

А. Д. Сальникова
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ
КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
СПИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ (С КЛИНИЧЕСКИМ
ИЛЛЮСТРИРОВАНИЕМ)**

*Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. А. Г. Байда
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Ранняя диагностика причин болей в позвоночнике (заболеваний позвоночника) сопряжена со значительными трудностями в связи с многообразием форм и неспецифичностью симптомов. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении патологии позвоночника, еще нередко встречаются диагностические ошибки и позднее обращение к специалистам.*

***Ключевые слова:** синдром спинальной компрессии, диагностические критерии.*

***Resume.** Early diagnosis of the causes of pain in the spine (spinal diseases) is associated with considerable difficulties due to the variety of forms and non-specific symptoms. Despite advances in diagnosis and treatment of diseases of the spine, still often found diagnostic errors and delays in consulting with experts.*

***Keywords:** syndrome of the spinal cord compression, diagnostic criteria*

Актуальность. Анализ литературы свидетельствует о том, что причинами дорсалгии могут быть не только дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, но и метастатическое поражение позвонков (более чем в 40% случаев), эпидурит и спондилит. Пациенты с жалобами на боли в спине госпитализируются в стационар, и неврологу необходимо проводить диагностический поиск причины синдрома компрессии спинного мозга [1].

Цель: обобщить диагностические критерии для постановки клинического диагноза у пациентов с синдромом спинальной компрессии.

Задачи:

1. Провести анализ неврологических синдромов, лабораторных данных и результатов нейровизуализационных методов в исследуемой группе.
2. Сформулировать принципы диагностического поиска при дорсалгии и синдроме спинальной компрессии.

Материал и методы. 11 пациентов с синдромом спинальной компрессии (42% мужчин, 58% женщин), госпитализированных в неврологическое отделение УЗ 9-я ГКБ в 2013-2014г.г. Методы исследования: сбор анамнеза, неврологический

осмотр, лабораторные анализы, МРТ, КТ, УЗИ ОБП.

Результаты и их обсуждение.

Врачу-неврологу важно знать и помнить, что у ряда пациентов болевой синдром в позвоночнике — первое и единственное проявление онкологической патологии невыясненной локализации.

Наиболее остеотропными являются рак молочной и предстательной железы, гипернефрома, рак легкого, яичников и щитовидной железы. Наиболее часто метастазы поражают грудной отдел (около 45% случаев) и поясничный (30%) отделы, реже шейный (15%) и крестцовый (10%).

В связи с растущим числом атипично протекающих гнойных инфекций различных локализаций, нельзя забывать о возможности развития эпидурита — очагового гнойного воспаления эпидуральной клетчатки спинного мозга. Причиной заболевания является проникновение инфекции из гнойных очагов в коже, глотке, легких, сердце, почках или органах малого таза, распространение инфекции контактным путем при остеомиелите позвоночника, нагноении после хирургических вмешательств.

С учетом статистических данных об уровнях заболеваемости туберкулезом в РБ, необходимо помнить о возможном туберкулезном спондилите. Пациентов с данной патологией беспокоят локализованные или иррадиирующие боли, стихающие в покое, чаще локализованные в грудном и поясничном отделах позвоночника и они доставляются в неврологическую клинику. Важно установить наличие первичного туберкулёзного очага, и назначить пациенту этиотропную терапию во фтизиатрическом стационаре [2].

По результатам анализа анамнеза заболевания у пациентов в обследуемой когорте было выявлено, что в 64 % случаев спинальному эпидуриту предшествовали инфекции кожи (фурункулёз), обострение тонзиллита.

Анализ лабораторных анализов выявил в 54% воспалительные изменения в ОАК, которые проявлялись преимущественно лейкоцитозом и сдвигами лейкоцитарной формулы, повышением значения СОЭ.

В 50% случаев для верификации диагноза была проведена рентгеновская КТ, в 50% - МРТ; однако необходимо отметить, что спинальный эпидурит в 100% случаев был диагностирован на МРТ.

При этом, в 27,7% случаев при поступлении у пациентов отсутствовали неврологические синдромы поражения спинного мозга, которые проявились спустя несколько дней при наблюдении пациентов в динамике.

Согласно уставленным заключительным диагнозам в 45% случаев у пациентов диагностировано метастатическое поражение с экстрадуральной компрессией спинного мозга (в 75% случаев диагноз был выставлен на основании заключения МРТ); в 36% случаев выставлен клинический диагноз — спондилит (в 50% случаев для верификации диагноза было проведено КТ, в 50% - МРТ); в 19%

случаев причиной спинальной компрессии был эпидурит (рисунок 1).

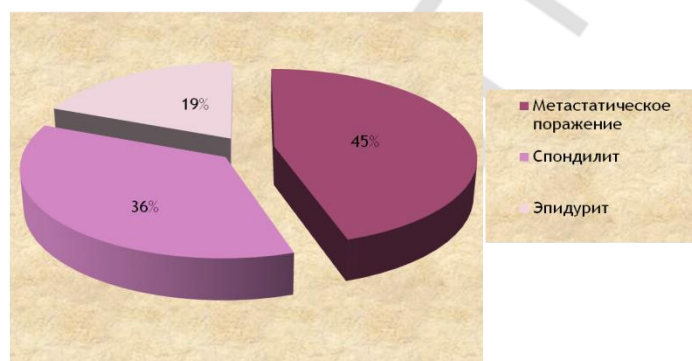


Рисунок 1 – Заключительные клинические диагнозы

При анализе клинических проявлений, нарушения чувствительности по проводниковому типу были выявлены в 27%, тазовые расстройства - в 36%, нижний парапарез - в 45% (рисунок 2).

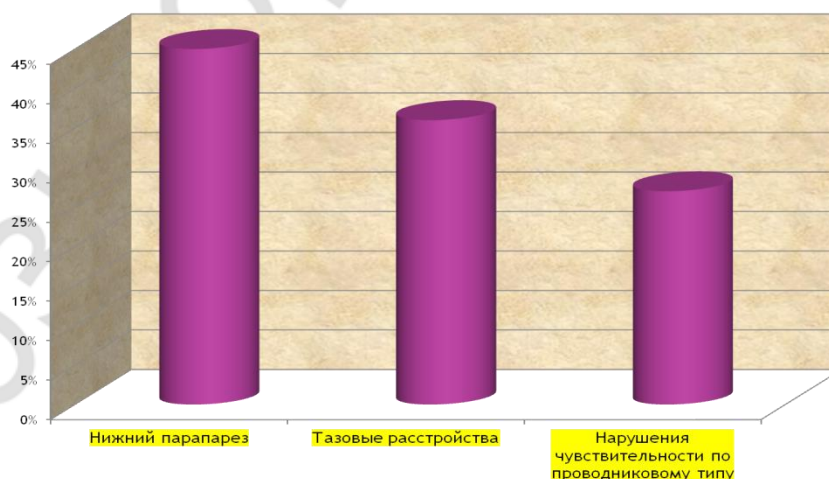


Рисунок 2 – Клинические проявления синдрома спинальной компрессии

Представляем несколько клинических наблюдений.

Пациент Ш., возраст 52 года.

Был доставлен в 9 ГКБ с выраженным болевым синдромом в шейном отделе позвоночника. При поступлении в неврологическом статусе пациента очаговой неврологической симптоматики не было.

В анамнезе пациент отметил, что за 2 месяца до поступления в неврологический стационар он обращался к хирургу с фурункулом в области бедра; антибактериальную терапию не принимал. Через несколько дней в стационаре у пациента развилась нижняя спастическая параплегия, верхний вялый парапарез, появились нарушения функции тазовых органов (была поставлена цистостома).

За время лечения в отделениях ОРИТ и отделении неврологии, был выполнен ряд МРТ исследований шейного и поясничного отделов позвоночника. Заключение

МРТ ШОП: Спондилодисцит C5-C6 (паравертебральный абсцесс), протяженный эпидурит, воспалительная инфильтрация мягких тканей шеи. Заключение МРТ ПКОП: Воспалительные изменения сегмента L4-L5 с наличием костных деструкций, паравертебрального абсцесса, эпидурита (рисунок 3).



Рисунок 3 – МРТ шейного отдела (спондилодисцит C5-C6 (паравертебральный абсцесс), протяженный эпидурит)

Состояние пациента было крайне тяжелым, был выставлен диагноз септицемии вызванной *Staph.aureus* с развитием полиорганной недостаточности, септический шок.

Однако, после проведения массивной антибиотикотерапии в течение нескольких месяцев, симптоматического лечения, была получена положительная динамика. При плановой госпитализации в марте 2014 года, в неврологическом статусе отмечалось только снижение мышечной силы в ногах в дистальных отделах до 4 баллов.

Пациентка Я., 63 года.

В 2006 году - хирургическое лечение рака левой почки. В августе 2012 года появился стойкий болевой синдром в грудном отделе позвоночника, через несколько недель развился спастический нижний парапарез. Пациентка была госпитализирована в неврологический стационар.

Из особенностей неврологического статуса при поступлении: расстройство чувствительности по проводниковому типу с уровня Th5, сила в ногах в проксимальных отделах снижена 3 баллов, в дистальных отделах нижних конечностей плегия.

Заключение МРТ: состояние после компрессионного перелома тела Th5 позвонка в сочетании с выраженной компрессией спинного мозга на этом уровне, сужением спинномозгового канала (рисунок 4).



Рисунок 4 – МРТ грудного отдела (компрессионный перелом тела Th5 позвонка в сочетании с выраженной компрессией спинного мозга)

С учетом анамнестических данных (заболевание левой почки, состояние после хирургического лечения в 2006 году, прогрессирование заболевания) пациентка была направлена в РНПЦ О и МР им. А.А. Александрова для дальнейшего хирургического лечения с диагнозом: метастаз в Th5 позвонок с патологическим переломом тела позвонка, опухолевым стенозом позвоночного канала, нижним парапарезом: выраженным в проксимальных отделах, глубоким в дистальных отделах.

В заключении, хотелось бы представить критерии диагностического поиска при дорсалгиях и синдроме спинальной компрессии:

- анамнез заболевания (предшествующие инфекции; оперативные вмешательства; травмы позвоночника; контакт с больным туберкулёзом, характер и периодичность вертеброгенных болей, связь их с движениями; наличие гипертермии);
- соматический осмотр пациента;
- неврологический осмотр (выявление спинальных синдромов компрессии спинного мозга на различных уровнях);
- рентгенологическое исследование позвоночника (спондилография в двух проекциях);
- КТ/ МРТ позвоночника;
- денситометрия.

Выводы:

1. Для проведения диагностического поиска, установления заключительного клинического диагноза и своевременного назначения адекватной терапии у пациентов с синдромом компрессии спинного мозга необходимо проводить комплексное обследование, включающее лабораторные анализы, КТ, МРТ позвоночника.

2 Синдромы дорсалгии и сдавления спинного мозга требует пристального внимания неврологов и проведения комплексного обследования, т.к. они могут являться клиническими проявлениями онкологической патологии, спондилита, эпидурита.

A. D. Salnikava

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR CLINICAL DIAGNOSIS FOR PATIENTS WITH SYNDROME OF THE SPINAL CORD COMPRESSION (WITH CLINICAL ILLUSTRATING)

Tutor Assistant A. G. Bayda,

*Department of Nervous and Neurosurgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Воронович, И. Р. Дифференциальная диагностика заболеваний позвоночника. / И.Р. Воронович, Л.А. Пашкевич // Медицинские новости. – 2008. – №7. – С. 32-40.
2. Перецманас, Е. О. Симптомкомплекс туберкулезного спондилита / Е. О. Перецманас, А. В.Афонин//Проблемытуберкулеза.-2002.-N10.-С.20-22.