ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

1962 г.р. вес 111 кг. Рост 169 см

Место работы банк, экономист.

Анамнез заболевания: 31.10.2016 г. остро развилась резкая боль в пояснице, которая распространялась в левую ногу. 03.11.2016 г. обратилась к терапевту амбулаторно, в связи с выраженностью болевого синдрома выписан лист нетрудоспособности, назначено лечение.

03.11.2016 г. консультирована ортопедом-травматологом, проведена рентгенограмма поясничного отдела позвоночника, назначено лечение (наклофен, диклак, омез, мидокалм, вольтарен-гель).

Рентгенография поясничного отдела позвоночника (03.11.2016 г.) – поясничный лордоз выпрямлен, левосторонний сколиоз, тела позвонков ротированы, высота тел позвонков и межпозвоночных пространств равномерная, снижена высота межпозвоночных пространств в сегментах Th12-L1, L2-L3, L5-S1. Тело позвонка Th12 клиновидной формы, снижено по высоте в переднем отделе на 0.6 см., замыкательные пластинки тел позвонков склерозированы, имеют четкие, ровные контуры. В области передних и наружных углов тел позвонков «губовивидные» и «клювовидные» краевые костные разрастания. Патологических смещений тел позвонков и костно-деструктивных изменений не определяется.

10.11.2017 г. осмотрена невропатологом, даны рекомендации по лечению, рекомендовано продлить лист временной нетрудоспособности в связи со стойкостью выраженного болевого синдрома. 16.11.2017 г. повторный осмотр невропатолога, в связи с малой эффективностью амбулаторного лечения направлена в неврологическое отделение.

С 17.11.2016 г. по 30.11.2016 г. прошла лечение, обследование в неврологическом отделении 4 ДГБ. За время пребывания в отделении проведены МРТ поясничного отдела позвоночника, ЭМНГ нижних конечностей, консультирована вертебрологом ДОКБМ (рекомендовано консервативное лечение). После проведенного лечения, выписана из отделения с незначительным улучшением для дальнейшего амбулаторного лечения.

МРТ поясничного отдела позвоночника (21.11.2016 г.) МР-картина сочетанных дегенеративно-дистрофических изменения поясничного отдела позвоночника (межпозвонкового остеохондроза, спондилоартроза), грыж дисков L4-L5, L5-S1, протрузия диска L3-L4, С-образный левосторонний сколиоз 1 р.ст., множественные грыжи Шморля.

ЭМНГ нижних конечностей (17.11.2016 г.) на фоне симметричного сенсорного неврального уровня поражения нижних конечностей аксонального характера, определяются признаки нерезко выраженного аксонального повреждения, двигательных малоберцового и большеберцового нервов слева, что, вероятно, может быть на фоне нарушения проведения возбуждения по данным нервам на проксимальном уровне на проксимальном уровне (корешки L4, L5-S1, пояснично-крестцовое сплетение, седалищный нерв). Согласно характеристикам F-волн-косвенные признаки поражения корешкового сегмента слева.

С 01.12.2016 г. – амбулаторное лечение у невропатолога КУ «ДЦПМСП №1», лист нетрудоспособности продлен с 01.12.2016 г. по 09.12.2016 г.

04.12.2016 г. из дома в связи с усилившейся болью в пояснице, левой ноге бригадой СМП доставлена в 4 ДГБ, ургентно госпитализирована в неврологическое отделение, где находилась с 04.12.16 г. по 19.12.16., выписана с незначительным улучшением для дальнейшего амбулаторного лечения.

С 20.12.2016 г. - амбулаторное лечение у невропатолога КУ «ДЦПМСП №1». В связи со стойкостью и выраженностью болевого синдрома направлена в неврологическое отделение 16 ДГБ.

22.12.2017 г. консультация нейрохирурга ДОКБМ – ОХЗ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Показано оперативное лечение, пациентка воздерживается.

С 10.01.2017 г. по 23.01.2017 г. прошла лечение в неврологическом отделении 16 ДГБ, выписана с некоторым улучшением для амбулаторного лечения.

С 23.01.2017 г. - амбулаторное лечение у невропатолога КУ «ДЦПМСП №1». На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось, уменьшилась выраженность болевого синдрома, улучшилась функция ходьбы, лист нетрудоспособности закрыт, к труду 04.02.2017 г., даны рекомендации для дальнейшего лечения.

12.05.2017 г. обращалась амбулаторно к невропатологу с жалобами на ежедневную боль в пояснице, ограничения при наклонах, поворотах, боль в левой ноге при длительном сидении на работе. Даны рекомендации по лечению.

17.07.2017 г. обратилась на прием к невропатологу КУ «ДЦПМСП №1» с жалобами на резкую боль в пояснице, которая усиливается при наклонах, поворотах, ходьбе, распространяется в левую ногу. Состояние ухудшилось на протяжении последних 3-х дней после физической нагрузки. В связи с выраженностью болевого синдрома выписан лист нетрудоспособности с 17.07.2017 г., назначено амбулаторное лечение в дневном стационаре КУ «ДЦПМСП №1», где прошла лечение по 27.07.2017 г. В связи с малой эффективностью амбулаторного лечения направлена в неврологическое отделение.

С 04.08.2017 г. по 16.08.2017 г. проходила лечение в неврологическом отделении 16 ДГБ, выписана для дальнейшего амбулаторного лечения с незначительным улучшением.

С 17.08.2017 г. по настоящее время находится на лечении у невропатолога КУ «ДЦПМСП №1», принимает противовоспалительные, антиконвульсант, витаминные, противоотечные, миорелаксантные, хондропротекторные препараты, занимается ЛФК.

ЭМНГ нижних конечностей (29.08.2017 г.) Значительно выраженная аксональная невропатия малоберцового нерва слева с дефицитом силы мышечного сокращения m/ extensor digitorum brevis на 50 %. Аксональная невропатия большеберцового нерва с обеих сторон с дефицитом силы мышечного сокращения m. аbductor hallucis слева на 30 %, справа на 20 %. Данные исследования F-волн указывают на признаки корешкового поражения на уровне сегментов L4-L5,S1, больше выраженные слева. На уровне сегментов L4-L5 слева отмечаются признаки нарушения функциональной активности мотонейронов. Комментарий: сохранность моторного и сенсорного проведения по малоберцовому и большеберцовому нерву в дистальном отделе указывает на вертеброгенный характер аксонопатии.

Несмотря на проводимое лечение, продолжают беспокоить боль постоянного характера в пояснице, которая усиливается при длительном сидении (больше 2-х часов), длительной ходьбе (больше 15 минут), физ. нагрузках, наклонах, поворотах, охлаждении, изменении положения тела, распространяется в левую ногу, усиление боли при езде в общественном транспорте, слабость в левой ступне, затруднения при ходьбе по ступеням, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, больше влево и назад, онемение левой ноги, ощущение жжения, «ползанья мурашек» в левой ноге.

Об-но: Сознание ясное. Поведение правильное, продуктивному контакту доступна. Речь правильная. Обоняние сохранено. Глазные щели d=s. Зрачки d=s. Диплопии нет. Фотореакция живая d=s. Слабость конвергенции с 2-х сторон. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна с 2-х сторон. Нистагма нет. Лицо симметрично. Слух нормальный. Глотание нормальное, глоточный рефлекс живой. Язык по средней линии. Рефлексы орального автоматизма (-). Менингеальных знаков нет. Рефлексы с рук d=s, живые. Брюшные рефлексы d=s, живые. Коленные рефлексы: dex – снижен, sin – не вызывается. Ахилловы р-сы: dex – снижен, sin – не вызывается. Гиперкинезов нет. Мышечная сила снижена в сгибателях левой ступни, в 1 пальце до 4-х баллов. Мышечный тонус снижен в нижних конечностях, больше слева. Походка щадящая. Показывает гипестезию в зоне иннервации L5-S1 слева. Болезненность при пальпации остистых отростков в поясничном отделе позвоночника умеренной степени. Напряжение п/в мышц в поясничном отделе позвоночника , выраженная болезненность при пальпации , сопровождается мимической реакцией больной, выявляются локальные мышечные уплотнения в паравертебральных мышцах, мышечный спазм не уменьшается в положении лежа. Уплощен поясничный лордоз. С-м Ласега (+) с угла 600 справа, с угла 400 слева. С-м Нери (+). Проба Бонне положительна с 2-х сторон, более выражено слева. Положителен симптом Бехтерева слева. Положителен симптом «посадки» слева. Симптомы Мацкевича, Вассермана положительны слева. Симптом Сикара (+) слева. Симптом Говерса- Сикара (+) слева. Положителен симптом ипсилатерального напряжения многораздельной мышцы. Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника: антефлексия 400, латерофлексия 150 слева, 300 справа, ретрофлексия 100. ПНП выполняет удовлетворительно. ПКП выполняет неуверенно с 2-х сторон. В п. Ромберга устойчива. Дермографизм розовый. ФТО- контролирует.

Диагноз: Остеохондроз, деформирующий спондилез поясничного отдела позвоночника, грыжи дисков L4-L5, L5-S1, протрузия диска L3-L4. Хроническая дискогенная радикулопатия L5, S1 слева, стационарное течение, с умеренным стойким болевым синдромом, умеренным стойким мышечно-тоническим синдромом, легким парезом левой ступни, умеренным нарушением статико-динамической функции позвоночника, умеренным нарушением функции ходьбы.

Направляется на МСЭК для определения степени утраты трудоспособности.

02.09.2017 г. врач – невропатолог