**Паспортные данные:**
Ф.И.О. пациентка
Возраст 1979 год рождения
Пол: Женский
Место работы не работает
Домашний адрес: город Красноярск
Диагноз при поступлении: грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков
Диагноз клинический: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела, грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева.

**Жалобы:**
Жалобы на тянущие боли в левой ноге по боковой поверхности, тупые периодические боли паравертебрально в проекции L4 – S1 позвонков.

**Anamnesis morbi:**
Считает себя больной с 1998 года, когда внезапно появились тянущие боли в левой ноге по боковой поверхности. Со слов больной обращалась за помощью к невропатологу по месту жительства. После проведенного амбулаторного лечения состояние больной улучшилось, боли в ноге уменьшились.
В течение 1999 года отмечала частое ухудшение состояние. Интенсивность
болей усиливалась (не могла ходить). Последний раз вышеперечисленные
жалобы начали беспокоить в начале июня 2018 года. Тогда же была госпитализирована в неврологическое отделение больницы по месту жительства,
где был поставлен диагноз: грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков.
После двухнедельного курса стационарного лечения почувствовала облегчение. Для уточнения диагноза и проведения оперативного лечения была
направлена в КГБУЗ КМК БСМП.

**Anamnesis vitae:**
Считает себя практически здоровым человеком. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание нормальное. Острыми респираторными заболеваниями болеет 1-2 раза в год. В 1995 году по поводу острого аппендицита. В 1999году лечилась стационарно по поводу аднексита. Травм не было.
Вредных привычек нет.
Болезнь Боткина, туберкулез, сахарный диабет и венерические
заболевания отрицает.
Аллергический анамнез: побочных реакций на медикаменты и пищевые
продукты не отмечает. Наследственность не отягощена.

**Status praesents objectivus:**
Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, настроение обычное. Положение в постели активное. Нормального телосложения пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые влажные, бледно-
розового цвета, тургор сохранен, высыпаний и извъязлений нет. Степень развития подкожно-жирового слоя выражена умеренно, равномерно распределен на всех участках тела, локальных уплотнений и отеков не обнаружено. Голова обычной формы, пропорциональна к другим частям туловища с правильным соотношением между мозговой и лицевой частями. Размягчения костей черепа, деформацию грудной клетки, позвоночника и конечностей не обнаружено. Глазные щели нормальной ширины, западения и пучеглазия нет. Волосы и ногти без особенностей. Периферических отеков нет.
При пальпации увеличения лимфатических узлов не отмечено.
Мышечный аппарат развит удовлетворительно, тонус обычный. При
пальпации мышцы безболезненны. Наличие атрофий, параличей не обнаружено. Конечности симметричны, пропорциональны по отношению к другим частям тела. Суставы обычной величены и формы, при пальпации безболезненны. Активные движения в правом тазобедренном суставе ограниченны за счет боли, пассивные в полном объеме. Активные и пассивные движения в остальных суставах в полном объеме.

Органы дыхания.
Частота дыхания 18 в 1 минуту Дыхание через нос свободное, ритм дыхания правильный, одышки, кашля нет. Миндалины розового цвета, патологических изменений не выявлено. Грудная клетка нормостенической формы, над-
и подключичные ямки, межреберные промежутки умеренно выражены с обеих сторон, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Обе половины грудной клетки симметричны; деформаций, выпячиваний и втяжений не обнаружено. При дыхании участие обеих половин грудной клетки одинаковое. Дополнительная мускулатура в акте дыхания участия не принимает. При пальпации грудная клетка безболезненна, резистентность ребер и межреберных промежутков умеренно выражена с обеих сторон. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое. Над всей поверхностью легких перкуторно ясный легочной звук. Высота стояния верхушек легких составляет спереди на 3 см выше ключиц, сзади — на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Перкуторно определены нижние границы легких:
№
Линия
Правое легкое
Левое легкое
1
L. mediaclavicularis
VI ребро
—
2
L. axilaris media
VIII ребро
VIII ребро
3
L. scapularis
X ребро
X ребро
Активная и пассивная подвижность нижних легочных краев:
№
Топограф. линия
Правое легкое
Левое легкое
активн
пассивн
активн
пассивн
1
L. medioclavicularis
5 см
1 см
—
—
2
L. axilaris media
7 см
2 см
7 см
1 см
3
L. scapularis
4 см
1 см
4 см
1 см
Аускультативно на симметричных участках выслушивается везикулярное
дыхание. Патологических дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония на
симметричных участках одинакова.

Органы сердечно-сосудистой системы.
При осмотре прекардиальной области патологических деформаций
выпячиваний, втягиваний не обнаружено. Визуально определяется
незначительно выраженая пульсация в области расположения верхушки
сердца, в других участках прекардиальной области, а также в области шеи
патологических пульсаций не обнаружено. Кожные покровы верхней части
грудной клетки и шеи без изменений. Верхушечный толчок средней силы,
умеренно резистентный, площадью около 2 см локализован в V межреберье,
на 1см кнутри от L.medioclavicularis sinistra. При положении на левом боку
смещается на 2-3 см кнаружи. Перкуторно определены границы абсолютной и
относительной сердечной тупости:
Границы тупости
Относительная
Абсолютная
Правая
на 1 см кнаружи от
правого края грудины
По левому краю грудины.
Верхняя
III ребро
III межреберье
Левая
1-2 см кнутри от
L.mediaclavicularis sinistra
Совпадает с границей
относительной сердечной тупости
Ширина сосудистого пучка составляет 5 см. Аускультативно в горизонтальном и вертикальном положениях патологических тонов сердца в точках
выслушивания не обнаружено, ритм сердца правильный. Пульс одинаковый
на обеих руках, равномерного наполнения и напряжения, ритмичный, 68 удара в 1 минуту. Артериальное давление на плечевой артерии составляет 120/80
мм. рт. ст.

Органы брюшной полости.
При осмотре полости рта: язык обычной величины и формы, розового
цвета, суховат, сосочки сглажены. Передняя поверхность языка, преимущественно у корня, покрыта налетом белого цвета. Зубы целые. Десна розового цвета, кровоточивости, изъязвлений, гиперемии нет. Мягкое и твердое небо
обычного цвета, без видимых налетов и изъязвлений. Миндалины незначительно гипертрофированны.
Живот обычной формы и конфигурации. Обе половины живота симметричны, активно участвуют в акте дыхания, грыжевых выпячиваний и втяжений в области передней брюшной стенки не обнаружено. Пупок умеренно
втянут. Расширений подкожных вен и капилляров не обнаружено. Визуально
кишечная перистальтика не определяется. Справа в подвздошной области определяется рубец 0,5Х6 см (след перенесенной аппендэктомии). При перкуссии живота в гипогастральной области и в области фланков отмечается высокий тимпанит, в эпигастральной области — тимпанический характер перкуторного тона с более ясным оттенком. При изменении положения тела характер перкуторного тона существенно не меняется. Свободная жидкость в
брюшной полости методом флюктуации не определяется. При поверхностной
ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный; уплотнений,
опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц передней
брюшной стенки выражена умеренно. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.
При глубокой скользящей методической пальпации обнаружено: сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого, эластичного, безболезненного
цилиндра шириной 2-3 см, слегка смещаемого в обе стороны; слепая кишка
прощупывается в виде безболезненного цилиндра толщиной около 1 см, восходящий, нисходящий и поперечный отделы толстой кишки пальпируются в
виде безболезненных, не урчащих, умеренно подвижных цилиндров шириной
2-4 см. Привратник пальпируется в виде гладкого тяжа, изменяющейся упругости. Нижняя граница желудка определена с методом перкуссии, пальпации,
расположена на 3 см выше пупка. Пальпация в зоне Шафара безболезненна.
Перкуторно определены границы печени:
Топограф. линия
Верхняя
Нижняя
L.parasternalis dextra
V ребро
На 2 см ниже реберной дуги
L.medioclavicularis
VI ребро
По нижнему краю
реберной дуги
L.axilaris anterior
VII ребро
X ребро
При пальпации нижний край печени острый, гладкий, с ровными контурами, безболезненный, у края правой реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомы Ортнера, Кера отрицательны.
Перкуторно поперечник селезенки определяется между IX и XI ребрами
по левой передней подмышечной линии. Пальпаторно нижний край
селезенки не пальпируется. Деятельность кишечника регулярна, запоров нет.
Стул оформленный, 1 раз в сутки. Отклонений в развитии наружных половых
органов нет. Мочеиспускание безболезненное, 5-6 раз в сутки. Суточный
диурез 1500мл. Почки в горизонтальном и вертикальном положениях
пропальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих
сторон. При надавливании в надлобковой области болезненность не
определяется.

**Данные неврологического осмотра:**Общемозговые симптомы
Головная боль и сопутствующие симптомы в виде головокружения, тошноты
и рвоты отсутствуют.
Ориентирована в месте, во времени и конкретной ситуации. Контактна. Настроение ровное. Поведение во время обследования и отношение к своему заболеванию адекватное. Аппетит обычный. Навязчивые идеи, суицидальные
мысли и намерения отрицает. Отсутствуют нарушения памяти. Сон спокойный. Продолжительность 8-10 часов.
Менингиальные симптомы (Кернига, Брудзинского, ригидность мышц затылка) отсутствуют.
Черепно-мозговые нервы
1 - Запахи ощущает и дифференцирует одинаково хорошо с обеих сторон.
Обонятельные галлюцинации отсутствуют.
2 - Острота зрения 1,0 на оба глаза. Нарушения полей зрения нет. Зрительные
галлюцинации отсутствуют. Ощущение тумана, темных пятен, искр, мельканий перед глазами нет. Цвета различает четко.
3, 4, 6 - Отсутствует диплопия, косоглазие, птоз. Объем движений глазных
яблок во всех направлениях полный. Глазные щели обычной ширины, равномерны с обеих сторон. Экзофтальма, энофтальма нет. Зрачки круглые, края ровные, диаметр - 1,5 мм. Реакция зрачков на свет (прямая и содружественная), на конвергенцию, аккомодацию живая.
5 - В области лица отсутствуют боли и парестезии. Пальпация точек выхода
ветвей тройничного нерва (над- и подглазничная, подбородочная) безболезненна. Нарушений чувствительности на лице по всем ветвям тройничного нерва и в зонах Зельдера нет. Нарушения вкуса нет. Мышечный тонус жевательной мускулатуры обычный, равномерный с обеих сторон. Атрофии жевательных мышц нет. Отсутствует отклонение нижней челюсти при открытом рте. Роговичный, чихательный, надбровный, нижнечелюстной рефлексы живые.
7 - Глазные щели симметричны. Лобные и носогубные складки равномерны,
симметричны, выражены обычно. Отсутствуют тики, фибриллярные и фасцикулярные подергивания мимических мышц. Углы рта в покое расположены обычно. Лагофтальма нет. Отсутствует гиперакузис, нарушение вкуса на передних 2/3 языка, сухость глаза, слезотечение. Нарушений слюноотделения нет. Больной может надуть щеки, свистнуть.
8 - Отсутствуют понижение слуха, повышенное восприятие звуков, шум,
звон в ушах, слуховые галлюцинации. Системное головокружение отрицает.
Тошноты, рвоты, пошатывания нет. Нистагм отсутствует.
9, 10 - Голос звучный, отсутствуют осиплость, охриплость, носовой оттенок
голоса. Глотание пищи не затруднено. Поперхивания при еде, попадание
жидкой пищи в нос нет. При фонации напряжение обеих половин мягкого неба симметрично, степень напряжения обычная, отклонения язычка в сторону
нет. Рефлекс мягкого неба и глоточный живые. Изменения вкуса на задней
трети языка нет.
11 - Отсутствует атрофия и гипертрофия грудино-ключично-сосковой мышцы. Активные движения в полном объеме: поворот и наклоны головы, поднимание плеч, сближение лопаток. Затруднено поднимание руки выше горизонтали справа.
12 - Язык расположен по средней линии, отсутствуют атрофии, фибриллярные подергивания языка. Активные движения языка в полном объеме в разных направлениях.
Двигательная сфера
Отсутствуют атрофии и гипертрофии мышц, а также фибриллярные и фасцикулярные подергивания.
Из-за боли ограничены активные движения в левом тазобедренном суставе (назад, вбок и немного вперед). В остальных суставах активные и пассивные движения в полном объеме. Мышечный тонус нормальный. Мышечная
сила - 5 баллов. Рефлексы: сухожильные - с двуглавой и трехглавой мышц
плеча, коленные, ахилловы; периостальные - карпорадиальный; кожные -
брюшные, подошвенный - живые. Сухожильный рефлекс с трехглавой мышцы левого коленного сустава снижен. Патологических рефлексов нет.
Чувствительная сфера
Боль ноющего характера в пояснице в проекции L4 – S1 позвонков, тянущая
боль, иррадиирующая в правую ногу (по заднебоковой поверхности до голеностопного сустава). Температурная и тактильная чувствительность не нарушены. Сохранено суставно-мышечное чувство, чувство локализации, стереогноз.
Координаторная сфера
Больной устойчив в позе Ромберга. Пальце-носовая проба выполнена точно.
Отсутствует гиперметрия, атаксия и интенционное дрожание. Пяточно-
коленная проба выполнена точно. Нистагм отсутствует.
Речевая функция
Речь грамматически правильная, плавная, запас слов соответствует уровню
образования. Темп речи - обычный. Автоматическая речь не нарушена. Парафазии и персеверации отсутствуют. Речевая активность больного обычная.
Отсутствует моторная, сенсорная и амнестическая афазия, а также нарушения
чтения, счета и письма. Сохранены гностические функции. Функции праксиса
не нарушены.
Экстрапирамидная сфера
Походка обычная. Отсутствует гипокинезия, амимия, бради- и олигокинезия,
а также гиперкинезы. Мышечный тонус нормальный.
Вегетативная нервная система
Местный дермографизм - красный (появляется через 10 секунд и исчезает через 15 минут). Потоотделение обычное. Температура кожи не изменена.
Функция тазовых органов
Отсутствуют императивные позывы на мочеиспускание, задержка мочи, запо-
ры. Недержания мочи и кала нет. Нарушений половой функции нет.

**Предварительный диагноз:**
На основании жалоб (тянущие боли в левой ноге по боковой поверхности,
тупые периодические боли паравертебрально в проекции L4 – S1 позвонков),
анамнеза (постепенное прогрессирование заболевания), данных объективного
обследования (ограничены активные движения в левом тазобедренном суставе (назад, вбок и немного вперед)) можно предположить у больной: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела, грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева.

Дополнительные методы исследования:
Общий анализ крови
Общий анализ мочи
Биохимический анализ крови
Магнитно-резонансная томография
9. Данные дополнительных методов исследования:
1.Общий анализ крови:
Гемоглобин 126 г/л
Лейкоциты 6,5\*109
Эритроциты 3,9\*1012
СОЕ 5 мм.
Эозинофилы 1 %
Палочкоядерные 2 %
Сегментоядерные 30 %
Лимфоциты 60 %
Моноциты 8 %
2.Биохимический анализ крови:
Билирубин 19,7 мкм/л.
Прямой 0
Непрямой 19,7 мкм/л.
Общий белок 72 г/л.
Глюкоза 5,55 ммоль/л.
Мочевина крови 4,48 ммоль/л.
Азот мочевины 2,24 ммоль/л
Креатинин 0,048 мкмоль/л
3.Общий анализ мочи:
Количество- 100 мл.
Цвет: соломяно желтый, прозрачная.
Белок —
Эпителий: небольшое количество.
Лейкоцитов 1-3 в поле зрения
Эритроцитов 1-2 в поле зрения
Гиалиновые цилиндры 0-1.
4. Магнитно-резонансная томография:
Обнаружена грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева
10.Дифференциальный диагноз:
Грыжу L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков следует дифференцировать с опухолью поясничного отдела.
При опухоли поясничного отдела развивается прогрессирующий вялый
паралич нижних конечностей и наблюдается выпадение чувствительности с
уровня сегмента, пораженного опухолью, чего нет у данной больной.

**Окончательный диагноз:**
На основании жалоб, данных анамнеза, объективного обследования,
проведенных лабораторных и инструментальных исследований у больной
установлен клинический диагноз:
Остеохондроз пояснично-крестцового отдела, грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева.

**Лечение:**Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного обследования,
проведенных лабораторных и инструментальных исследований, установленый
диагноз больной показано оперативное лечение. Согласие больной на
операцию получено. Объем операции: Микродискэктомия L4 – L5; L5 - S1
межпозвоночных дисков слева.
Протокол операции:
Микродискэктомия L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева.
Положение больной на спине. Под внутривенным наркозом произведен разрез
кожи и апоневроза над остистыми отростками L4 – S1, отделены околопозвоночные мышцы от дуг и остистых отростков. Вскрыта желтая связка, обнаружена грыжа диска L4 – L5; L5 - S1. Корешок выделен и смещен медиально.
Рассечено выпяченное фиброзное кольцо, грыжевое выпячивание удалено.
Контроль на гемостаз. Сухо Послойно ушиты мягкие ткани. Дренаж в рану.
Асептическая повязка.

**Эпикриз:**Больная Екатерина Михайловна 1979 г. рождения поступила с жалобами на тянущие боли в левой ноге по боковой поверхности, тупые периодические боли паравертебрально в проекции L4 – S1 позвонков. Болеет с 1998 года. Неоднократно лечилась консервативно.
В клинике на основании жалоб, данных объективного обследования, а
также результатов инструментального исследования (МРТ) был поставлен диагноз: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела, грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева. Было произведено оперативное лечение (микродискэктомия L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева). Послеоперационное течение благоприятное. Состояние улучшилось, исчезли боли в левой ноге и пояснице.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора**

**В.Ф. Войно-Ясенецкого»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

История болезни:

Пациент: Иванова Лидия Николаевна

Диагноз: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела,

 грыжа L4 – L5; L5 - S1 межпозвоночных дисков слева.

Выполнила:

Студентка педиатрического факультета

402 группы

Макарьевская Диана Сергеевна

Красноярск 2018