Ф.И.О.

Возраст – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол – женский.

Место жительства

Жалобы.

Больная поступила с жалобами на боли с левой стороны в области ягодицы, и левой ноге по задненаружней поверхности бедра и голени и в области пятки, постоянные, стреляющего характера, ощущавшихся в состоянии покоя, усиливавшихся при движении.

Anamnesis morbi.

Впервые подобный приступ болей больная перенесла 3 года назад после переохлаждения. Боли имели тот же характер, что и при данном обострении, локализовались в области левой ягодицы, и в левой ноге по задненаружней поверхности бедра и голени и в области пятки. Больная была госпитализирована в ГКБ №13, где ей была сделана блокада пояснично-крестцового сплетения и назначены болеутоляющие. Данная терапия имела успех и больная была выписана из стационара. Через полгода приступ болей повторился, больная была госпитализирована в тот же стационар, а затем, через две недели была направлена на консультацию в клинику нервных болезней им. А. Я. Кожевникова, где наблюдается до нынешнего времени. За время наблюдения была госпитализирована в клинику 4 раза.

Данная госпитализация была произведена из-за очередного обострения в результате переохлаждения. Больной была назначена терапия из болеутоляющих, нестероидных противовоспалительных средств, курс витаминов В1 и В12, массаж. Через две недели больная на фоне проводимой терапии отметила улучшение состояния и была отпущена на выходные домой. В эти два дня больная повторно застудила спину и в понедельник вернулась в клинику с явным ухудшением состояния. На момент курации больной проводилась та же терапия, что и ранее. Состояние больной улучшилось.

Anamnesis vitae.

Больная родилась в городе Москве в 1945 году. Росла и развивалась соответственно возрасту. Была единственным ребёнком в семье. Окончила 10 классов общеобразовательной школы. Имеет высшее образование. Работала бухгалтером, с 55 лет на пенсии.

Акушерско-гинекологический анамнез. Менструации с 14 лет, умеренно – обильные, безболезненные. Беременность одна, роды одни, аборты отрицает.

Алергологический анамнез. Аллергии на лекарственные препараты, продукты питания и домашнюю пыль нет.

Перенесённые заболевания. Детские инфекции, ИБС, грыжа межпозвоночного диска. Операций не было.

Вредные привычки отрицает.

Общий осмотр.

Общее состояние больной удовлетворительное, положение активное. Тип телосложения гиперстенический.Кожные покровы бледные, влажные. Окраска конъюнктивы век и склер не изменена. Изменении кожных покровов не наблюдается. Тургор кожи снижен. Общее развитиемышечной системы слабое. Мышечный тонус и сила мышц верхних конечностей сохранены.Кости скелета без деформаций. При осмотре суставы без деформации, припухлостей и изменения окраски кожных покровов в области суставов не наблюдается.

Органы дыхания.

Дыхание через нос свободное. Обоняние не нарушено. Ритм дыхания правильный, частота дыхательных движений – 16 в минуту. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. При сравнительной перкуссии грудной клетки отмечается ясный лёгочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Подвижность нижних краёв лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание ослабленное везикулярное. Хрипов и дополнительных дыхательных шумов не выслушивается.

Органы кровообращения.

Верхушечный и сердечный толчки не визуализируются. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье. Сердечный толчок отсутствует. При перкуссии границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие, выслушивается акцент второго тона над аортой, шумов нет, частота сердечных сокращений – 74 удара в минуту. Пульс – 74/мин.

Органы пищеварения.

Живот округлой формы. При перкуссии живота изменения перкуторного звука на отмечается. Границы печёночной тупости в пределах нормы. При пальпации живота патологических изменений не выявлено.

Органы мочеотделения.

Визуально поясничная область не изменена. Мочеиспускание безболезненное.

Неврологический статус.

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, головных болей, тошноты, рвоты нет.

Симптомы Кернига и ригидности мышц затылка отрицательные.

Краниальные нервы. Обоняние сохранено, глазодвигательных расстройств не выявлено, чувствительность на лице сохранена, атрофии мимических мышц не наблюдается, язык без признаков атрофии, при высовывании симметричен, не отклоняется в сторону.

Симптомов орального автоматизма, бульбарных и псевдобульбарных поражений нет.

Нервы верхних конечностей. Объём движений, сила мышц и их тонус в верхних конечностях сохранены. Рефлексы (с сухожилий двуглавой и трехглавых мышц, карпорадиальный) сохранены, патологических рефлексов (Россолимо, Жуковского) не выявлено.

Нервы нижних конечностей. Объём движений, сила мышц и их тонус в левой ноге снижены. Отмечается гипотрофия мышц-сгибателей стопы на левой ноге. Чувствительность на левой ноге снижена. Коленный рефлекс снижен на обоих ногах. Ахиллов рефлекс резко снижен на левой ноге. Подошвенный рефлекс сохранён. У больной выявляются следующие положительные симптомы: симптом Ласега, симптом Нери, симптом посадки. Симптом Дежерина отрицательный. Патологических пирамидных стопных симптомов не наблюдается.

Со стороны координаторной сферы патологических изменений не выявлено: больная уверенно выполняет пальце-носовую и пяточно-коленную пробы, устойчива в позе Ромберга, отсутствие адиадохокинеза и нистагма.

Топический диагноз.

Поражение корешка спиномозгового нерва на уровне LV – SI.

Предположительный диагноз.

Вертеброгенная радикулопатия SI слева.

Анализы и обследование.

1. Общий анализ крови.

Без патологических изменений.

2. Общий анализ мочи.

Без патологических изменений.

3. МРТ пояснично-кресцового отдела позвоночника.

При МРТ выявлена грыжа межпозвоночного диска на уровне LIV – LV.

4. Электронейромиография.

При ЭНМГ выявлено поражение малоберцового нерва.

Клинический диагноз.

Вертеброгенная радикулопатия SI слева с выраженным болевым синдромом, умеренным ограничением движений, рецидивирующего течения.

Лечение данной больной.

1. постельный режим.
2. для снятия болей, улучшения микроциркуляции и снятия отёка в области поражённого корешка: 200 мг реополиглюкина + 10 мг эуфиллина + 10 мг трентала + 1 ампула лазикса и анальгина – внутривенно, капельно, 1 раз в день, в течение острого периода.
3. для снятия восполения: мазь индометациновая 10%, местно, по окончании острого периода или индометацин в капсулах по 25 мг, по 1 капсуле 2 – 3 раза в день.
4. для поддержания метаболизма: витамин В12 , 1 мл, внутримышечно, 2 раза в день.
5. при снятии болевого синдрома – мануальная терапия.

Прогноз.

Всвязи с хроническим рецидивирующим течением заболевания прогноз для жизни данной пациентки остаётся неблагоприятным.