
Пешко Е.А.¹, Галица А.А.¹, Какаев А.М.¹, Журавлёв В.А.²

¹ Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Минск, Беларусь

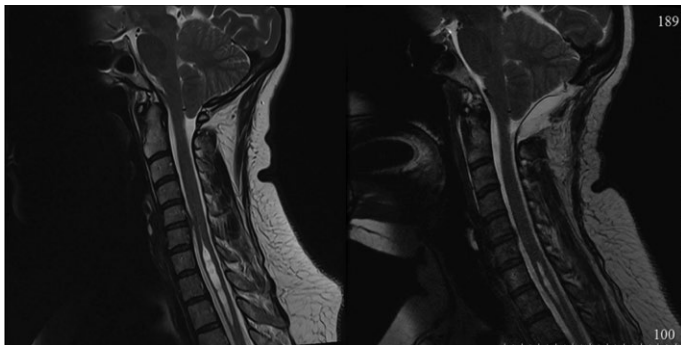
² Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Декомпрессия краниовертебрального перехода с пластикой твердой мозговой оболочки без вскрытия арахноидальной оболочки при мальформации Киари 1-го типа: опыт клинического наблюдения

Введение. Мальформация Киари 1-го типа (МК1) – это конституциональное аномальное развитие задней черепной ямки, характеризующееся каудальным смещением миндалин мозжечка ниже уровня большого затылочного отверстия на 5 мм и более. Заболевание может сопровождаться различными неврологическими нарушениями и требует хирургической коррекции при прогрессировании симптомов. Хирургическое лечение остается основным методом коррекции у пациентов с прогрессирующей клиникой или выраженной компрессией ствола головного мозга и мозжечка. На сегодняшний день не существует единой стандартизированной операции при МК1: выбор хирургической тактики зависит от анатомических особенностей пациента, выраженности симптомов, наличия сопутствующих патологий (например, синингомиелии), а также предпочтений нейрохирурга.

Цель. Продемонстрировать эффективность малоинвазивного хирургического подхода при лечении мальформации МК1, включающего заднюю субокципитальную декомпрессию с пластикой твердой мозговой оболочки без вскрытия арахноидальной оболочки, и обсудить его место среди существующих методов лечения.

Клинический случай. Представлен случай успешного хирургического лечения 48-летней пациентки с диагнозом МК1. Основными жалобами являлись головная боль, усиливающаяся при кашле и наклонах, головокружение, отсутствие чувствительности в левой руке и правой ноге. Неврологический статус выявил умеренные церебеллярные расстройства, нарушение болевой и температурной чувствительности в левой руке и правой ноге в остальном без значимого дефицита. МРТ головного мозга подтвердила каудальное смещение миндалин мозжечка более чем на 5 мм ниже уровня большого затылочного отверстия, с наличием синингомиелии на уровне C2 – Th2. На основании клинической картины и визуализационных данных было принято решение о хирургическом лечении.



MPT пациентки до и после оперативного лечения, на послеоперационной MPT отмечается регресс сирингомиелии

Выполнена задняя срединная субокципитальная резекционная трепанация с удалением задней дуги атланта (C1), что позволило расширить краниовертебральный переход. После чего выполнено вскрытие твердой мозговой оболочки с последующей ее пластикой. Арахноидальная оболочка не вскрывалась, что позволило сохранить ее целостность и избежать возможных интраоперационных травм структур ствола мозга и черепных нервов. Операция прошла без осложнений.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде отмечено улучшение неврологического статуса: регресс головной боли. Контрольная MPT через 1 месяц показала восстановление ликвородинамики и регресс анатомических изменений (см. рисунок). Пациентка вернулась к трудовой деятельности. Осложнений со стороны нервной системы зафиксировано не было.

Заключение. МК1 представляет собой сложное заболевание, требующее индивидуализированного подхода в выборе хирургической тактики. На сегодняшний день существует несколько основных оперативных подходов:

1. Задняя субокципитальная декомпрессия с частичной резекцией C1 без вскрытия твердой мозговой оболочки:
 - Преимущества: простота выполнения.
 - Недостатки: высокий риск рецидива, отсутствие полноценной реконструкции, возможный дефицит ликвородинамики.
2. Декомпрессия с вскрытием арахноидальной оболочки, разделением арахноидальных спаек и пластикой твердой мозговой оболочки:
 - Преимущества: увеличение объема субарахноидальных пространств, улучшение ликвородинамики, снижение риска рецидивов.

-
- Недостатки: высокий риск повреждения ствола мозга и черепных нервов, возможность формирования ликворных кист, длительный восстановительный период.
3. Декомпрессия с частичной резекции миндалин мозжечка:
- Преимущества: может быть эффективной при выраженном каудальном удлинении миндалин, особенно если их форма препятствует адекватной декомпрессии.
 - Недостатки: техническая сложность, риск кровотечения, потенциальные долгосрочные функциональные последствия, связанные с резекцией тканей мозжечка.
4. Декомпрессия без вскрытия арахноидальной оболочки (предлагаемый метод):
- Преимущества: снижение риска интраоперационных и послеоперационных осложнений, отсутствие необходимости в разделении арахноидальных спаек, быстрое восстановление, минимальный риск ликвореи и инфекций.
 - Недостатки: ограниченная применимость у пациентов с выраженными арахноидальными спайками.

Хирургическое лечение МК1 должно быть строго индивидуализировано с учетом анатомических особенностей, клинической симптоматики и визуализационных данных. Предложенный метод – декомпрессия краниовертебрального перехода с пластикой твердой мозговой оболочки без вскрытия арахноидальной оболочки – демонстрирует хорошие клинические результаты, является безопасным и может быть рекомендован как один из вариантов малоинвазивного подхода у отобранных пациентов.

Международный научно-практический журнал

НЕВРОЛОГИЯ и нейрохирургия

Восточная
Европа

2025, том 15, № 1. Приложение

Neurology and Neurosurgery Eastern Europe
International Scientific Journal

2025 Volume 15 Number 1 Supplement



Филипа де Кастро и Карлос Пинильос в балете *Passo Continuo*.
Хореография Мауро Бигонцетти, музыка Антонджулио Галеандро.
Ballet Icons Gala 2021, сцена London Coliseum, ноябрь 2021 года.

Тезисы XXIV Республиканской научно-практической
конференции с международным участием
молодых специалистов

«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ»

Барановичи, 22 мая 2025 года

ISSN 2226-0838 (Print)

ISSN 2414-3588 (Online)



9 772226 083006



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ