**Выписка из амбулаторной карты.**

Больная - Валеева Светлана Михайловна 1967 г.р., проживающая по адресу: г. Тюмень, ул. Московский тракт 159-55. Место работы: НУЗ Отделенческая больница на ст. Тюмень ОАО РЖД, врач- гинеколог.

Анамнез заболевания: Считает себя больной с августа 2006 года, когда впервые появились сильные, постоянные боли в мышцах нижних конечностей, снижение веса за 6-7 месяцев на 5 кг. За 5 лет течения заболевания боли в нижних конечностях притупились, перешли в мышечную слабость (трудно подниматься по лестнице, не может быстро ходить). С декабря 2010 г. присоединилась общая выраженная слабость, утомляемость, усиливающаяся к вечеру. С момента начала заболевания проходила неоднократно обследования у невролога, ревматолога, эндокринолога, инфекциониста. Принимала курсы сосудистой, метаболической, противовоспалительной терапии с кратковременным, незначительным улучшением.

Обьективный статус:

Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, умеренного питания. Вес 72 кг.,рост 161см.Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110-70 мм.рт.ст. РS-72 уд. в мин., Печень по краю реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Неврологический статус:

Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. ЧМН. Обоняние не нарушено. Глазные щели D=S. Анизокории нет. Зрачковые реакции живые, симметричные. Движения глазных яблок в полном обьеме. Нистагма нет. Пальпация тригеминальных точек безболезненная. Нарушений чувствительности на лице и языке нет. Корнеальные рефлексы живые, D=S. Ассиметрии лица нет. Дизартрии, дисфагии нет. Глоточные и небные рефлексы живые, симметричные. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Мышечный тонус диффузно снижен. Глубокие рефлексы с верхних конечностей живые, с нижних конечностей- живые, несколько ниже, чем с рук, симметричные. Брюшные рефлексы D=S. Патологических стопных рефлексов нет. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Сглажены физиологические изгибы позвоночника. Пальпация позвоночника безболезненная. Симптомы натяжения отрицательные.

Результаты обследований:

ОАК от 12.12 .11г. HB- 110г.л.; эр- 4,2; ЦП- 0,8; L-5,3; э-3; п-2; с-58; л-36; м-4; СОЭ- 8 мм.час. М/м RW-отр.; ОАМ уд. вес- 1018; белок-отр, сахар- отр.; L-ед; эр.-ед; Флюорография органов грудной клетки: октябрь 2011г.- без патологии. ЭКГ октябрь 2011г.- Ритм синусовый- 72 уд. в мин. Неполная блокада правой ножки пучка Гисса. Осмотр гинеколога: октябрь 2011г. Д-з: Здорова. Б/X крови: сахар- 4,2; холестерин- 5,2; калий-4,38; кальций ионизированный- 1,19. Кровь на гормоны: Кортизол (утро) 460нмоль.л; ТТГ- 0,94мкМЕ.л; Т4свободный 13,9пмоль.л. Антитела к ТПО-0ед.мл; Иммунология от 24.05.10г. Антитела класса JG к ДНК-103МЕ/мл. Антитела к кардиолипину- отр., антинуклеарные антитела-отр., криоглобулины- отр., антивиментиновый тест- отр. Обследование у инфекциониста:Январь 2010г: ИФА описторхоз - отр.; ИФА-трихинелез-отр.; ИФА – токсокароз-отр.; ИФА-лямблии-отр.; ИФА-эхинококки-отр.; ИФА JgE -6,0; ИФА-Иксодовый клещевой борелиоз (болезнь Лайма) октябрь 2010г. JgG-отр.; JgM-1:100..; Темнопольная микроскопия(моча) боррелий – не обнаружено. Кал я/глистов-отр. РНГА на псевдотуберкулез и иерсиниоз- отр.; ИФА хламидии- отр.;Дуоденальное зондирование июнь 2010г: Исследование желчи - без патологии. УЗИ- щитовидной железы 12.11.2011г: Узел левой доли, фолликулы. УЗИ почек и надпочечников от01.07.09г: Патологии не выявлено .

МРТ поясничного отдела позвоночника от 26.05.10г. Закл. Картина дистрофических изменений нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Протрузия L5-S1.

КТ ОБП от 24. 05.10г. Закл. КТ-признаков очаговых патологических изменений ОБП и забрюшинного пространства не выявлено.

КТ Органов грудной клетки от 24.05.10г.Закл. КТпризнаков очаговых патологических изменений ОГК не выявлено.

МРТ головного мозга от 20.12. 2010г. Закл: Патологических изменений в веществе головного мозга не выявлено.

НЭМГ от20.05. 2011г. Игольчатое. Закл: Исследованы мышцы: прямая мышца бедра слева, икроножная мышца слева, дельтовидная мышца слева. Признаки спонтанной активности в виде единичных низкоамплитудных ПФ регистрируются в икроножной мышце. Интерференционная кривая икроножной мышцы значительно разряжена, дельтовидной и прямой мышцы бедра в пределах нормы. Амплитуда ПДФ мышц в пределах нормы, длительность ПДЕ укорочена: в прямой мышце бедра на 33%, икроножной на 23%,дельтовидной на 18%. Полифазия от 30 до 60%. По гистограммам – llЭМГ стадия ДРП ( денервационно-реиннервационная) в икроножной и прямой мышце бедра( без компенсаторной реиннервации), lllа ЭМГ стадия ДРП в дельтовидной мышце( с компенсаторной реиннервацией). Резюме: Подобные изменения характерны для полимиозитов. Признаков первичной миопатии не выявлено.

Биопсия мышц бедра 10.05.2011г. В исследуемом материале определяются фрагменты поперечно-полосатой мышцы , волокна которой сохраняют обычный обьем, поперечную исчерченность. Грубых дистрофических и дегенеративных изменений характерных для миопатий в исследуемых фрагментах не выявлено. Лимфоидной инфильтрации в строме мышцы характерной для полимиозита в материале нет. Среди мышечных волокон определяется очаговое скопление жировых клеток, косвенно указывающих на очаговую атрофию, что может наблюдатся при полиневрите.

Заключения специалистов:

Невролог 27.05.2011г: Д-з: Миопатический синдром вторичного генеза с умеренными миалгиями.

16.06.20011г. Московский миастенический центр. Профессор Санадзе А. Г. По данным анамнеза и клиники, результатам ЭМГ обследования выявившем изменение параметров ПДЕ по первично мышечному типу с наличием минимальной спонтанной активности мышечных волокон, а также результатам выполненной ранее мышечной биопсии у больной имеется обменная миопатия, более вероятно карнитин- дефицитная. Реком: l-карнитин по схеме, тиоктацид-600, нейромедин.

Инфекционист 12.12.2011г: Микст-патология. Иксодовый клещевой боррелиоз, хроническая стадия, миалгический синдром, астенический синдром. Полимиозит неясной этиологии. Рекомендовано наблюдение ревматолога.

Эндокринолог 28.11.2011г: Диффузный нетоксический зоб. Данных за эндокринную причину миопатического синдрома нет. Реком.: йодомарин 100 – 1р.д- 6 мес. Наблюдение в динамике.

Ревматолог 21.05.2010г. Миопатический синдром неуточненный.

Основной диагноз: Миопатический синдром вторичного генеза, умеренные миалгии.

Получала лечение: берлитион, пентоксифиллин, нейромедин, мильгамма, бенфолипен, корнитол.

Учитывая отсутствие положительного эффекта от лечения, прогрессирование мышечной слабости в ногах, присоединившуюся общую выраженную слабость, отсутствие выявления причины заболевания после неоднократного обследования у специалистов направляется для уточнения диагноза и тактики ведения больной.