

Клинический случай. Дифференциальная диагностика БАС с цервикальной миелопатией.

Научный руководитель – Карпов Сергей Михайлович

Потапова Ирина Геннадьевна

Выпускник (специалист)

Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Ставрополь, Россия

E-mail: irishka931805@yandex.ru

Актуальность: Боковой амиотрофический склероз (БАС) является сравнительно распространенным заболеванием (2-5 случаев на 100000 населения). Составляет около 80% среди болезней моторного нейрона, к которым относятся различные виды спинальных амиотрофий [1]. При дифференциальной диагностике БАС с цервикальной миелопатией возможны ошибки в решении вопросов тактики ведения и лечения пациента. Зачастую приходится сталкиваться с тем, что клиническая картина не всегда соответствует канонам.

Цель: изучить клинический случай дифференциальной диагностики БАС с цервикальной миелопатией, проанализировать тактику ведения пациента.

Результаты: Пациентка В. 79 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на выраженную слабость в руках и ногах. Болезненность в левой ноге, левой ягодице. Онемение, чувство "холодной" левой стопы. Отсутствие аппетита. Осиплость голоса, периодически поперхивание при глотании любой пищи. Затруднение при мочеиспускании. Запоры. Из анамнеза: год назад почувствовала слабость в ногах, спустя некоторое время слабость стала более выраженной, постепенно отметила появление слабости в руках, стала ходить при помощи ходунков, в течение последних 2-х месяцев - изменение речи, стала поперхиваться. В неврологическом ст-се: ЧМН - глазные щели, зрачки D=S, фото-реакции снижены с обеих сторон, грубых глазодвигательных нарушений и нистагма нет, слабость конвергенции с двух сторон, язык с тенденцией к девиации вправо, uvula отклонена вправо, мягкое небо подвижно при фонации, глоточный рефлекс живой. Речь с гнусавым оттенком. Глотание при осмотре не нарушено. СХР D<S, значительно оживлены (слева коленный рефлекс с поликинетическим ответом), клонويد коленной чашечки и стопы слева. Рефлекс Бабинского слева. Оболочечных симптомов не выявлено. Мышечная сила в руках 2,5 балла, в ногах проксимально 2.5-3балла, в стопах 4балла. Правосторонняя гемигипестезия. Мышечный тонус значительно повышен в ногах по пластическому типу, в левой руке повышен по типу "зубчатого колеса". ПНП выполняет с невыраженным интен- ционным тремором на конце пробы с обеих сторон. КПП не выполняет из-за мышечной слабости. Болезненность при пальпации в поясничном отделе позвоночника. Гипотрофия межкостных мышц. Гипотрофия мышц левого бедра на 5см. На момент осмотра подергиваний в мышцах туловища и конечностей не отмечено.

Пациентке выполнены: R-графия ШОП и ПОП. МРТ ШОП. Назначенное лечение было направлено на стабилизацию состояния: лирика, лизин, сосудистая терапия. На фоне проводимой терапии состояние пациентки оставалось без существенной динамики.

Вывод: Заключительный клинический диагноз: ДДЗП. Остеохондроз, спондилоартроз. Протрузия диска CVI-CVII. Грыжа диска CIII-CIV, CV-CVI. Цервикальная миелопатия, спастический тетрапарез с преобладанием в нижних конечностях. Синдром БАС. Т.о. оба заболевания выставлены конкурирующими состояниями.

Источники и литература

- 1) Макаров А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы
Санкт –Петербург «Золотой век» 1998г.-584с