

**ТОТАЛЬНЫЙ ЭПИДУРИТ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

¹Бушма К. М. (*dulcerth@list.ru*), ¹Шешунова Е. И. (*kateshehsunova@gmail.com*),
¹Ануфриев А. А. (*otstypnik@mail.ru*), ²Лыщик В. Т. (*kastus74@tut.by*),
³Герасимчик П. А. (*kabah71@icloud.com*), ³Бушма В. М. (*bushma.basil@gmail.com*)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

³УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,
Гродно, Беларусь

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости гнойных эпидуритов. Проблема актуальна, поскольку связана с длительными сроками госпитализации и реабилитации пациентов.

Цель: продемонстрировать значимость корректного мультидисциплинарного подхода к интенсивной терапии гнойно-септической патологии центральной нервной системы.

Материал и методы. Представлен случай успешного лечения пациентки с тяжелым сепсисом. Источник инфекции – тотальный эпидурит, осложненный органной дисфункцией.

Результаты. Своевременно выполненные хирургические вмешательства (ламинэктомия, вскрытие и дренирование абсцесса), антибактериальная (меропенем и тейкоплагин внутривенно, диоксидин эндолумбально) и детоксикационная (инфузионная) терапия позволили добиться максимальной эффективности лечения.

Выводы. Представленный случай демонстрирует важность комплексного подхода к ведению пациентов с тяжелой инфекционной патологией. Максимальной эффективности интенсивной терапии и реабилитации можно добиться лишь после адекватной хирургической санации очага.

Ключевые слова: эпидурит, илеопсоит, сепсис, полиорганная недостаточность, тетрапарез, люмбальная пункция, антибактериальная терапия, ламинэктомия.

Эпидурит (epiduritis) – это воспалительный острый или хронический процесс в эпидуральном пространстве и на наружной поверхности твердой мозговой оболочки. Наиболее частые его причины следующие:

1) туберкулезные и остеомиелитические процессы в позвоночнике;

2) гнойные или инфекционные очаги в организме, откуда инфекция заносится гематогенным или лимфогенным путем;

3) непосредственный занос инфекции в эпидуральное пространство при пункциях [1].

Процесс может быть диффузным, разлитым или ограниченным, в виде отдельных (единичных или множественных) очагов разной величины. Основными патологическими синдромами при данной патологии, обуславливающими тяжесть течения заболевания, являются неврологический дефицит (парезы и параличи ниже уровня нагноения, нарушение функции тазовых органов), боль, сепсис и полиорганная недостаточность [2].

Гнойный эпидурит спинного мозга – заболевание достаточно редкое. Частота – 1,5 случая на 10 000 поступивших пациентов со спинальной патологией. Публикуемое количество наблюдений, как правило, исчисляется несколькими десятками – от 20 до 50 [3]. Тем не менее, проблема весьма актуальна, учитывая то, что при отсутствии лечения или его недостаточной эффективности заболевание быстро ведет к развитию менингомиелита, нижней параплегии, трофическим расстройствам и, как следствие, к инвалидизации пациентов [6]. В современных условиях

появились новые возможности для своевременной диагностики и эффективного лечения данной патологии. Это прежде всего внедрение в диагностическую практику магнитно-резонансной томографии (МРТ), позволившее достичь больших успехов в лечении многих тяжелых гнойно-септических заболеваний [5]. Наиболее распространенным в практике анестезиолога-реаниматолога является вторичный эпидурит, развивающийся вследствие нагноения гематомы, образовавшейся при выполнении врачебных манипуляций (пункций и катетеризаций спинномозгового канала или эпидурального пространства) [4]. В настоящее время отмечается четкая тенденция к увеличению частоты встречаемости описываемой патологии. Очевидно, это связано с возрастанием технологичности медицины, применением кортикостероидов для системного и местного введения, иммуносупрессией населения [7]. В этой связи видится актуальным привлечение внимания к проблеме эпидурита, формирование четких междисциплинарных подходов к ведению данной категории пациентов.

В настоящей статье предлагаем вниманию случай успешного лечения первичного септического эпидурита.

Пациентка Б., 58 лет, поступила 03.02.2016 в реанимационное отделение Гродненской областной клинической больницы. Из сопроводительных документов известно, что в течение недели до обращения к врачу отмечала сильные головные боли на фоне высокого артериального давления (260/120 мм рт. ст.), а также головокружение, слабость в нижних конечностях по типу

легкого нижнего парапареза. Лечилась самостоятельно. 19.01.2016 госпитализирована в неврологическое отделение Лидской ЦРБ с диагнозом «Инфаркт головного мозга в правом каротидном бассейне». На момент госпитализации предъявляла жалобы на головокружение, шаткость ходьбы, слабость в левых конечностях. В день госпитализации выполнена компьютерная томография головного мозга. Заключение: зона лакунарных ишемических изменений в теменной области справа. Пациентка отмечала, что страдала артериальной гипертензией более 10 лет, но постоянно гипотензивные препараты не принимала. Это послужило основанием для объяснения неврологической симптоматики. Однако с 25.01.2016 наступило ухудшение состояния, появились боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника справа, иррадиировавшие в правую ногу. По рентгенографии пояснично-крестцовой области поставлено заключение: остеохондроз. Проводилось лечение антибиотиками, нейропротекторами, применена гипотензивная, дезинтоксикационная терапия. 30.01.2016 состояние значительно ухудшилось, развился тетрапарез, появились боли в шейном отделе позвоночника. 02.02.2016 присоединились явления почечно-печеночной недостаточности. С диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения в правом каротидном бассейне от 19.01.2016. Сепсис неуточнённой этиологии по клиническим данным? Эпидурит? Синдром полиорганной недостаточности» 03.02.2016 переведена в ГОКБ. Состояние при поступлении расценено как тяжелое. Предъявляла жалобы на выраженную общую слабость, отсутствие активных движений в конечностях, повышение температуры тела, болезненность в спине, шее, одышку. При общем осмотре пациентка ориентирована правильно, адинамична, астенизирована. Активные движения в конечностях не наблюдались. Болевая чувствительность отсутствовала ниже уровня сосков с обеих сторон. Отмечалась выраженная ригидность мышц затылка. У пациентки наблюдалась желтизна и сухость кожных покровов. Температура тела 37,9°C. По передней поверхности грудной клетки врачом-куратором отмечена мелкоточечная геморрагическая сыпь. Конечности, поясничная область отечны. Склеры иктеричны. В правой подключичной области подкожно пальпировалось безболезненное образование диаметром 5 см. Дыхание учащено, при аускультации везикулярное, ослабленное, проводилось с обеих сторон, выслушивались единичные сухие хрипы. ЧД 21 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Гемодинамически пациентка была стабильна. Выполнена люмбальная пункция, в результате которой был получен гной в объеме 1 мл: вязкий, желто-зеленой окраски, с трудом аспирируемый шприцом. В культуре ликвора впоследствии выделен зо-лотистый стафилококк, чувствительный к подавляющему большинству анти-бактериальных препаратов.

Таким образом, у пациентки имелись признаки сепсиса с первичным очагом, предположи-

тельно локализованным в центральной нервной системе (эпидуральный абсцесс) и дисфункцией внутренних органов. Анамнестических данных в пользу вторичной (в том числе, ятрогенной постпункционной этиологии) эпидурита при детальном опросе и осмотре не получено.

Проведенные лабораторные обследования выявили следующие нарушения:

1. Выраженный лейкоцитоз крови до 23000/мкл со сдвигом формулы влево до 20% палочкоядерных нейтрофилов и лимфопенией 6%.

2. Гиперкоагуляция по внутреннему пути (АЧТВ < 24 секунд).

3. Гипопротеинемия (общий белок 53 г/л).

4. Гипербилирубинемия (общий билирубин 150 мкмоль/л).

5. Печеночно-клеточный цитолиз (АлТ 148, АсТ 180 Ед/л).

По результатам обследований 03.02.2016 собран консилиум специалистов, выставлен диагноз: Тяжелый сепсис без установленного очага. Гнойный эпидурит шейно-грудно-поясничного отделов позвоночника. Гнойный илеопсоит. Синдром полиорганной недостаточности.

По решению консилиума выполнены:

1. Компьютерная томография шейного отдела позвоночника. Результат: диск С5-С6 диффузно выступает в просвет позвоночного канала на 2 мм, смещая корешки нервов кзади без видимого их сдавления. Сагиттальный размер позвоночного канала на уровне тела С4 позвонка 13 мм. Отмечается расширение переднего эпидурального пространства на уровне С1-С3, на фоне артефактов от костей имеется подозрение на повышение плотности ликвора до 18-22 ед. X – воспалительные изменения.

2. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Отмечается расширение переднего эпидурального пространства на всем протяжении, неоднородный сигнал от него, сужение позвоночного канала во всех отделах. Результат: МР-признаки эпидурита, жидкостного образования подвздошно-поясничной мышцы справа, спондилита на уровне L3-L4, дисцита на уровне L3-S1, спондилоартрита, отека и выраженной инфильтрации паравerteбральных мышц и тканей m. iliopsoas слева.

В целях борьбы с бактериальной флорой назначены меропенем – 4 г в сутки внутривенно, тейкоплатин – 400 мг в сутки внутривенно, диоксидин 1% – 5 мл 2 раза в сутки эндолумбально.

После дообследования принято решение выполнить хирургическое вмешательство – вскрытие и дренирование гнойного илеопсоита с последующим лечением в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

04.02.16 собран консилиум, состояние пациентки тяжелое, стабильное, без динамики. Жалобы предъявляет на жажду, общую слабость, умеренную болезненность в области послеоперационной раны, отсутствие движений в конечностях, болезненность в шейном отделе позвоночника. По дренажу геморрагическое отделяемое в незначительном количестве. Повязки обильно промокали геморрагическим отделяемым.

В тот же день (04.02.2016) состоялся повторный консилиум с участием республиканских специалистов (нейрохирург, анестезиолог-реаниматолог). Решено по жизненным показаниям выполнить экстренное оперативное вмешательство – ламинэктомия С2-С3, Th4, L1, вскрытие и дренирование абсцесса.

Течение послеоперационного периода было стабильным, состояние пациентки улучшалось. Для оптимизации респираторной терапии и ухода 09.02.2016 выполнена трахеостомия.

Во время контрольного МРТ-исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника от 09.02.2016 отмечена положительная динамика: ширина позвоночного канала в шейном отделе – до 13,5 мм; в грудном – до 15,5 мм; в поясничном – 15 мм. Переднее эпидуральное пространство на всем протяжении стало несколько уже, сигнал от него более однородный.

12.02.2016 пациентка переведена в УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» для обеспечения адекватного объема интенсивной терапии, динамического наблюдения и своевременной корректировки тактики лечения в специализированном стационаре по профилю нейрохирургии.

МРТ от 03.03.2016: Шейный, грудной, поясничный отдел позвоночника – состояние после операционного вмешательства на уровне С2-С4, Th4-Th5, L1 без признаков эпидурита, выявлены явления остеохондроза. На уровне L3-L5 за телами позвонков определялся гидрофильный компонент, распространенный с обеих сторон и компримирующий дуральный мешок толщиной 5-7 мм.

МРТ от 10.03.2016 поясничного отдела позвоночника – картина без динамики.

22.03.2016. Общее состояние пациентки респираторно-стабильное, отмечалась положительная динамика. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. В легких дыхание спонтанное, через естественные дыхательные пути, везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон. Пульс – 86 в мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез и стул в норме. Пациентка находилась в сознании, ориентирована, критична, черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные периостальные рефлексы: D=S, низкие – во всех отделах. Плегия верхних и правой нижней конечностей. Грубый парез в левой нижней конечности (при поступлении – тетраплегия).

Местно: послеоперационные раны зажили первичным натяжением без осложнений. Швы сняты.

Динамика изменения показателей общего анализа крови пациентки в процессе лечения представлена в таблице 1.

Динамика изменения показателей биохимического анализа крови представлена в таблице 2.

Таблица 1. – Динамика показателей общего анализа крови пациентки с тотальным гнойным эпидуритом

Показатель	12.02.2016	21.03.2016
Эритроциты, *10 ¹² /л	2,95	3,46
Гемоглобин, г/л	88	98
Тромбоциты, *10 ⁹ /л	168	458
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	11,3	9,9
Эозинофилы, %	1	7
Палочкоядерные нейтрофилы, %	7	3
Сегментоядерные нейтрофилы, %	82	47
Лимфоциты, %	7	35
Моноциты, %	3	8
Миелоциты, %	0	1
СОЭ, мм/ч	20	5

Таблица 2. – Динамика изменения показателей биохимического анализа крови пациентки с тотальным гнойным эпидуритом

Показатель	12.02.2016	21.03.2016
Глюкоза, ммоль/л	6,7	4,3
Общий белок, г/л	53	61
Билирубин общий, мкмоль/л	19,5	15,3
Креатинин, мкмоль/л	47	64
Мочевина, ммоль/л	4,2	3,0
АлАТ, Ед/л	27	15
АсАТ, Ед/л	31	33

Пациентка находилась на лечении в нейрохирургическом отделении ГКБ СМП г. Гродно с 12.02.16 по 28.03.16, после чего была переведена для неврологической реабилитации в специализированный стационар.

Выводы

1. Представленный клинический случай демонстрирует важность корректного взаимодействия диагностической, анестезиолого-реанимационной, хирургической, терапевтической и реабилитационной служб при организации интенсивной терапии пациентов с тяжелым септическим эпидуритом.

2. Максимальной эффективности применения современных антибактериальных лекарственных средств (меропенема и тейкопланина) и детоксикационной терапии можно добиться лишь после адекватной хирургической санации очага инфекции путем операции ламинэктомии, вскрытия и дренирования гнойных полостей.

Литература

1. Виктор, М. Руководство по неврологии по Адамсу и Виктору / М. Виктор, А. Х. Роппер. – М. : Мед. информ. агентство, 2005. – С. 338-355.
2. Гринберг, Д. А. Клиническая неврология / Д. А. Гринберг, М. Дж. Аминофф, Р. П. Саймон. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – С. 452-476.
3. Никифоров, А. С. Нервные болезни : учеб. пособие / А. С. Никифоров. – М. : Мед. информ. агентство, 2014. – 448 с.
4. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – С. 284-317.
5. Фадеев, Б. П. Диагностика и лечение гнойных спинальных эпидуритов / Б. П. Фадеев, И. Ш. Карабаев. – СПб. : ВМедА, 2004. – 25 с.
6. Протас, Р. Н. Трудности диагностики спинальных эпидуритов / Р. Н. Протас, К. М. Кубраков, А. В. Рихтер // Вестник ВГМУ. – 2004. – Т. 3, № 2. – С. 95-97.
7. Скоромец, А. А. Нервные болезни : учеб. пособие для системы послевуз. образования по специальности «Терапия» / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 554 с.

References

1. Viktor, M. Rukovodstvo po nevrologii po Adamsu i Viktoru / M. Viktor, A. H. Ropper. – Moskva. : Med. inform. agentstvo, 2005. – S. 338-355. (Russian)
2. Grinberg, D. A. Klinicheskaya nevrologiya / D. A. Grinberg, M. J. Aminoff, R. P. Saimon. – Moskva. : MEDpress-inform, 2007. – S. 452-476. (Russian)
3. Nikiforov, A. S. Nervnye bolezni : ucheb. posobie / A. S. Nikiforov. – Moskva. : Med. inform. agentstvo, 2014. – 448 s. (Russian)
4. Gusev, E. I. Nevrologiya i neyrohirurgiya : uchebnik : v 2 t. / E. I. Gusev, A. N. Konovalov, V. I. Skvortsova. – Moskva : GEOTAR-Media, 2009. – T. 2. – S. 284-317. (Russian)
5. Fadeev, B. P. Diagnostika i lechenie gnojnyh spinalnyh epiduritov / B. P. Fadeev, I. Sh. Karabaev. – Sankt-Peterburg : VMedA, 2004. – 25 s. (Russian)
6. Protas, R. N. Trudnosti diagnostiki spinalnyh epiduritov / R. N. Protas, K. M. Kubrakov, A. V. Rihter // Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2004. – T. 3, № 2. – S. 95-97. (Russian)
7. Skoromec, A. A. Nervnye bolezni : ucheb. posobie dlya sistemy poslevuz. obrazovaniya po specialnosti «Terapiya»/ A. A. Skoromec, A. P. Skoromec, T. A. Skoromec. – Moskva : MEDpress-inform, 2013. – 554 s. (Russian)

TOTAL EPIDURITIS IN INTENSIVE CARE DEPARTMENT: CLINICAL CASE REPORT

¹Bushma K. M., ¹Sheshunova E. I., ¹Anufriev A. A., ²Lyschik V. T., ³Gerasimchik P. A.,
³Bushma V. M.

¹Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

²Health Care Institution "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus

³Health Care Institution "City Clinical Hospital Of Emergency Care of Grodno", Grodno, Belarus

Background. Currently, there is a tendency to increase the frequency of purulent epiduritis. The problem is topical, because it is associated with long terms of hospitalization and rehabilitation of patients.

Purpose. To demonstrate the importance of proper multidisciplinary approach to the intensive care of septic pathology of the central nervous system.

Material and methods. A case of successful treatment of a patient with severe sepsis is presented. The source of infection was a total epiduritis complicated by organ dysfunction.

Results. Timely performed surgery (laminectomy, incision and drainage of the abscess), antibacterial (meropenem and teicoplanin i.v. and dioxidine endolumbarly) and detoxification (infusion) therapy maximized the effectiveness of treatment.

Conclusions. The presented case demonstrates the importance of an integrated approach to the management of patients with severe infectious diseases. The maximum efficiency of intensive therapy and rehabilitation can be achieved only after adequate surgical sanitation of the focus.

Keywords: epiduritis, ileopsoitis, sepsis, multiple organ failure, tetraparesis, lumbar puncture, antibacterial therapy, laminectomy

Поступила: 04.01.2017

Отрецензирована: 12.01.2017