

УДК 616.832-006

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА И ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ОПУХОЛЕВОЙ И ЭХИНОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

© Ю.П. Огиевич, А.В. Горбунов

*Ключевые слова:* эхинококкоз; метастазы в спинной мозг; дифференциальная диагностика; грудной отдел спинного мозга; грудной отдел позвоночника.

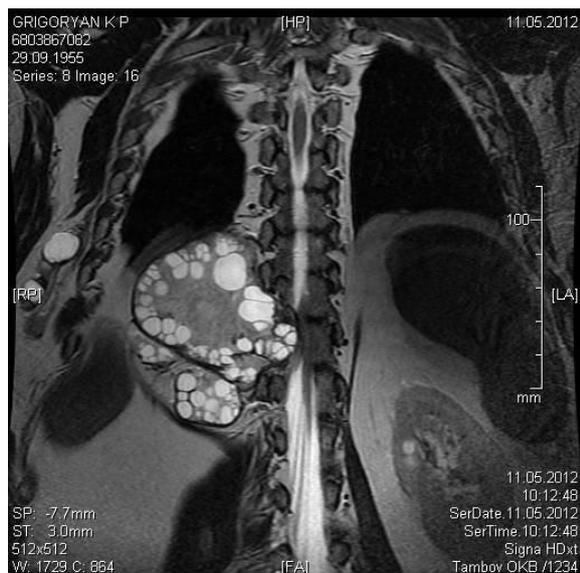
Статья посвящена определению решающих дифференциально-диагностических критериев поражения грудного отдела спинного мозга и тел позвонков вследствие метастатического процесса опухолевой этиологии и диссеминированного процесса эхинококковой этиологии.

Согласно анализу литературных обзоров, у 10 % онкологических больных на разных стадиях течения заболевания выявляют метастазы в спинной мозг. Причем временной интервал между диагностикой первичной опухоли и поражением спинного мозга может составлять от 1 до 228 месяцев. Данные обстоятельства обусловлены трудностями диагностики внутримозговых спинальных метастазов ввиду отсутствия патогномичных клинических и нейровизуализационных признаков, а также недостаточным опытом из-за относительно малого числа описанных случаев [1–2]. Сведения о диссеминированном поражении спинного мозга и тел позвонков эхинококковой этиологии в доступной литературе и интернет-ресурсах нами обнаружены не были.

В этой связи мы представляем клинический случай сдавления спинного мозга кистами эхинококка на уровне Th<sub>10</sub>–Th<sub>11</sub> позвонков и сопряженную с ним дифференциальную диагностику метастатического поражения грудного отдела спинного мозга и тел позвонков опухолевой и эхинококковой этиологии.

Больной Г., 56 лет, безработный. Находился на обследовании и лечении в нейрохирургическом отделении ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница» г. Тамбова с 21.05.2012 по 06.06.2012 г. Поступил с жалобами на слабость и ограничение движений в нижних конечностях, задержку стула. Заболел несколько месяцев назад, когда исподволь стали возникать и усиливаться «слабость в ногах и запоры». Лечение у невролога по месту жительства неэффективно, направлен на консультацию нейрохирурга поликлиники ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница». Рекомендовано МРТ грудного отдела позвоночника (11.05.2012): «На серии томограмм уровня Th<sub>1</sub>–L<sub>1</sub> позвонков – грудной кифоз сглажен. В телах Th<sub>3</sub>, Th<sub>7</sub>, Th<sub>8</sub> и Th<sub>12</sub> позвонков определяются очаги округлой формы, имеющие гиперинтенсивный сигнал в T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> и STIR ВИ, размерами:  $d \approx 12,0$  мм,  $d \approx 4,4$  и  $6,7$  мм,  $d \approx 7,0$  мм и  $d \approx 16,8$  мм, соответственно. На уровне Th<sub>8</sub>–Th<sub>12</sub> определяется экстра-интрадуральное объемное образование размерами  $124,0 \times 109,3 \times 79,1$  мм, расположенное справа от позвоночника, имеющее неоднородный МР-сигнал за счет множественных разнокалиберных кистозных компонентов; контуры образования неровные, достаточно четкие. Объемное образование на уровне Th<sub>10</sub>–Th<sub>11</sub> позвонков компремирует спинной мозг и оттесняет его кпереди и влево. Объемные образования аналогичного МР-сигнала определяются в поясничном отделе позвоночника и паракостально ( $\approx$ IX–XII ребрам) справа. Заключение: МР-картина экстра-интрадурального объемного образования на уровне Th<sub>8</sub>–Th<sub>12</sub> позвонков, области поясничного отдела позвоночника и паракостальной области справа; гемангиомы тел Th<sub>3</sub>, Th<sub>7</sub>, Th<sub>8</sub> и Th<sub>12</sub> позвонков» (рис. 1–2).

Госпитализирован в НХО на обследование и лечение. Анамнестически – нечастые простуды, более 10 лет назад оперирован по поводу пупочной грыжи, около 5 лет страдает нелеченой артериальной гипертензией. Гепатиты, туберкулез, венерические заболевания, сахарный диабет, гемотрансфузии отрицает. Аллерго-анамнез: сыпь на конечностях после инъекций никотиновой кислоты. Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, периферические отеки отсутствуют, лимфатические узлы не увеличены, дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин., тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС = PS = 78 в мин., АД = 120/70 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, стул и диурез были. Неврологически: сознание ясное, менингознаков нет, зрачки S = D, слабость мышц лица слева, язык – по средней линии; гипестезия проводникового типа с уровня Th<sub>10</sub>–Th<sub>11</sub>, нижний грубый парализ до 1 балла, сухожильные рефлексы с рук – живые, с ног – повышены, S = D, патологические стопные знаки – S et D, тонус мышц конечностей повышен по пирамидному типу, тазовые функции – задержка стула. ЭКГ – синусовый ритм 80 в мин., горизонтальное положение ЭОС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии левого желудочка. Флюорография: сердце и легкие – без видимой патологии. Hbs Ag – антитела к вирусу гепатита С не обнаружены. КСР на сифилис – отрицательный. Группа крови А(II) Rh<sup>-</sup> отрицательный. ОАМ: уд. вес – 1020, белок, сахар – отр., Le – ед. в поле зрения. ОАК: Эр. –  $4,42 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 121 г/л, Le –  $10,8 \cdot 10^9/л$ , э – 1, п – 10, с – 61, л – 24, СОЭ – 28 мм/ч. Холестерин – 4,1 ммоль/л, β-липопротеиды –



**Рис. 1.** МРТ эхинококкового поражения спинного мозга и тел позвонков (коронарный срез). Объяснения в тексте



**Рис. 2.** МРТ эхинококкового поражения спинного мозга и тел позвонков (сагиттальный срез). Объяснения в тексте

4,4 г/л, мочевина – 7,0 ммоль/л, креатинин – 84 мкмоль/л. Глюкоза периферической крови – 4,7 ммоль/л. Кардиолог: гипертоническая болезнь II ст., АГ 2 ст., риск ССО 3.

Лечение: 22.05.2012 г. больному произведена операция – декомпрессивная ламинэктомия Th<sub>10</sub>–Th<sub>11</sub> позвонков, удаление эпидуральной опухоли справа, удаление объемного образования правой грудно-поясничной области.

Патогистологическое исследование № 19842 от 29.05.2012 г.: удаленные объекты являются эхинококковыми кистами; оболочки дают метакромазию, что указывает на хитиновую основу оболочек; выявлены также органويدы гельминта, сколексы.

Консультация врача-паразитолога: эхинококкоз спинного мозга.

Консервативно: цефтриаксон, гентамицин, гепарин, фамотидин, массаж, ЛФК.

Неврологически – положительная динамика в виде регресса чувствительных и тазовых расстройств, уменьшения нижнего парапареза до 3 баллов.

Выписан с диагнозом: сдавление спинного мозга кистами эхинококка на уровне Th<sub>10</sub>–Th<sub>11</sub> позвонков. Эхинококкоз подкожной клетчатки спины справа. Гипертоническая болезнь II ст., АГ 2 ст., риск ССО 3. Рекомендовано: наблюдение паразитолога, ограничение физической нагрузки, массаж, ЛФК, витамины группы В и сосудистые препараты, наблюдение кардиолога и терапевта. Катамнез отсутствует.

Таким образом, единичность случая и трудность постановки диагноза определяют решающие дифференциально-диагностические критерии метастатиче-

ского поражения грудного отдела спинного мозга и тел позвонков опухолевой и эхинококковой этиологии:

- 1) казуистика нозологии;
- 2) относительно замедленный темп развития и даже некоторая стабилизация неврологического дефицита;
- 3) обязательность нейровизуализационного обследования позвоночника и спинного мозга (лучше МРТ и КТ совместно);
- 4) интраоперационная диагностика *ad oculi*;
- 5) патогистологическое исследование;
- 6) консультация врача-паразитолога;
- 7) уточненный эпидемиологический анамнез.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Schick U., Marquardt G., Lorenz R. Intradural and extradural spinal metastases // *Neurosurg. Rev.* 2001. V. 24. № 1. P. 1-5.
2. Метальникова Е.А. Метастазы в спинной мозг (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение) // *Нейрохирургия.* 2007. № 1. С. 50-53.

Поступила в редакцию 2 июля 2013 г.

Ogiyevich Y.P., Gorbunov A.V. DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF DORSAL SPINAL CORD AND VERTEBRAL LESIONS BODIES AND ECHINOCOCCOSIS ETIOLOGY

The article is devoted to the definition of the crucial differential diagnostic criteria of the dorsal spinal cord and the vertebral bodies lesions as a result of the metastatic process of the tumoral etiology and disseminated process of the hydatid etiology.

**Key words:** echinococcosis; metastases to spinal cord; differential diagnostics; dorsal spinal cord; thoracic spine.