовый, влажный, необложеный, сосочковый слой хорошо выражен; отпечатков зубов, трещин, прикусов, язвочек нет.

Слизистая зева розового цвета, без высыпаний и налетов.

При осмотре форма живота обычная. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Венозной сети и перистальтики не видно, рубцов, стрий нет, видимых объемных образований нет. Эпигастральной пульсации нет.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, локальных объемных образований нет. Диастаз и грыжевых ворот не обнаружено.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка диаметром 1,5 см, гладкая, плотная, не урчащая, смещаемая, безболезненная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, смещаемая, безболезненная. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, не урчащие. Нижняя граница желудка на 3 см выше пупочного кольца. Поперечная ободочная кишка 2 см, мягко-эластической консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная. Пилороантральный отдел желудка не пальпируется. В месте проекции болезненности нет.

Нижний край печени не выступает из под правого подреберья. Гладкий, безболезненный, плотно-эластичной консистенции, закругленный. При перкуссии размеры печени по Курлову: 9/8/7 см. Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, Мерфи отрицательные.

Селезенка не доступна пальпации. в месте проекции болезненности нет.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный над всей поверхностью живота.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ**

**СИСТЕМЫ**

При осмотре поясничной области покраснении, припухлости кожных покровов, отечности кожи нет. Пальпация почек в положении стоя по Боткину и в горизонтальном положении по Образцову безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При перкуссии и пальпации в области проекции мочевого пузыря болезненности нет. Мочеиспускание нормальное ~5 раз в день, произвольное, свободное и безболезненное. Недержание мочи и гематурия отсутствует.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Щитовидная железа не увеличена, болезненности при пальпации нет, подвижна, мягкой консистенции. Перешеек не пальпируется. Экзофтальма, припухлостей на шее нет. Глазные симптомы: Грефе, Кохера, Елинека, Мебиуса отсутствуют. Тремора нет. Общий вид больного соответствует возрасту.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Сознание ясное

Выражение лица живое

Головных болей, головокружений, шума в голове не отмечает. Тошнота, рвота не наблюдается.

Менингеальные симптомы (Кернига, Брудзинского) отрицательные.

#### Черепномозговые нервы

1. Обонятельный нерв:
2. Нарушений обоняния, обонятельных галлюцинаций нет
3. Зрительный нерв:
4. острота зрения не нарушена
5. сужений полей зрения нет, центральные и парацентральные скотомы отсутствуют
6. Цветоощущение без особенностей
7. офтальмоскопия не проводилась
8. Глазодвигательный нерв; Блоковый нерв; Отводящий нерв:
9. зрачки:
10. размер одинаковый справа и слева;
11. форма округлая с обеих сторон;
12. прямая и содружественная реакция на свет живая симметричная;
13. реакция на аккомодацию и конвергенцию положительная
14. наружный осмотр:
15. птоза нет;
16. экзофтальма нет
17. движения глаз:
18. не ограничены;
19. диплопии нет;
20. совместные конъюгированные движения глазных яблок в норме;
21. нистагма нет
22. Тройничный нерв:
23. рефлексы:
24. корнеальный не проверялся;
25. нижнечелюстной живой симметричный
26. чувствительность:
27. тактильная не изменена;
28. болевая и температурная первой, второй, третей ветвей не изменена;
29. вкус не изменён;
30. болей нет
31. двигательная функция:
32. закрывание и открывание нижней челюсти сохранено в полном объеме;
33. тризм отсутствует
34. Лицевой нерв:
35. наморщивание лба – без патологии;
36. закрывание глаз – не нарушено;
37. при оскаливании зубов углы рта приподняты на одинаковом уровне;
38. Слуховой нерв:
39. острота слуха не снижена;
40. шума в ушах нет;
41. головокружения нет
42. тест Вебера не проводился;
43. симптом Ринне положительный.
44. Языкоглоточный, блуждающий нервы:
45. глоточный и небный рефлексы не изменены;
46. глотание не нарушено;
47. мышцы мягкого неба при фонации сокращаются равномерно с обеих сторон.
48. фонация не изменена;
49. Добавочный нерв
50. поворот головы затруднен, больше вправо;
51. пожимание плечами несколько ограничено;
52. гипотрофии грудино-ключично-сосцевидной мышцы или трапециевидной мышцы нет;
53. Подъязычный нерв:
54. атрофии языка, фасцикуляций нет;
55. быстрота и сила движения языка достаточные. Язык при высовывании по срединной линии.

#### Двигательная система

1. Развитие мышечной системы умеренное. При пальпации мышцы безболезненные. Отмечается гипотрофия мышц верхних конечностей (больше справа), гипотрофия мелких мышц кистей, тенара и гипотенара. На правой руке отмечается неполная контрактура V пальца, невозможность полного разгибания при активных и пассивных движения. Ограничение поворота головы, больше вправо. Фасцикуляций мышц нет.
2. Сила в различных группах мышц.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Движение | Сила мышц | |
| Справа | слева |
| Сгибание в локте | 3-4 | 4 |
| Разгибание в локте | 4 | 4 |
| Сгибание кисти | 3 | 3 |
| Разгибание кисти | 3 | 3 |
| Сгибание пальцев рук | 3 | 3 |
| Разгибание пальцев рук | 2 | 3 |
| Сгибание в коленном суставе | 5 | 5 |
| Разгибание в коленном суставе | 5 | 5 |
| Тыльное сгибание стопы | 5 | 5 |
| Подошвенное сгибание стопы | 5 | 5 |
| Тыльное сгибание пальцев стопы | 5 | 5 |
| Подошвенное сгибание пальцев стопы | 5 | 5 |
| Тыльное сгибание большого пальца стопы | 5 | 5 |
| Подошвенное сгибание большого пальца стопы | 5 | 5 |

1. Тонус мышц верхних конечностей снижен, нижних – несколько повышен.
2. Гиперкинезы:
3. тремор отсутствует;
4. титубация отсутствует;
5. миоклоний нет;
6. астериксис отсутствует;
7. дистония не выявлена;
8. атетоза нет;
9. хореи нет;
10. баллизм отсутствует;
11. тиков нет
12. Контрактуры:
13. Отмечается контрактура кистей рук по типу «обезьяньей лапы»
14. Припадков и судорожных подёргиваний нет.
15. Координация движений:
16. пальценосовая проба в норме;
17. пяточноколенная проба в норме;
18. дисдиадохокинез отсутствует;
19. тандемная ходьба в норме;
20. в позе Ромберга устойчив.
21. Походка не изменена.
22. Речь обычная.

#### Чувствительность

1. Парастезии по типу «ползания мурашек» отмечаются в дистальных отделах обоих верхних конечностей.
2. Боли простреливающего характера отмечаются в правой ноге и левой руке.
3. Простые виды чувствительности:
4. тактильная сохранена;
5. болевая сохранена (Отмечается снижение болевой чувствительности на верхних конечностях по типу «высоких перчаток»);
6. температурная сохранена;
7. вибрационная сохранена;
8. суставно-мышечное чувство без патологии;
9. Сложные виды чувствительности:
10. стереогноз не нарушен;
11. графестезия не нарушена;
12. чувство локализации не нарушено;
13. Положительные симптомы Ласега, Бехтерева. Симптомы Нери, Дежерина отрицательные.

#### Рефлексы

1. Сухожильные рефлексы:
2. рефлекс с двуглавой мышцы резко оживлённый симметричный;
3. рефлекс с трехглавой мышцы резко оживлённый симметричный;
4. коленный рефлекс резко оживленный, больше слева;
5. ахиллов рефлекс резко оживлённый больше справа.
6. Поверхностные рефлексы:
7. верхний брюшной живой симметричный;
8. нижний брюшной живой симметричный;
9. подошвенный живой симметричный;
10. Суставные рефлексы:
11. рефлекс Лери отрицательный;
12. рефлекс Майера отрицательный.
13. Рефлексы орального автоматизма:
14. хоботковый отрицательный;
15. рефлексы глабеллы отрицательный;
16. ладонно-подбородочный отрицательный.
17. Патологические кистевые и стопные рефлексы отсутствуют.
18. «Лобные знаки» (хватательный рефлекс, паратония) отсутствуют.
19. Псевдобульбарные рефлексы (расстройства глотания, фонации, артикуляции речи, насильственный смех и плач) отсутствуют.

#### Вегетативная система

1. Потоотделение не нарушено.
2. Кожная температура – 36,80С.
3. Трофических изменений ногтей и кожи нет.
4. Ортостатических изменений ногтей и кожи нет.
5. Тазовые расстройства отрицает.
6. Зрачки симметричные, живая фотореакция. Синдрома Клода-Бернара-Горнера нет.

#### Исследование высших мозговых функций

1. Моторная афазия не выявлена
2. Сенсорная афазия не выявлена
3. Алексия не выявлена
4. Аграфия не выявлена
5. Апраксия не выявлена.
6. Агнозия не выявлена
7. Амнестическая афазия не выявлена.

#### Психика

Сознание ясное. Ориентирован. Контактен. Критичен. Настроение нормальное. Отмечает утомляемость. Сон не нарушен. Бред, галлюцинации отсутствуют. Интеллект соответствует возрасту.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Кровь на сахар

Кровь на RW

Консультация нейрохирурга

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови (14.03.00)

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** | **Результат** |
| Эритроциты | 4,8\*1012/л |
| Гемоглобин | 150 |
| Лейкоциты | 7,2 |
| Эозинофилы | 3 |
| Палочкоядерные | 4 |
| Сегментоядерные | 63 |
| Лимфоциты | 27 |
| Моноциты | 3 |
| СОЭ | 3 |

Общий анализ мочи (14.03.00)

Цвет: с/ж

Удельный вес: 1025

Прозрачность: полная

Белок: ОТР.

Сахар: ОТР.

Эритроциты: –

Лейкоциты: 3-4

Эпителий плоский: 1-2

Слизь: нет

Соли: нет

Кровь на сахар (14.03.00) 4,5 ммоль/л

Кровь на RW отр.

## Топический диагноз

Основываясь на жалобах, анамнезе, представленных документах, клинических проявлениях можно предположить наличие очага поражения на уровне С4-С5. Кроме того **возможно** сочетание данного поражения с каким либо из демиелинизирующих заболеваний (БАС), т.к. на фоне атрофии мышц верхних конечностей наблюдается усиление нормальных рефлексов.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Клинический диагноз: Грыжевая компрессия С4-С5 в виде миелопатии с тетрасиндромом. Выставлен на основании: жалоб на слабость в верхних конечностях, простреливающие боли в правой ноге и левой руке; анамнеза – постепенное нарастание симптомов в течении 1-1,5 лет, данных Компьютерной Томографии; объективных данных – гипотрофия верхних конечностей, оживлённые коленный и ахилов рефлексы, ограничение поворота головы вправо.

**Этиология патогенеза**

**Грыжа МПД**

**Терминология.** Следует различать такие понятия, как пролапс МПД (или выпадение) и протрузия диска (выбухание). Грыжа (пролапс) – это именно выпадение элементов пульпозного ядра через разрыв фиброзного кольца. Протрузия диска (скользящее выпадение, или “жесткий диск” по терминологии американских авторов) – это процесс, при котором фиброзное кольцо еще полностью не разрушено, а компрессия/раздражение корешков носит интермиттирующий характер в зависимости от степени выбухания диска при различных положениях тела.

**Механизм образования.** Частые микротравмы межпозвонковых суставов, нерациональные физические нагрузки, сколиоз, хронический эмоциональный стресс и другие причины приводят к появлению дегенеративных изменений в фиброзном кольце. В нем появляются трещины, которые в последующем, при резком повышении внутридискового давления, переходят в разрывы с протрузией/пролапсом студенистого ядра. Чаще всего грыжи выпадают в дорсальном или дорсолатеральном направлении. Мощная задняя продольная связка часто сдерживает студенистое ядро или отклоняет его вниз, вверх или латерально.

У молодых пациентов острая грыжа МПД может быть следствием разрыва неизмененного фиброзного кольца при непрямой травме.

Реже происходит массивное дорсальное (или медиальное) выпадение пульпозного ядра в просвет позвоночного канала с разрывом задней продольной связки и сдавлением дурального мешка с корешками конского хвоста. В результате развивается синдром конского хвоста с тяжелыми нарушениями функции тазовых органов, требующий экстренного оперативного вмешательства.

Так называемая грыжа Шморля представляет собой проникновение элементов пульпозного ядра через хрящевую пластинку в губчатое вещество кости позвонка. Клиническое значение грыж Шморля сомнительно.

Грыжи МПД чаще наблюдаются в возрасте 30 – 50 лет, когда пульпозное ядро еще упругое, в то время как у пожилых пациентов из-за фиброза студенистого ядра частота выпадений грыж снижается. После 60 лет случаев острой грыжи МПД практически не наблюдается. До 25 лет грыжи МПД также встречаются редко.

**Рентгенография.** У молодых пациентов обзорные рентгенограммы поясничного отдела позвоночника могут оказаться в пределах возрастной нормы. Часто виден анталгический сколиоз. Косвенное значение может иметь снижение высоты межпозвонкового промежутка или его угловая деформация.

При сопутствующих грыже МПД дегенеративных изменениях позвоночника последние будут видны на рентгенограмме. Следует сразу отметить, что по наличию и выраженности этих изменений никакого вывода о локализации грыжи делать нельзя.

**Миелография.** Это инвазивная методика. Водорастворимое контрастное вещество метрозамид вводится эндолюмбально. Выпячивание грыжи диска в просвет позвоночного канала деформирует дуральный мешок или вообще перекрывает его контур. Особенно отчетливо выявляются центральные грыжи МПД и грыжи с незначительной латеризацией. Кроме того, метод позволяет выявить динамические изменения размеров позвоночного канала при движениях в поясничном отделе. Миелография неинформативна при латеральных грыжах МПД.

Редкое осложнение миелографии – менингизм в связи с реакцией оболочек на контрастное вещество и/или потерей ликвора. Он проявляется головной болью, светобоязнью, тошнотой, небольшим повышением температуры. Профилактика: возвышенное положение головы после миелографии. Лечение: анальгетики, антигистаминные препараты, диазепам.

Ликвор, полученный при выполнении миелографии, обязательно исследуется. Как правило, имеет место небольшое повышение уровня белка, редко более 1 г/л. Более высокий уровень белка в ликворе характерен для опухолей.

**Дискография** – введение контрастного вещества непосредственно в диск – также относится к инвазивным методам исследования. В настоящее время дискография практически не применяется благодаря появлению современных контрастных веществ и методов визуализации. Дискография технически более сложна, чем миелография, а частота побочных проявлений (в том числе травм корешков) значительно выше, чем при миелографии.

**Компьютерная томография ( КТ ).** Метод незаменим при диагностике поражений костных структур позвоночника и позвоночного стеноза. Степень визуализации грыж дисков незначительна и уступает магнитно-резонансной томографии. Информативность метода снижается также тем, что производятся только поперечные срезы, поэтому необходимо знать уровень поражения для уменьшения лучевой нагрузки на пациента.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ).** МРТ является методом выбора для выявления грыж МПД и в отличие от КТ не связана с лучевой нагрузкой. МРТ дает возможность проведения как поперечных, так и продольных срезов, что увеличивает информативность. МРТ визуализирует компрессию корешков и степень дегенерации самого диска (протрузию, пролапс и секвестрацию). При МРТ четко разграничиваются экстра- и интрадуральные структуры и хорошо выявляются латеральные грыжи диска.

**Дифференцировать** острую грыжу МПД следует с опухолью позвоночного канала, миеломой, метастазами рака в позвоночник, инфекционным спондилитом.

**ДНЕВНИК**

**21.03.00**

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на слабость в руках, периодические «прострелы» в левой руке. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Пульс 78 в минуту удовлетворительного качества. АД 120/70 мм рт. ст. Неврологический статус без значительных изменений.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Sol. Plathyphyllini 1,0 в/м х 2 раза в день
2. Sol. Diclophenaci 3,0 в/м
3. Sol. Acidi nicotinici 1% - 2,0 в/в капельно
4. Tab. Proserini 1 x 2 раза в день
5. Tab. Cinaresini 1 х 2 раза в день

## Прогноз

Прогноз для жизни благоприятный, т.к. заболевание не является летальным. Прогноз для здоровья сомнительный.

## Эпикриз

Больной Н., 1933 г. рождения находится на стационарном лечении в неврологическом отделении РКБ с 11.03.00 с диагнозом: Грыжевая компрессия С4-С5 в виде миелопатии с тетрасиндромом. Больной поступил с жалобами на слабость в руках, простреливающие боли в правой ноге и левой руке, парастезии в конечностях. Заболевание продолжается в течении 1-1,5 лет с постепенным нарастанием симптомов. Больной предоставил данные КТ от 07.03.00 - межпозвонковая грыжа С4-С5 (4 мм), с наличием диско-медуллярного конфликта, частичный листез С3 кпереди, стенозирование позвоночного канала на уровне С4-С6. Объективно отмечается гипотрофия мышц верхних конечностей, контрактура кистей по типу «обезьяней лапы». Усиление надкостничных и сухожильных рефлексов на верхних и нижних конечностях. Больному назначено лечение:

1. Sol. Plathyphyllini 1,0 в/м х 2 раза в день
2. Sol. Diclophenaci 3,0 в/м
3. Sol. Acidi nicotinici 1% - 2,0 в/в капельно
4. Tab. Proserini 1 x 2 раза в день
5. Tab. Cinaresini 1 х 2 раза в день

Больной продолжает обследоваться.