

Пациентка с парапарезом и нарушением функций тазовых органов.

Пациентка С. 45 лет, поступила с жалобами на задержку мочи, невозможность самостоятельного мочеиспускания, слабость в нижних конечностях.

Anamnesis morbi: утром 16.11.2017г после пробуждения, пошла в туалет остро подкосились и ослабли ноги, не смогла самостоятельно помочиться. Вызвана СМП, зафиксировано АД 130\90мм рт ст, проведена катетеризация мочевого пузыря, выведено 1.5 лит-ра мочи,,транспортирована в БСМП. Осмотрена нейрохирургом, неврологом обследована,госпитализированв ОРИТ 2.

Anamnesis vitae: Гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает. Гипертоническую болезнь отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. Длительно страдает остеоартрозом т\б, коленных суставов. Принимает Хондропротекторы, кальцемин. В анамнезе хронический пиелонефрит.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Положение больной пассивное. АД: 120\80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное по всем легочным полям, хрипов нет. ЧДД-16\мин. Живот б\б, мягкий при пальпации. Стула три дня не было. Диурез: мочеиспускание по уретральному катетеру.

В неврологическом статусе: Сознание ясное. ВПФ сохранены. Речь правильная. Глазные щели, зрачки D=S. Фотореакции сохранены. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Бульбарных нарушений нет. Язык по средней линии. Объем движений ограничен в ногах. Мышечный тонус D=S, нормотонус. Мышечная сила: нижний парапарез до 3,5б. Сухожильные рефлексы с рук: D=S, с ног: D=S, стопные знаки с 2-х сторон. Чувствительная сфера: Поверхностная чувствительность: не нарушена. Координационная сфера: ПНП: выполняет без дефекта; КПП: не выполняет справа в связи с болевым синдромом. слева выполняет; Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга: не исследовалась; Походка: не исследовалась. Симптом натяжения нет. Менингеальная симптоматика: РМЗ: нет; Симптом Кернига: 160гр.

Компьютерная томография позвоночника: Определяются выраженные дегенеративно-дистрофические изменения грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с явлениями трабекулярного отека тел позвонков исследуемой зоны, множественными дефектами Шморля.

Высота всех дисков исследуемой зоны выражено снижена. В сегменте L5\S1 признаки конкресценции тел позвонков.

В сегменте Th12\L1 секвестрированная кальцинированная медианно-парамедианная грыжа диска до 5,5 мм.

В сегменте L1\L2 дорзальная грыжа диска до 7 мм, распространяющаяся на фораменальные зоны по дуге большого радиуса. Высота межпозвонковых отверстий снижена с обеих сторон.

В сегменте L2\L3 диффузная протрузия диска до 4 мм. Высота межпозвонковых отверстий умеренно снижена с обеих сторон.

В сегменте L3\L4 дорзальная грыжа диска до 9 мм, распространяющаяся на фораменальные зоны по дуге большого радиуса и прикрытая остеофитами тел позвонков. Сагиттальный размер позвоночного канала 5 мм. Так же определяется задняя клиновидная деформация тела L3 без признаков компрессионного перелома.

В сегменте L4\L5 протрузия диска до 4 мм. Высота межпозвонковых отверстий умеренно снижена с обеих сторон.