**Актуальность темы**: В современных условиях возможности методов визуализации в патологии нервной системы позволяют увидеть развитие процесса (в данном случае опухоли), с высокой разрешающей способностью. Т.е. когда клинические проявления могут быть минимально выраженными , либо отсутствовать .

Поэтому чрезвычайно важной задачей для врача-невропатолога, нейрохирурга ведущего амбулаторный прием больных становиться онкологическая настороженность , обоснованная клинически .

**Введение**

Клиническая картина, вызываемая опухолью спинного мозга, находится в зависимости:

* от уровня расположения опу­холи по длиннику спинного мозга .
* локализации ( интра- или экстрамедуллярной)
* при экстрамедуллярной локализации — прилежит ли она к задней, заднебоковой или передней поверхности мозга .
* скорости роста
* размера резервного пространства позвоночного канала.

Тем не менее, помимо топических признаков можно выделить , так называемые общие симптомы свойственные в той или иной степени всем опухолям спинного мозга. К числу таких симптомов относятся: синдром поперечного, прогрессивно развивающегося поражения спинного мозга или корешков кон­ского хвоста, механическая блокада субарахноидального про­странства, белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости. (2)

# Статистика (1,2,3)

Большин­ство заболеваний приходится на средний и зрелый возраст — от 30 до 50 лет. Дети заболевают значительно реже, чем взрослые.

Экстрамедуллярные опухоли встречаются в 4 раза чаще интрамедуллярных. Среди всех внутрипозвоночных опухолей экстра­медуллярные субдуральные составляют 65,4%,интрамедуллярные 20 %, экстрадуральные (эпидуральные)— 15%. Опухоли типа «песочных часов» являются особыми топографоанатомическими вариантами экстрадуральных новообразо­ваний. Они могут быть экстрадурально-экстравертебральными или экстраинтрадуральными.

К довольно часто встречающимся внутрипозвоночным ново­образованиям относятся опухоли конского хвоста (15%). Опухоли «крестцовой елочки», исходным местом воз­никновения которых являются корешки, оболочки и экстрадуральная часть конечной нити, расположенные каудальнее дурального мешка в нижних отделах крестцового канала, очень редки — не более 1 %.



Рис. 1. Распределение по возрасту больных опухолью спинного мозга.(1)

а — повозрастное распределение,населения, б — повозраст­ное распределение больных опухолью спинного мозга.

Локализация опухолей по длиннику спинного мозга (1)

|  |  |
| --- | --- |
| Положение опухолей | Количество опухолей в различных сегментах спинного мозга |
|  | СI-СIII | СIV-ThI | ТhII ThIX | ThX-LI | LII-SI |
| Экстрамедуллярные Интрамедуллярные | 31 | 18 12 | 80 4 | 25 3 | 25 1\* |
| Общее число . . . | 4 | 30 | 84 | 28 | 26 |

\*• Опухоль конечной нити спинного мозга — filum terminale,

**Клиника начальных стадий заболевания .**

В 80 % случаев – боль единственный симптом на протяжении многих лет у больных с опухолями позвоночника и спинного мозга. Только когда наступает декомпенсация функции спинного мозга – с трудом слушаются руки, слабеют ноги – больной обращается к доктору.

Болевой синдром служит основанием для ошибочных диагно­стических выводов чаще, чем какие-либо другие клинические про­явления опухолей спинного мозга. Наиболее распространенные диагностические ошибки — предположения о сухом плеврите, холецистите, заболеваниях сердца, аппендиците. Главной причи­ной столь грубых диагностических ошибок, приводящих в единичных случаях к производству лапаротомии, является невнима­ние к *особенностям* болевых ощущений и их детализации . Иногда просто не учитывается локализация боли соответственно району иннервации определенного корешка, характер боли — ощущение опоясывания или сдавления, зависимость ее от положения тела, время возникновения (более характерны ночные боли ). Эти ошибки тем более досадны, что уже в корешковой стадии при объективном исследовании по­чти всегда можно обнаружить гиперестезию в зоне иннервации пораженных корешков, наиболее отчетливую при сжимании ко­жи в складку, и слабо намеченные проводниковые нарушения книзу от очага, характерно также выпадение брюшных рефлексов при локализации опухоли в грудном отделе позвоночника .

 Для экстрамедуллярных опухолей характерны три стадии: 1) корешковая, 2) броун-секаровского син­дрома и 3) парапареза (параплегии). Такое подразделение в значительной части случаев схематично, поскольку не все эти ста­дии, могут быть установлены отчетливо.

1) Корешковая стадия характеризуется в первую очередь интенсивными болями, особенности которых в типичных случаях могут служить основанием для предположения о компрессион­ном процессе. Наибольшей силы болевые ощущения достигают при опухолях конского хвоста; при опухолях шейной локализа­ции они почти столь же значительны. Но­вообразования на уровне грудного отдела не так редко протекают с весьма умеренными корешковыми болями или даже с полным отсутствием их. Частота наблюдений без симптомов (1) раздражения корешков по отношению ко всем наблюдениям экстрамедулляр­ных опухолей равна 10—18%. В основном сюда относятся опухоли вентральной и вентролатеральной лока­лизации. Опухоли, исходный рост которых не связан с задним корешком, например менингиомы, а также новообразования более мягкой консистенции, оказывающие меньшее давление на кореш­ковые волокна, также протекают нередко без выраженного боле­вого синдрома (липомы). Напротив, при бластоматозном росте инфильтрирующего типа (рак оболочек, саркомы) радикулярные боли всегда резки.

2) Броун-секаровская стадия характеризуется наличием на стороне опухоли центрального пареза, нарушения мышечно-суставного чувства, тактильной, вибрационной, двумерной чувстви­тельности, утратой способности распознавать письменные знаки при нанесении их на кожу. Контралатерально определяется гипестезия болевой, температурной , в меньшей степени, тактильной чувствительности. Проводниковые парестезии — чаще на стороне очага, что свидетельствует об обусловленности их раздражением преимущественно одноименного заднего столба спинного мозга. Также характерно и то,что в редких случаях синдром половинного поражения бывает выражен в «классическом» виде. 3) Стадия поражения всего поперечника спинного мозга, как правило, наиболее длительна. Локальная неврологическая симп­томатика в этом периоде зависит от расположения очага по длиннику и от отношения его к поверхности спинного мозга .Средняя продолжительность клинического течения при экстрамедуллярных опухолях 2—3 года, но во многих слу­чаях, к примеру, при опухолях конского хвоста, она зачастую зна­чительно больше, иногда до 10 и более лет.

 Интрамедуллярные опухоли, развиваясь в сером веществе, по мере своего роста начинают изнутри давить на белое вещество с содержащимися в нем проводниками и вызывают ту же картину поперечного синдрома.

 Для опухоли данной локализации характерно прогрессирующее развитие синд­рома поперечного поражения мозга, длящееся до наступления параплегии от нескольких месяцев (при злокачественных опу­холях) до 1/2—3 лет и больше (при доброкачественных).

 Однако интрамедуллярные опухоли имеют свои клинические особенности , что позволяет уже на стадии предварительного диагноза заподозрить именно данную локализацию процесса .. Болевой синдром- жалобы на боли , в проекции возможной локализации опухоли не­редки и у больных внутримозговыми опухолями. Но при послед­них больной испытывает не ощущение стягивания, а тупое чув­ство, которое он характеризует определениями «ноющая» или «ломящая», реже «грызущая боль». Топография этих ощущений несколько другая: не чувство опоясывания или боли вдоль оси конеч­ности, а ощущения на более ограниченном участке, например лишь в проксимальном отделе руки при опухолях шейного отдела спин­ного мозга. Указанные особенности ощущений обусловлены раз­дражением чувствительных нервных элементов, содержащихся в заднем роге и в прилегающей к нему лиссауеровской зоне.

Синдром Броун—Секара, четко выраженный, веско говорит за сдавление спинного мозга, то же — и в отношении тех редких случаев, когда констатируют выраженное преобладание симптома­тики, указывающей на поражения половины спинного мозга, противоположной очагу. Однако элементы этого синдрома могут быть отмечены иногда и при внутримозговой локализации опухоли .

Большое значение для дифференциального диагноза между экстра- и интрамедуллярной локализацией опухоли имеет наблю­дение над динамикой проводниковых нарушений чувствительно­сти. При экстрамедуллярной компрессии, как парестезии, так и выпадение чувствительности появляются сначала в дистальных отделах нижних конечностей, и только на протяжении более или менее длительного времени граница парагипестезии повышается, достигая постепенно уровня, соответствующего локализации оча­га (закон эксцентричного расположения длинных проводников в спинном мозгу). Напротив, если исходное место роста опухо­ли — серое вещество спинного мозга, анестезия распространяется в нисходящем направлении. Другой весьма существенной осо­бенностью динамики проводникового расстройства чувствитель­ности, характерной для интрамедуллярных новообразований, яв­ляется сравнительно быстрое повышение верхнего его уровня. Нарушения в двигательной сфере также представляют некото­рые различия. А именно, у больных с внутримозговыми опу­холями сегментарные парезы конечностей, обусловленные пора­жением клеток передних рогов спинного мозга, как правило, бо­лее диффузны, чем парезы корешкового происхождения.

 Прогрессирующее течение процесса не всегда характерно , как исключение можно представить ремиссии, в основе которых лежат главным образом перифокальные реактивные изменения типа кистозного или слипчивого арахноидита, возникающего обычно непосредственно выше бластоматозного очага. Ремитирующее течение может быть обуслов­лено и дегенеративными изменениями - некрозом в ткани самой опухоли, главным образом при невриноме. В наибольшей степени длительные и значительные времен­ные улучшения свойственны клинике *опухолей конского хвоста*.

 Внезапное начало болезни — более редкая особенность кли­нического течения спинальной опухоли. Этом отношении важна провоцирующая роль неблагоприятных добавочных факторов: перегревания, ушибов спины, иногда не­значительных (возможность смещения опухолевого узла), физического перенапряжения (острое повышение давления в спинальном субарахноидальном пространстве). Этих условий оказывает­ся достаточно, чтобы новообразование, начавшее свой рост задолго до воздействия вредоносного фактора, смогло внезапно проявиться массивными неврологическими симптомами спинальной компрессии.

Механическая блокада субарахноидального про­странства, белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости также являются специфичными для опухолевого процесса , хотя в настоящее время уступают свои позиции высокоинформативным современным неинвазивным методам КТ и МРТ.

Частичный блок субарахноидального пространства .

* Проба Квекенштедта (сдавление яремных вен в течение 10—15 сек)—вместо быстрого, по истечении 1—2 сек, повышения ликворного давления примерно в 2.5—3 раза подъем водяного столба манометра более медлен­ный и максимальные цифры меньше. После прекраще­ния сдавления вен давление быстро падает до цифр несколько больших, чем исходные. Иногда, после эвакуации лишь несколь­ких миллиметров жидкости, истечение ее быстро прекращается. В случаях же полной блокады компрессия яремпых вен вовсе не влияет на уровень ликворного давления.
* Проба Стуккея (проба «брюшных вен» )давление цереброспинальной жид­кости повышается в еще большей степени, чем в норме, но подъ­ем его замедлен, а после прекращения пробы оно падает до уров­ня ниже первоначального. В противоположность пробе шейных вен, проба брюшных вен (проба Стуккея) даст ускорение вытекания спинномозговой жидкости и в случае блокады субарахноидального пространства(2.)
* Проба Пуссепа результаты аналогичны таковым при пробе Квекенштедта, но они не так показательны, поскольку степень повышения ликворного давления при первой из этих проб и в норме значительно меньше.

Изменения состава цереброспинальной жидкости при спинальных опухолях выражаются в белково-клеточной диссоциации. Степень гиперальбуминоза может быть столь велика, что ликвор свер­тывается тотчас после его получения (феномен спонтанной коа­гуляции Фруан—Нонне). Чем каудальнее локализуется опухоль, тем , увеличение содержания белка в нем больше.

В зави­симости от степени, а главное — от длительности блокады суб­арахноидального пространства общее количество белка повы­шается от 0,4 до 5—8°/оо, а иногда и выше—до 15—20°/оо. Ксантохромия цереброспинальной жидкости встречается у боль­ных опухолями спинного мозга в 40—50% наблюдений. Она так­же наиболее отчетлива при расположении новообразования в нижних отделах спинального субарахноидального пространства. Атипичные клетки (опухолевые) обнаруживаются в редких случаях, в основном при метастатическом раке мягких мозговых оболочек и при метастазах медуллобластомы в ликворные пути.

Обычно степень выраженности механической блокады при субдурально-экстрамедуллярных опухолях больше, чем при эпидуральных. Новообразования сравнительно мягкой консистенции прилегают интимнее к поверхности спинного мозга и потому ча­ще приводят к полному разобщению субарахнондального пространства. По той же причине при кистозно-перерожденных опухо­лях, — это в первую очередь относится к невриноме, которая более склонна к кнстозной дегенерации, чем менингиома, — блокада подпаутинных пространств возникает сравнительно реже.

## **Симптом ликворного толчка**

Симптом, впервые описанный И. Я. Раздольским, со­стоит в резком усилении при опухолях спинного мозга корешко­вых болей, наступающих при сдавливании шейных вен по Квекенштедту.

Боли распространяются по ходу корешков, раздра­жаемых опухолью. На туловище они носят типичный опоясы­вающий характер, на конечностях—продольный. Симптом ликворного толчка являет­ся почти специфичным для опухолей спинного мозга. Кроме опухолей, он исключительно редко и в слабой степе­ни наблюдается только *при кистозных арахноидитах*. При последних могут со­здаваться аналогичные условия, как и при опухолях, т. е. смещение кисты под действием «ликворной волны» и раз­дражение ею чувствительного корешка, расположенного в непосредственном соседстве. Однако симптом ликворного толчка встречается не при всех

опухолях. Наиболее часто он встречается при субдуральных опу­холях, редко и обычно в нерезкой степени — при эпидуральных и, как правило, не наблюдается при интрамедуллярных.. Для субдуральных неврином типично раннее появ­ление симптома ликворного толчка, еще до возникновения спинальных проводниковых нарушений; для арахноидэндотелиом более характерно позднее его появление.

Симптом ликворного толчка отсутствует при радикулитах и висцеральных болях. Дифференциально-диагностическое значе­ние его в отношении этих заболеваний тем более существенно, что при них, как и при опухолях спинного мозга, кашель, чиха­ние, 'физическое напряжение, вызывающие повышение внутриче­репного давления, а также сотрясение тела, обычно усиливают корешковые, а также висцеральные боли, симптом же ликвор­ного толчка при них отсутствует как правило.

Симптом корешковых болей положения - обусловлен зависимостью корешковых болей при опухо­лях спинного мозга от положения тела в пространстве. На зависимость корешковых болей от положения тела впервые об­ратил внимание Дэнди (Dandy), но особенно подробно ее изу­чил и описал И. Я. Раздольский, назвавший такое усиление бо­лей симптомом «корешковых болей положения». Сущность сим­птома состоит в усилении корешковых болей при горизонталь­ном положении больного в кровати и в ослаблении их при поло­жении полусидя, с высоко приподнятой верхней частью туло­вища, сидя или стоя. Сим­птом наблюдается только при экстрамедуллярных опухолях; од­нако при локализации их в шейном и верхнегрудном отделах спинного мозга он обычно .не наблюдается. При интрамедуллярных опухолях рассматриваемый симптом, как правило, отсут­ствует. Чем ниже располагается опухоль, тем чаще вызывается симптом корешковых болей положения и интенсивность его на­растает. Часто он встречается при опухолях конского хвоста. Симптом редко наблюдается при эпидуральных опухо­лях, а из субдурально-экстрамедуллярных опухолей он значи­тельно чаще встречается при невриномах, чем при менингиомах. Более частое возникновение симптома корешковых болей по­ложения при невриномах объясняется расположением послед­них в области задних корешков.

Патогенез симптома неясен. Вероятно, при положении сидя или стоя опухоль отдаляется от спинного мозга и корешков. При положении же больного лежа давление опухоли на задний корешок усиливается..

# Симптом остистого отростка

Болезненность при перкуссии и надавливании на остистый отросток наблюдается при многих процессах — как в самих позвонках (спондилит, в частности туберкулезный, опухоли по­звоночника, дисциты, спондилоартриты), так и по соседству с ними (экстрамедуллярные опухоли, менингомиелиты, радику­литы). При спондилите болезненность пораженного позвонка наблюдается как правило, а отсутствие ее—как редкое исключение. Менее часто такая болезненность при давлении на позвонок на­блюдается при его опухолях. Еще реже она возникает при пер­вичных экстрамедуллярных опухолях спинного мозга. Поколачивание по остистому отростку вызывает сотрясение дужки позвонка. Это может обусловить раздражение задних корешков, проходящих через межпозвоночные отверстия и тем самым уси­лить корешковые боли. Кроме того, перкуссия остистого отро­стка может раздражать и волокна задних столбов спинного мозга, приводя к возникновению проводниковых парестезий.

При интрамедуллярных опухолях симптом остистого от­ростка обычно отсутствует. При экстрамедуллярных опухолях его не удается вызвать тогда, когда они имеют мягкую консистен­цию (например липомы) или же, будучи плотными (например менингиомы), расположены на передней или переднебоковой по­верхности спинного мозга; напротив, при тех же опухолях круп­ных размеров, располагающихся на задней и заднебоковой по­верхности мозга, симптом остистого отростка наблюдается часто.

Патогенез симптома остистого отростка, как было указано выше, довольно сложный; в основе усиления корешковых болей лежит раздражение этих корешков сотрясаемым позвонком; что же касается проводниковых парестезий, то причиной их является передача сотрясения через дужку позвонка и прилежащую к ней опухоль нервным волокнам, проходящим в задних столбах. Этим обстоятельством объясняется то, что при экстрадуральных опухолях, расположенных на задней поверхности мозга, сим­птом остистого отростка наблюдается, как правило, при субдуральной же локализации — значительно реже.

При использовании симпто­ма как признака, указывающе­го на уровень локализации па­тологического процесса, необ­ходимо убедиться в наличии или отсутствии гиперпатии на сдавливание складки кожи над болезненным при перкуссии позвонком. При туберкулезном спондилите и опухолях позвон­ка болезненность при перкус­сии обусловлена сотрясением

самого пораженного позвонка и она соответствует этому по­звонку. При экстрамедуллярных опухолях спинного мозга болез­ненность позвонка связана с гиперпатией кожи над остистым отростком. Опухоль располагается выше этого места, соответ­ственно месту отхождения от мозга корешка, иннервирующего кожу, покрывающую данный остистый отросток.

В топическом отношении особенно большое значение имеют проводниковые парестезии. Они возникают только при поколачивании остистого отростка той дужки, на уровне которой рас­положена опухоль. Таким образом, остистые отростки, при пер­куссии которых возникают проводниковые парестезии, прямо указывают на локализацию опухоли.

**Рентгенологические признаки .**

Тщательное изучение рентгенограмм позвоночника при опу­холях спинного мозга может выявить и изменения, характерные для них. При рассмотрении спондилограмм в первую очередь следует обращать внимание на корни дуг позвонков. На фасных спондилограммах корни дуг видны в виде вертикальных овалов, прое­цирующихся на боковые отделы тела позвонка. Высота, форма овалов и расстояние между ними в норме несколько отличаются в разных отделах позвоночника ,форма и размеры симмет­ричных овалов на строго фасных спондилограммах в норме, как правило, совершенно одинаковы. При опухолях спинного мозга корни дуг на уровне расположе­ния опухоли могут претерпевать различного рода изменения. Чаще всего изменяется форма овалов. Очертания их, обращенные к сред­ней линии, вследствие уплощения внутреннего края постепенно утрачивают свой выпуклый харак­тер; в дальнейшем они становятся вертикальными, а при больших опухолях даже вогнутыми, и очер­тание овалов приобретает серпо­видную форму с вогнутостью, обращенной к средней линии.

Наряду с истончением и изме­нением формы овалов может на­блюдаться и изменение их вер­тикальных размеров - они становятся ниже, с уменьшением выпуклости овалов, обращенной к средней линии, увеличивается расстояние между ними, они как бы раздвигаются.

Описанные изменения рентгенографического изображения корней дуг весьма типичны для опухолей спинного мозга. При тщательном изучении .спондилограмм больных с такими опухо­лями различные степени описанных нарушений могут быть обна­ружены в 35—40°/о (2). Чем больше опухоль, тем эти изменения вы­ражены резче. Они часто встречаются при экстрамедуллярных, чем интрамедуллярных опухолях, а среди первых-главным образом при эпидуральных.

При крупных опухолях, особенно конского хвоста, на про­фильных спондилограммах иногда можно отметить углубление задней стенки позвонков. За счет рассасывания корней дуг, изредка самих дуг, и образования углубления в задней стенке позвонка позвоночный канал на рентгенограммах представляется расширенным, иногда резко.

При эпидурально-экстравертебральных опухолях (опухоли в форме «песочных часов») обычно обнаруживается расширение межпозвоночного отверстия. При росте преимущественно экстра-вертебральной части опухоли иногда может, помимо того, наблю­даться изменение головки ребра. Она в таких случаях представ­ляется как бы изъеденной, несколько смещенной, может на­блюдаться раздвигание соседних ребер. Среди доброкачествен­ных опухолей расширение межпозвоночного отверстия харак­терно для эпидурально-экстравертебральных неврином.

Описанные изменения позвонков наблюдаются на уровне расположения опухоли. При асимметрично расположенных опухолях эти изменения, как правило, появляются в первую очередь и бывают резче выражены на стороне опухоли.

Наиболее редко встречаются изме­нения позвонков при интрамедуллярных опухолях и выражаются главным образом в незначительном расширении позвоночного канала.

При спондилографии сама опухоль, тень которой наклады­вается на тени позвонков, как правило, не бывает видна. Исклю­чение составляют только те опухоли, в ткань или в капсулу ко­торых отлагаются соли извести, а также опухоли, прорастаю­щие за пределы позвоночника. Обызвествление опухолей спин­ного мозга бывает весьма редко; оно наблюдается главным об­разом при некоторых видах арахноидэндотелиом (псамотозные арахноидэндотелиомы), и тогда на уровне расположения опу­холи межпозвоночное отверстие обычно является затемненным, видимым менее отчетливо.

При прорастании опухоли за пределы позвоночника круглая или овальная тень опухоли, накладываясь на тень мягких тка­ней, может выступать более или менее отчетливо, особенно при расположении опухоли в области грудного и поясничного отде­лов позвоночника.

# Дифференциальный диагноз

Среди ошибочно диагностированных заболеваний пер­вое место по частоте занимает диагноз заболеваний неопухолевого характера, протекающих также с синдромом «ишиа­са»: пояснично-крестцовый радикулит, плексит. При этом неучитывается то, что боли усиливаются в горизонтальном положении, болевой синдром двусторонен, постепенно снижаются не только ахилловы, но и коленные рефлексы, могут быть расстройства мочеиспускания. При грыжевых выпячиваниях межпозвонковых дисков начало болезни более ост­рое, обычно в непосредственной хронологической связи с подъе­мом тяжести; течение выражение ремитирующее; первые болевые ощущения возникают в пояснично-крестцовой области, и лишь затем, при повторных «атаках люмбаго», они распространяются по ходу нервных стволов конечностей. Кроме того, для патологии дисков типично усиление болей в вертикальном положении и уменьшение их в горизонтальном; неврологические симптомы большей частью односторонни; они гораздо элективное, чем при опухолях, и ограничены, как правило, признаками поражения Liv-v или Lv—Si, гораздо реже LIII-Liv корешков; изменения состава ликвора сравнительно невелики/.Следует учитывать и то, что дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата могут и как правило сопутствуют опухоли спинного мозга.

Дифференциальный диагноз от арахноидита: При арахноидите начало болезни острое, часты ремиссии, во многих случаях очень длительные, двигательные нарушения почти всегда преоб­ладают над чувствительными, неврологическая симптоматика указывает на большое протяжение процесса по длиннику спин­ного мозга, тазовые нарушения или отсутствуют, или лишь сла­бо намечены, корешковые боли почти всегда двусторонние, из­менения со стороны ликвора менее значительны. Однако следует иметь в виду возможность наличия наряду с опухолью и сопут­ствующей арахноидальной кисты, «спонтанное» опорожнение ко­торой приводит иногда к временному регрессу гиездных симп­томов. Ликворологические критерии также имеют большей частью только относительное значение. В частности, и при арахноидитах умеренный гиперальбуминоз и нерезко выраженная белко­во-клеточная диссоциация встречаются очень часто, тогда как плеоцитоз можно констатировать обычно лишь в периоды обост­рения хронического воспалительного оболочечного процесса. По­этому только очень резкое увеличение белка, выраженная ксантохромия, синдром Фруап—Нонне или полная блокада при ликвородинамических пробах могут служить достаточно вескими до­водами за опухолевую природу заболевания.

 Также в дифференциально-диагностическом отношении важен рассеянный склероз, а именно самую частую спинальную его форму. При ней сходство с клиникой спинальной опухоли усугубляется тем, что столь ха­рактерные для множественного склероза ремиссии очень часто от­сутствуют. В неврологическом отношении наиболее существенным отличием является «чистота» парапареза у больного рассеянным склерозом, т. е. наличие лишь признаков страдания пирамидных систем; проводниковые же нарушения чувствительности или пол­ностью отсутствуют, или, имеются лишь умеренно выражен­ные симптомы со стороны задних столбов спинного мозга, в пер­вую очередь расстройство вибрационной чувствительности. Кореш­ковые боли у больных рассеянным склерозом почти всегда отсут­ствуют, функции тазовых органов, как правило, не нарушены. Однако и при опухолях вентрального расположения неврологиче­ская симптоматика может ограничиваться нижним парапарезом. В таких случаях особо возрастает дифференциально-диагностиче­ская ценность данных ликворологического обследования, посколь­ку у больных рассеянным склерозом содержание белка в церебро-спинальной жидкости обычно не превышает верхнюю границу нормы и при ликвородинамических пробах можно констатировать нормальную проходимость субарахноидальных пространств.

 Возможности дифференциации от эпидурита невелики. Лишь весьма относительно за него могут говорить: широкая зона ко­решковых болей, то обстоятельство, что они не ослабевают после появления выраженной проводниковой симптоматики, избиратель­ное поражение мышечно-суставпого чувства (вследствие преи­мущественно дорсальной локализации эпидурита).

Основания для отграничения от менингомиелита возникают редко. При нем: начало болезни острое или подострое, нарушения функции тазовых органов (в первую очередь задержка мочи) возникают уже в первые дни, синдром половинного пора­жения спинного мозга если и встречается, то в исключительно редких случаях, и всегда гораздо менее четок, симптоматика в дальнейшем в той или иной степени регрессирует.

Клиническая картина фуникулярного миелоза — системного дегенеративного поражения длинных проводников спинного моз­га (злокачественное малокровие, авитаминоз В, раковая болезнь) имеет некоторые черты сходства с клиникой спинальной опухоли.

Однако при фуникулярном миелозе корешковые боли и выра­женные нарушения функций тазовых органов отсутствуют, про­водниковые парестезии и выпадения чувствительности (главным образом заднестолбовой) симметричны и значительно преобла­дают в дистальных отделах нижних конечностей, глубокие реф­лексы или снижены, или не вызываются вовсе, расстройства в чувствительной сфере резко преобладают над двигательными на­рушениями, гиперальбуминоз в ликворе обычно отсутствует, про­ходимость субарахноидального пространства при ликвородинамических пробах нормальна. В пользу предположения о фуни­кулярном миелозе говорят также ахилия и гиперхромная *анемия*.

 Семейная спинальная параплегия (форма Штрюмпеля) в еди­ничных случаях принимается за спинальную опухоль. Однако для этой формы характерны: семейность заболевания (но в половине случаев заболевание приходится все же рассматривать как спора­дическое), выраженное преобладание мужского пола, детский или молодой возраст, элективность поражения пирамидных, систем, «чистый» спастический нижний парапарез с сохранностью брюш­ных рефлексов, отсутствие корешковых болен и изменений в ликворе.

 **Вывод** : Исходя из вышеизложенного , можно сказать , что диагноз спинальной опухоли должен основываться на тщательном анализе всех доступных методов исследования .

При этом несмотря на наличие таких высокоточных методов визуализации как магнитно-резонансная, компьютерная томография , установление окончательного диагноза невозможн без клинического обследования , и рентгенологического , ликворологического обследований .

Литература:

1. «Хирургия центральной нервной системы .Хирургия спинного мозга .» ч.2 под ред. В.М. Угрюмова , 1969
2. «Опухоли спинного мозга и позвоночника» И.Я.Раздольский , 1958
3. Многотомное рук-во по неврологии т.5 разд «Опухоли спинного мозга» стр.482-542 , 1961
4. «Хирургия позвоночника спинного мозга и периферических нервов» В.П.Берснев,Е.А.Давыдов,Е.Н.Кондаков ,1998