

Сирингомиелия

- хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся прогрессирующим развитием в спинном мозге продольных полостей, которые заполнены ликвором или близкой ему по составу жидкостью. Код по международной классификации болезней МКБ-10:G95.0: Сирингомиелия и сирингобульбия.
- ▣ Термин «сирингомиелия» (с греч. Syrinx – трубка) предложил Ollivier в 1824 году.



- **Распространенность** составляет 8-9 случаев на 100000 населения. Дебют клинических проявлений чаще отмечается в молодом возрасте. Средний возраст начала болезни составляет 30 лет. При этом развитие полостей в спинном мозге обычно опережает клинические проявления. Заболевание чаще встречается у мужчин.

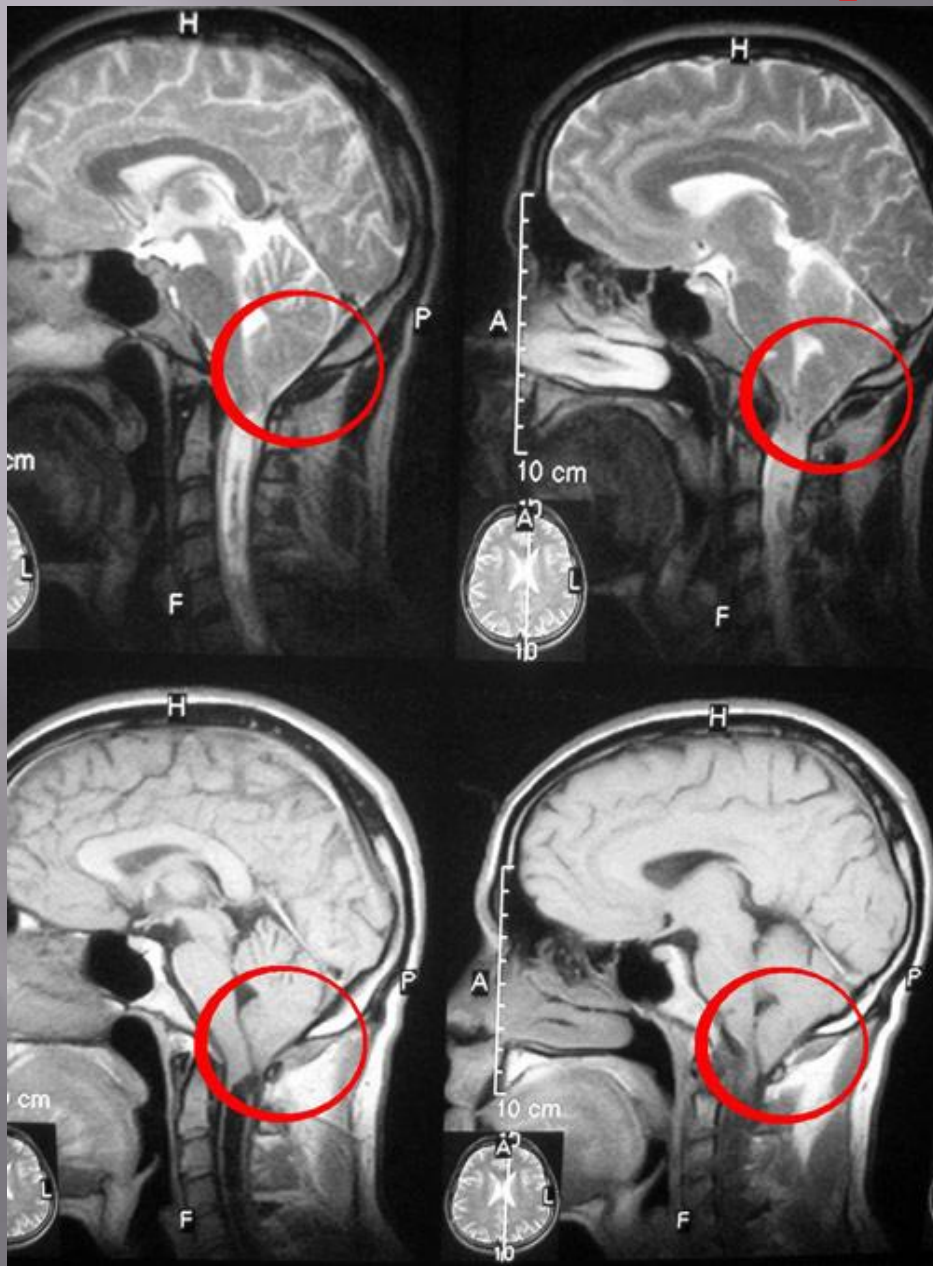
- Круг **этиологических факторов** позволяет разграничить сирингомиелию как:
 - связанную с краниальными факторами
 - связанную со спинальными факторами.

Краниальные факторы	Спинальные факторы
Мальформация Киари 1 и 2 типа	Мальформации (диастематомиелия, «жесткая концевая нить», spina bifida)
Базиллярная импрессия	Опухоли (экстрамедуллярные, интрамедуллярные, экстрадуральные)
Аномалия Денди-Уокера	Арахнопатии (посттравматические, постхирургические, постменингитные, постгеморрагические)
Малая задняя черепная ямка	Дегенеративные заболевания позвоночника (протрузия межпозвонкового диска, стеноз позвоночного канала, сколиоз, кифоз)
Опухоли задней черепной ямки	
Субтенториальные опухоли	

Мальформация Киари 1 типа распространенность при сирингомиелии составляет 60 - 80%. Распространенность спинальной сирингомиелии составляет примерно 1/6 часть от всех случаев сирингомиелии.

Наиболее частыми этиологическими факторами в этом случае выступают спинальные опухоли – 10%, спинальные травмы – 3 - 5%

Аномалия Арнольда-Киари



Аномалия Арнольда-Киари 1 типа: опущение части мозжечка (его миндалин) ниже плоскости большого затылочного отверстия со сдавлением ствола мозга.

Аномалия Арнольда-Киари 2 типа: в затылочное отверстие, кроме миндалин мозжечка, спускается также продолговатый мозг и средний мозг (структуры, находящиеся чуть выше). Часто сопровождается незаращением дужек позвоночника, гидроцефалией (нарушением оттока ликвора из полостей головного мозга. Ликвор – жидкость, обеспечивающая питание и обмен веществ в головном мозге).

Базиллярная импрессия



- (базиллярная инвагинация) – это патологическое состояние, заключающееся в смещении в полость черепа краев затылочного отверстия, затылочных мыщелков и зубовидного отростка второго шейного позвонка.

Киста Денди-Уокера



Аномалия Денди – Уокера проявляется расширением четвёртого желудочка с формированием ликворной кисты задней черепной ямки, недоразвитием или отсутствием червя мозжечка в сочетании с гипертензионной гидроцефалией различной степени выраженности.

Патогенез

Теории патогенеза делятся на 2 группы.

1. Полостеобразование за счет проникновения ЦСЖ в спинной мозг в результате градиента давления:
 - а) через скрыто функционирующий центральный канал из IV желудочка;
 - б) через спинномозговые периваскулярные пространства Вирхова – Робина из спинального субарахноидального пространства;
 - в) через зоны вхождения задних корешков.
2. Полостеобразование за счет интрамедуллярного накопления внеклеточной жидкости вследствие препятствий ее оттока в субарахноидальное пространство или обусловленного интрамедуллярным градиентом давления выше и ниже уровня интратекального блока и нарушением гематомиелитического барьера.



Классификация сирингомиелии (Milhorat T., 2000)

I. Сообщающаяся сирингомиелия – 10%

Дилатация центрального канала

1) сообщающаяся гидроцефалия (последствия менингита, геморрагии)

2) мальформации ствола (Chiari 2, энцефалоцеле)

3) киста Dandy - Walker'a

II. Несообщающаяся сирингомиелия

Центральные/парацентральные полости:

1) мальформация Chiari 1

2) базилярная инвагинация

3) спинальный арахноидит

4) экстрамедуллярная компрессия

5) приобретенная дислокация миндалин

мозжечка (краниосиностоз, объемный процесс и др.)

Первичные паренхимальные полости:

1) посттравматические

2) постишемические/инфекционные

3) постгеморрагические

III. Атрофические полости (сирингомиелия ex vacuo)

IV. Неопластические полости

Типы сирингомиелии

- ❑ **Сообщающаяся сирингомиелия.** Термин «сообщающаяся» обозначает сообщение кисты с субрахноидальным пространством
- ❑ **Посттравматическая сирингомиелия.** .
- ❑ **Сирингомиелия как следствие спинальных арахноидитов и арахнопатий.**
- ❑ **Сирингомиелия, ассоциированная с опухолями спинного мозга.**
- ❑ **Сирингомиелия, вызванная сдавлением спинного мозга образованиями неопухолевой этиологии** (например, грыжами дисков шейной локализации, крупными очагами демиелинизации в спинном мозге при рассеянном склерозе и др.).
- ❑ **Идиопатическая сирингомиелия** – причины развития неизвестны.

по Barnet (1973)

Патоморфология

Сирингомиелическая полость располагается в большинстве случаев в шейном или шейногрудном отделах спинного мозга и может распространяться на продолговатый мозг (сирингобульбия). В зависимости от поперечного размера кисты выделяют широкие, средние, узкие полости. В просвете полости могут обнаруживаться поперечные перегородки, которые придают ей фенестрированный характер. Перегородки представлены тонкими мембранами и делят кисту на отдельные камеры с ровными стенками. Полость с неравномерным просветом и утолщенными перегородками может иметь вид «бус». В стенках полости часто отмечается разрастание глиальной ткани (является следствием повышенного давления жидкости в кисте).



Клиническая картина

Включает в себя:

1) Чувствительные расстройства

Вначале представлены парестезиями, чувством похолодания, жжения, ползания мурашек, а в дальнейшем, по мере нарастания расстройств чувствительности эти ощущения могут отмечаться на границе между участками кожи с нормальной и нарушенной чувствительностью. По мере прогрессирования заболевания парестезии постепенно сменяются гипо- и анестезией температурной и болевой чувствительности. Нарушения чувствительности чаще представлены в виде «воротника», «куртки», «полукуртки». Они носят сегментарный — диссоциированный характер — доминируют расстройства болевой и температурной чувствительности при относительной сохранности глубокой чувствительности.

Нарушения чувствительности чаще представлены в виде «воротника», «куртки», «полукуртки».



Характерны безболевые ожоги у 15 % больных, которые отмечаются преимущественно на руках.



Нарушения глубокой чувствительности возникают в поздней стадии заболевания при больших поперечных размерах синингомиелической кисты. Они относятся к проводниковым нарушениям и связаны с растяжением и компрессией задних столбов.

В случае формирования широкой полости возникает сдавление латеральных спинноталамических трактов в боковых столбах с одной и с обеих сторон, что проявляется проводниковыми расстройствами болевой и температурной чувствительности в нижних частях тела.



Если спинноталамический тракт сдавливается на уровне продолговатого мозга, то болевая и температурная чувствительность нарушается или утрачивается на всей контралатеральной половине тела. Возможное повреждение спинального ядра тройничного нерва приводит к выпадению болевой и температурной чувствительности в наружных сегментах лица; область кончика носа и верхней губы поражается последней.

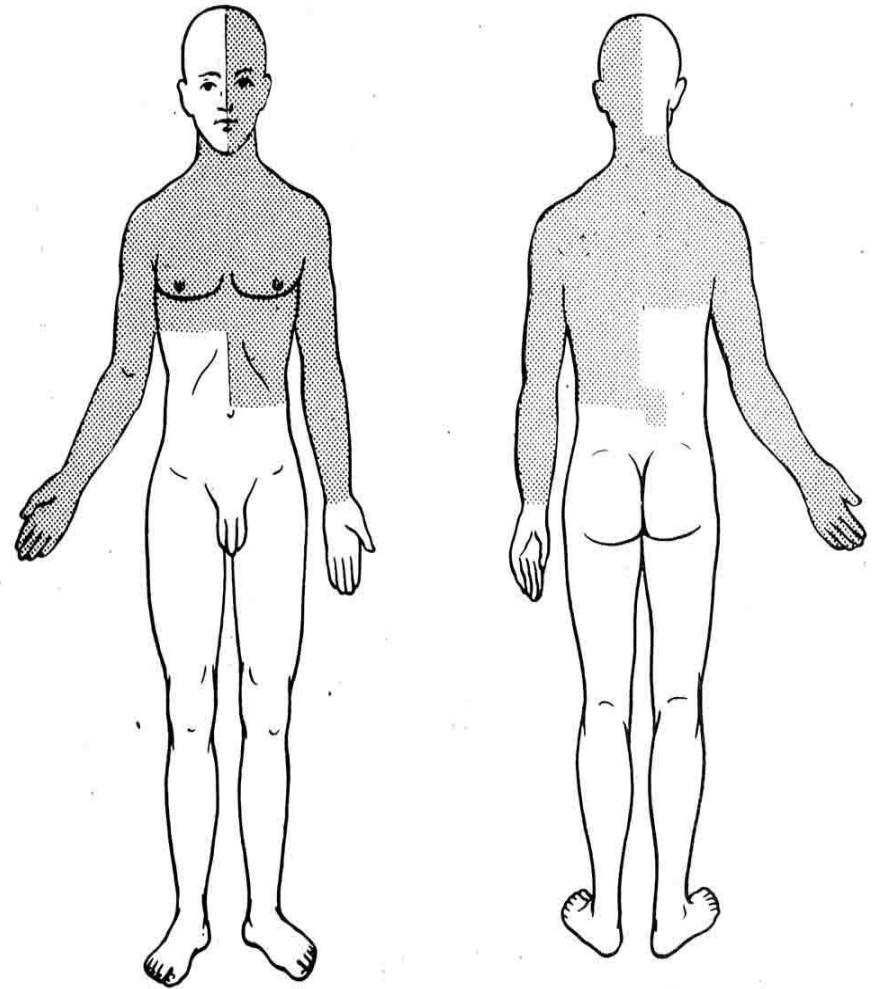
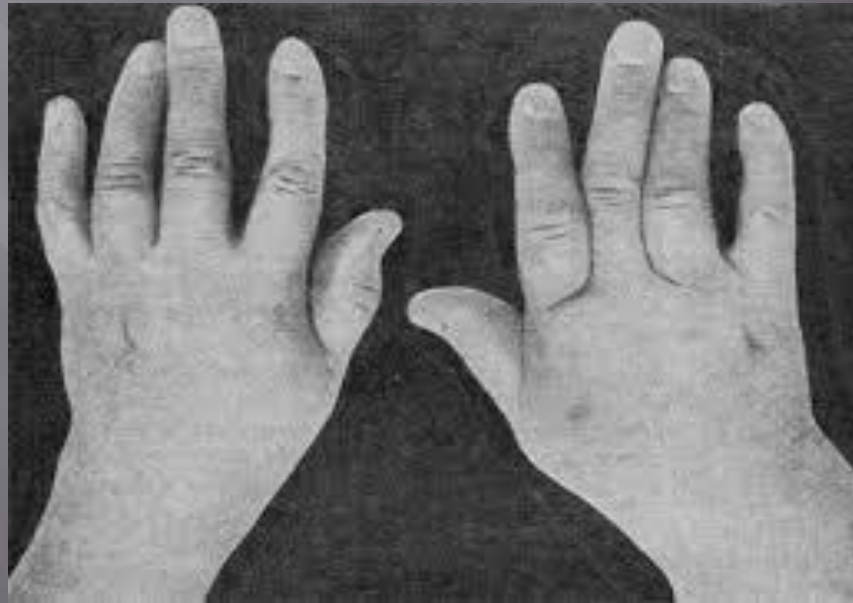


Рис. 57. Выпадение болевой и температурной чувствительности при сирингомиелии на лице; в виде «куртки» на руках и туловище.

2) Двигательные расстройства

Двигательные нарушения при сирингомиелии, сочетанной с аномалией Арнольда-Киари 1 типа, чаще проявляются вялыми, преимущественно дистальными парезами в верхних конечностях, атрофией глубоких мышц руки с развитием нередкой деформации руки и пальцев с образованием когтистой или обезьяньей лапы, что связано с поражением мотонейронов переднего рога. Так же нередки поражения длинных путей спинного мозга с развитием двигательных расстройств центрального типа в ногах.



3) Вегетативно-трофические нарушения

Поражение вегетативной нервной системы при сирингомиелии определяются вовлечением ее сегментарного и надсегментарного отделов. Сегментарные расстройства в руках характеризуются цианозом, мраморностью, гипергидрозом, гиперкератозом, покраснением кожи, гипогидрозом, депигментацией, гипотрофией кожи и ногтей, остеоартропатией деструктивно-гипертрофического типа (суставы Шарко). Нарушение центральных механизмов вегетативной регуляции проявляются нарушением кардиоваскулярных рефлексов и функции дыхания. Это может быть обусловлено как наличием полости в стволе или результатом компрессии ствола мозга мальформацией Киари или базилярной инвагинацией.

Сколиотическая деформация позвоночника различной выраженности – один из распространенных симптомов синингомиелии. В детско-юношеском возрасте сколиоз - является лидирующим и наиболее ранним клиническим симптомом развития синингомиелии, встречающимся в 50 - 85% случаев. Наиболее распространена левосторонняя направленность сколиоза, сочетающегося с синингомиелией.



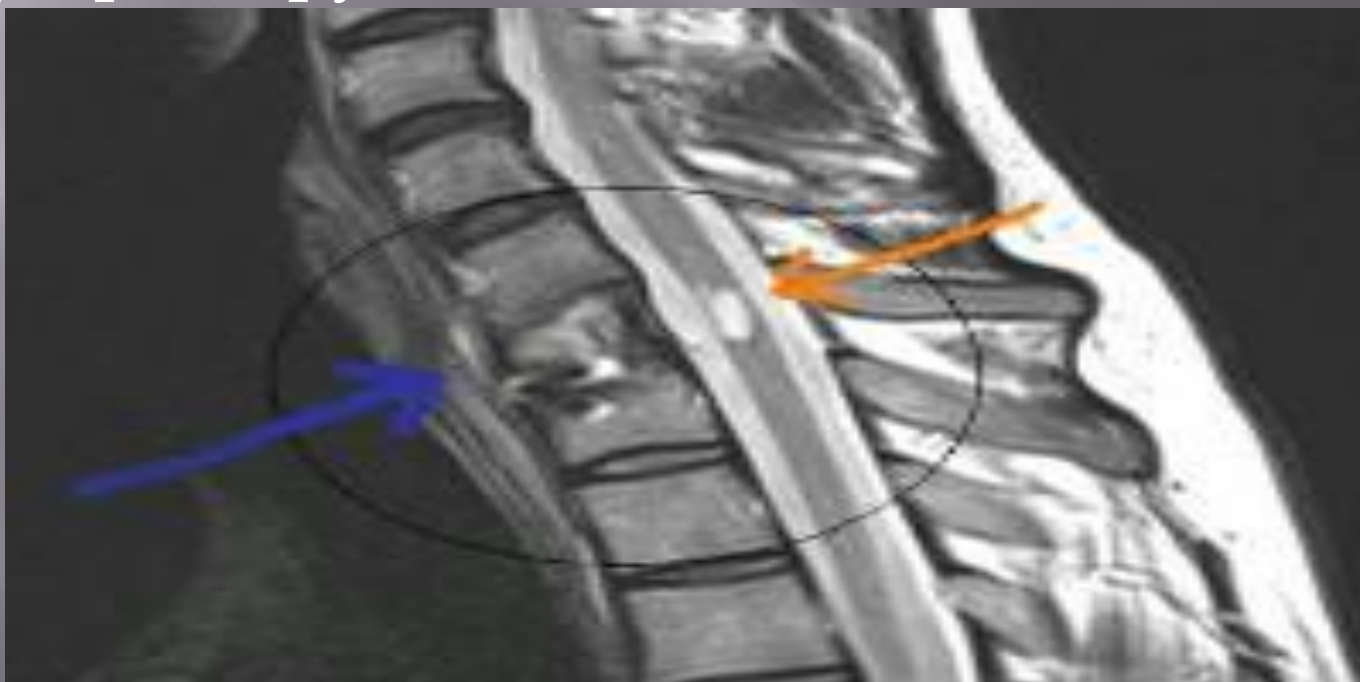
Диагностика

- Основным инструментальным методом диагностики синингомиелии является МРТ, при которой доступны оценке размеры, локализация, протяженность и внутренняя структура полости в спинном мозге, а также возможные патоморфологические изменения, послужившие причиной ее развития (мозжечковой эктопия, базилярная импрессия, опухоль спинного мозга и т.д.)
- Компьютерная томография в миелографическом режиме также позволяет визуализировать синингомиелическую кисту на аксиальных срезах в виде симптома «бычьего глаза».



Дифференциальный диагноз

- При гематомииелии все явления развиваются инсультообразно, остро, вслед за травмой, заметно нарушается общее состояние больного. Течение болезни регрессирующее.



Классификация опухолей спинного мозга

- К настоящему времени используется несколько классификаций опухолей спинного мозга. Официально признанной является классификация принятая экспертами Всемирной Организации Здравоохранения в 1993 году (Kleihues P., Burger P.C., Scheithauer W.B., WHO, 1993), которая основана на гистологической природе новообразования. Анатомическая локализация опухоли является критерием топографической классификации — опухоли краниовертебрального перехода (n/3 ската-С2 позвонка), шейного отдела, грудного и поясничного отделов.

Для идентификации положения новообразования применяют различные анатомические ориентиры :

- по взаимоотношению опухоли с твердой мозговой оболочкой* — экстрадуральные, интра-экстрадуральные (растущие по типу «песочных часов»), субдуральные экстрамедуллярные и интрамедуллярные новообразования;
- по взаимоотношению со спинным мозгом* — дорзальные (кзади от задних корешков), дорзолатеральные (между зубчатой связкой и задними корешками), вентральные (кпереди от передних корешков) и вентролатеральное (между зубчатой связкой и передними корешками).
- Для последующего изложения мы используем более широкую трактовку анатомической классификации.
- Субдуральные опухоли:**
 - интрамедуллярные;
 - экстрамедуллярные, исходящие из внутреннего листа ТМО, зубовидной связки, пиальной оболочки, интрадуральной части спинномозгового корешка.
- Экстрадуральные опухоли:**
 - первичные — из позвонка, надкостницы, связок, хряща, наружного листка твердой мозговой оболочки;
 - вторичные (метастатические).

Экстравентрикулярная опухоль

- **Экстравентрикулярная опухоль** — это опухоль с локализацией в анатомических образованиях, окружающих спинной мозг (корешки, сосуды, оболочки, эпидуральная оболочка).
Экстравентрикулярные опухоли делятся на субдуральные (расположенные под твердой мозговой оболочкой) и эпидуральные (расположенные над этой оболочкой).
Большинство экстракраниальных опухолей составляют **менингиомы** (арахноидэндотелиомы) и **невриномы**.

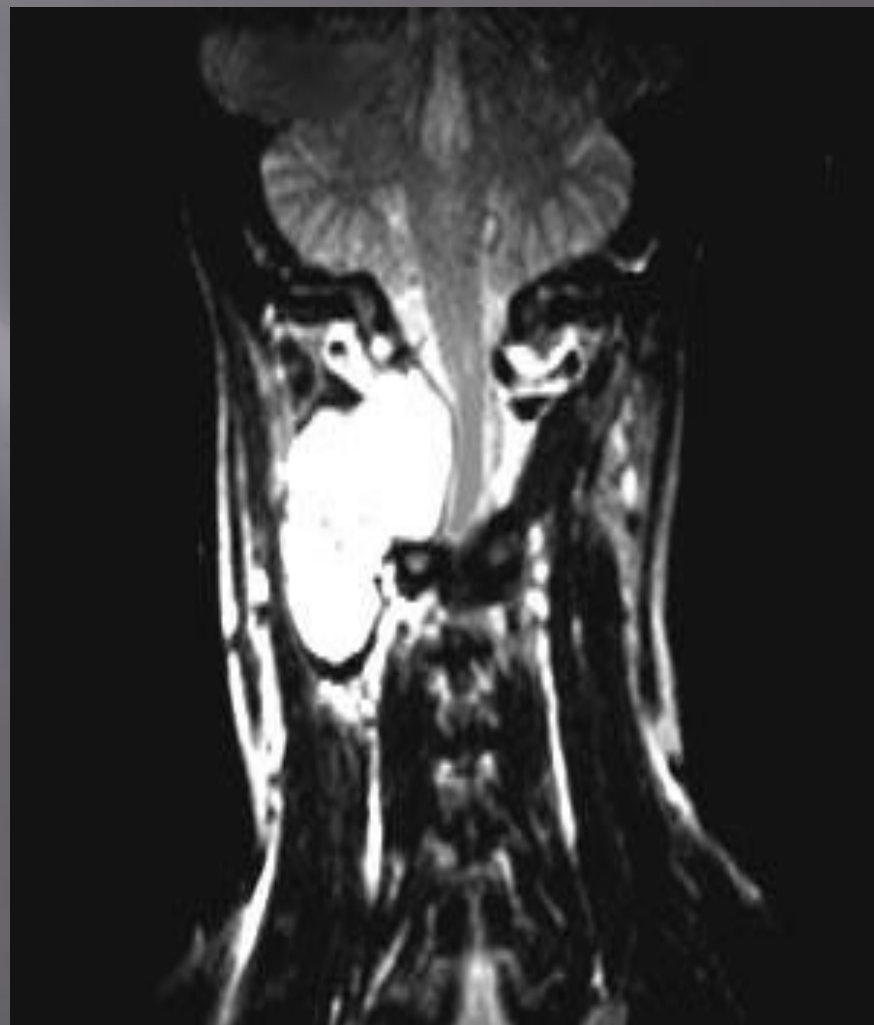
Клиническая картина экстрamedуллярных опухолей складывается из трех синдромов

- корешкового;
- синдрома половинного поражения спинного мозга;
- синдрома полного поперечного поражения спинного мозга.

Клиника Экстрamedуллярных опухолей

- Для экстрamedуллярных опухолей характерны раннее возникновение корешковых болей, объективно выявляемые расстройства чувствительности только в зоне пораженных корешков, снижение или исчезновение сухожильных, периостальных и кожных рефлексов, дуги которых проходят через пораженные корешки, локальные парезы с атрофией мышц соответственно поражению корешка.
- По мере сдавления спинного мозга присоединяются проводниковые боли и парестезии с объективными расстройствами чувствительности. При расположении опухоли на боковой, переднебоковой и заднебоковой поверхностях спинного мозга в случае преимущественного сдавления его половины в определении стадии развития заболевания нередко удается выявить классическую форму или элементы синдрома Броун-Секара.
- С течением времени проявляется симптоматика сдавления всего поперечника мозга и этот синдром сменяется парапарезом или параплегией. Снижение силы в конечностях и объективные расстройства чувствительности обычно вначале проявляются в дистальных отделах тела и затем поднимаются вверх до уровня пораженного сегмента спинного мозга.

Экстрamedуллярные опухоли



Интрамедуллярные опухоли

- Интрамедуллярные опухоли спинного мозга являются достаточно редкой патологией, они составляют 2-8,5% опухолей ЦНС и не более 20% всех интрадуральных опухолей данной локализации. У детей частота интрамедуллярных опухолей равна 35%. В последнее десятилетие (Brotchi J и соавт. 1991, Cooper P. 1994, Cristante I. И соавт. 1994) опубликовано сообщения о 3 больших сериях наблюдений больных с интрамедуллярными опухолями спинного мозга. Более 70% интрамедуллярных опухолей, согласно этим данным, локализуются в шейном и верхнегрудном отделах спинного мозга. Эпендимомы и астроцитомы составляют почти 70% всех интрамедуллярных опухолей; на долю сосудистых опухолей (гемангиобластом и каверном) приходится около 15% всех внутримозговых опухолей спинного мозга. Среди более редких гистологических типов интрамедуллярных опухолей выделяют олигодендроглиомы, олигоастроцитомы, липомы, метастазы рака, эпидермоид, дермоид, тератомы, первичную и метастатическую лимфому, интрамедуллярные



■ Интрамедуллярные опухоли

У детей астроцитомы встречаются более часто – до 81% от общего количества интрамедуллярных опухолей спинного мозга (Raffel С. И соавт. 1990), в то время как у взрослых эпендимомы обнаруживают в 56% случаев внутримозговых опухолей (Simeone F. 1990).

Интрамедуллярные опухоли спинного мозга в начальный период болезни протекают с незначительными клиническими проявлениями. Наиболее общим ранним неврологическим симптомом интрамедуллярных опухолей спинного мозга является локальная боль вдоль позвоночного столба. У 70% больных она является острой в позвоночнике соответственно расположению опухоли (Epstein F и соавт. 1995). Боль чаще возникает в лежачем положении, характерна ночная, нечетко локализованная протопатическая боль.

Радикулярная боль имеет место у 10% больных и обычно ограничивается одним -двумя шейными, грудными или поясничными дерматомами

Клиника интрамедуллярных опухолей

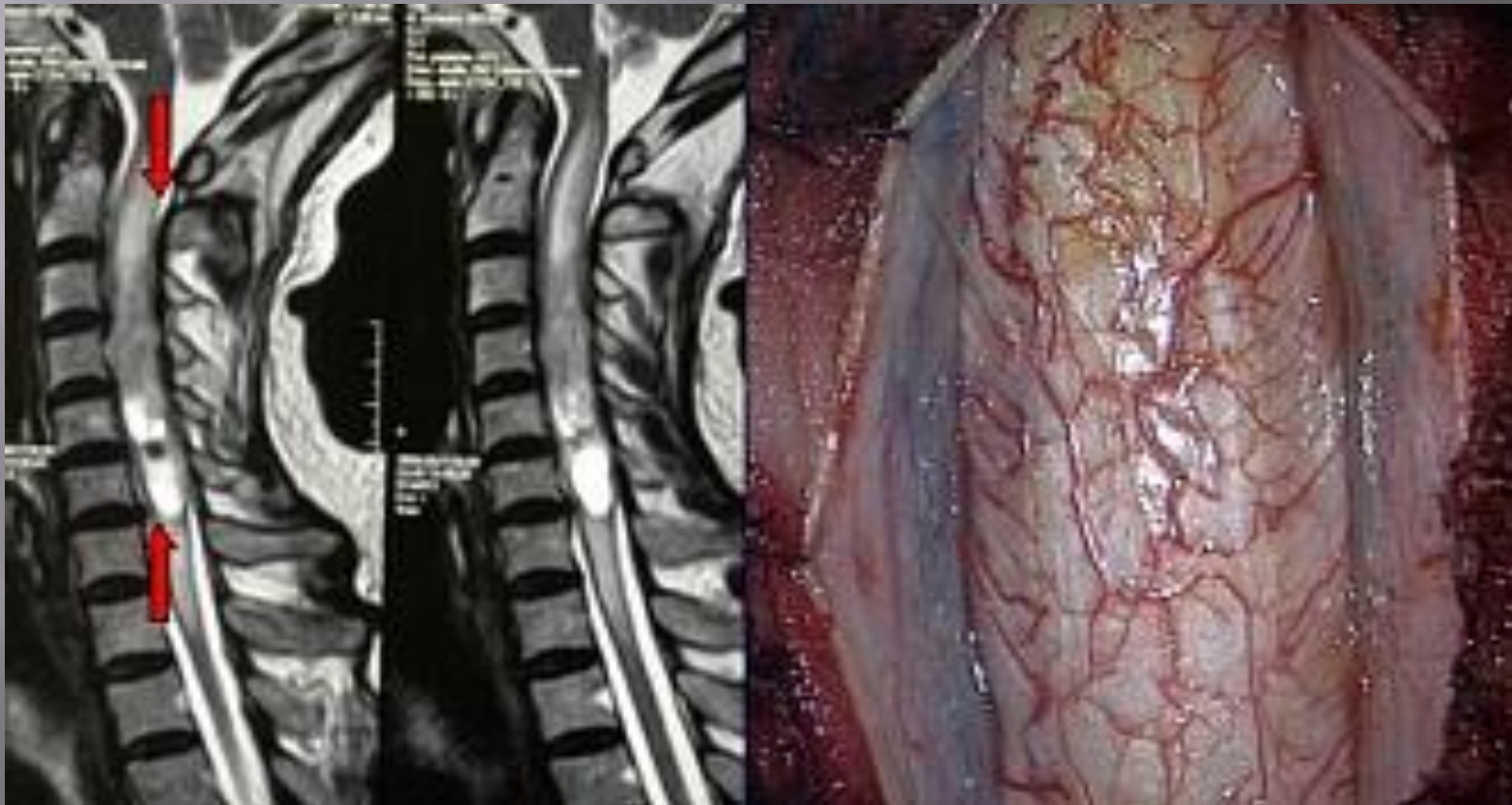
- . Болевые дизестезии встречаются у 10% больных и обычно их описывают как чувство жара или холода в одной или нескольких конечностях. В редких случаях болевые дизестезии могут быть начальными проявлениями заболевания. Клиническое течение интрамедуллярных опухолей спинного мозга сопровождается болевыми, температурными расстройствами соответственно уровню поражения, при сохранении тактильного и позиционного чувства.
- В ряде случаев слабость нижних конечностей может быть первым манифестирующим симптомом у больных с данной патологией. Пирамидная симптоматика, как правило, сопровождается слабостью и атрофией мышц конечностей.
- Спастичность, повышение сухожильных рефлексов, патологические стопные знаки могут проявляться достаточно рано у больных с поражением спинного мозга на шейном и грудном уровнях.
- Внутримозговые опухоли в ряде случаев проявляются симптомами повышенного внутричерепного давления, явлениями гидроцефалии, головной болью, тошнотой, рвотой, зрительными расстройствами, нарушениями походки.

при опухолях в шейном отделе нарушения наиболее выражены в руках и чаще проявляются чувствительными расстройствами в виде парестезий и дизестезий с последующим присоединением верхнего парапареза по периферическому типу с развитием проводниковых нарушений ниже уровня поражения;

при поражении грудного отдела спинного мозга симптомы проявляются в виде спастики и сенсорных нарушений в ногах. Характерно развитие чувствительных нарушений от каудальных отделов к дистальным. Весьма часто развиваются нарушения мочеиспускания по типу задержки;

опухоли на поясничном уровне и уровне конуса чаще манифестируются упорными болями в спине и ногах. Сходство корешковых болей при остеохондрозе позвоночника и новообразовании поясничного уровня требует тщательной дифференциальной диагностики. Типичны нарушения функций тазовых органов, проявляющиеся задержкой мочеиспускания и дефекации, нарушением эрекции.

Неврологические симптомы при **интрамедуллярных опухолях** носят более симметричный характер, чем при экстрамедуллярных. Очень часты расстройства функций тазовых органов — задержка или недержание мочи, упорные, трудно преодолимые запоры, иногда недержание кала. Наблюдается также ослабление или потеря половой способности. Течение внутрипозвоночных опухолей длительное, с неуклонным нарастанием симптомов. Смена спастического паралича вялым свидетельствует о наступлении глубоких дегенеративных изменений спинного мозга.



Эпендимомы



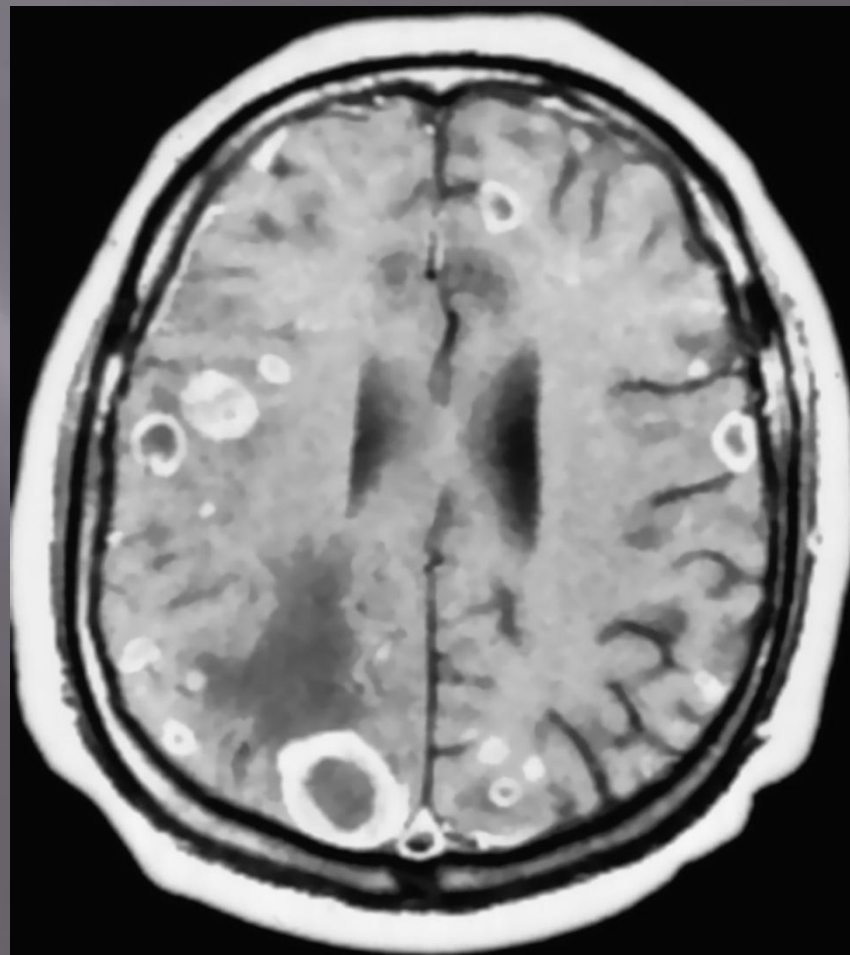
Эпендимома является наиболее часто встречаемой интрамедуллярной опухолью спинного мозга. Возникают они из эпендимарной выстилки центрального канала спинного мозга или конечного желудочка *filum terminale*. Опухоль растет медленно, между дебютом заболевания и установлением диагноза проходит в среднем 16 месяцев. Эпендимома обычно располагается в шейном и шейно-грудном отделах, хотя можно обнаружить склонность к ее расположению в *conus medullaris* или *filum terminale* (McCormick P.C и соавт. 1990, Schweitzer J.S. и соавт. 1992). Известны случаи локализации данного вида опухоли по всему длиннику спинного мозга; часто длина солидной части опухоли достигает 3-5 сегментов. Средний возраст больных колеблется от 30 до 40 лет. Боль, чувствительные расстройства, слабость в конечностях – наиболее частые клинические симптомы данной опухоли, они могут предшествовать постановке диагноза на протяжении 2-3 лет.



Эпендимомы

- Для эпендимомы конского хвоста характерны боль в промежности, тазовые расстройства, парапарезы. При цервикомедуллярной локализации опухоли могут наблюдаться вертикальный и горизонтальный нистагм, головокружение, приступы кашля, боль в области затылка, хрипота, дисфагия, спастический тетрапарез. В большинстве случаев эпендимомы локализуются центрально в спинном мозге. Они раздвигают проводники спинного мозга в стороны, часто сопровождаются кистами роstralнее и каудальнее от узла опухоли.
- Данные литературы указывают на возможность у большинства больных полного удаления интрамедуллярных эпендимом. Имеются сообщения о больных, перенесших хирургическое лечение при эпендимоме, у которых не было рецидивов на протяжении 5-10 лет после операции (Fischer G. 1980). Восстановление функций зависит от степени дооперационных неврологических расстройств; у пациентов, имевших на протяжении длительного времени параплегию до операции, шансов восстановления двигательных функций практически нет. Дизестезическая боль является наиболее общим осложнением после проведения срединной миелотомии при удалении опухоли (McCornick. И соавт. 1992). Повторные операции показаны при продолженном росте эпендимом, однако они могут осложняться образованием ликворных фистул в результате недостаточного закрытия дуральной оболочки и как следствие – могут развиваться менингит и арахноидит.

Эпендимомы



Астроцитомы

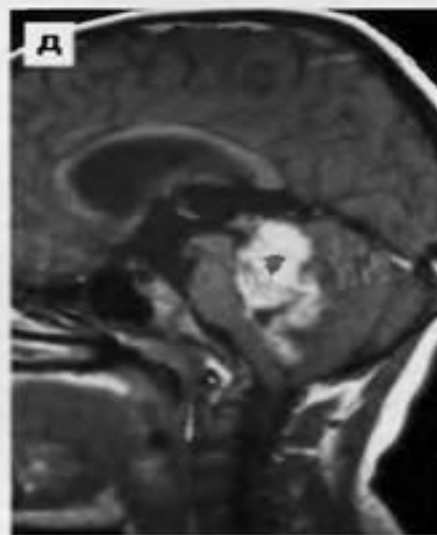
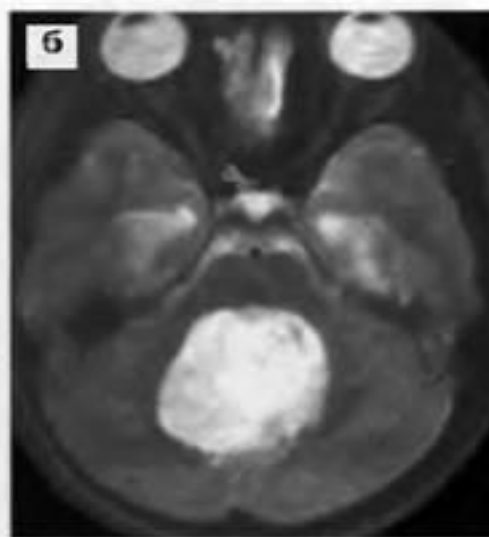
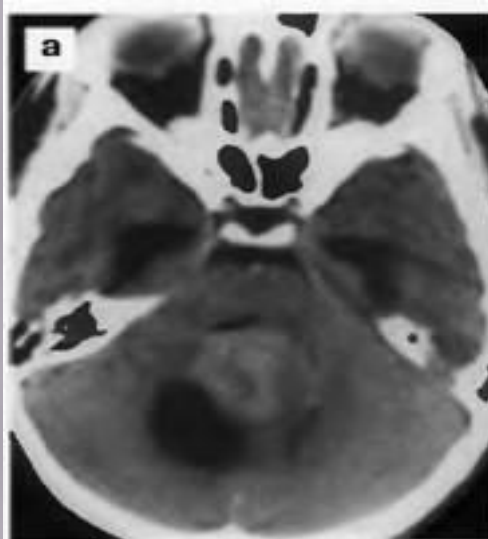
- **Астроцитомы** - является второй по частоте встречаемости видом интрамедуллярной опухоли спинного мозга. Они возникают из трансформированных астроцитов спинного мозга. У детей такие опухоли встречаются с частотой около 60% у взрослых – 20%. Как и эпендимома, астроцитома более часто встречается в шейном и шейно-грудном отделах, реже – в грудно-поясничном отделе. Неврологические расстройства похожи на клинику интрамедуллярной эпендимомы и включают парезы, дизестезическую боль. Возможны два варианта роста астроцитом. Первый - наличие ограниченного по длине спинного мозга узла опухоли с кистами расположенными рострально и каудально от узла опухоли. Узел, как правило, имеет протяженность в спинном мозге на 2 - 5 позвонковых сегментов. Кисты могут распространяться далеко за пределы узла, даже на весь длинник спинного мозга. Такие кисты на МРТ проявляются четкими ровными границами, равномерным утолщением мозга вокруг кист. Кисты содержат ксантохромную жидкость, богатую протеином, и имеют стенку, отделяющую их от нормальных тканей спинного мозга, так как последние можно удалить более радикально.



Астроцитомы

- . Второй вариант роста астроцитом – диффузный, спинной мозг поражен опухолью на длительном протяжении с образованием кисты распада в опухоли. Они характеризуются нечеткими, изъеденными границами, спинной мозг вокруг кист расширен неравномерно. На МРТ мозговое вещество вокруг кист накапливает контраст, что свидетельствует о наличии опухолевой ткани.
- Некоторые авторы (Malis L.I. и соавт. 1978) отмечают, что радикальное удаление астроцитом возможно редко; у части пациентов наблюдается улучшение в неврологическом статусе после субтотального удаления или биопсии опухоли, однако затем наступает ухудшение. Cooper P. И соавт. (1994) указывают на возможность у 70–80% больных полного удаления опухоли и нормализации двигательных функций
- При астроцитомах часты рецидивы, 50% рецидивов наблюдаются на протяжении 5 лет после операции. Некоторые авторы (Stein B.M и соавт. 1979) сообщают, что исходы после хирургического лечения астроцитом хуже, чем при эпендимомах

Астроцитомы мозжечка



Гемангиобластомы

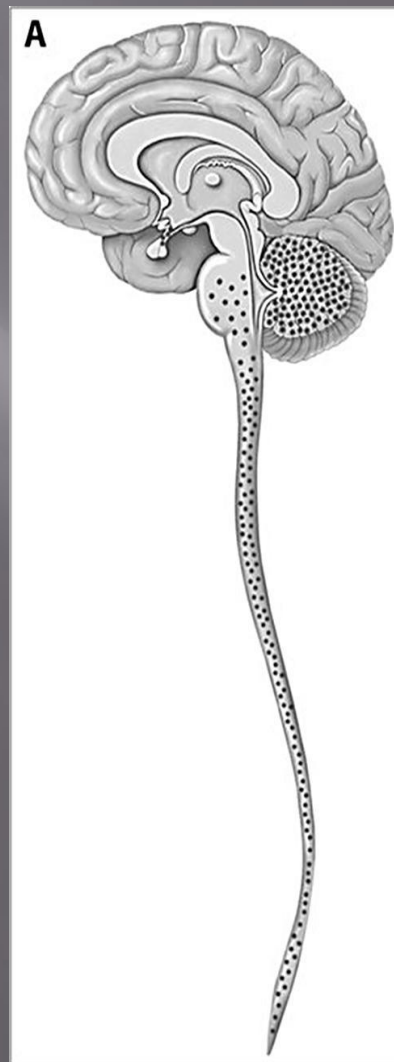
- Спинальная гемангиобластома — редкая опухоль. Ее частота варьирует от 1,6 до 2,1% от числа всех случаев первичных опухолей спинного мозга. У 80% больных эти опухоли сопровождаются кистами. Гемангиобластомы, ассоциированные с болезнью von Hippel-Lindau,



Гемангиобластомы

- Болезнь von Hippel-Lindau наследуется по аутосомно-доминантному типу. Ген, повреждение которого вызывает развитие этой болезни, локализуется в хромосоме 3p25-p26, расположенной вблизи области 3p13-p14. В этой области локализуется ген, ответственный за развитие почечных карцином. При болезни von Hippel-Lindau, кроме гемангиобластом мозжечка, спинного мозга и сетчатки, могут развиваться почечные кисты, карциномы почек, феохромоцитомы, панкреатические кисты, опухоли поджелудочной железы.
- Заболевание у таких больных дебютирует значительно раньше. E. Emery и соавторы наблюдали 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) со спинальными гемангиобластомами. В возрасте до 50 лет заболели 76% больных. У 19 больных были интрадуральные опухоли (экстрamedулярные — у 15,5% больных, интрамедулярные — у 75%, у 62,5% больных опухоли локализовались вблизи дорсальной поверхности спинного мозга, у 37,5% — сопровождалась экзофитным ростом). У одного больного опухоль локализовалась экстрадурально. Кисты выявлены у 50–70% больных. У 2 больных возникло острое кровоизлияние в опухоль. У 10 больных заболевание было связано с болезнью von Hippel-Lindau.

Гемангиобластомы



МРТ

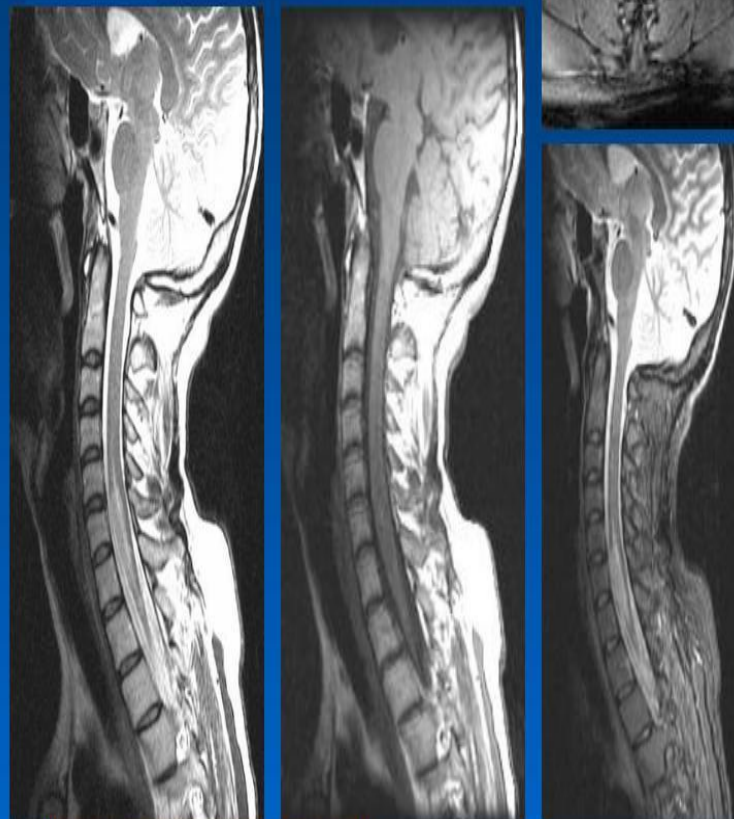
- МРТ в настоящее время является методом выбора при подозрении на наличие внутримозговой опухоли спинного мозга (Parizel P. И соавт. 1989). По данным МРТ можно четко визуализировать внутримозговые новообразования. T1 режим является более информативным, позволяет обнаружить кистозные и солидные компоненты опухоли. T2 режим дает миелографическое изображение цереброспинальной жидкости и кист; что важно в плане дифференциальной диагностики опухоль-ассоциированных кист и гидромиелии. Введение контраста увеличивает информативность исследования: усиливается контрастирование солидного компонента опухоли, легче дифференцировать опухолевую ткань от окружающих отечных тканей спинного мозга (Kucharczyk W. 1990). Положительную роль в визуализации сосудистых опухолей играет МРТ ангиография. Однако МРТ исследование не всегда дает возможности четко распознать вид глиом: многие эпендимомы имеют сходство с астроцитомами (Parizel P. 1989).

Нарушение спинального кровообращения

- Ишемический спинальный инсульт (инфаркт спинного мозга) развивается остро. Заболеванию могут предшествовать кратковременная слабость в конечностях, преходящие нарушения чувствительности в виде онемения, жжения, неприятные ощущения в мышцах. Может наблюдаться боль в области иннервации шейных, поясничных или крестцовых корешков, которая распространяется на верхние или нижние конечности. Нередко предвестником спинального инфаркта могут быть дизурические явления: императивные позывы к мочеиспусканию или кратковременная задержка мочи. Развитие инфаркта спинного мозга может быть и молниеносным: больной падает, сразу развиваются нарушения чувствительности, парез, нарушение мочеотделения.

■ .

Ишемический инсульт спинного мозга



Ишемический спинальный инсульт

- Клиническая картина ишемического спинального инсульта полиморфна и зависит от локализации и распространенности очага ишемии. Чаще всего развивается инфаркт в участках смежного кровообращения. Если поражен среднегрудной отдел спинного мозга, возникает паралич нижних конечностей, проводниковые расстройства чувствительности с уровня Т5, Т6 сегментов, нарушаются функции тазовых органов. Если спинальный инфаркт развивается в шейном отделе, наблюдаются тетраплегия, чувствительные расстройства и нарушения функции сфинктеров. Если очаг поражения локализуется на уровне поясничного утолщения, возникает вялая нижняя параплегия с нарушением чувствительности в нижних конечностях, расстройствами мочеотделения. Спинальный инфаркт сопровождается трофическими нарушениями, которые проявляются быстрым развитием пролежней в области крестцов и ягодиц, на спине, пятках. При благоприятном течении заболевания и уменьшении явлений ишемии неврологические симптомы, хотя и не в полной мере, поддаются обратному развитию. У больных остаются стойкие остаточные явления в виде двигательных и

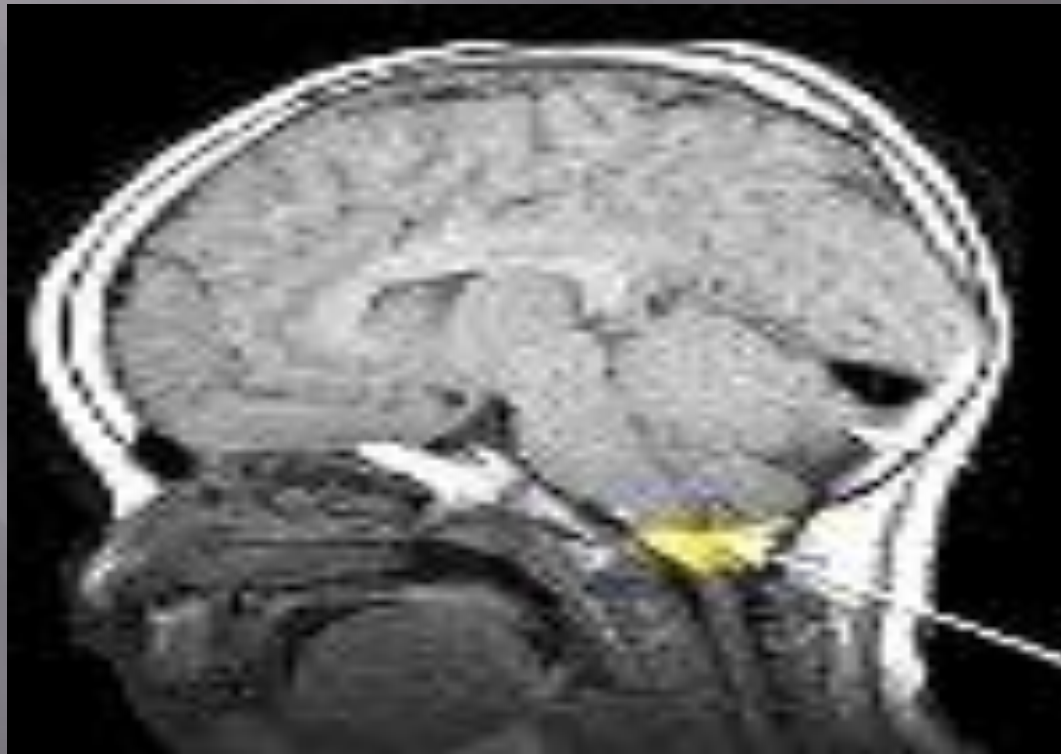
Лечение

Тактика лечения определяется причинами ее развития и характером течения. При отсутствии прогрессирования симптоматики в идиопатических вариантах и на фоне краниовертебральных аномалий целесообразно динамическое наблюдение.

В случае прогрессирующего течения — **оперативное лечение**:

- ▣ При наличии аномалии Арнольда-Киари 1-го типа проводится **краниовертебральная декомпрессия**, направленная на восстановление нормального оттока ликвора на уровне большой затылочной цистерны и ликвидации диссоциации краниоспинального давления. Восстановление адекватной ликвородинамики за счет декомпрессии и duroplastiки ведет к спадению синингомиелической полости без необходимости ее дренирования.

Операция краниовертебральной декомпрессии заключается в резекции нижней части затылочной кости размером около 2,5х2 см и удалении задней дуги первого шейного позвонка, что приводит к снятию сдавления структур мозга и ликвидации гидроцефалии.



Оперативное лечение

- Сирингоперитонеальное или сирингосубарахноидальное.
- Целью шунтирования является нормализация ликвородинамики и дренирование кистозной полости и снижение интрамедуллярного давления.
- Исход:
- в половине случаев удается достичь восстановления двигательной функции и регресса болевого синдрома;
- чувствительность восстанавливается у 35% больных;
- у 10% пациентов клиническая симптоматика сохраняется;
- в течение 6 лет нарушается функция каждого второго шунта.
- Уменьшение размеров кистозной полости по результатам послеоперационной МРТ коррелирует

Другие методы оперативного лечения.

- Лазерная сининготомия.
- Декомпрессионная ламинэктомия с реконструкцией субарахноидального пространства.
- Установка трансплантата сальника на питающей ножке.

- ▣ При развитии синингомиелии на фоне интрамедуллярной опухоли или грыжи шейного отдела позвоночника необходимо их удаление.



В настоящее время **консервативное** этиопатогенетическое лечение синингомиелии считается неадекватным. Возможно применение симптоматической терапии, которая будет включать в себя:

- ▣ при наличии центральной нейропатической боли:
 - препараты первого ряда: прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты;
 - препараты второго и третьего рядов: каннабиоиды, ламотриджин, опиоиды.

Терапия нейропатической боли при синингомиелии до сих пор проводится эмпирически.



- витаминотерапия (группа В, А, D, Е, К);
- препараты, улучшающие питание нервной ткани (ноотропы);
- дегидратирующие средства (диакарб, фуросемид),
- нейпротекторов (глутаминовая кислота, актовегин),
- иглорефлексотерапия: улучшение восстановления тканей человека путем рефлекторного раздражения специальных точек на коже тоненькими иглами по специальной схеме;
- массаж;
- ЛФК



Рентгенотерапия

Основана на том, что рентгеновские лучи задерживают разрастание глиальных элементов и тем самым прогрессируют процесс. Однако не все случаи сирингомиелии подлежат такому лечению. Благоприятный эффект рентгенотерапия дает лишь в начальных стадиях заболевания. В далеко зашедших стадиях заболевания, приведшего к глубоким и необратимым структурным изменениям тканей, рентгенотерапия мало эффективна. В последние годы для лечения сирингомиелии применяют радиоактивный фосфор P_{32} , обладающий бета-излучением, и радиоактивный йод I_{131} , который обладает бета- и гамма-излучением. Терапевтическое действие радиоактивного фосфора и радиоактивного йода основано на повышенной чувствительности к излучению быстро растущих глиальных элементов. Поэтому, накапливаясь в последних, радиоактивный фосфор и радиоактивный йод своим излучением вызывают задержку их роста или разрушение.

Спасибо за внимание

