

6. Dubowitz L.M. Neurological Assessment of the Preterm and Fullterm Newborn Infant, 2nd edn. / L.M.Dubowitz, V.Dubowitz, E.Mercuri // London: Mac Keith Press. – 1999. – P.155.

Сведения об авторах

К.М. Фомина* – студент педиатрического факультета

В.Н. Порозова – врач–невролог

Д.С. Черепанова – ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии

О.А. Львова – врач–невролог, доктор медицинских наук

Information about the authors

K.M. Fomina* – a student at the Pediatric Faculty

V.N. Porozova – neurologist

D.S. Cherepanova – Assistant of the Department of Neurology and Neurosurgery

O.A. Lvova – neurologist, Doctor of Medical Sciences

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

xenia.fomina2001@yandex.ru

УДК: 616.8–009.54

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОПАТИИ КОМПРЕССИОННО–ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Шамаева Дарья Дмитриевна¹, Нестерова Марина Валентиновна^{1,2}

¹ФБУН «Екатеринбургский медицинский – научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

²Кафедра неврологии и нейрохирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Термин компрессионно–ишемическая нейропатия, впервые предложенный в 1959 году, отражает ведущий фактор в патогенезе повреждения нерва, а именно, компрессию ограниченного участка длительностью более получаса через кожу или какие–либо образования в тканях, прилегающих к нерву. Исследуемый нами случай ишемического повреждения нервов нижних конечностей является редкой патологией, мало описанной в литературных источниках. **Цель исследования** – исследования является описание клинического случая относительно редкой причины, вызвавшей патологию периферических нервов. **Материал и методы.** Изучены и проанализированы данные обследования пациентки 19 лет с клиническими проявлениями повреждения бедренного и седалищного нервов с анамнезом длительной компрессии последних более 17 часов. **Результаты.** Представлен клинический случай повреждения нервов компрессионно–ишемического генеза. **Выводы.** Описан клинический случай нейропатии компрессионно–ишемического генеза, описан статус пациентки, результаты обследований и назначенное лечение. После проведения лечения наблюдаются улучшение состояние пациента, дальнейшее наблюдение может быть проведено после проведения повторной электронейромиографии (далее – ЭНМГ) с целью изучения динамики течения заболевания

Ключевые слова: компрессионно–ишемическая нейропатия, ЭНМГ.

A CLINICAL CASE OF COMPRESSION–ISCHEMIC NEUROPATHY

Shamaeva Darya Dmitrievna¹, Nesterova Marina Valentinovna^{1,2}

¹Yekaterinburg Medical and Scientific Center for Prevention and Health Protection of Industrial Workers

²Department of Neurology and Neurosurgery

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The term compression–ischemic neuropathy, first proposed in 1959, reflects the leading factor in the pathogenesis of nerve damage, namely, compression of a limited area lasting more than half an hour through the skin or any formations in the tissues adjacent to the nerve. **The aim of this study.** This case of ischemic nerve damage of the lower extremities under study is a rare pathology, little described in literary sources. The aim of the study is to describe a clinical case of a relatively rare cause that caused pathology of peripheral nerves. **Material and methods.** The examination data of a 19–year–old patient with clinical manifestations of damage to the femoral and sciatic nerves with a history of prolonged compression of the latter for more than 17 hours were studied and analyzed. **Results.** A clinical case of nerve damage of compression–ischemic origin is presented. **Conclusion.** A serious case of neuropathy of compression–ischemic origin is described, a description of the patient’s status, examination results and prescribed

treatment. After treatment, an improvement in the patient's condition is observed; further observation can be carried out after repeated electroneuromyography (hereinafter referred to as ENMG) in order to study the dynamics of the disease.

Keywords: compression–ischemic neuropathy, ENMG

ВВЕДЕНИЕ

Одними из наиболее распространенных хронических патологий у пациентов неврологического профиля являются заболевания периферической нервной системы, среди которых третье место приходится на компрессионно–ишемические нейропатии [1]. Однако в научной литературе чаще освещаются случаи повреждения нервов плечевого пояса и верхних конечностей, обусловленные преимущественно профессиональной и бытовой нагрузками. Постановка диагноза компрессионно–ишемической нейропатии нижних конечностей не так распространена, как верхних конечностей, а знания специалистов зачастую недостаточны.

В данной же работе проведено описание случая нейропатии нижних конечностей с вовлечением в патологический процесс бедренного и седалищного нервов. Несмотря на то, что поражение вышеупомянутых нервов известно еще с XIX века [2], количество научных публикаций относительно данной проблематики в неврологических литературных источниках невелико, и, как следствие, данная патология недостаточно хорошо известна широкому кругу практикующих врачей.

Этот факт делает описанный нами случай еще более уникальным с учетом анамнеза заболевания.

Цель исследования – описать клинический случай относительно редкой патологии. Исследование данного случая производилось с использованием данных анамнеза, неврологического статуса пациентки (клинический метод), а также результатов инструментальных методов диагностики, таких как ЭНМГ и УЗИ (инструментальный метод).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинический случай описан на основании консультации больного, оценки объективного статуса, клинико–анамнестических данных и результатов инструментальных методов диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представляем клинический случай пациентки А. 19 лет, госпитализированной в неврологическое отделение ФБУН ЕМНЦ в плановом порядке в период с 9 по 20 октября 2023 года с жалобами на слабость в правой ноге, постоянную боль (2–3 б по ВАШ) с эпизодами стреляющей боли в правую стопу (6–7 б по ВАШ), а также невозможностью полностью разогнуть ногу в коленном суставе справа.

Из анамнеза заболевания известно, что начало симптоматики приходится на июнь 2023 г. (со слов, синдром позиционного сдавления длительностью примерно 17 часов, вследствие передозировки кветиапином – 9 граммов единоразово при максимальной рекомендованной суточной дозе 800 мг/сут.). Кветиапин был назначен в 2022 году по поводу шизотипического расстройства, неврозоподобной формы (на момент лечения в стационаре пациентка не находится на учете психиатра по месту жительства). Из-за слабости в правой ноге пациентка при ходьбе использует костыли, стоит на левой ноге без опоры на правую. Ранее специфическое лечение не проводилось, по назначению психиатра принимает эсциталопрам 10 мг 1 раз/день; сульпирид 12,5 мг 1 раз/день; неуплепил 2 капли на ночь. Также в августе 2023 года пациентке был поставлен диагноз железодефицитная анемия легкой степени тяжести, на момент поступления в стационар уровень гемоглобина 101 г/л, назначенная ранее терапия продолжалась (ферлатум 1 флакон*1 раз/день).

Неврологический статус: Черепные нервы без особенностей. Рефлексы с верхних конечностей слева повышены. Кисти теплые, влажные с двух сторон, пульсация равномерная, удовлетворительная. Чувствительные нарушения на руках отсутствуют. Рефлексы с нижних конечностей: коленные D – резко снижен, S – повышен; ахилловы – D – abs, S – повышен. Отмечается похолодание правой голени и стопы. Чувствительные нарушения на ногах: гипестезия латеральной поверхности правой голени (со средней трети) и правой стопы.

Объем движений в суставах: верхних конечностей сохранен, безболезненный; нижних конечностей: правый коленный сустав – 1600. Глубокомышечное чувство нарушено на правой ноге. Походка с использованием костылей с минимальной опорой на правую ногу

Наблюдается общее снижение силы и тонуса мышц, более выражена слабость в правой ноге (субъективно со слов пациентки – в правой голени). Определяется вторичная гипотрофия мышц правой ноги (бедро D – 34 см, S – 37 см; голени D – 31 см, S – 34)

Также были проведены следующие инструментальные методы исследования:

ЭНМГ (16.08.23): При стимуляции сенсорных и моторных волокон правого малоберцового и большеберцового нервов ответы не регистрируются. При стимуляции правого бедренного нерва резко увеличена латенция и снижен моторный ответ, что свидетельствует об аксонально–демиелинизирующем нарушении проводимости. Полученные данные нарушения проводимости по исследуемым нервам справа также не позволяют исключить пояснично–крестцовую плексопатию. Также при проведении исследования выявлено нарушение проводимости по моторным волокнам левого малоберцового нерва (снижена амплитуда моторного ответа). Повторное ЭНМГ не проводилось, рекомендовано пациентке в декабре 2023 года.

По УЗИ (28.08.23) есть признаки компрессионно–ишемической нейропатии правого седалищного нерва, с преимущественным вовлечением в патологический процесс общей малоберцовой части и задней поверхности седалищного нерва.

ОБСУЖДЕНИЕ

Отсутствие ответов при стимуляции волокон правого мало– и большеберцового нервов указывает на поражение правого седалищного нерва. Совместно с этим по результатам ЭНМГ у пациентки имеется нарушение бедренного нерва справа. Таким образом, исходя из анамнестических данных, данных объективного исследования, а также результатов проведенных инструментальных исследований был поставлен диагноз нейропатии седалищного и бедренного нервов компрессионно–ишемического генеза с вторичным атрофическим процессом. Однако необходимо провести более точную дифференциальную диагностику уровня повреждения с проведением игольчатой ЭНМГ, проведение которой было рекомендовано пациентке в декабре 2023 года.

В условиях стационара была назначена терапия с акцентом на физиолечение: электрическая стимуляция правой нижней конечности, массаж нижних конечностей, вихревые ванны нижних конечностей, фангопарафин на коленные суставы и пассивная разработка правого коленного сустава с использованием аппарата Artromot.

На фоне лечения угол разгибания в правом коленном суставе увеличился со 160⁰ до 167⁰. Субъективно пациентка ощущает небольшое снижение слабости в мышцах правой голени, повышение устойчивости при опоре на правую ногу (однако при использовании костылей на нее старается не опираться).

ВЫВОДЫ

1. Представленный клинический случай иллюстрирует один из редких вариантов компрессионно–ишемического повреждения нервов пояснично–крестцового сплетения.

2. Для более точного определения уровня поражения, оценки динамики заболевания и возможной коррекции терапии необходимо повторное обращение пациентки в неврологическое отделение ФБУН ЕМНЦ в плановом порядке.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Поражения периферических нервов и корешковые синдромы/ под редакцией М. Мументалер, М.Штёр, Г.Мюллер–Фаль; пер. с нем. ; перевод с немецкого под редакцией А.Н. Баринова. – М.: МЕДпресс–информ, 2014. – 616 с.
2. Durrant, D.H. Myelopathy, radiculopathy, and peripheral entrapment syndromes./D.H. Durrant, J.M. True, J.W.Blum – CRC Press, 2002. — 362 p.

Сведения об авторах

Д.Д. Шамаева – ординатор

М.В. Нестерова – доктор медицинских наук

Information about the authors

D.D. Shamaeva – postgraduate student

M.V. Nesterova – Doctor of Sciences (Medicine)

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): shamaevadarina99@gmail.com