

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЭПИДУРАЛЬНЫЙ ЛИПОМАТОЗ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Гвищ Т. Г.¹, Лихачев С. А.¹, Рушкевич Ю. Н.¹, Щерба Е. А.²

¹ РНПЦ неврологии и нейрохирургии

² Учреждения здравоохранения 2-я городская клиническая больница
Республики Беларусь, Минск

Введение. Спинальный эпидуральный липоматоз (spinal epidural lipomatosis) является патологическим состоянием, при котором происходит накопление жира в эпидуральном пространстве позвоночного канала. Факторами риска являются: длительная терапия глюкокортикостероидами (в частности, при системных заболеваниях соединительной ткани), эндокринологические заболевания (гипотиреоз, синдром Кушинга, патологическое ожирение, гиперпролактинемия, гормонально активные опухоли надпочечников), трансплантация органов. Известны случаи идиопатического липоматоза. Для спинального эпидурального липоматоза характерно наличие хронического болевого синдрома в позвоночнике в зависимости от локализации и степени липоматоза, с медленно прогрессирующим неврологическим дефицитом (чувствительные и двигательные нарушения разной степени выраженности), нарушения функции тазовых органов. «Золотым стандартом» в диагностике является магнитно-резонансная томография с миелографией. Т1-взвешенные изображения дифференцируют эпидуральный жир из дурального содержимого с высокой степенью специфичности.

Цель исследования. Целью работы является описание редкого клинического случая липоматоза грудно-поясничного отдела позвоночника, сложности в дифференциальной диагностике и лечении данной патологии.

Материалы и методы исследования. Использованы литературные источники, данные клинической картины заболевания, опыт собственного наблюдения и дополнительные методы инструментальной диагностики.

Результаты. Пациентка Б., 1989 г.р., поступила в неврологическое отделение № 1 РНПЦ неврологии и нейрохирургии с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией в нижние конечности, слабость в стопах, онемение стоп и голеней, затруднение при ходьбе. Считает себя больной с января 2015 года, когда постепенно появились вышеперечисленные жалобы. Наблюдалась и лечилась в поликлинике по месту жительства с диагнозом: подострая воспалительная полинейропатия, аксональный вариант, с легким дистальным вялым парапарезом, выраженными сенсорными нарушениями.

Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 170 см. (ИМТ 27,7 см²/кг). Соматический статус без существенной

патологии. В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирована верно. ЧН: зрачки D=S, нистагма нет, движения глазных яблок в полном объеме, носогубные складки симметричны, язык по средней линии. Речь, глотание не нарушены. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. Мышечный тонус в верхних конечностях физиологический, в нижних конечностях – снижен. Сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях: в мышцах тазового пояса – 5 баллов; проксимально – 4 балла, дистально – 3 балла. Объем левого бедра – 44 см, объем правого бедра – 46 см, объем левой голени 32,5 см, объем правой голени 31,5 см. Умеренная гипотрофия мышц голени. Глубокие рефлексы с рук и ног равновеликие, средней живости. Подошвенные, брюшные рефлексы равновеликие, средней живости. Патологических рефлексов нет. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушена. Пальцевосовую, коленопяточную пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Нарушений функции тазовых органов нет.

Из сопутствующих заболеваний у пациентки – железодефицитная анемия (принимает периодически препараты железа), отрицает наличие наследственных заболеваний нервной системы у родственников. Аллергологический анамнез не отягощен. Пациентка гинекологически здорова, имеет двоих здоровых детей до 3-х лет.

Обследования: В общем анализе крови: гемоглобин 110 г/л, анизоцитоз: микроциты +, пойкилоцитоз +, гипохромия эритроцитов +. Железо 3,1 мкмоль/л (референтное значение 10.7- 32.2 мкмоль/л). СОЭ 12 мм/час. В общем анализе мочи, биохимическом анализе крови, липидограмме патологии не выявлено. КФК 29,4 ЕД/л (референтное значение 1.0- 145.0 ЕД/л). Глюкоза крови, электролиты, коагулограмма в норме. Ревматологические пробы: СРБ, РФ – отрицательные. Микрореакция преципитации – отрицательная. Кровь на Лайм-боррелиоз отрицательная. При исследовании тиреоидных гормонов патологии не выявлено. ЭКГ: без патологии. При исследовании спинномозговой жидкости отмечается повышение уровня белка до 1.07 г/л, цитоз 22/3 из них лимфоциты 20, моноциты 1, нейтрофилы 1, глюкоза 3,1 ммоль/л. При исследовании ликвора на ВПГ 1 и 2 типа, ВЭБ и ЦМВ вирусных клеток не обнаружено. Зрительные ВП на обращаемый паттерн: нарушения зрительной афферентации не выявлено. Коротколатентные (стволовые) слуховые ВП: нарушения проведения на периферическом и стволовом уровнях не выявлено. УЗИ щитовидной железы: без патологии. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и надпочечников: ЖКБ. Диффузные изменения поджелудочной железы. МКБ: камень правой почки. УЗИ вен нижних конечностей: эхографических признаков поражения вен нижних конечностей не выявлено. УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи: объем мочевого пузыря -250 мл, стенка не утолщена, внутренний контур ровный. Остаточная моча- 20 мл. УЗИ матки и придатков: патологических изменений не выявлено. УЗИ нервных стволов и мягких тканей нижних конечностей: все нервные стволы эхографически не изменены. Мышцы обеих голени повышенной эхогенности. Гипотрофия мышц голени.

Фиброгастродуоденоскопия: признаки поверхностного гастродуоденита. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография функциональная поясничного отдела позвоночника: начальные дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника. Нестабильности сегментов не выявлено. МРТ грудного отдела позвоночника с миелографией: патологических изменений в шейном отделе позвоночника не выявлено. МРТ грудного отдела позвоночника с миелографией: признаки начальных проявлений остеохондроза, МРТ – картина липоматоза в позвоночном канале на уровне Th 4-11. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника с миелографией: МРТ-признаки липоматоза переднего эпидурального пространства в поясничном отделе позвоночника. Электронейромиография нижних конечностей: имеется выраженное повреждение моторных волокон нервов нижних конечностей вторичного генеза.



Рис. 4. МРТ грудного отдела позвоночника в SagT1WTSE-режиме (повышенное содержание жировой клетчатки в заднем эпидуральном пространстве на уровне Th 4-11).

На фоне терапии препаратами тиоктовой кислоты (тиоктацид 600 мг в сутки), витаминами группы В, нейропротекторной терапии, физиотерапевтического лечения пациентка отметила улучшение в виде снижения болевого синдрома и ощущения онемения в нижних конечностях.

Выводы. Данный клинический случай отражает клинический полиморфизм дорсопатий, сложности дифференциального диагноза с большим спектром неврологических заболеваний, которые могли бы давать схожую неврологическую симптоматику, демонстрирует необходимость проведения комплексной диагностики пациента с хроническими болями в спине, особенно, молодого возраста.