**Алтайский государственный медицинский университет**

**Кафедра военно-полевой терапии.**

**Куратор:** РОЖКОВА О.А.

**Преподаватель:** асс. Полажченко Н.Д.

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника хронически-рецидивирующий тип течения, период обострения

Сопутствующие заболевания: ИБС. Экстрасистолия. ХСН 2.

Хронический гастрит. Артроз коленных суставов.

**Барнаул 2005.**

# Паспортные данные

Ф.И.О. пациента: …, 68 лет

Дата рождения: 25.11.1937.

Дата поступления: 17.02.06.

Место жительства: …

# Жалобы

Больной жалуется на постоянные ноющие боли в пояснично-крестцовой области, усиливающиеся после неинтенсивной физической нагрузки или длительного пребывания, в положении сидя, на онемение нижних конечностей и жгучие боли в них появляющиеся чаще в утреннее время. На слабость в правой ноге и тянущие боли в ней появляющиеся при ходьбе на 50-100 метров, приводящие к грубому нарушению ходьбы.

# Анамнез заболевания

Впервые больной почувствовал слабость в правой ноге в конце 2003 года, что сопровождалось неинтенсивными болями в пояснице, затем появилось онемение правой ноги и боли при ходьбе. К февралю 2003 года слабость в правой ноге усилилась так, что больной не мог ходить, после чего обратилась к врачу. На обследовании выявлен остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Было проведено лечение, после чего состояние улучшилось, боли в ноге ослабли, однако 28 февраля 2006 года симптомы вновь обострились, что заставило пациента снова обратиться к врачу, больной был направлен на стационарное лечение.

# Анамнез жизни

Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергии и лекарственной непереносимости не выявлено. Наследственность не отягощена. В 1981 году получил сотрясение мозга. Операций и гемотрансфузий не было. Злоупотребляет алкоголем.

# Соматический статус

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Нормостенический тип конституции.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные – не увеличены, безболезнены, обычной плотности, подвижны.

Зев чистый, миндалины не увеличены, их слизистая розовая.

Мышечно-суставной аппарат развит удовлетворительно. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные, за исключением движений в поясничном отделе позвоночника, где имеется ограничение движений вследствие резкой болезненности, особенно при сгибании и разгибании. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Щитовидная железа: при пальпации не увеличена.

## Исследование сердечно-сосудистой системы

## Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Сердечный толчок не пальпируется. При перкуссии границы абсолютной и относительной сердечной тупости в норме. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс частотой 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный на обеих руках.

Артериальное давление на момент осмотра 110\80 мм.рт.ст.

## Система органов дыхания

Обе половины грудной клетки равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ритмичное с частотой 16 дыхательных движений в минуту, средней глубины.

Грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание умеренное по силе, одинаковое с обеих сторон. Границы легких не изменены. При перкуссии ясный легочной звук на всех симметричных участках грудной клетки. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

## Пищеварительная система

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Язык обычных размеров, розовый, влажный, чистый. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не выходит из-под края реберной дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Безболезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Мочевыделительная система

Припухлостей и отеков в поясничной области нет. Почки не пальпируются. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. Мочеиспускание безболезненное.

# Неврологический статус

## Патологические рефлексы.

Патологические рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шефера, Гофмана, Жуковского, Россолимо, Бехтерева, рефлексы орального автоматизма отсутствуют.

## Чувствительность.

Парестезии и снижение болевой, температурной, тактильной чувствительности на правой ноге по передней, латеральной и медиальной поверхностям до верхней трети бедра. Глубокая чувствительность сохранена. Симптомы натяжения (Лассега, Нейри) отрицательные.

# Результаты дополнительных методов исследования

Рентгенологическое исследование: на рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника с двух боковых и в прямой проекциях на уровне LIV поясничный лордоз выпрямлен, а на уровне LIII - SI углы сглажены, с незначительными костными разрастаниями;

Заключение: Проявления остеохондроза на уровне сегментов LIII - SI.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: поясничный лордоз выпрямлен, сколиоз влево

# Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного и данных объективного обследования можно установить, что имеет место моноплегия и моноанестезия в нижней конечности справа, т.е. нарушение чувствительности и двигательных функций по сегментарному типу на уровне, что соответствует клинике корешкового синдрома. Из анамнеза установлено, что в прошлом у пациента имели место явления поясничного остеохондроза. По данным дополнительных исследований (Рентгенография п/о позвоносника, МРТ) так же выявлены явления остеохондроза п/о позвоночника на уровне LIII - SI. Усиление симптомов на фоне медленнотекущего заболевания указывает на хронически-рецидивирующий тип течения. Обострение симптомов указывает на период обострения заболевания, а так же имеет место склонность к регрессированию, т.к. симптомы постепенно угасают. Таким образом формулировка основного диагноза будет звучать:

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника хронически-рецидивирующий тип течения, период обострения.

# Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с:

экстрамедуллярной опухолью, локализующейся на уровне L3 - S1 позвонков и поражающей конский хвост, что будет иметь ряд общих симптомов с остеохондрозом с корешковым (L3 - S1) синдромом: корешковые боли с иррадицией в ягодицу, ногу; сегментарные расстройства чувствительности, угасание коленных, ахилловых и подошвенных рефлексов, периферические двигательные нарушения в виде атрофических парезов в сгибателях, разгибателях стопы, ягодичных мышцах, мышцах задней группы бедра, там же трофические расстройства, болезненность при давлении на остистые отростки и паравертебральные точки ниже L3 позвонка.

интрамедуллярной опухолью, локализующейся на уровне L3 - S1 сегментов спинного мозга (эпиконуса) или соответственно на уровне Th12-L1 позвонков, и проявляющуюся следующими общими симтомами: вялые парезы в соответствующих пораженным сегментам миотомах (ягодичные мышцы, мышцы задней поверхности бедра, голени и стопы), снижение коленных и ахилловых рефлексов, сегментарные нарушения чувствительности, боль при пальпации паравертебральных точек при значительно развившемся объемным процессе.

Также клиническая картина арахноидита спинного мозга, особенно слипчивого, может быть очень похожа на остеохондроз: хроническое рецидивирующее течение, симптомы раздражения корешков спайками или кистами (стреляющие боли, сегментарные нарушения чувствительности и двигательной активности). Но при слипчивой форме арахноидита можно предположить поражение большего количества корешков, учитывая особенности их прохождения в позвоночном канале пояснично-крестцового отдела, к тому же поражение корешков в этом случае будет носить более стойкий характер. При кистозной форме критерии дифференциальной диагностики будут такими же как при экстрамедуллярной опухоли, т.к. в этом случае арахноидит будет проявляться синдромом объемного процесса, т.е. на ряду с сегментарными расстройствами будут и проводниковые. Также при арахноидите могут быть изменения в ликворе: повышенное содержание белка, легкий плеоцитоз, белково-клеточная диссоциация, повышение давления ликвора и блокада субарахноидального пространства. На пневмомиелограмме обнаруживается неравномерное (вследствие спаек) заполнение воздухом субарахноидального простанства, очаговые скопления воздуха (кисты). Также нужно учитывать, что данное заболевание является достаточно редким.

|  |  |
| --- | --- |
| остеохондроз | опухоль |
| ремиттирующее течение | течение без ремиссий |
| острое начало приступа, связанное с повышенной вертикальной нагрузкой на позвоночник, резким движением и т.д. | медленное начало заболевания, без видимых причин. |
| боли усиливаются при физической нагрузке, стоя, при ходьбе, при смещении позвонков уменьшаются в покое, лёжа | боли усиливаются лёжа, при повышении внутримозгового давления (при кашле, чихании) |
| выражен вертебральный синдром | в меньшей степени или отсутствует |
| двухфазное течение: сначала вертебральный, затем присоединение корешкового синдрома с обязательным компонентом корешковых болей. | экстрамедуллярная опухольсильные корешковые боли служат наиболее ранним проявлением экстрамедуллярно опухоли. | интрамедуллярнаякорешковые боли не характерны для начальных стадии, и могут присоединиться при значительном развитии объемного процесса. |
| страдают 4 корешка L3 - S1 сегментов спинного мозга | страдает больше корешков: L3-S5, т.к. сдавливаются все корешки конского хвоста с уровня L3 позвонка. | поперечное поражение L3 - S1 сегментов спинного мозга, сначала серого вещества, потом белого, и при значительном объеме опухоли сдавление корешков с уровня L3 сегмента спинного мозга, т.е. корешков Th11-S1 СМН. |
| Болезненность паравертебральных точек на уровне L3 - S1 позвонков.Менее характерна боль при перкуссии остистых отростков L3-S1 позвонков. | Болезненность паравертебральных точек на уровне L3-S5 позвонков.Патогмонична боль при перкуссии остистых отростков L4-S1 позвонков. | Болезненность паравертебральных точек на уровне Th12-S1 позвонков.Боль при перкуссии остистых отростков Th11-Th12-L1 позвонков. |
| сегментарные нарушения обоих видов чувствительности в дерматомах L3 - S1 с одной стороны : передненаружная и наружная поверхность нижней трети бедра и голени, тыл и наружный край стопы | сегментарные нарушения глубокой и поверхностной чувствительности в дерматомах L3-S5 с обеих сторон (но могут быть сначала несимметричными), а значит более обширные зоны гипестезии (ноги и промежность).. | сначала сегментарные расстройства чувствительности диссоциированного характера (поражение задних рогов – выпадение поверхностной чувствительности в соответствующем дерматоме), затем присоединениепроводниковых двусторонних расстройств поверхностной и глубокой чувствительности, т.е. гипестезия на голени, стопах, ягодицах и промежности. При раздражении рядом расположенных корешков Th12-L4 – расстройства чувствительности в выше расположенных дерматомах. |
| тазовые нарушения не встречаются | встречаются – задержка мочи или истинное недержание (периферический тип) | задержка или периодическое недержание мочи (центрального типа) |
| односторонняя симптоматика | двухсторонняя, сначала асимметричная |
| симтомы натяжения резко выражены | слабо выражены или отсутствуют |
| на рентгенограмме сужение межпозвоночного диска, остеосклероз замыкательных пластинок, остеопороз лимбусов с разрастанием боковых остеофитов | деструкция, патологические переломы костей, симптом Элсберга-Дайка: корни дуг неправильной формы, расстояние между корнями дужек увеличено. |
| распространенность процесса: наличие начальных признаков патологического процесса в шейном отделе | очаговость. |

# Лечение

1. Полупостельный режим с ограничением нагрузки на поясничный отдел позвоночника.
2. Адекватная анальгезия: Анальгин 50% - 3,0 + Димедрол 1% - 2,0 в/м – 3 раза в день. Реланиум – 2,0 в/м – на ночь.
3. Противовоспалительная терапия: Ксефокам - внутрь: 4—8 мг 2 раза в сутки не более 14 суток.
4. Улучшение микроциркуляции: Пентоксифиллин - внутрь 400 мг 3 раза в сутки.
5. Ноотропная терапия: Пирацетам в/в 4 г. – 3 раза в сутки.
6. Витамины группы В.
7. Физиолечение.

# Прогноз

Для жизни – благоприятный.

Для заболевания – неблагоприятный; учитывая хроническое ремиттирующее прогрессирующее течение заболевания, возможно усугубление существующего неврологического дефицита и вовлечение в патологический процесс других вышерасположенных корешков пояснично-крестцового отдела спинного мозга что может привести к инвалидизации больного.

Для трудоспособности: временная нетрудоспособность устанавливается на срок 3-4 недели – 2 месяца. Вне периода обострения больная полностью трудоспособна.