



ГБОУ ВПО “ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова” МЗ РФ
Клиника научно-исследовательского института неврологии
Кафедра неврологии и мануальной медицины ФПО
Заведующий кафедрой:
д.м.н., профессор Евгений Робертович Баранцевич

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: Болезнь Кенига (07.12.2015г.)



Зав. отделением неврологии №2
к.м.н. Яковлев А.А.

Леч. врач Тарабанова Е.С.

Санкт-Петербург 2015г.

ПАЦИЕНТКА:

Г.Е.Р.

ВОЗРАСТ:

24 года, 1991 г.р.

И/Б №:

37**/С2015**

11.11.2015 г. госпитализирована в плановом порядке на неврологическое отделение №2 Клиники научно-исследовательского института неврологии ГБОУ ВПО “ПСПбГМУ им. И.П.Павлова” МЗ РФ.

Жалобы: на выраженную общую слабость, ноющую боль в коленных, локтевых суставах, усиливающуюся при физической нагрузке, периодически ощущение затрудненного вдоха (преимущественно утром и вечером), периодическую ноющую головную боль диффузного характера.

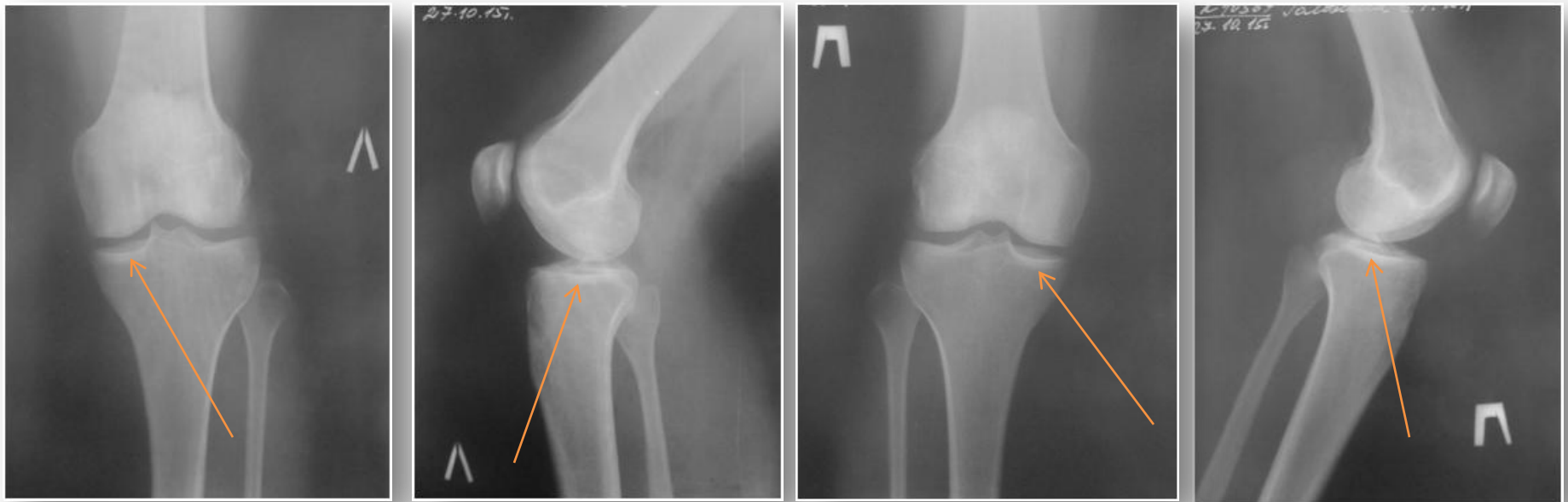
Данные anamnesis morbi:

Считает себя больной с **августа 2009** года, когда появились жалобы на головную боль, светобоязнь, боль при движении глазных яблок, тошноту, боль в грудной клетке, на боли в крупных суставах, боли по ходу позвоночника, выраженную общую слабость, ощущения затруднения вдоха, повышение температуры тела до 39С. С **18.08.** по **17.09.2009** г. находилась на лечении в СПб ГБУЗ “Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина” с диагнозом: **Менингомиелополирадикулоневрит, тяжелая форма.** Получала курс терапии с применением цефазолина и дексаметазона с положительным эффектом. В последующем периодически беспокоили боли в коленных и локтевых суставах, которые купировала приемом НПВС.

Данные anamnesis morbi:

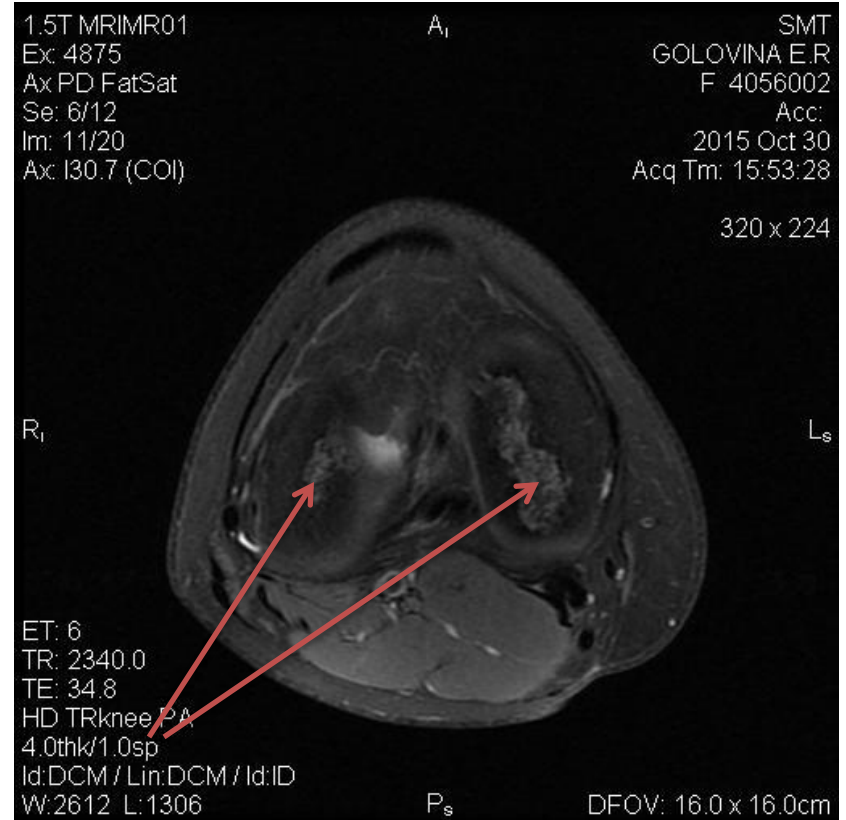
3.11.2015 г. амбулаторно обратилась за помощью к ортопеду-травматологу с жалобами на усилившиеся боли в суставах, общую слабость, головную боль, затруднение дыхания. Был поставлен диагноз: **Вегетативная сосудистая дистония по гипертоническому типу, кризовое течение. Эпилепсия? Обострение? (рецидив?) синдрома Гийена-Барре. Артропатия коленных суставов на фоне перенесенного синдрома Гийена-Барре.** Была рекомендована госпитализация в отделение неврологии для стационарного лечения и дообследования.

Rg-грамма коленных суставов 27.10.2015 г.



Заключение: начальные признаки субхондрального склероза.

МРТ коленных суставов 30.10.2015 г.



МР-картина структурных изменений мышцелка правой и левой бедренной кости, вероятно обусловленных инфарктом костного мозга

И/Б №:

37****/С2015

11.11.2015 г.

Осмотр невролога

Жалобы на выраженную общую слабость, ноющую боль в коленных, локтевых суставах, усиливающуюся при физической нагрузке, периодически ощущение затрудненного вдоха (преимущественно утром и вечером), периодическую ноющую головную боль диффузного характера.

Общее состояние удовлетворительное. По телосложению астеник. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ЧСС 65 ударов в минуту. АД 120/80 мм. рт. ст. Соматически, гемодинамически стабильна.

Неврологический статус (синдромально): выраженный астено-невротический синдром, умеренное нарушение статики и динамики в шейно-грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника.

И/Б №:

37****/С2015

11.11.2015 г.

Консультация врача физиотерапевта

Жалобы на общую слабость, боль в локтевых и коленных суставах.

Рекомендовано:

1. Парауглекислые ванны CO₂ 15% t 28 15 минут
2. СМТ на пояснично-крестцовый отдел позвоночника, паравертебрально 80-120 Гц 5 кГц 2:3 10 минут N10
3. Ультрафонофорез с гидрокортизоном на область коленных суставов 0,4 Вт/см² импульсный режим 50% 5 минут №10
4. Лазеротерапия на область коленных суставов 1,5 мин.*
8 точек; режим (боль/отек) №10

И/Б №:

37****/С2015

11.11.2015 г.

Консультация врача ЛФК

Жалобы на общую слабость, боль в локтевых и коленных суставах.

Объективно:

Активные движения в плечевых, локтевых, кистевых суставах доступны в полном объеме. Разгибание и отведение в тазобедренных суставах доступны в полном объеме, активное сгибание в тазобедренных суставах ограничено слабостью мышц нижних конечностей, пассивное сгибание доступно в полном объеме. **Разгибание в коленных суставах доступно в полном объеме, сгибание в коленных суставах ограничено на уровне $\approx 80^\circ$ резкой болью.** Движения в правом голеностопном суставе доступны в полном объеме, в левом суставе незначительно ограничено тыльное сгибание (разгибание).

Проведение функциональных проб недоступно, незначительная физическая нагрузка вызывает затруднение дыхания и судороги в мышцах нижних конечностей.

Рекомендовано:

- ЛФК с использованием изометрических упражнений для мышц нижних конечностей.
- Дыхательная гимнастика с использованием диафрагмального дыхания.
- Лечебный массаж нижних конечностей.

И/Б №:

37****/С2015

13.11.2015 г.

Консультация врача травматолога

Жалобы на общую слабость, боль в локтевых и коленных суставах.

Заключение: Болезнь Кенига?

Рекомендовано:

- 1.МРТ локтевых суставов
- 2.НПВС
- 3.Ограничение физических нагрузок
- 4.Сосудистая терапия
- 5.Физиотерапия

Результаты анализов и обследований

И/Б №:

37****/С2015

12.11.2015 г.

Клинический анализ крови

Клинический анализ крови

Эритроциты	4.6	$10^{12}/л$	(3.7 - 4.7)
Гемоглобин	139	г/л	(115 - 145)
Цветовой показатель	0.91		(0.85 - 1.05)
Гематокрит	41.4	%	(36.0 - 42.0)
Средний объем эритроцита	89.7	фл	(85.0 - 105.0)
Среднее содержание Hb в эритроц.	30.2	пг	(24.0 - 33.0)
Средняя концентрация Hb в эритроц.	336	г/л	(300 - 380)
Индекс распределения по объему эритроц.	12.9	%	(11.5 - 15.5)
Тромбоциты	267	$10^9/л$	(150 - 400)
Индекс распределения по объему тромбоц.	16.6	%	(10.0 - 20.0)
Средний объем тромбоцита	8.4	фл	(7.4 - 10.4)
Лейкоциты	5.5	$10^9/л$	(4.0 - 8.8)

	относительные			абсолютные		
Нейтрофилы	54.2	%	(46.0 - 72.0)	2.98	$10^9/л$	(2.20 - 4.80)
Лимфоциты	38.3	%	(18.0 - 40.0)	2.1	$10^9/л$	(1.2 - 2.5)
Моноциты	5.5	%	(0.0 - 9.0)	0.30	$10^9/л$	(0.09 - 0.60)
Базофилы	0.8	%	(0.0 - 1.0)	0.044	$10^9/л$	(0.000 - 0.065)
Эозинофилы	1.2	%	(0.0 - 5.0)	0.066	$10^9/л$	(0.000 - 0.300)

Скорость оседания эритроцитов 18 > мм/час (2 - 15)

И/Б №:

37****/С2015

13.11.2015 г.

Биохимический анализ крови и гормональные показатели

Общий белок	75	г/л	(65 - 85)
Креатинин	0.069	ммоль/л	(0.053 - 0.097)
Глюкоза натощак	4.3	ммоль/л	(3.9 - 6.1)
Холестерин общий	3.81	ммоль/л	(3.10 - 5.20)
Натрий	138.2	ммоль/л	(135.0 - 148.0)
Калий	4.3	ммоль/л	(3.5 - 5.1)
Кальций общий	2.43	ммоль/л	(2.10 - 2.55)
АСТ	24	Е/л	(10 - 42)
АЛТ	19	Е/л	(10 - 40)
Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП)	11	Е/л	(7 - 64)
Билирубин и его фракции			
Билирубин общий	9.1	ммоль/л	(3.4 - 20.5)
Билирубин прямой	0.3	ммоль/л	(0.0 - 3.4)
Билирубин не прямой	8.8	ммоль/л	
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)	469	Е/л	(266 - 500)
Креатинкиназа	47	Е/л	(29 - 168)
Тиреотропный гормон (ТТГ)	1.101	мМЕ/л	(0.400 - 3.500)
Тироксин свободный (Т ₄ св.)	9.8	пмоль/л	(7.8 - 14.3)

И/Б №:

37****/С2015

16.11.2015 г.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭЭГ в пределах организованного типа, общемозговых нарушений нет, дисфункция срединных структур на гипоталамическом уровне, локальных проявлений нет, конвульсивной активности и готовности нет.

МРТ локтевых суставов 19.11.2015 г.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МР данных за наличие патологических изменений правого и левого локтевых суставов не получено. МР картина структурных изменений в головках мыщелков плечевых костей с обеих сторон неисключающая асептический характер поражения. Минимальный синовит.

И/Б №:

37****/С2015

20.11.2015 г.

Консультация врача травматолога (повторная)

Заключение: Болезнь Кенига

Рекомендовано:

Консервативное лечение. Показаний к оперативному лечению в настоящее время нет. Рекомендовано продолжить сосудистую терапию, физиотерапевтическое лечение, лфк.

И/Б №:

37**/С2015**

25.11.2015 г.

Консультация врача ревматолога

Заключение: клинических проявлений ДЗСТ, РА у пациентки нет.

Рекомендовано:

- Оценка уровня антител к кардиолипинам, В2 – гликопротеинам
- Развернутое исследование коагулограммы
- АНФ
- Продолжить терапию НПВС в сочетании с гастропротекторами

И/Б №:

37**/С2015**

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

**ВЕГЕТАТИВНАЯ СОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ С
ДИЭНЦЕФАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ. ОСТЕОХОНДРОПАТИЯ
(БОЛЕЗНЬ КЕНИГА) АССОЦИИРОВАННАЯ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ
МЕНИНГОМИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ
ОТ 2009 Г.**

БОЛЕЗЬ КЕНИГА



В настоящее время болезнь Кенига считается мультифакториальным заболеванием.

Факторы риска остеохондропатий:

- **Детский и юношеский возраст**
- **Прием кортикостероидов**
- **Нейротрофические нарушения**
- **Перенесенные инфекции**

И/Б №:

37****/С2015

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Парауглекислые ванны CO₂ 15% t 28 15 минут



И/Б №:

37****/С2015

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

СМТ на пояснично-крестцовый отдел позвоночника, паравертебрально 80-120
Гц 5 кГц 2:3 10 минут N10



И/Б №:

37****/С2015

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Ультрафонофорез с гидрокортизоном на область коленных суставов $0,4 \text{ Вт/см}^2$
импульсный режим 50% 5 минут №10



И/Б №:

37****/С2015

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лазеротерапия на область коленных суставов 1,5 мин.* 8 точек; режим
(боль/отек) №10



И/Б №:

37****/С2015

PRP-терапия (Platelet Rich Plasma)

Введено 4 пробирки по 5 мл плазмы (20 мл)

Параартикулярное введение:

Правый и левый коленные суставы верхним доступом.

Правый и левый локтевые суставы стандартным доступом под местной анестезией 0,5% р-ром новокаина.



И/Б №:

37****/С2015

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

1. Sol. Vit B1, B6, B12 в/м N10
2. Sol. Trentali 1ml + Sol. NaCl 0.9%-200.0
3. Таб. Терафлекс 500мг + 400мг 2 таб 2 раза/день
4. Таб. Нейромультивит по 1т 2 раза/день
5. Таб.Кудесан 1 т 2 раза/день
6. Таб.Милдронат 2т 3 р/день вечером
7. Таб. Ладастен 50 мг. утром и в обед

И/Б №:

37****/С2015

26.11.2015 г. пациентка выписана с улучшением в виде регресса симптомов общей слабости и головной боли, а также уменьшением болей в суставах на амбулаторное лечение по месту жительства под наблюдение невролога и ортопеда-травматолога с рекомендациями продолжения курса физиотерапевтического лечения, PRP-терапии и ЛФК.

Список литературы:

- Пирадов М.А. Синдром Гийена-Барре. Конспект врача // Медицинская газета. – 2001.- № 6. - С. 8-9.
- Мозолевский Ю.В. Лечение острой и хронической демиелинизирующей полиневропатии // Русский медицинский журнал. — 2001. — № 7. -С. 1-6.
- Куляба Т.А. Диагностика и лечение патологии коленного сустава, проявляющейся болевым синдромом в его переднем отделе: Автореф. Дис. канд. мед. наук. / Т.А. Куляба. – СПб., 1998. – 16 с.
- Шапиро, К.И. Частота повреждений крупных суставов у взрослых / К.И.
- Шапиро // Диагностика и лечение повреждений крупных суставов. – СПб.,1991 – С. 3–5.
- Sladky J. T. Guillain-Barre syndrome in children // J. Child Neurol. 2004. V. 19. P. 191–200.
- Legido A., Tenembaum S. N., Katsetos C. D. et al. Autoimmune and postinfectious diseases. Ch. 8. In: Child neurology (Menkes J. H., Sarnat H. B., Maria B. L. eds.). 7 th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2006. P. 557–657.
- Schmidt B., Toyka K. V., Kiefer R. et al. Inflammatory infiltrates in sural nerve biopsies in Guillain-Barre syndrome and chronic inflammatory demyelinating neuropathy // 1996. V. 19. P. 474–487.
- Aichroth, P. Osteochondritis dissecans of the knee / P. Aichroth // J. Bone Joint Surg. – 1971. – Vol. 53-B, N 3. – P. 440–447.
- Farnwors L. Osteochondral defects of the knee // Orthopaedics. – 2000. – V. 23, N 2.– P. 146–157.
- Janos, P.E. Knee osteochondritis dissecans / P.E. Janos, G. Kovacs // California (U.S.A.) : Univ. California, 2002. – 38 p.
- Kijowski R, De Smet A. MRI Findings of Osteochondritis Dissecans of the Capitellum with Surgical Correlation. AJR; 2005; 185:1453-1459.
- Millington K, Shah J, Dahm D, Levy B, Stuart M. Bioabsorbable Fixation of Unstable Osteochondritis Dissecans Lesions. Am J Sports Med; 2010; 38: 2065-2070.
- Osteochondritis Dissecans of the knee: Value of MR Imaging in Determining Lesion Stability and the Presence of Articular Cartilage Defects. AJR; 1990; 155:549-553.
- De Smet A. Radiology of Osteochondritis Dissecans. Radiology; 1998;5.

