

# Микрохирургическое лечение острой спонтанной эпидуральной спинальной гематомы

У пациентки 52 лет ночью внезапно появилась боль в пояснице и левой ноге в виде «жгучего прострела». В течение последующего месяца боль беспокоила пациентку постоянно. Кроме того, периодически появлялось онемение в левой стопе. Невропатолог поставил диагноз «поясничный остеохондроз, люмбаишиалгия» и назначил консервативное лечение, основу которого составляли НПВС.

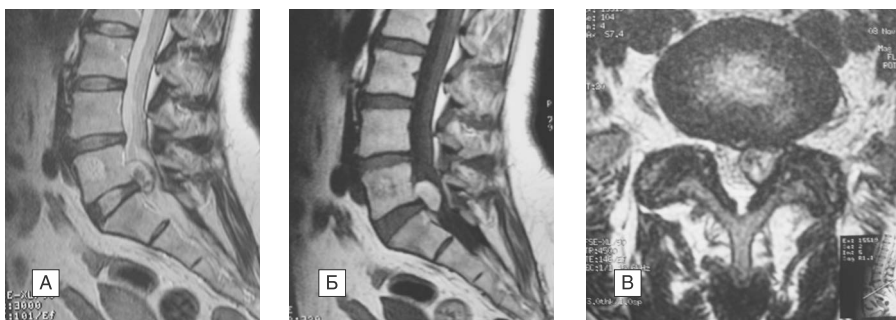
При поступлении в клинику обнаружены признаки острой левосторонней радикулопатии корешка S1 — боли по задней поверхности левой ноги, отсутствие левого ахиллова рефлекса, гипестезии в левом дерматоме S1, положительный симптом Ласега слева (возникновение боли при подъеме ноги до 40°). При осмотре выявлены умеренное ограничение движений в поясничном отделе позвоночника вследствие боли и выраженный миотонический синдром.

При МРТ в поясничном отделе обнаружено округлое объемное образование на уровне межпозвонкового диска L5—S1 в вентральном отделе позвоночного канала размерами 2 × 10 × 24 мм. Оно тесно прилегало к диску и межпозвонковому суставу, занимало левую парамедиальную и латеральную область канала, оттесняя дуральный мешок и левый корешок S1,

имело неоднородный сигнал на T2-взвешенном изображении и однородный повышенный сигнал на T1-взвешенном изображении. В T2-взвешенном режиме обнаруживалась тонкая капсула (рис. С51).

Дифференциальный диагноз проводился между синовиальной кистой, кистой мозговой оболочки, грыжевым секвестром и эпидуральной гематомой. С учетом неэффективности консервативного лечения, нарастания болевого синдрома и больших размеров образования было выбрано хирургическое лечение.

В плановом порядке под общей анестезией была выполнена левосторонняя интерламинотомия позвонков L5—S1: частично удалена желтая связка между пластинами смежных позвонков и проведена краевая резекция этих пластин на протяжении не более 3 мм для расширения междужкового промежутка. После удаления желтой связки, выделения дурального мешка и корешка была произведена их медиальная тракция, при которой в вентральных отделах позвоночного канала обнаружено образование бурого цвета с напряженной капсулой, имевшей спайки с вентральной поверхностью корешка и дурального мешка. После вскрытия капсулы под давлением выделились сгустки крови темно-бурого цвета с элементами



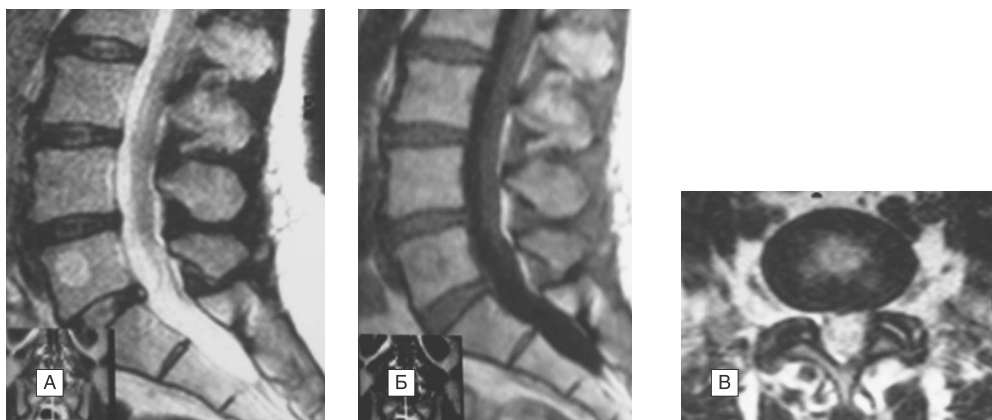
**Рисунок C51.** МРТ поясничного отдела позвоночника, сагиттальный срединный (А, Б) и аксиальный (В) срезы на уровне диска L5—S1, T1- и T2-взвешенное изображение. Определяется объемное образование парамедиальной локализации на уровне диска L5—S1 позвонков, в непосредственной близости от фасеточного сустава и диска.

зеленоватых отложений. Сгустки были удалены путем аспирации. После удаления гематомы, а также частичного удаления капсулы возникло выраженное кровотечение из перидуральных вен, однако ни сосудистых мальформаций, ни варикозного расширения вен не обнаружено. Кровотечение было остановлено с помощью электрокоагуляции, перекиси водорода и гемостатического рассасывающегося материала Surgicel, фрагмент которого был уложен в область эпидурального венозного сплетения в латеральном отделе позвоночного канала. Гистологическое исследование образования выявило организованное кровоизлияние с признаком гемолиза эритроцитов и пленками фибрина.

В первые часы после операции корешковые боли полностью исчезли. Пациентка получала стандартное лечение (обезболивание с помощью НПВС, антибиотикопрофилактика) и на третьи сутки была выписана из клиники. При контрольной МРТ поясничного отдела позвоночника через год после операции никаких следов кровоизлияния и сосудистых аномалий не обнаружено. Не выявлено и прогрессирования дегенеративного поражения межпозвонковых дисков и суставов. В течение года после операции пациентка чувствовала себя хорошо. Боли в спине или ноге полностью исчезли; уже через 3 нед после операции пациентка вернулась к прежней трудовой деятельности (рис. C52).

## Обсуждение

Причины спинальных эпидуральных гематом многообразны — травма, ятрогенные воздействия, сосудистые нарушения, коагулопатия. Однако в анамнезе у данной пациентки не было факторов, которые могли бы спровоцировать образование гематомы, таких как прием антикоагулянтов, хирургическое вмешательство, травма позвоночника. Изредка встречаются спонтанные спинальные эпидуральные гематомы, возникающие без видимой причины. В обзоре R. J. Groen и H. A. van Alphen (1996) представлены 333 подобных случая. У 12% пациентов гематомы локализовались в поясничном отделе. Были исключены такие причины гематом, как травматические вывихи и переломы позвонков, эпидуральная анестезия или люмбальная пункция, хирургическое вмешательство, опухоли в позвоночном канале. В возрасте моложе 40 лет гематомы чаще локализуются в шейном и грудном отделе, у пациентов старше этого возраста — в нижележащих отделах позвоночника. По данным H. R. Boyd и V. L. Pear, гематомам, располагающимся каудальнее конуса спинного мозга, чаще свойственно хроническое течение, поскольку корешки конского хвоста более устойчивы к компрессии, чем сам спинной мозг. Эпидуральная гематома обычно локализуется в дорсальных отделах позвоночного канала.



**Рисунок C52.** МРТ поясничного отдела позвоночника через год после удаления эпидуральной гематомы на уровне позвонков L5—S1 слева. Сагиттальные (А, Б) и аксиальный (В) срезы на уровне диска позвонков L5—S1, T1-, T2-взвешенное изображение. Гематома полностью удалена, послеоперационные эпидуральные и внутримышечные рубцовые изменения минимальны.

Здесь мы описали случай хронической поясничной эпидуральной гематомы, по клиническому и рентгенологическим признакам сходной с секвестрированной поясничной грыжей межпозвонкового диска.

При обнаружении объемного образования в эпидуральном пространстве в области поясничных сегментов спинного мозга дифференциальный диагноз проводят с опухолью, синовиальной кистой, кистой мозговой оболочки, дермоидной кистой, липомой, секвестрированной грыжей межпозвонкового диска и эпидуральной гематомой. Уточнить диагноз можно с помощью МРТ. Интенсивность сигнала от гематомы зависит от накопления продуктов окисления гемоглобина, гемолиза эритроцитов и фагоцитоза, т. е. от давности кровоизлияния.

В описанном случае неоднородный интенсивный сигнал на T1- и T2-взвешенных изображениях, а также наличие капсулы позволили предположить эпидуральную хроническую гематому. Интраоперационные макроскопическое и гистологическое исследования подтвердили хронический характер гематомы.

Данный случай интересен тем, что и клиническая картина, и результаты МРТ наводили на мысль о дегенеративном поражении позвоночника (синовиальная ки-

ста, секвестрированная грыжа). В литературе описаны похожие случаи, в которых диагноз эпидуральной гематомы устанавливался только в ходе операции. В нашем случае дегенеративные изменения в диске L5—S1 были незначительными, что свидетельствовало в пользу гематомы.

Обсуждается связь между спонтанными эпидуральными поясничными гематомами и предшествующими дегенеративными изменениями межпозвонковых дисков. В частности, в одном из исследований 14 из 18 описанных поясничных эпидуральных гематом сочетались с небольшими грыжами дисков или разрывами фиброзного кольца прилежащего межпозвонкового диска. То есть причиной эпидуральной гематомы могло стать венозное кровотечение, вызванное повреждением фиброзного кольца диска или грыжей диска. В описанном нами случае ни протрузии, ни экструзии диска L5—S1 не наблюдалось, однако причиной кровоизлияния мог стать дорсальный разрыв фиброзного кольца диска. Большинство спонтанных эпидуральных гематом располагаются дорсально, чему способствует слабость стенки радикулярных или эпидуральных вен. Поэтому дорсальные и вентральные поясничные кровоизлияния могут иметь различную этиологию.

Острые эпидуральные спинальные кровоизлияния нередко разрешаются спонтанно. Поэтому при наличии хотя бы минимального улучшения пациента можно вести консервативно. Однако отрицательная неврологическая динамика, риск развития грубого неврологического дефицита, в частности кауда-синдрома, заставляют прибегнуть к хирургическому вмешательству.

Использованный в данном примере минимально инвазивный микрохирургический доступ оказался достаточным для удаления гематомы и обеспечения гемостаза.

Таким образом, спонтанная эпидуральная поясничная гематома может имитировать широко распространенную дегенеративную поясничную патологию, в том числе секвестрированную грыжу диска. Сопоставление клинических данных и результатов визуализирующих исследований позволяет вовремя поставить диагноз и своевременно провести хирургическое лечение.

## Литература

- Boyd HR, Pear BL. Chronic spontaneous spinal epidural hematoma. Report of two cases. *J Neurosurg* 1972; 36:239-42.
- Devadiga KV, Gass HH. Chronic lumbar extradural haematoma simulating disc syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1973; 36: 255-9.
- Foo D, Rossier AB. Preoperative neurological status in predicting surgical outcome of spinal epidural hematomas. *Surg Neurol* 1981; 15:389-401.
- Gomori JM et al. Intracranial hematomas: imaging by high-field MR. *Radiology* 1985; 157:87-93.
- Groen RJ, Ponsse H. The spontaneous spinal epidural hematoma. A study of the etiology. *J Neurol Sci* 1990; 98:121-38.
- Groen RJ, van Alphen HA. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996; 39:494-508.
- Groen RJ. Spinal epidural hematoma following MI. *Surg Neurol* 1999; 51:349-50.
- Gundry CR, Heithoff KB. Epidural hematoma of the lumbar spine: 18 surgically confirmed cases. *Radiology* 1993; 187:427-31.
- Kessel G et al. The role of endoscopy in the treatment of acute traumatic anterior epidural hematoma of the cervical spine: case report. *Neurosurgery* 1997; 41:688-90.
- Lawton MT et al. Surgical management of spinal epidural hematoma: relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg* 1995; 83:1-7.
- Serizawa Y et al. Spontaneous resolution of an acute spontaneous spinal epidural hematoma without neurological deficits. *Intern Med* 1995; 34:992-4.
- Wagner S, Forsting M, Hacke W. Spontaneous resolution of a large spinal epidural hematoma: case report. *Neurosurgery* 1996; 38:816-8.