

# СПИНАЛЬНЫЙ ЭПИДУРАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

*Шлыкович В.В., Антипина Е.О.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
catherine.antipina@gmail.com*

**Введение.** Спинальный эпидуральный абсцесс (СЭА) – это очаговая бактериальная инфекция эпидурального пространства спинного мозга (внутри спинномозгового канала, но снаружи твердой мозговой оболочки). Из исследований известно, что диагноз СЭА чаще всего устанавливается отсрочено либо неверно (75-89 %), в результате чего лечение откладывается на неопределённый срок, что может привести к перманентному неврологическому дефициту, параличу и смерти пациента [1, 2].

А. Neusner в 1948 г. разделил прогрессирование клинической картины СЭА на четыре стадии: I – локальная боль в спине; II – корешковая боль, парестезии, ригидность мышц шеи, снижение сухожильных рефлексов; III – парезы, нарушения чувствительности и тазовые нарушения; IV – плегия [3].

Несмотря на развернутую классификацию клинической картины болезни, ни один из симптомов гнойного спинального эпидурита нельзя считать патогномоничным, что объясняет трудности и ошибки в диагностике данного заболевания [4].

**Цель исследования.** Представить клиническое наблюдение случая спинального эпидурита, продемонстрировать трудности дифференциально-диагностического поиска.

**Материалы и методы.** Изучение клинических проявлений заболевания проведено с использованием клинико-анамнестического метода, оценкой результатов лабораторных и инструментальных исследований.

**Результаты исследования.** Пациентка С., 66 лет, доставлена в приемное отделение Островецкой центральной районной клинической больницы (ЦРКБ) в январе 2025 года с жалобами на боль в грудной клетке. Со слов пациентки, она длительно болеет ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ); артериальное давление (АД) контролирует, поддерживающее лечение принимает регулярно. Осмотрена кардиологом, госпитализирована в кардиологическое отделение с диагнозом: ИБС: нестабильная стенокардия. ФК 2. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, вне пароксизма. CHA2DS2-VASc 5 баллов. HAS-BLED 3 балла. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) H2a ФК2 (NYHA). Соматический статус при поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36,6 С°. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, видимые слизистые без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД 140/80 мм. рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов

нет. Частота дыхания – 15 в минуту. Язык влажный, не обложен. Зев не гиперемирован. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В кардиологическом отделении состояние пациентки ухудшилось, появились жалобы на тошноту, боли в эпигастрии, левом подреберье, с иррадиацией в спину, отрыжку воздухом. Выполнена ЭКГ – норма; биохимический анализ крови – повышение уровня амилазы, С-реактивного белка; общий анализ мочи (+диастаза) – лейкоцитурия; рентгенография органов брюшной полости – свободного газа под куполами диафрагмы не определяется. Горизонтальных уровней и воздушных чаш Клойбера в проекции брюшной полости не определяется. Газ в умеренном количестве по ходу кишечника. После консультации дежурного хирурга пациентку, учитывая жалобы, клиническую картину и данные лабораторного исследования, решено перевести для дальнейшего обследования и лечения в хирургическое отделение с диагнозом: Острый панкреатит?

Спустя несколько часов у пациентки появилась выраженная слабость в ногах, задержка мочи. Неврологический статус: в сознании, ориентирована правильно, контакту доступна. Черепные нервы (ЧН): зрачки D=S, реакция зрачков на свет (РЗНС) сохранена, лицо симметрично, язык по средней линии. Речевых расстройств нет. Глотание и фонация не нарушены. Сила в руках достаточная; в ногах: в левой – 0 баллов, в правой – 2 балла. Сухожильно-периостальные рефлексы (СПР): с рук D>S, с ног D=S, снижены. Выраженная болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек с уровня Th2-Th10. Анестезия с уровня L1-L2. Рефлекс Бабинского с 2-х сторон положительный. Менингеальных знаков нет. Нарушение функции тазовых органов (НФТО) по типу задержки мочи и кала.

Выполнена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза: КТ-картина ателектаза (фиброателектаза?) нижней доли левого лёгкого и субсегментарного в язычковых сегментах, минимального гидроторакса слева. КТ-признаков панкреатита не выявлено. КТ-признаков аневризмы аорты не выявлено. Дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника в виде выпячиваний межпозвонковых дисков (МПД), протрузий МПД Th12-L1, L2-L3, L4-L5, сужений спинномозгового канала и межпозвонковых отверстий. Магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника: Эпидурит грудного отдела позвоночника. Спондилоартроз, остеохондроз и спондилез грудного отдела позвоночника.

Для оперативного лечения пациентка была направлена в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» с диагнозом: Задний эпидурит позвоночного канала на уровне Th3-Th7 с нижним парапарезом: парез левой ноги, выраженный парез правой ноги. НФТО. Выполнена ламинэктомия Th4-Th6, проведено удаление эпидурального абсцесса. После проведенного хирургического лечения пациентка направлена на реабилитацию. Состояние пациентки при выписке из отделения

медицинской реабилитации Островецкой ЦРКБ следующее: Модифицированная шкала Рэнкин 3 балла. Модифицированная шкала спастичности Эшворта 2 балла. Индекс мобильности Ривермид 8 баллов. Неврологический статус: в сознании, контакту доступна. На вопросы отвечает. Инструкции выполняет. Ориентирована всесторонне верно. ЧН: зрачки D=S, РЗНС сохранена, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет, лицо симметрично, язык по средней линии. Сила в руках 5 баллов. Сила в правой ноге – 3 балла, в левой ноге – 2 балла. СПР D=S. Гипестезия с уровня Th12. Рефлекс Бабинского с обеих сторон. Менингеальных знаков нет.

**Выводы.** Диагностика спинального эпидурита остается сложной и актуальной проблемой в клинической практике неврологов, нейрохирургов и терапевтов. Основной диагностической трудностью служит полиморфная и неспецифическая клиническая картина дебюта заболевания, имитирующая широкий спектр соматических заболеваний. Следствием ошибочной интерпретации симптоматики является поздняя диагностика, что при прогрессирующем эпидурите катастрофически увеличивает риск развития необратимых неврологических осложнений. Важное значение в верификации диагноза имеет магнитно-резонансная томография позвоночника, которая является «золотым стандартом», обладает высокой чувствительностью и специфичностью в визуализации эпидурального пространства.

#### *Литература*

1. A Protocol-Based Approach to Spinal Epidural Abscess Imaging Improves Performance and Facilitates Early Diagnosis / N. Madhuripan, R. J. Hicks, E. Feldmann [et al.] // J Am Coll Radial. – 2018 – Vol. 15, №4. – P. 648–651.
2. Эпидуральный спинальный абсцесс / А. Г. Назаренко, А. А. Кулешов, С. В. Юндин [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2024. – Т. 31, № 4. – С. 615–627.
3. Hematogenous pyogenic spinal infections and their surgical management / A. G. Hadjipavlou, J. T. Mader, J. T. Necessary [et al.] // Spine. – 2000. – Vol. 25, №13. – P. 1668–1679.
4. Weinberg, J. Infections of the spine: what the orthopedist needs to know / J. Weinberg, J. Silber // Am J Orthop (Belle Mead NJ). – 2004. – Vol. 33, № 1. – P. 13

### **SPINAL EPIDURAL ABSCESS: DIFFICULTIES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS (A CASE REPORT)**

*Shlykovich V.V., Antipina E.O.*

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus  
catherine.antipina@gmail.com*

Diagnosing spinal epiduritis continues to be a difficult and pressing problem in neurology and neurosurgery. The main diagnostic challenge is the polymorphic and non-specific clinical picture at onset, which imitates a wide range of somatic

diseases. The article presents a diagnostically challenging clinical case of spinal epiduritis in a 66-year-old woman.

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Шумельчик В.В., Качанова Е.А.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
vshumelchik@list.ru*

**Введение.** Асфиксия – это неспособность новорожденного начать или поддерживать нормальное самостоятельное дыхание после рождения вследствие нарушения оксигенации во время схватки и родов [1]. На долю неонатальной смертности в настоящее время приходится почти половина всех случаев смертности детей в возрасте до 5 лет в мире [2]. Различают врожденную и постнатальную асфиксию новорожденных. По времени возникновения врожденную асфиксию подразделяют на антенатальную или интранатальную. В зависимости от тяжести клинических проявлений, асфиксию разделяют на умеренную (средней тяжести) и тяжелую. Причины ее развития имеют многофакторный характер, а частота рождения детей в состоянии асфиксии составляет 1-1,5%. Последствия этого осложнения очень серьезны и связаны, в первую очередь, с гипоксией и гипоксемией. Изменение системной гемодинамики, централизация кровообращения, активация анаэробного гликолиза с накоплением лактата способствует развитию метаболического ацидоза, что, в свою очередь, способствует активации плазменных протеаз, провоспалительных факторов. Повышение проницаемости сосудистой стенки приводит к сладжированию (склеиванию) эритроцитов, образованию внутрисосудистых тромбов и кровоизлияниям. Выход жидкой части крови из сосудистого русла способствует развитию отека головного мозга и гиповолемии, а повреждение клеточных мембран плазменными протеазами усугубляет поражение ЦНС, сердечно-сосудистой системы, почек, надпочечников с развитием полиорганной недостаточности.

**Цель исследования.** Установить основные факторы риска асфиксии новорожденных.

**Материалы и методы.** В исследовании включен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 88 пациенток и состояние новорожденных за 2023 в УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска. Согласно цели исследования все роженицы были разделены на 2 группы: основная группа – 58 женщин, роды которых закончились асфиксией новорожденных с их оценкой по шкале Апгар на 7 и ниже баллов, а контроль составили 30 пациенток, родивших здоровых детей. В интранатальном периоде факторами риска развития тяжелой асфиксии являются длительный безводный период и стимуляция окситоцином [3], поэтому исследуемыми факторами риска у рожениц были паритет родов, экстрагенитальная и генитальная патология, наличие признаков внутриутробной гипоксии плода, естественные