

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ВСЕ ГЕНИАЛЬНОЕ - ПРОСТО ИЛИ КОГДА МЕНИНГИОМА СПИННОГО МОЗГА УСТУПАЕТ КОКЦИГОДИНИИ?

С.А. Джумабеков¹, Мырзахат уулу А.², Ж.Д. Сулайманов¹, М.К. Сабыралиев³

¹Кыргызская государственная медицинская академия им И. К. Ахунбаева

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии

²Учреждение «Клиническая больница скорой медицинской помощи»

³Кыргызский государственный медицинский институт

переподготовки и повышения квалификации

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В клиническом случае описано нетривиальное хирургическое лечение менингиомы поясничного отдела спинного мозга, когда неврологическая симптоматика, обусловленная стенозом позвоночного канала, казалось бы, регрессировала, но основная жалоба самой пациентки на упорные боли в области копчика, вынудило нас применить неоднократное лечение болевого синдрома с применением НПВС. Надо отметить, что менингиомы спинного мозга составляют 15-30% от всех первичных спинальных опухолей. Менингиомы в 85-90% наблюдений отмечаются у женщин в возрасте 50-70 лет. Менингиомы грудного и поясничного отделов позвоночника – это инкапсулированные, хорошо отграниченные от окружающих структур образования размером до 2-3 см, неправильной овальной формы, расположенные на уровне 1-2-х сегментов спинного мозга. Наиболее частым, дебютным клиническим проявлением менингиом спинного мозга являются расстройства чувствительности в виде гипестезии, парестезий, наблюдающиеся у 56% больных, что и замечено у нашей пациентки. Вне зависимости от сегментарной локализации менингиом нарушения поверхностной чувствительности наблюдаются чаще, чем потеря глубокой. Однако, стойкий и упорный болевой синдром в области копчика, немного озадачил нас в плане выбора дальнейшей тактики лечения.

Испробованы были арсенал местной инъекционной терапии, начиная от сакральной и пресакральной блокады, до иглорефлексотерапии, ударно-волновой терапии и аппликаций анестетиков электрофорезом. И что является незаурядным, только применив оперативное вмешательство – резецировав копчик, удалось добиться стойкой ремиссии кокцигодинии. Отдаленный контрольный осмотр, удостоверил нас в правильности использования резекции копчика.

Ключевые слова: менингиома спинного мозга, стеноз позвоночного канала, декомпрессивная ламинэктомия с удалением объемного образования, кокцигодиния.

**КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ: БААРДЫК ГЕНИАЛДУУ
НЕРСЕ - ЖӨНӨКӨЙ ЖЕ ЧЫЧАНДЫН ООРУКСУНУУСУ ЖҮЛҮНДҮН
МЕНИНГИОМАСЫНАН АРТЫК БОЛГОНДО?**

С.А. Джумабеков¹, Мырзахат уулу А.², Ж.Д. Сулайманов¹, М.К. Сабыралиев³

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Травматология, ортопедия жана экстремалдык хирургия кафедрасы

²«Клиникалык медициналык тез жардам берүү ооруканасы» мекемеси

³Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти

жогорлатуу медициналык институтунун

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Клиникалык окуяда жүлүндүн менингиомасын өзгөчөлөнгөн хирургиялык дарылоосу чагылдырылган. Омуртка каналынын кысылуусун жойгондон кийин неврологиялык оору белгилери азайгандай сезилген, бирок бейтаптын чычаң ооруксунуусу тынымсыз болгондугуна байланыштуу, биз кайра-кайра дарылоого аргасыз болдук. Белгилей кетчү нерсе, жүлүн менингиомалары жүлүндүн бардык баштапкы шишиктеринин 15-30% түзөт. Менингиома 85-90% учурларда 50-70 жаштагы аялдарда байкалат. Көкүрөк жана бел омурткаларынын менингиомалары чел кабык менен капталып, көлөмү 2-3 см. жетет. Айланадагы жумшак ткандардан жакшы чектелген, туура эмес сүйрү формада, жүлүндүн 1-2 сегменттеринин деңгээлинде жайгашат. Омуртканын менингиомаларынын эң кеңири таралган, дебюттук клиникалык көрүнүшү – бул биздин бейтапта да байкалган гипоестезия, парестезия түрүндөгү сезгичтиктин бузулушу – 56% да кездешет. Менингиомалардын сегменттик локализациясына карабастан, терең сезгичтиктин жоголушуна караганда үстүртөн сезгичтиктин жоголушу көбүрөөк байкалат. Бирок, тынымсыз жана туруктуу чычандын ооруп туруп алышы, мындан ары дарылоо тактикасын тандоодо бизди бир аз бушайман кылды.

Жергиликтүү инъекциялык терапиянын арсеналы: сакралдык жана пресакралдык блокададан баштап акупунктурага, шок толкун терапиясына жана анестетик дарыны электрофорез менен берүүгө чейин бардык. Ал эми өзгөчө нерсеси, хирургиялык кийлигишүүнү колдонуу менен гана – чычанды алып таштап – анын ооруксунуусун жоготтук. Узак мөөнөттөн кийинки текшерүү, биз, чычандын резекциясын туура колдонгонубузду тастыктады.

Негизги сөздөр: жүлүндүн менингиомасы, жүлүн өткөөлүнүн кысылуусу, шишикке жетүү үчүн омуртканын догочосун алуу, чычандын ооруксунуусу.

CLINICAL CASE: ALL GENIUS IS SIMPLE OR WHEN A SPINAL MENINGIOMA LESS IMPORTANT THAN COCCYGDYNIA?

S.A. Dzhumabekov¹, Myrzakhat uulu Abas², Zh.D. Sulaimanov¹, M.K. Sabyraliev³

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Traumatology, Orthopedics and Extreme Surgery

²Institution "Clinical hospital of emergency medical aid"

³Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training and Retraining
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. A clinical case describes a nontrivial surgical treatment of meningioma of the lumbar spinal cord, when neurological symptoms due to spinal canal stenosis seemed to have regressed, but the patient's main complaint of persistent pain in the coccyx region forced us to apply repeated treatment of the pain syndrome with NSAIDs. It should be noted that meningiomas of the spinal cord account for 15-30% of all primary spinal tumors. Meningiomas in 85-90% of observations are noted in women aged 50-70 years. Meningiomas of the thoracic and lumbar spine are encapsulated, well delimited from the surrounding structures, up to 2-3 cm in size, irregular oval, located at the level of 1 - 2 segments of the spinal cord. The most frequent, debut clinical manifestation of spinal cord meningiomas is sensory disorders in the form of hypoesthesia, paresthesia, observed in 56% of patients, which was observed in our patient too. Regardless of the segmental localization of meningiomas, superficial sensitivity disorders are observed more often than loss of deep sensitivity. However, persistent pain syndrome in the coccyx region puzzled us a bit in terms of choosing further treatment tactics. We tried an arsenal of local injection therapy, ranging from sacral and presacral blockade, to acupuncture, shockwave therapy and anesthetic applications by electrophoresis. And what is extraordinary, only by applying surgical intervention-resection of the coccyx, it was possible to achieve a persistent remission of coccygodynia. Long-term follow-up examination convinced us of the correctness of using coccygodynia resection.

Key words: spinal cord meningioma, spinal canal stenosis, decompressive laminectomy with removal of tumor mass, coccygodynia.

Введение. Новообразования позвоночного столба встречаются реже по сравнению с дегенеративными заболеваниями и травмами позвоночника – с частотой 2,5-8,5 случаев на 100 тыс. населения в течение 1 года [1,2]. Поэтому широкий профиль специалистов, таких как неврологи, нейрохирурги и вертебрологи не всегда рассматривают их, как вероятную причину болей в спине, считая редкой патологией, что и приводит к позднему выявлению. Таким образом, проблема диагностики и выбора тактики лечения опухолей позвоночника остается актуальной проблемой вертебрологии [3,4].

Большинство интрадуральных опухолей являются доброкачественными и обычно представляют собой менингиомы, шванномы, нейрофибромы, и чаще оказывают свое воздействие путем сдавливания спинного мозга и его корешков, а не путем прорастания в паренхиму.

Спинальные менингиомы составляют 15–30% от всех первичных спинальных опухолей [5]. Менингиомы в 85–90% наблюдений отмечаются у женщин в возрасте 50–70 лет [6]. Менингиомы грудного и поясничного отделов позвоночника – это инкапсулированные, хорошо отграниченные от окружающих структур образования размером до 2–3 см, неправильной овальной формы, расположенные на уровне 1 – 2-х сегментов спинного мозга [7].

Приоритетным лечением считается оперативное лечение, целью которого является улучшение функций спинного мозга и радикальное удаление опухоли [8]. С широким распространением в нейрохирургии микрохирургической техники радикальное удаление спинальных менингиом стало возможно в 92-97% наблюдений, летальность не превышает 2-3% [9,10].

В современной медицине рентген контрастные методы исследования, такие как позитивная миелография, в значительной степени вытеснены неинвазивными методами визуализации – МРТ [11]. Использование их, позволяет проводить достоверную диагностику спинальных менингиом и уточнить их локализацию. И несомненно, что, обнаружив на МРТ-исследовании вероятную менингиому, большинство специалистов посчитают её причиной всех имеющихся клинических симптомов. Видимо поэтому, в нашем клиническом случае, мы сразу же и пошли по проторенной дорожке, видя в ней причину всех бед пациентки.

Цель. Анализ нетипичной клинической ситуации с целью медицинского образования и подчеркивание необходимости тщательного исследования пациентов, перед выставлением клинического диагноза. Описание негативных последствий повторного медицинского вмешательства у пациентов.

Этический аспект. Получено информированное письменное согласие пациентки на обсуждение и публикацию её историю болезни без указания точных идентификационных данных и фотографий лица.

Материал и методы исследования. В отделение патологии позвоночника КБСМП обратилась пациентка, 49 лет, 68 кг весом и ростом 160 см, в сопровождении мужа. При тщательном расспросе, было выяснено, что беспокоят тупые, ноющие боли в пояснице и копчике, постоянного характера, чувство тяжести в нижних конечностях. Отмечает также изменение кожной чувствительности по боковым поверхностям обеих бедер и задней поверхности обеих голени по типу гипестезии. Интенсивность боли не меняется при перемене положения тела, ходьбе, однако при физической нагрузке и выполнении работы по дому, все же усиливается.

Ночной отдых и покой не приводит к заметному снижению болей, а наоборот, усиливают. Расстройств функции мочеиспускания и акта дефекации не замечала. Первые признаки отмечает за 3 месяца до обращения, когда появились боли в области копчика. Была консультирована неврологом в поликлинике по месту проживания и сделана рентгенограмма позвоночника, где костной патологии не было обнаружено. Общие анализы крови и мочи, ревматологические тесты, также не показали отклонения от нормальных величин. Невролог назначила нестероидную противовоспалительную терапию в виде инъекций Диклофенака 3,0 в/м до 5 дней, периферических миорелаксантов в форме таблеток Мидокалма 150 мг. таб трижды в день до 10 дней, массаж поясницы, однако явного облегчения пациентка не испытала.

В связи с тем, что пациентка являлась домохозяйкой, и не требовалось пребывать на работе 6–7 часов подряд с выполнением физической нагрузки, она терпеливо переносила боли, временами давая себе отдых. И видимо поэтому, отсрочила повторный осмотр у специалистов.

Анамнез жизни: наследственность неотягощена, ранее не оперирована, инфекционные болезни отрицала. Всякого рода травмы и падения исключает. Беременность протекала без угрозы выкидышей, сама рожала 3 раза. Локальный статус: при осмотре пациентка ходит самостоятельно, без средств внешней опоры, но в анталгической позе, визуально ось позвоночного столба ровная, умеренная напряженность паравертебральных мышц. Пальпаторно отмечается болезненность пара и вертебрально на уровне L3-L5 позвонков, в местах выхода седалищного нерва S=D и

крестцово-копчиковом отделе позвоночника. Ротационная и аксиальная нагрузка приводит к усилению болей. Мышечная сила по MRS в нижних конечностях=5.0 баллам S=D. Симптомы натяжения Ласега «+» под углом 45° S=D. Выявлено снижение кожной поверхностной чувствительности по типу гипестезии по сегментарному типу L3-L4 в нижних конечностях. Тонус мышц нижних конечностей не изменен. При бидигитальном (пальцевом двуручном) исследовании копчика – выявилось умеренная болезненность дистального отдела.

Первым делом, назначена -магнитно-резонансная томография грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (1.5 Тесла), где обнаружено объёмное, опухолевидное образование на уровне L3-L4 позвонков, размерами 2×3.0 см, с четким контуром и границами, судя по характеристикам интрадуральное, но экстрamedулярное, что первично предполагает о доброкачественности патологии (рис. 1).



Рис. 1. Магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника, где выявлено опухолевидное образование в проекции позвоночного канала, с четкими контурами и размерами.

Также, учитывая постоянный болевой синдром в области копчика, на котором пациентка больше всего акцентировала внимание, сделана рентгенограмма крестцово-

копчиковой области в 2-х проекциях: что выявило умеренную, нерезко выраженную девиацию кпереди дистального отдела копчика под углом 70° (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенограмма крестца и копчика в 2-х проекциях.

Для исключения патологических образований других локализаций, сделано УЗИ внутренних органов, что патологию не выявило. Проведенная рентгенограмма ОГК-без видимой патологии.

Проведенный консилиум с участием невропатолога, онколога и непосредственно нами, однозначно рекомендовал предложить пациентке оперативное лечение, на что получено согласие родственников и пациентки.

Под искусственной вентиляцией легких в сочетании с нейролептанальгезией, в положении больной на животе, проведена декомпрессионная ламинэктомия на уровне L3

позвонок, соблюдая все принципы нейрохирургической манипуляции на спинном мозге. После вскрытия дурального мешка, обнаружен ликворостаз, и ниже него объемное образование. При ревизии-отмечается, что образование экстрamedулярное, спаяно с тканью спинного мозга не интимо. Аккуратно разъединяя от вещества спинного мозга, выделено и удалено интрадуральное, экстрamedулярное образование, размерами 3.0×1.8 см, вишнево-серого цвета, яйцеобразной формы, плотной, желеобразной консистенции (рис. 3).

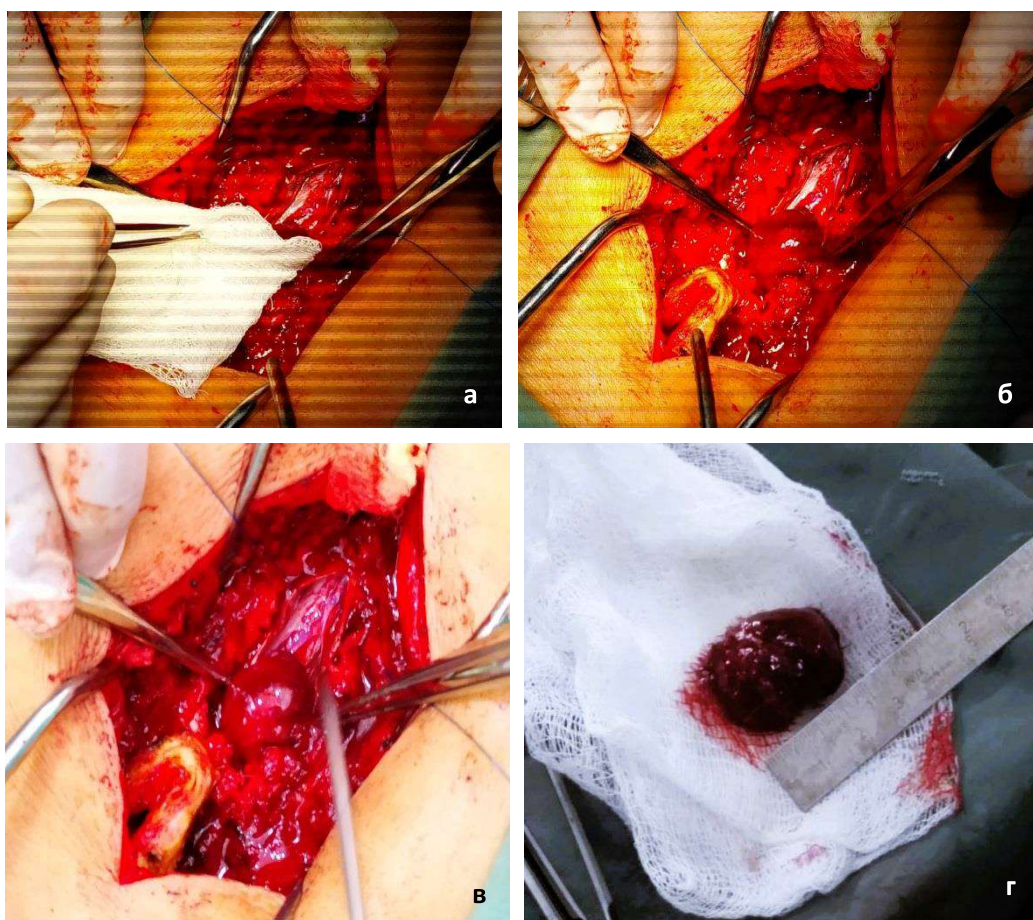


Рис. 3. Этапы удаления опухолевидного образования: а) вскрытие дурального мешка; б) обнаружение опухоли; в) выделение опухоли; г) макропрепарат – 3.0×1.8 см.

В послеоперационном периоде гистологическое исследование макропрепарата выявило-менингиому. В ближайшем послеоперационном периоде пациентка сразу же отметила значительное уменьшение болевого синдрома в пояснице, уменьшения тяжести в нижних конечностях. Однако, боли в области копчика так и не прошли. Все это мы связывали с компрессионным синдромом, и ждали регресса в ближайшие недели и месяцы. Через 1 месяц пациентка вновь пришла на контрольный осмотр, п/о рубец чистый, ходит самостоятельно,

отмечает, что чувствительность кожи в нижних конечностях начала восстанавливаться. Чувство тяжести в ногах полностью исчезло. Но по-прежнему, предъявляла жалобы на сильные боли в области копчика. Визуальный осмотр и пальпация особой болезненности не выявили, причем боль не зависит от сидячего, либо иного положения тела. После контрольной КТ и МРТ-исследования копчика, которые видимой патологии не выявили, выполнена сакральная и пресакральная блокада с бетаспаном 1,0+новокаином 0,5%-10.0 с интервалом 6 дней.

Однако, ввиду отсутствия эффекта от блокад, повторно была назначена НПВС -терапия, ударно-волновая терапия на 8 дней, иглорефлексотерапия, электрофорез с лидокаином на область копчика.

Повторный визит через 3 недели, не дал положительного результата, пациентка была настроена скептически и засомневалась в эффективности предыдущей операции, и реагировала на всевозможные объяснения агрессивно!

И в конце концов, учитывая результаты предыдущих обследований, отсутствие эффекта от должной лекарственной терапии и физиотерапии, повторный консилиум решил эмпирически прибегнуть к резекции дистального отдела копчика. Макропрепарат- костная ткань, состоящая из 2-х сегментов, без видимых признаков деструкции и перерождения, был отправлен на гистологическое исследование. Результат был неудивительным: патологии не обнаружено, неизменная костная ткань с хрящевыми элементами. Тем не менее, результат превзошел наши ожидания, практически через 2 дня пациентка отметила исчезновение прежних болей. Боль от послеоперационной раны в области копчика прошла через 4 дня, швы сняты на 10-сутки, и больная была выписана с облегчением. Учитывая необычное течение процесса, пациентка вновь вызвана через 2 месяца на профилактический осмотр, где уже никаких клинических симптомов, беспокоящих пациентку, выявлено не было.

Обсуждение клинического случая.

Анализируя данные многих литературных источников, мы не нашли убедительных данных, схожих с нашим клиническим случаем. Ключевой особенностью мы смогли отметить только то, что классические симптомы, порождаемые менингиомой спинного мозга, в результате применения патогенетической операции, постепенно регрессировали.

Однако кокцигодиния, ошибочно трактованная нами, как результат сдавления спинного мозга опухолью, и вероятно вызывающая стойкий болевой синдром, к

сожалению, не прошла после ламинэктомии и удаления менингиомы. Можно было ее конечно приписать, к произошедшим функциональным изменениям нервной иннервации копчиковой области вследствие длительной компрессии спинного мозга [12]. Но применив множество схем консервативного лечения, и не получив эффективность, мы отвергли это предположение. И хотя, мы не были уверены полностью в исходе операции-удаления копчика, все же результат удовлетворил обе стороны, и пациентку, и нас. С нашей точки зрения, конечно, естественным было удаление самой менингиомы, но с позиции пациентки, именно избавление от кокцигодинии, принесло ей огромное облегчение.

Поэтому наш случай, всегда должен напоминать, что в медицине казуистика еще не переродилась, и любая история болезни должна быть изучена тщательно и скрупулезно.

Выводы. Наиболее частым, дебютным клиническим проявлением менингиом спинного мозга являются расстройства чувствительности в виде гипестезии, парестезий, наблюдающиеся у 56% больных. Вне зависимости от сегментарной локализации менингиом нарушения поверхностной чувствительности наблюдаются чаще, чем потеря глубокой.

Ранний, правильно подобранный диагностический алгоритм, включающий в себя: МРТ-исследования, обзорные спондилографии позвоночного столба, детализированное клиничко-неврологическое обследование, позволяет выявить опухолевое поражение в ранней стадии, и, несомненно, способствует лучшему исходу заболевания.

Не всегда превалирующий, и весьма очевидный диагноз основного заболевания, является основной причиной некоторых болевых синдромов, что в нашем случае было подтверждено патологической кокцигодинией и умеренным загибом копчика.

Профессиональная деформация врача имеет место быть, и посему с остороженностью следует проводить дифференцировку сочетанных патологий с определением правильного диагноза, и позволяющую выбрать правильную тактику дальнейшего лечения.

Литература

1. Achey RL, Gittleman H, Schroer J, Khanna V, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. Nonmalignant and malignant meningioma incidence and survival in the elderly, 2005–2015, using the Central Brain Tumor Registry of the United States. *Neuro Oncol* 2019;21(3):380-391. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noy162>
2. Magill ST, Young JS, Chae R, Aghi MK, Theodosopoulos PV, McDermott MW. Relationship between tumor location, size, and WHO grade in meningioma. *Neurosurg Focus*. 2018;44(4):E4. <https://doi.org/10.3171/2018.1.FOCUS17752>

3. Bir SC, Maiti TK, Bollam P, Nanda A. Felix Platter and a historical perspective of the meningioma. *Clin Neurol Neurosurg.* 2015;134:75-78. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2015.02.018>
4. Patra DP, Savardekar AR, Dossani RH, Narayan V, Mohammed N, Nanda A. Meningioma: The Tumor That Taught Us Neurosurgery. *World Neurosurg.* 2018;118:342-347. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.06.017>
5. Verhoeven V, Vrints I, De Keyser J, Menovsky T, Thiessen F, Tondu T. A contemporary and a historical patient with an ectopic meningioma. *Acta Chir Belg.* 2019;119(4):254-258. <https://doi.org/10.1080/00015458.2018.1438561>
6. Turluc MD, Turluc S, Cucu AI, Tamas C, Carauleanu A, Buzduga C, et al. Through clinical observation: the history of priapism after spinal cord injuries. *World Neurosurg.* 2018;109:365–367. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.10.041>
7. Onken J, Obermuller K, Staub-Bartelt F, Meyer B, Vajkoczy P, Wostrack M. Surgical management of spinal meningiomas: focus on unilateral posterior approach and anterior localization. *J Neurosurg Spine.* 2018;30(3):308-313. <https://doi.org/10.3171/2018.8.SPINE18198>
8. Усанов Е.И., Коваленко Р.А., Простомолотов М.Н. Удаление опухолей спинного мозга и конского хвоста из интерламинэктомиического доступа. *Нейрохирургия.* 2013;4:75-78. <https://doi.org/10.17650/1683-3295-2013-0-4-75-78>
9. Пташников Д.А., Усиков В.Д. Результаты хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями позвоночника. *Хирургия позвоночника.* 2005;4:061-065. <https://doi.org/10.14531/ss2005.4.61-65>
10. Gilard V, Goia A, Ferracci FX, Marguet F, Magne N, Langlois O, et al. Spinal meningioma and factors predictive of post-operative deterioration. *J Neurooncol.* 2018;140(1):49-54. <https://doi.org/10.1007/s11060-018-2929-y>
11. Koeller KK, Shih RY. Intradural Extramedullary Spinal Neoplasms: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics.* 2019;39(2):468-490. <https://doi.org/10.1148/rg.2019180200>
12. Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Бейшенбаев К.Р., Джамалиев Б.Р., Кубанычбеков Т.К. Пресакральная тератома с нагноением: редкое клиническое наблюдение. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.* 2019;4:39-45.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Для цитирования

Джумабеков С.А., Мырзахат уулу А., Сулайманов Ж.Д., Сабыралиев М.К. Клинический случай: все гениальное - просто или когда менингиома спинного мозга уступает кокцигодии? *Евразийский журнал здравоохранения.* 2024;4:73-79. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-4-73>

Сведения об авторах:

Джумабеков Сабырбек Артисбекович - академик НАН КР, академик РАН, д.м.н., профессор заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. SPIN-код: 875210; E-mail: s_djumabekov@mail.ru

Мырзахат уулу Абас – к.м.н., врач-ординатор отделения патологии позвоночника, Учреждение «Клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: abas_doc@mail.ru

Сулайманов Жаныш Дайырович – Член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА им И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: Janush-sulaimanov@yandex.ru

Сабыралиев Марат Куменович – к.м.н., ассистент кафедры травматологии и ортопедии КГМИПпК, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: marat.sabyraliev@mail.ru