

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СПИНАЛЬНЫХ ЭПИДУРИТОВ

ПРОТАС Р.Н., КУБРАКОВ К.М., РИХТЕР А.В.

*Витебский государственный медицинский университет,**Витебская областная клиническая больница*

Резюме. Спинальные эпидуральные абсцессы относятся к редким и крайне тяжелым заболеваниям. Несмотря на широкое внедрение высокоинформативных методов исследования, распознавание их связано с большими трудностями. В то же время, своевременная диагностика эпидуритов крайне необходима, так как в большинстве случаев требуется urgent хирургическое вмешательство и массивная антибактериальная терапия. Под наблюдением находилось 11 больных с верифицированными заболеваниями. Представлена выписка из «неординарной» истории болезни с иллюстрациями. Проведенное комплексное оперативное, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение дало положительный результат.

Ключевые слова: спинальный эпидурит, этиология, диагностика, лечение.

Abstract. Spinal epidural abscesses belong to rare and extremely severe diseases. In spite of wide application of highly informative methods of investigation their diagnosis is very difficult. At the same time their duly diagnosis is extremely necessary because in the majority of cases urgent surgical intervention and massive antibiotic therapy are needed. 11 patients with verified diseases were under observation. An extract from the «unordinary» case history with illustrations is given here. The result of the administered complex operative, medicamentous and physical therapy was positive.

Нейроинфекционная проблема остается по-прежнему крайне важной [3]. Воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек встречаются в десятки раз реже церебральных. Однако прижизненная диагностика их порой крайне затруднительна [1, 2]. В то же время своевременное распознавание спинальных эпидуритов (СЭ) крайне необходимо, поскольку в большинстве случаев требуется urgent хирургическое вмешательство, ибо постоянно существует угроза не только сдавления спинного мозга, но и развития поперечного миелита с необратимыми последствиями. Следует отметить, что даже современные параклинические методы исследования (миелография, рент-

геновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) порой не несут необходимой достоверной информации. Постоянно требуется проведение дифференциальной диагностики не только с многочисленными спинальными заболеваниями, но и с вертеброгенной патологией [4, 5].

Причиной СЭ являются проникновение инфекции из гнойных очагов (фурункулы, подкожные абсцессы, панариции, флегмоны, сепсис и др.) гематогенным или лимфогенным путем. Нередки случаи, когда первичный очаг обнаружить не удастся. Провоцирующим фактором может служить позвоночно-спинномозговая травма. Для СЭ является характерным: наличие (или в анамнезе) первичного гнойного очага, общепериферические признаки, корешковый и менингеальный синдромы, симптомы

компрессии спинного мозга. Заболевание может манифестировать остро (часы, дни), реже приобретает хроническое течение. Протяженность воспалительного процесса чаще всего ограничивается 2-3 позвонками. Он может проявляться в форме гнойного эпидурита, абсцесса или гранулемы.

Под нашим наблюдением находилось 11 больных с верифицированными СЭ. Приводим выписку из «неординарной» истории болезни.

Больной Ф., 32 лет, поступил в нейрохирургическое отделение ВОКБ в декабре 2003 г. с жалобами на боли в поясничной области, слабость в ногах, затруднение при ходьбе.

Считает себя больным с августа месяца, когда появились боли в нижнегрудной и поясничной областях. Лечился амбулаторно по поводу «радикулита». Постепенно стала нарастать слабость в ногах, появилось затруднение при мочеиспускании. Из анамнеза известно, что в конце 2002 г. перенес ушиб спины, за медицинской помощью не обращался, продолжал работать трактористом. В июне 2003 г. в течение недели находился на стационарном лечении в ЦРБ по поводу панкреатита, одновременно была обнаружена флегмона большого пальца левой стопы. Флегмона вскрыта, однако заживление послеоперационной раны наступило только через месяц.

Объективно: соматический статус без особенностей. При перкуссии остистых отростков в нижнегрудном и поясничном отделе позвоночника отмечается болезненность. Симптомы натяжения отрицательны. Гипостезия переходящая в анестезию по проводниковому типу с 2-х сторон от уровня Th₆-Th₇. На правой ноге страдает глубокомышечное чувство. Сила в нижних конечностях снижена до 2-3 баллов, мышечный тонус повышен. Клонус коленных чашечек и стоп. Брюшные реф-

лексы не вызываются, патологические стопные знаки с двух сторон. Менингеальный синдром отрицательный. Указывает на затруднение при мочеиспускании. Морфологические и биохимические показатели крови без особенностей. На спондилограммах грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника костно-деструктивных изменений не обнаружено. Произведена люмбальная пункция – ликворное давление 160 мм водного столба, ликвородинамические пробы выявили неполный блок субарахноидального пространства. Анализ спинно-мозговой жидкости: белок 1,1 г/л, цитоз – 4 клетки мкл. Выполнена миелография – частичная остановка контрастного вещества в среднегрудном отделе. Проводился дифференциальный диагноз между спинальным эпидуритом, экстрамедулярной опухолью и туберкулезным спондилитом.

На серии магнитно-резонансных томограмм Th₁-S₁ (рис.1): на уровне Th₄-Th₁₀ экстрадурально по задней стенке позвоночного канала определяется образование неомогенной структуры шириной до 8-9 мм. По данным РКТ, плотность в центральных отделах образования 45-49 Ед.Н., с фрагментом до 800 Ед.Н. 13x4x8 мм. Спинной мозг компремирован, смещен кпереди. Сагиттальный размер позвоночного канала до 4-6 мм. В дужках тел позвонков Th₅-Th₇ определяются признаки воспалительных изменений. Деструктивных изменений не выявлено. Заключение: экстрадуральный абсцесс грудного отдела позвоночника (ТВС?).

Предоперационный диагноз: спинальный эпидурит на уровне Th₄-Th₁₀ с компрессией спинного мозга. Операция: ламинэктомия Th₅-Th₆ и Th₉-Th₁₀. Выявлено: патологически измененная костная структура Th₅ позвонка и эпидуральная ткань беловатого цвета, плотной консистенции, интенсивно спаянная с дуральным мешком, которая иссечена. Материал взят на гистологическое исследование.

Заключение патологоанатомической конференции: материал представлен костной и фиброзной тканью

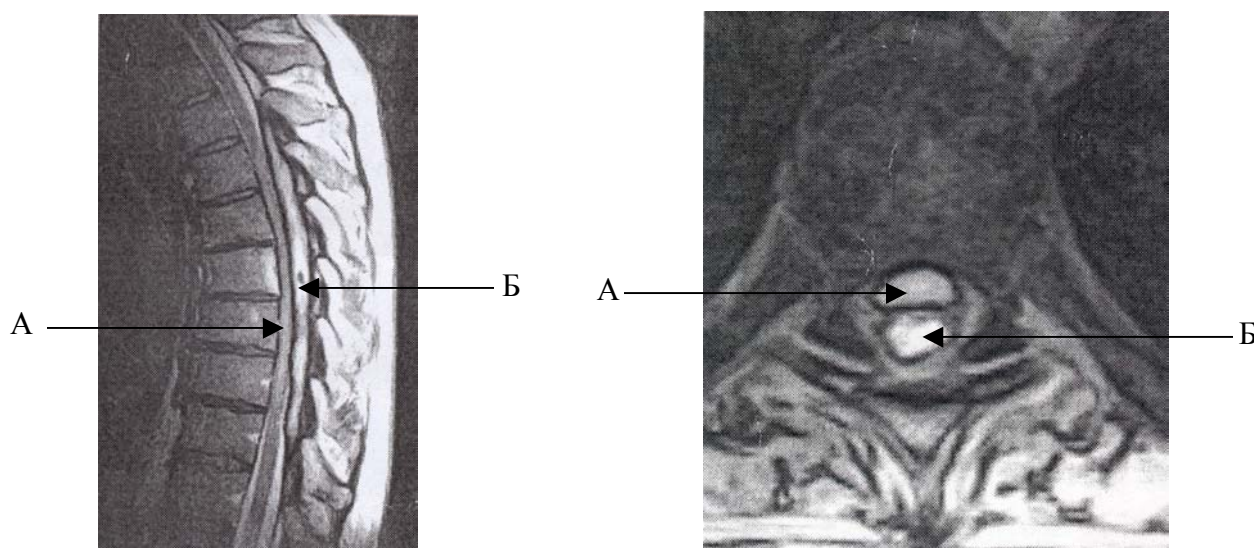


Рис. 1. МРТ грудного отдела позвоночника больного Ф. (А – спинной мозг, Б – эпидурит).

с наличием воспалительной инфильтрации продуктивного характера.

Проводилась интенсивная антибактериальная, вазоактивная и медиаторная терапия. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, швы сняты на десятые сутки. Боли в грудном отделе позвоночника прошли, полностью восстановилась чувствительность на туловище и нижних конечностях, увеличилась сила в ногах до четырех баллов, снизился мышечный тонус, исчез клонус коленных чашечек, нормализовался акт мочеиспускания. Заключительный диагноз: хронический продуктивный эпидурит на уровне Th₄-Th₁₀. Состояние после операции ламинэктомии Th₅-Th₆ и Th₉-Th₁₀, удаление грануляционной ткани. Восстановительный период.

В удовлетворительном состоянии выписан из стационара. Всего провел в отделении 49 койко-дней. Рекомендовано: ношение съемного корсета, продолжить курс реабилитационной терапии, быть под наблюдением нейрохирурга и невролога.

Таким образом, в нашем наблюдении имели место ряд клинических особенностей: продолжительный светлый промежуток между первичным воспалительным процессом (флегмона пальца стопы) и формированием спинального эпидурита; отсутствие каких-либо признаков, свойственных воспалительному процессу и менингеального синдрома; белково-клеточная диссоциация в ликворе; большая протяженность хронического пролифера-

тивного процесса; положительная неврологическая динамика после частичного удаления грануляционной ткани из эпидурального пространства.

Решающую роль в распознавании заболевания, наряду с изучением анамнеза, соматического и неврологического статуса, сыграли параклинические методы исследования (спондилография, изучение состава спинно-мозговой жидкости, выполнение ликвородинамических проб, миелография, магнитно-резонансная томография). Проведенное комплексное оперативное, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение дало положительный результат.

Литература

1. Иргер И.М., Макарова Е.В., Равикович М.А., Кадьянджи П.Е. Спинальные эпидуральные абсцессы. М.: Медицина. 1988. - 148 с.
2. Лившиц А.В. Хирургия спинального мозга. М.: Медицина. 1990, 350с.
3. Лобзин Ю., Волжанин В., Захаренко С. // Врач. - 2004. - №2. - С. 5-3.
4. Протас Р.Н. // Мед. новости. - 2000. - №12. - С. 35-38.
5. Протас Р.Н., Никольский М.А. // Повреждения и заболевания позвоночника и суставов. - Мн., - 1998. - С. 314-316.

Поступила 17.03.2004 г.

Принята в печать 25.06.2004 г.

Издательство Витебского государственного медицинского университета

Пиманов С.И., Огороков А.Н., Сапего Л.Г., Макаренко Е.В., Гальченко В.М. **Практические навыки по внутренним болезням. Учебное пособие.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. - 520 с.

Доценко М.Л., Данченко Е.О., Чиркин А.А. **Основы гепатологии. Учебное пособие.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. - 196 с.

Жерносек А.Н., Талуть И.Е. **Практическое руководство по аналитической химии для студентов заочного отделения фармацевтического факультета.** - Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. - 132 с.

Практические навыки по пропедевтике внутренних болезней. Учебное пособие / Под ред. Федорова Н.Е. - Витебск: изд-во ВГМУ, 2003. - 264 с.