

Опыт нашего центра в оперативном лечении спинномозговых грыж.



Ветеринарный врач клиники «БАРК»:
Чечулин Александр Владимирович




29 ФЕВРАЛЯ 2016

I ПОМОРСКАЯ ВЕТЕРИНАРНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ



Добрый день
УВАЖАЕМЫЕ
коллеги!!!



Рад Вас приветствовать
на

Первой Поморской

ветеринарной

Qui bene diagnoscit – bene curat.

конференции!!!

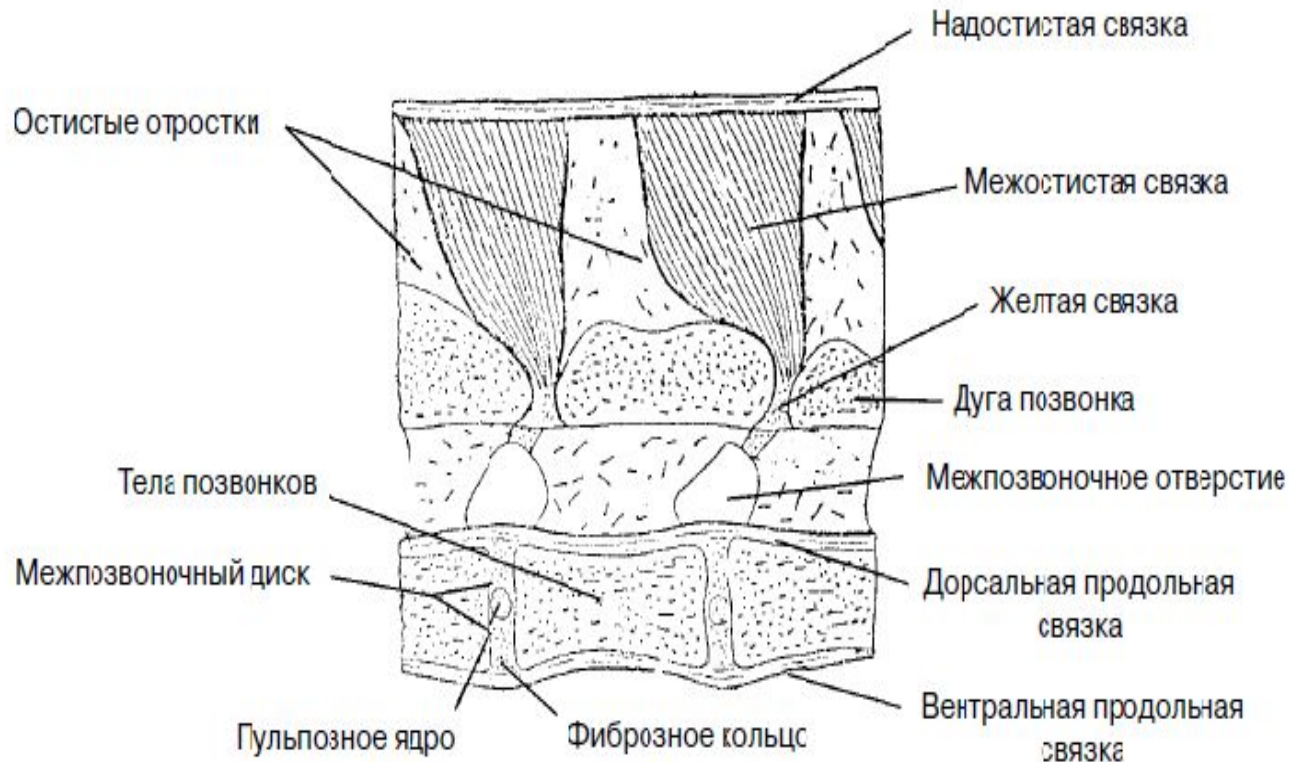
Анатомия:

Отделы:

1. Шейный (7 позвонков).
2. Грудной (13 –
позвонков).
3. Поясничной (7 позвонков).
4. Крестцовый (3
позвонка).
5. Хвостовой (23
позвонка).

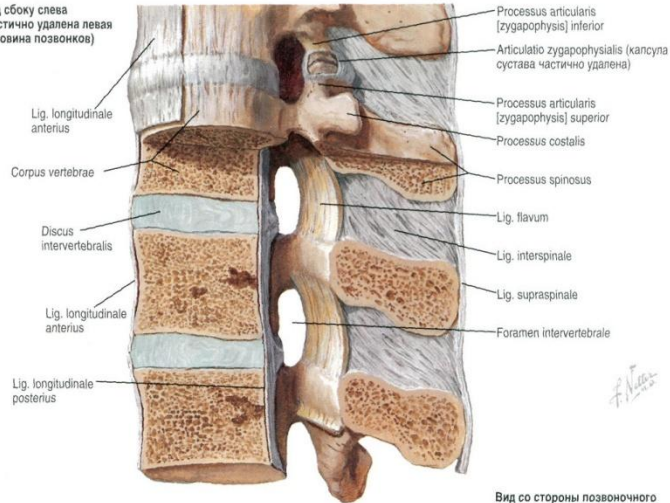


Анатомия:

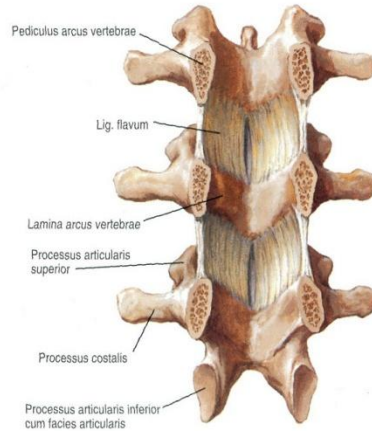


Анатомия:

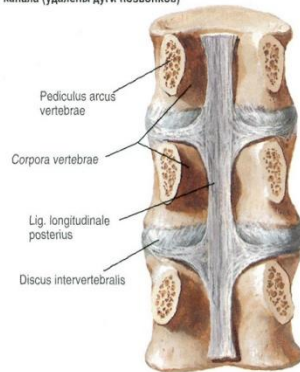
Вид сбоку слева
(частично удалена левая
половина позвонков)



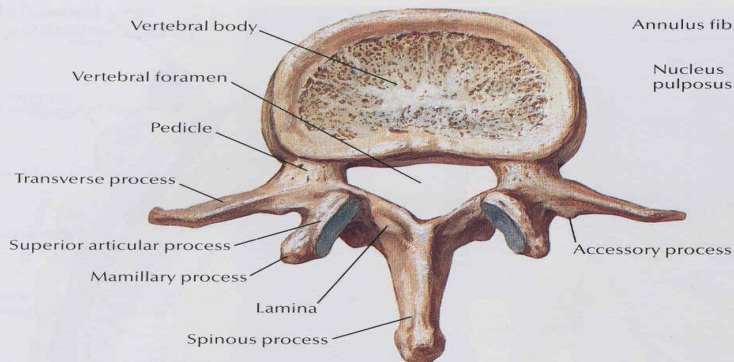
Вид со стороны позвоночного
канала на дуги позвонков



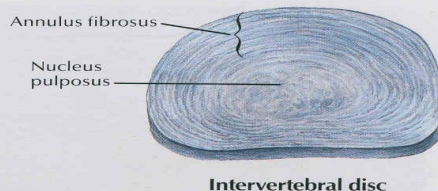
Вид сзади из позвоночного
канала (удалены дуги позвонков)



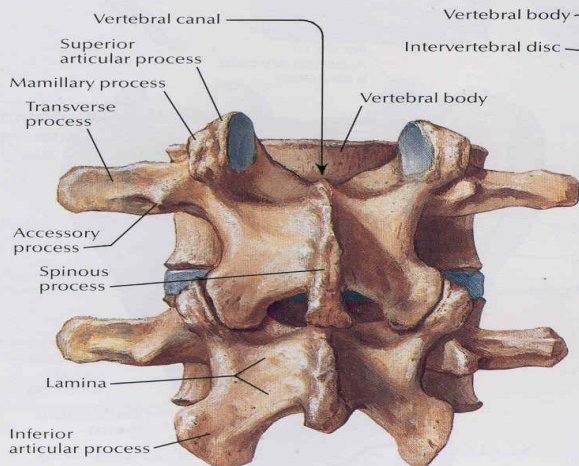
Анатомия:



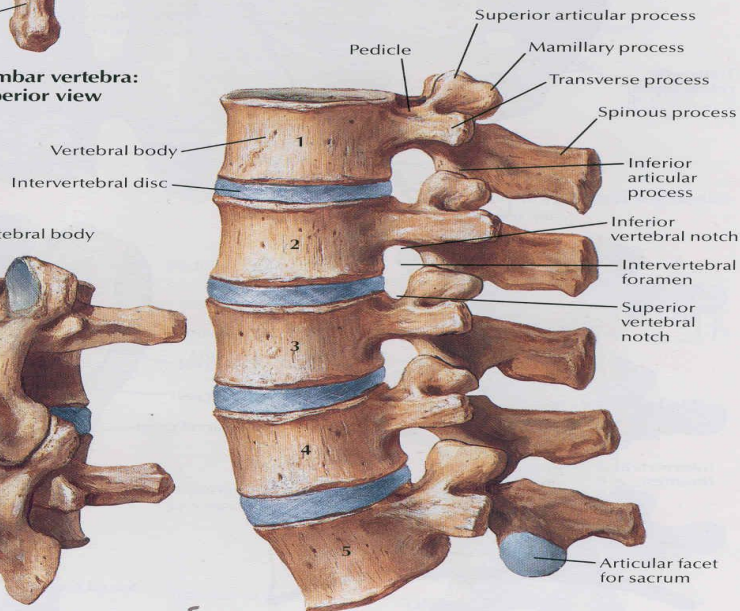
2nd lumbar vertebra:
superior view



Intervertebral disc



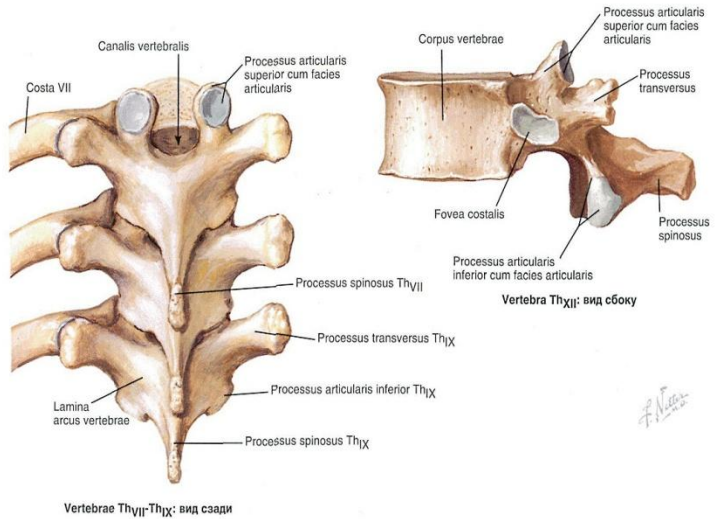
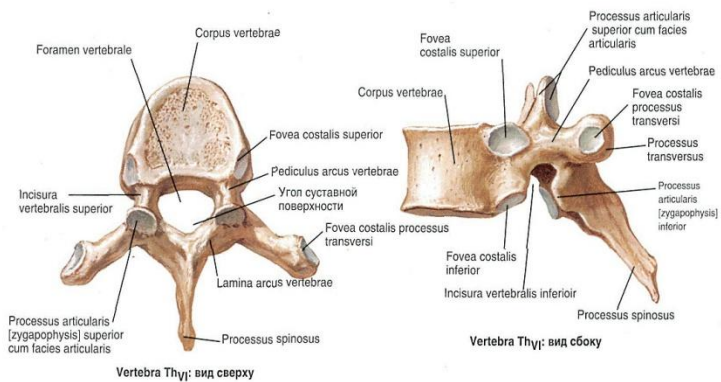
3rd and 4th lumbar vertebrae:
posterior view



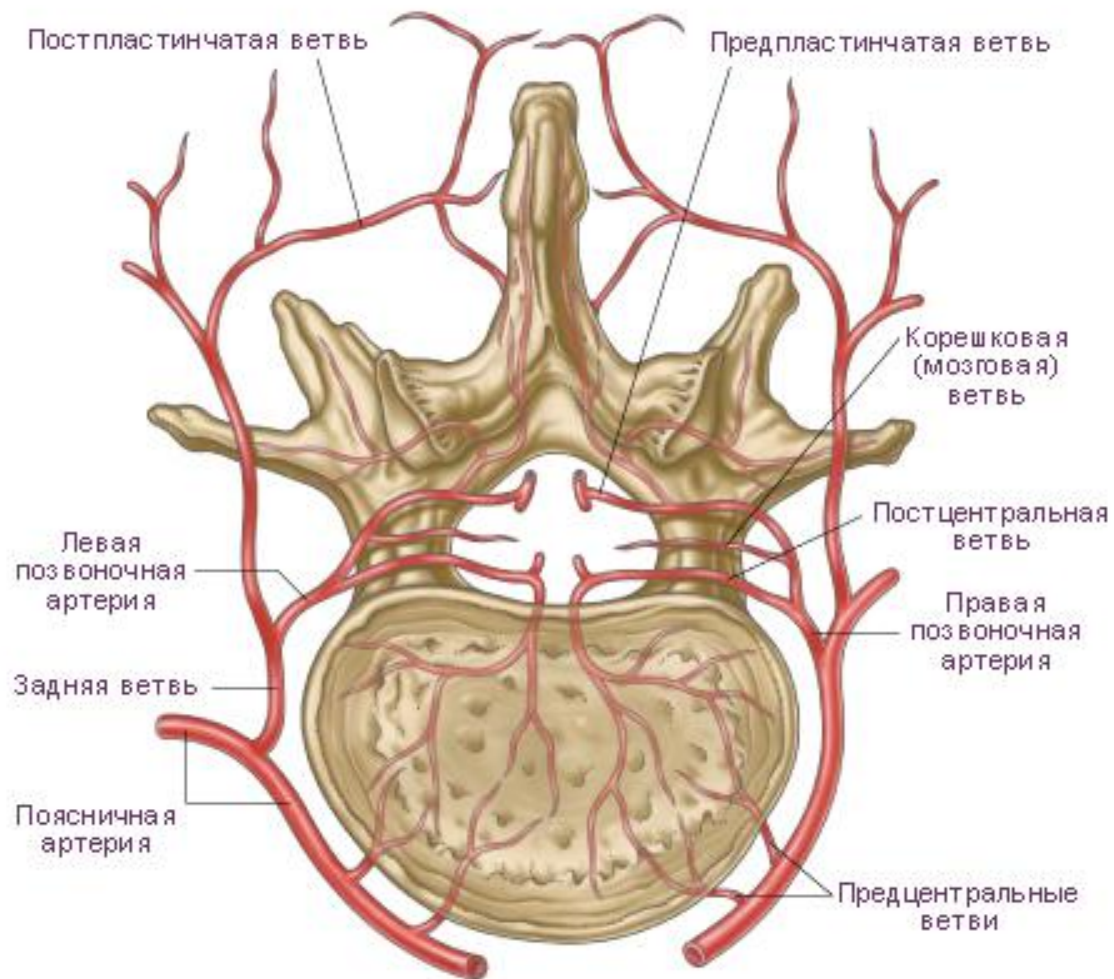
Lumbar vertebrae, assembled:
left lateral view

F. Netter
M.D.
© CIBA-GEIGY

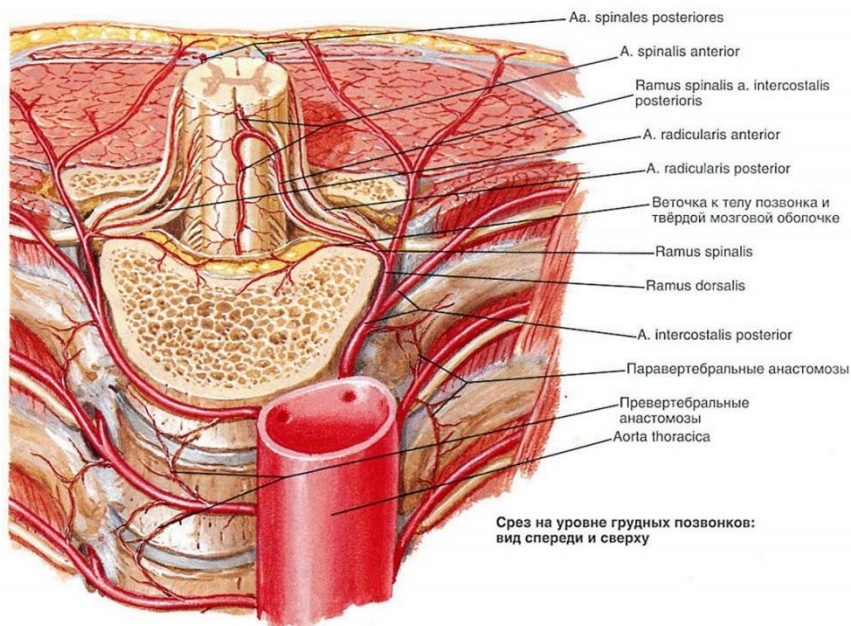
Анатомия:



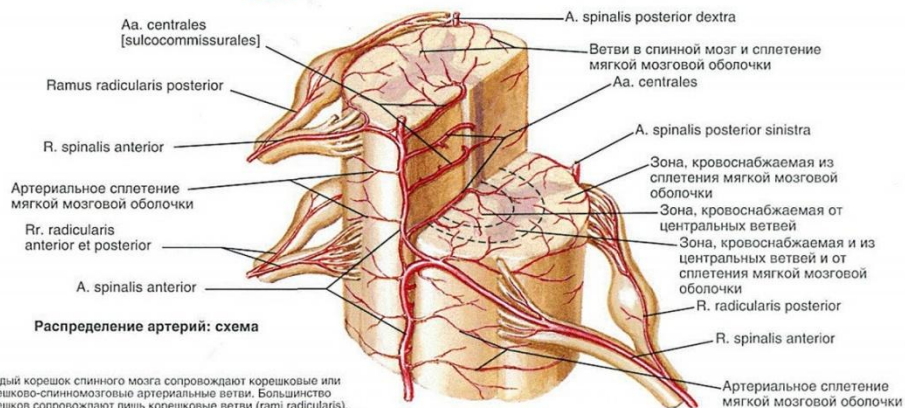
Анатомия:



Анатомия:



Срез на уровне грудных позвонков:
вид спереди и сверху

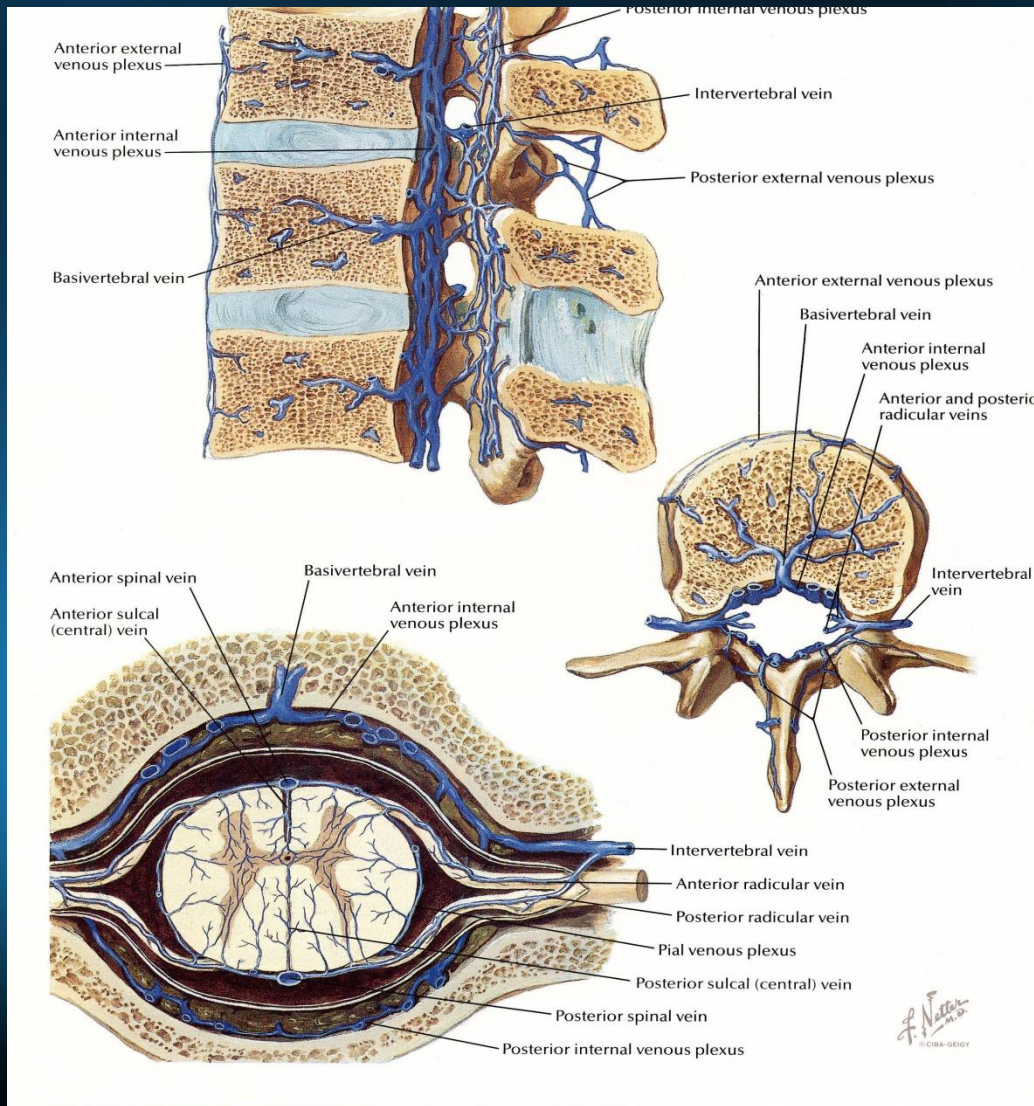


Распределение артерий: схема

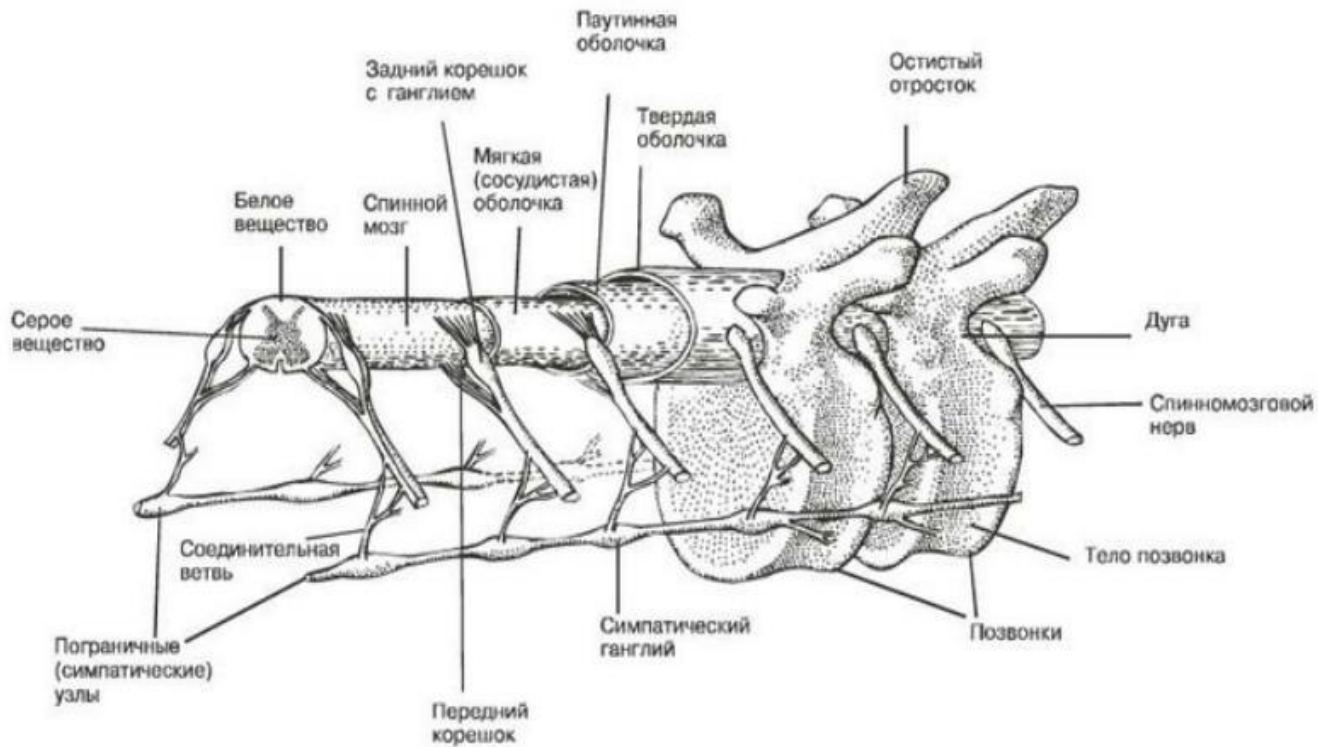
Каждый корешок спинного мозга сопровождают корешковые или корешково-спинномозговые артериальные ветви. Большинство корешков сопровождают лишь корешковые ветви (rami radicularis), которые заканчиваются в корешках спинного мозга. Часть корешков сопровождают спинномозговые ветви (rami spinales), и именно эти ветви доходят до спинномозговых артерий, aa. spinales anterior et posteriores и кровоснабжают спинной мозг.



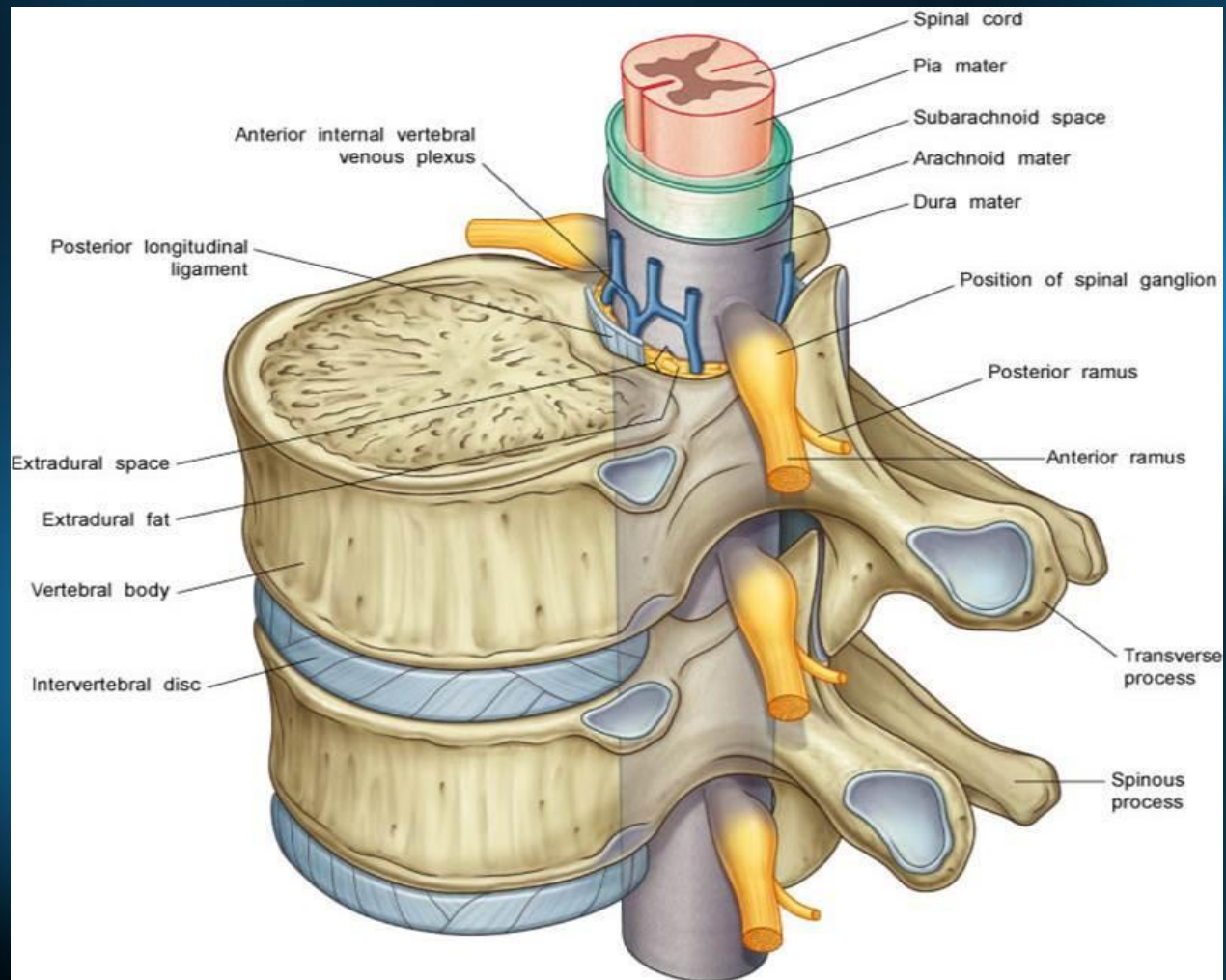
Анатомия:



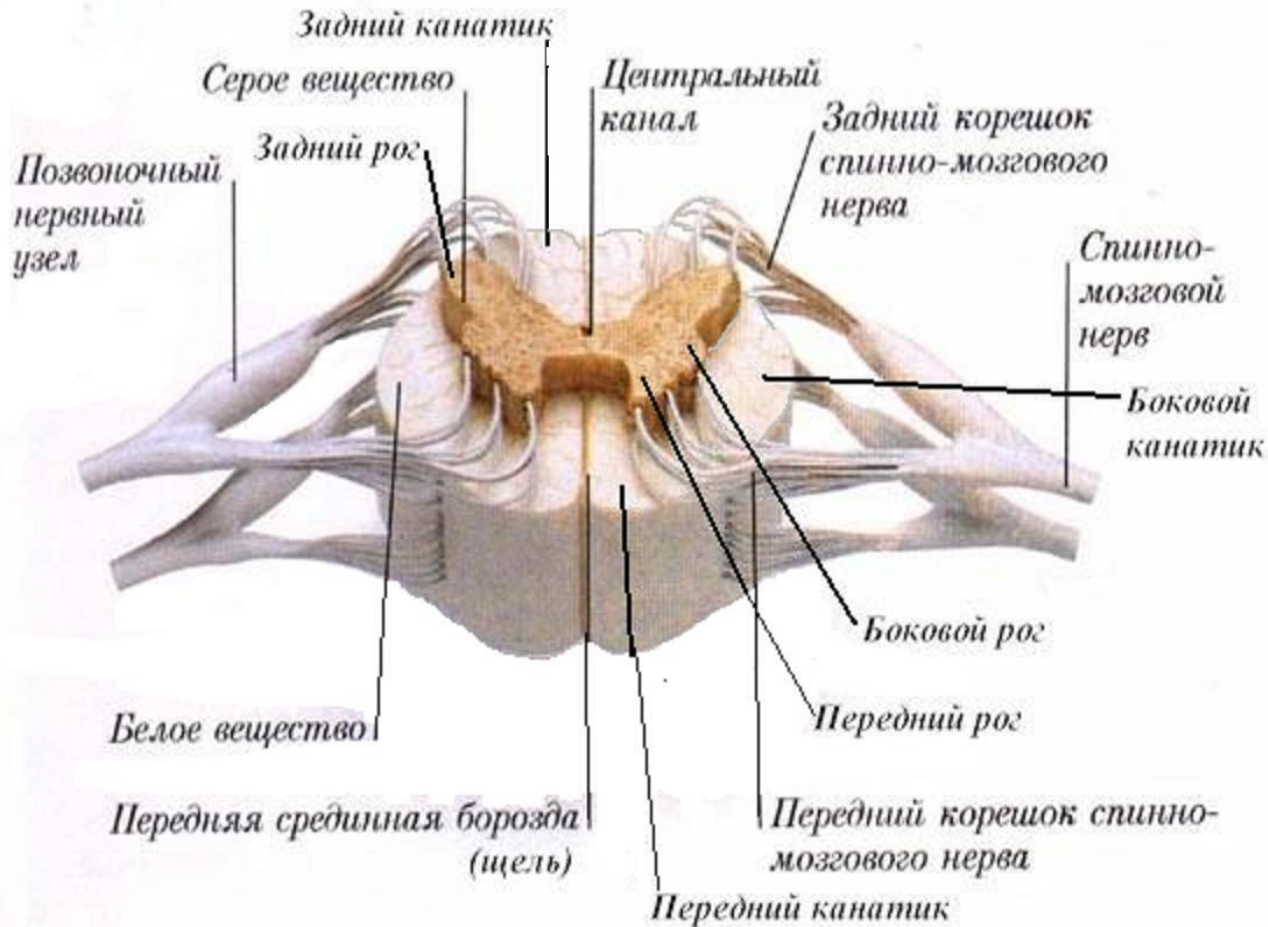
Анатомия:



Анатомия:

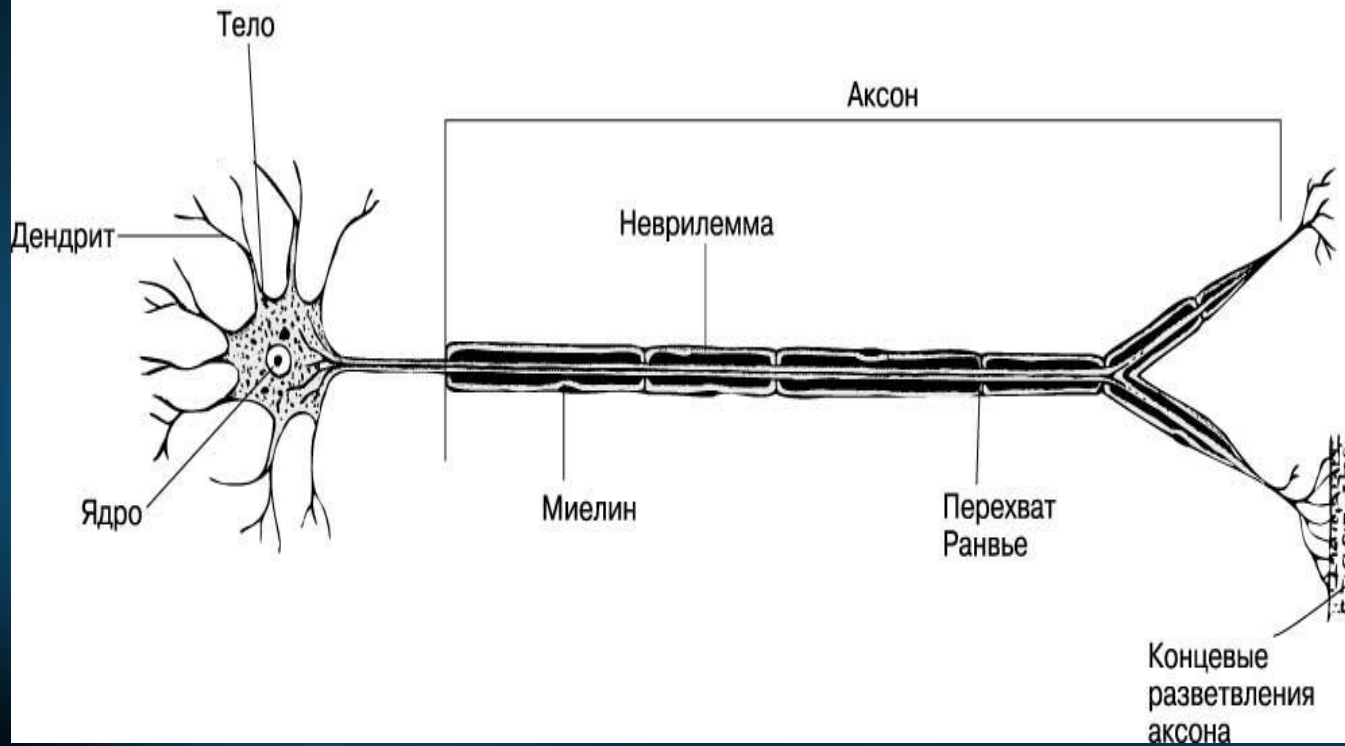


Анатомия:

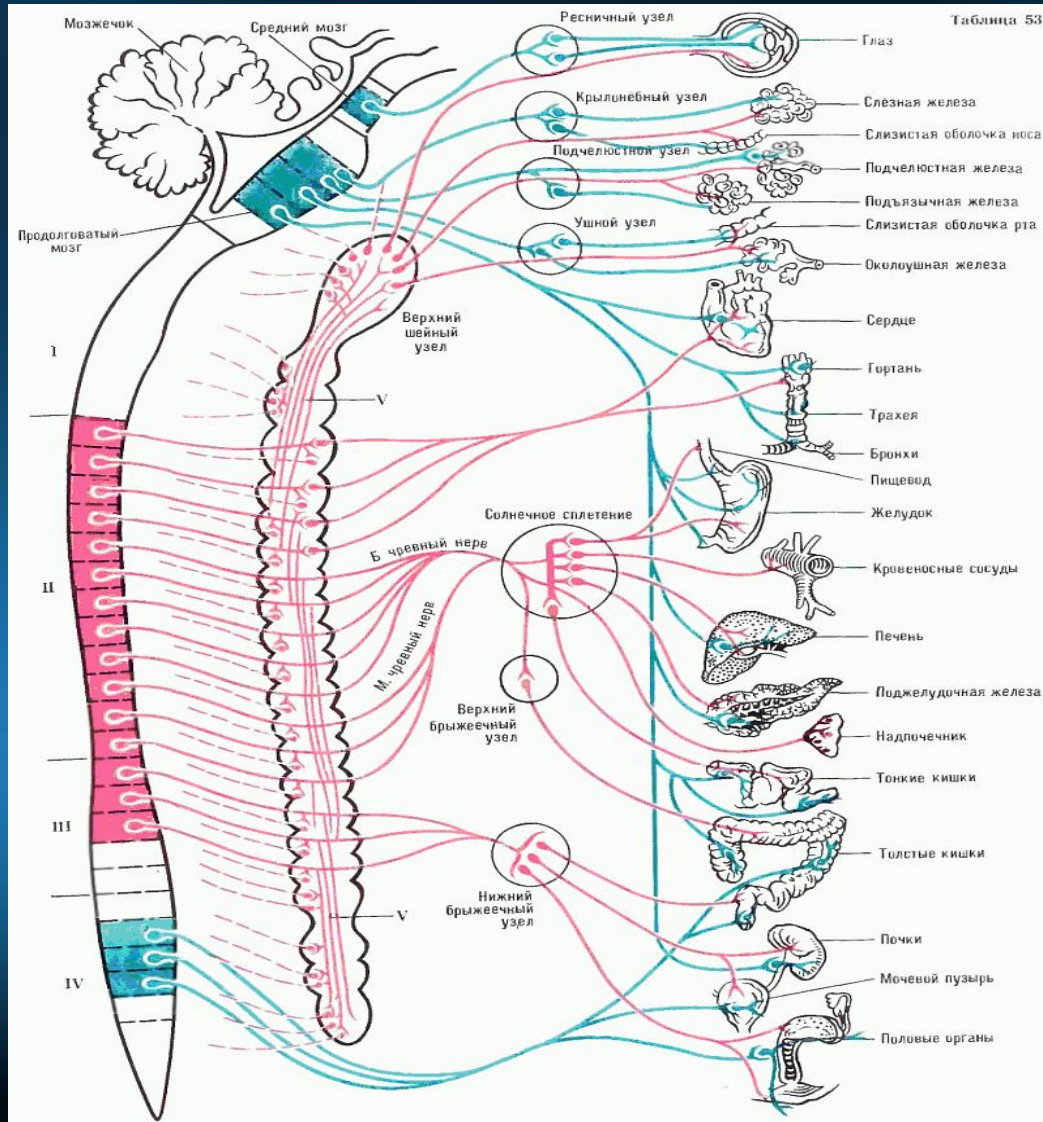


Анатомия:

НЕРВНАЯ КЛЕТКА (нейрон)



Анатомия:

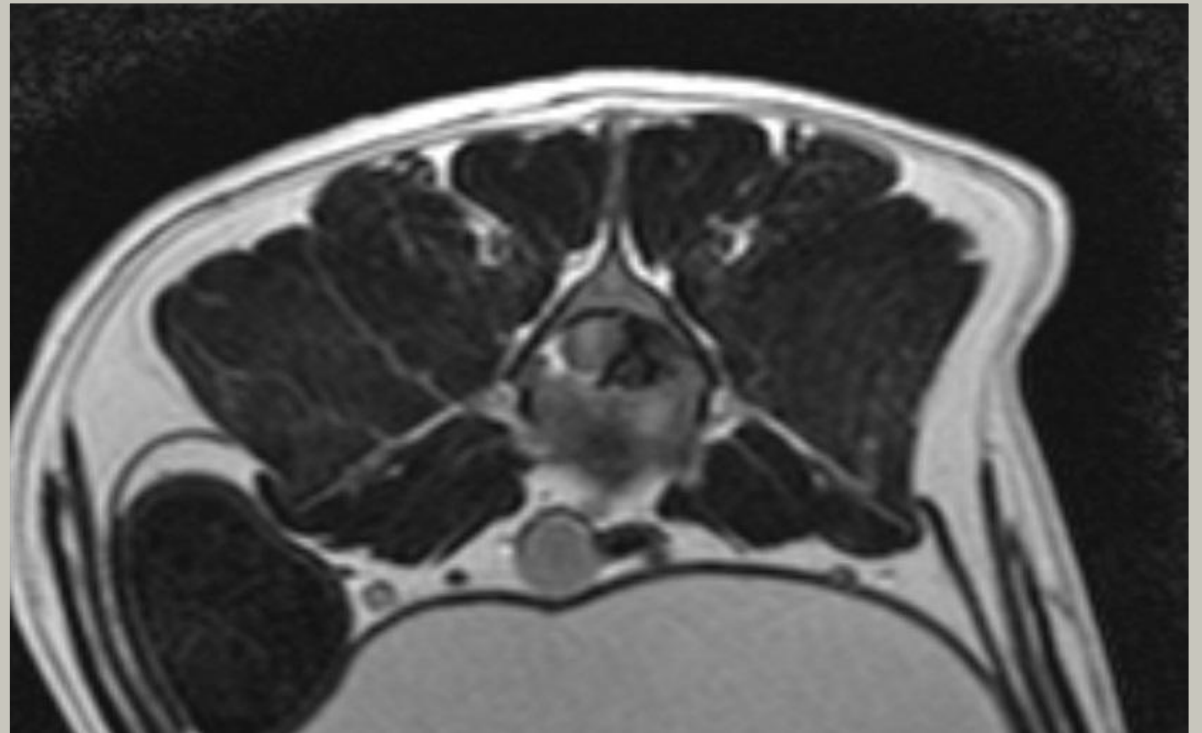
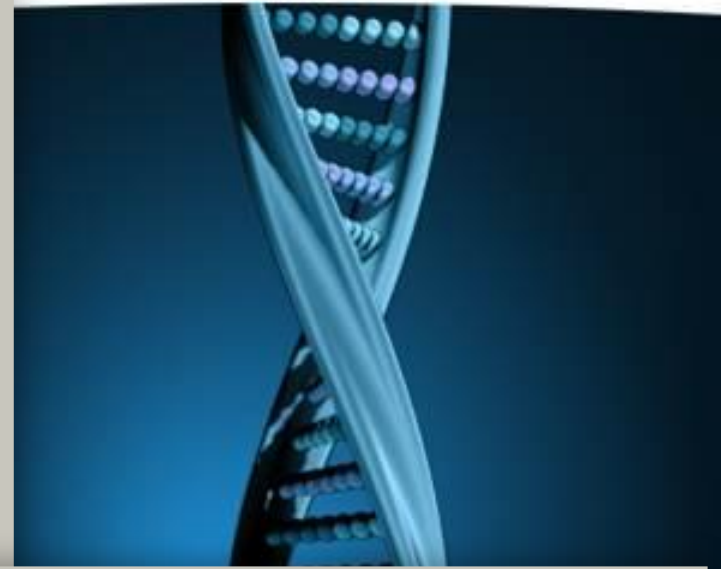
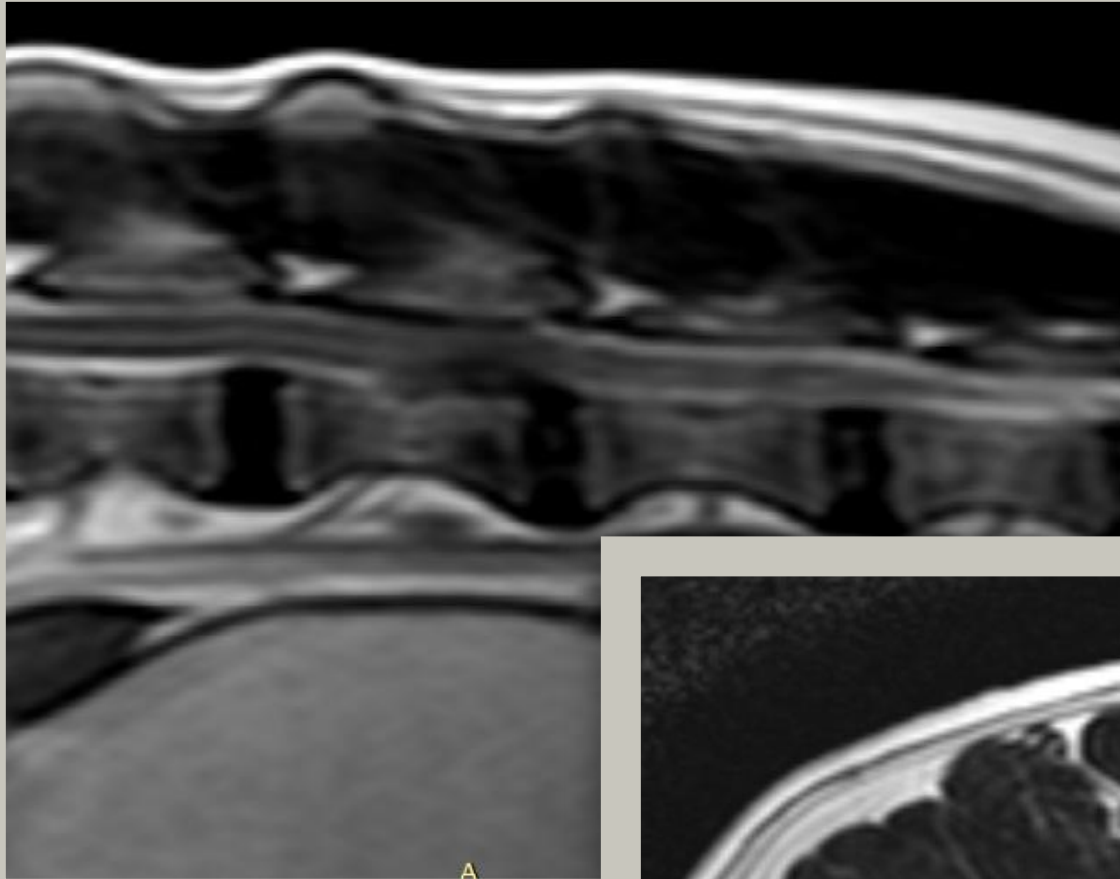


Классификация грыж МПД

По характеру дегенеративного процесса, и как следствие, по патогенезу грыжеобразования и проявлению клинических признаков, выделено 3 типа грыж (Hansen, 1952.):

- **Тип 1:** характеризуется разрывом фиброзного кольца и выпадением (пролапсом) детрита в спинномозговой канал. Этот тип грыж МПД встречается у хондродистрофических пород и проявляется остро (1-5 дней), животные с данным типом грыж зачастую нуждаются в хирургическом лечении;

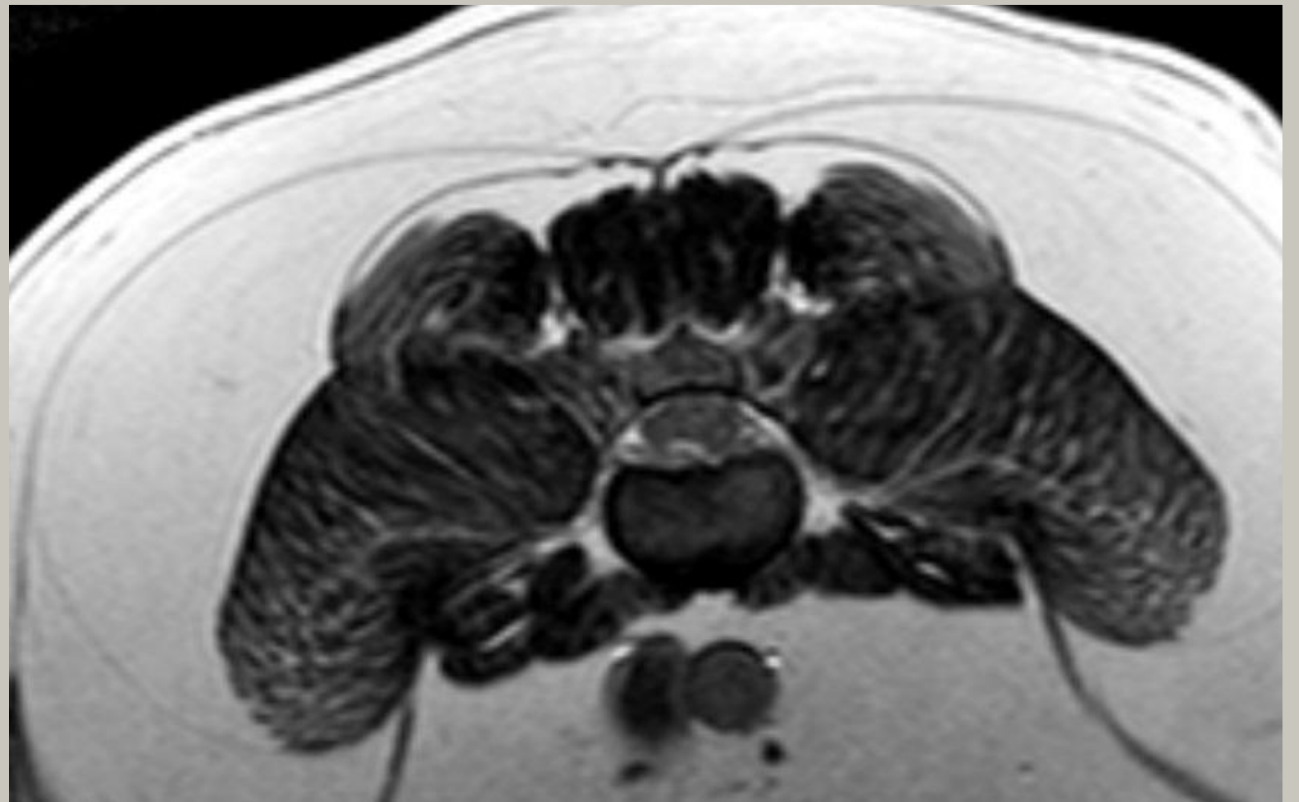
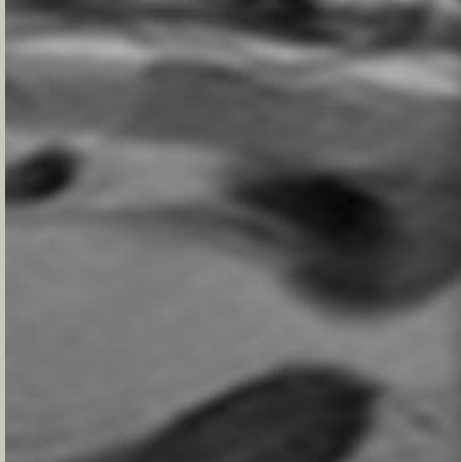
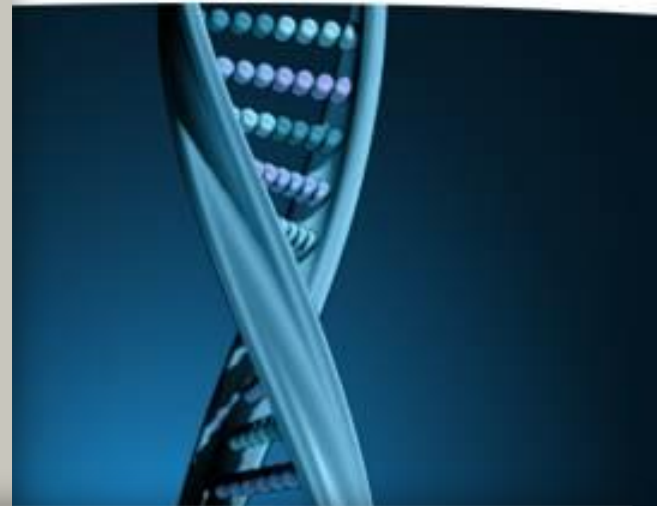




A

- **Тип 2:** связан с возрастной дегенерацией элементов диска. Данный тип грыж МПД патогенетически характеризуется в большинстве случаев постепенным выпячиванием в спинномозговой канал дегенерированного фиброзного кольца, иногда с экструдированными (выдавленными) элементами пульпозного ядра через трещины фиброзного кольца. Этот тип грыж МПД встречается (в большинстве случаев) у нехондродистрофических пород и проявляется хронически с постепенным нарастанием неврологического дефицита (атаксии конечностей).





- **Тип 3:** встречается довольно редко, в большинстве случаев: борзых, ротвейлеров, доберманов и др. Как правило, во время нагрузки (бег, прыжки) происходит разрыв фиброзного кольца и пульпозное ядро или его элементы выстреливаются в спинномозговой канал с огромной скоростью, вызывая сильную контузию, либо аксональный разрыв спинного мозга. Прогноз при этом типе грыж часто неблагоприятный.



Анатомо-морфологическое строение грыж МПД (Э.В. Ульрих, А.Ю. Мушкин, 2006.)

- экструзия — выбухание в позвоночный канал элементов фиброзного кольца и дегенерированного пульпозного ядра;
- протрузия диска — смещение в сторону позвоночного канала пульпозного ядра и выбухание в позвоночный канал элементов фиброзного кольца межпозвонкового диска без нарушения целостности последнего;
- пролапс — выпадение в позвоночный канал через дефекты фиброзного кольца фрагментов дегенерированного пульпозного ядра, сохраняющих связь с диском;
- секвестрация — смещение по позвоночному каналу выпавших фрагментов дегенерированного пульпозного ядра.





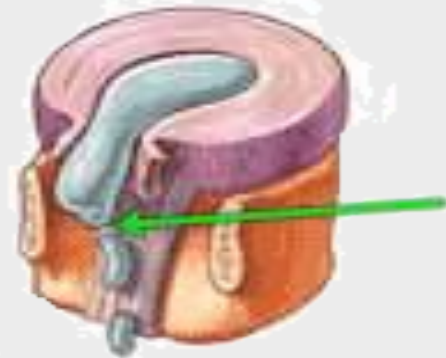
НАЧАЛО
СМЕЩЕНИЯ
ЯДРА
ВЫБУХАНИЕ
ФИБРОЗНОЙ
КАПСУЛЫ



ПРОТРУЗИЯ
ДИСКА
(СМЕЩЕНИЕ)



ПРОЛАПС
(РАЗРЫВ
КАПСУЛЫ И
ВЫПАДЕНИЕ
ЯДРА)



СЕКВЕСТРАЦИЯ
(ОТДЕЛЬНЫЕ
ФРАГМЕНТЫ
ЯДРА ДИСКА)



Клиническая картина.

Болевой синдром: животное не может запрыгнуть на возвышающиеся предметы, малоподвижно, вялое, скованное. Одним из главных признаков наличия грыжи в грудопоясничном отделе является гиперестезия, гипертонус мышц спины и брюшной стенки, сгорбленная спина (вынужденный кифоз). А в шейном отделе -непривычное вынужденное положение шеи (голова в полуопущенном положении) и резкие боли с взвизгиванием;

Снижение проприоцептивной чувствительности, атаксия, дисметрия, парезы, однако животное может самостоятельно вставать и передвигаться. Может проявляться с болезненностью или без нее;



Парез выраженный, животное самостоятельно не может встать и передвигаться, однако чувствительность полностью сохранена;

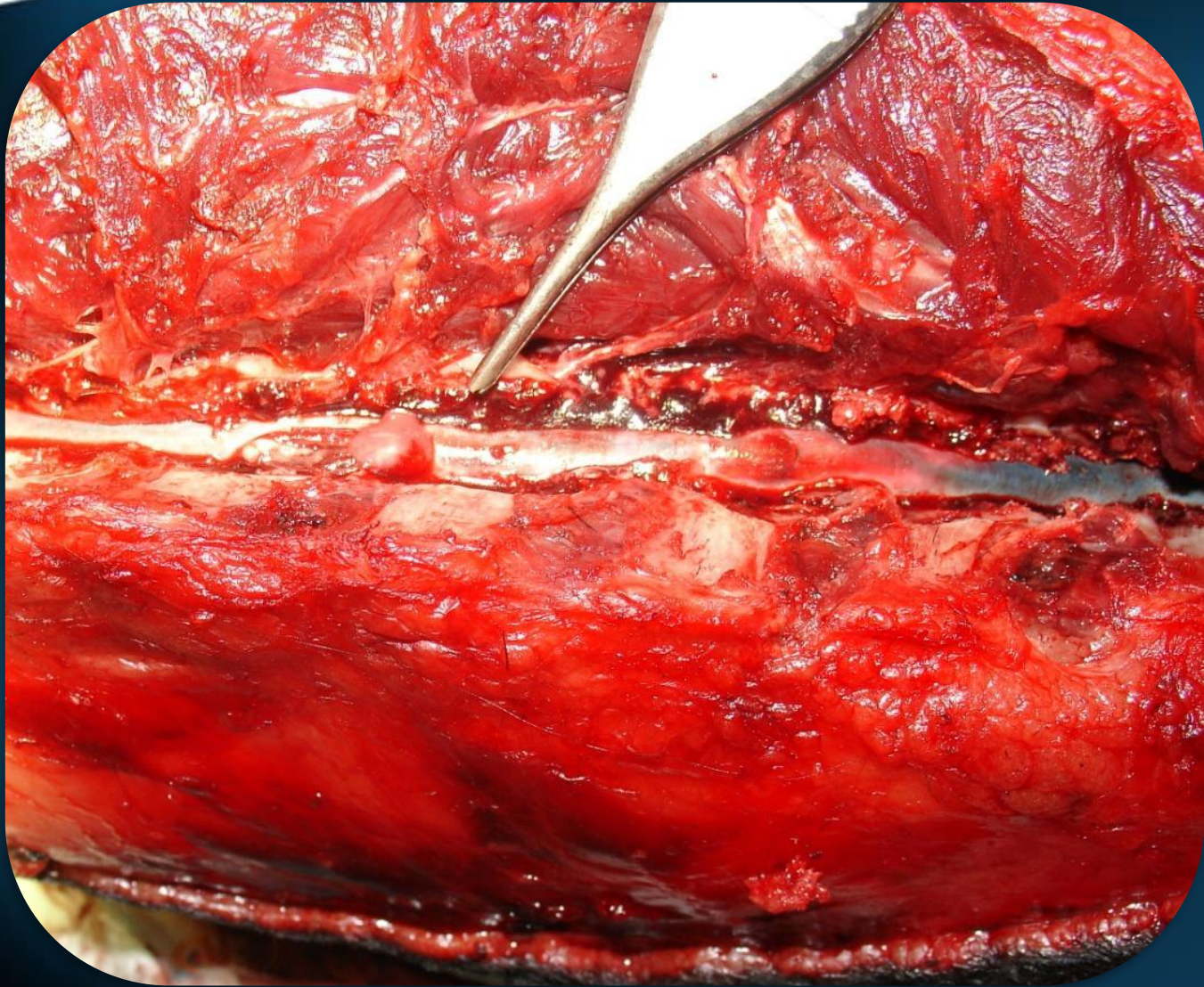
Паралич - произвольные движения отсутствуют, поверхностные болевые реакции снижены или отсутствуют, сознательная реакция на глубокую боль сохранена. Возможна "тюленья" постановка конечностей;

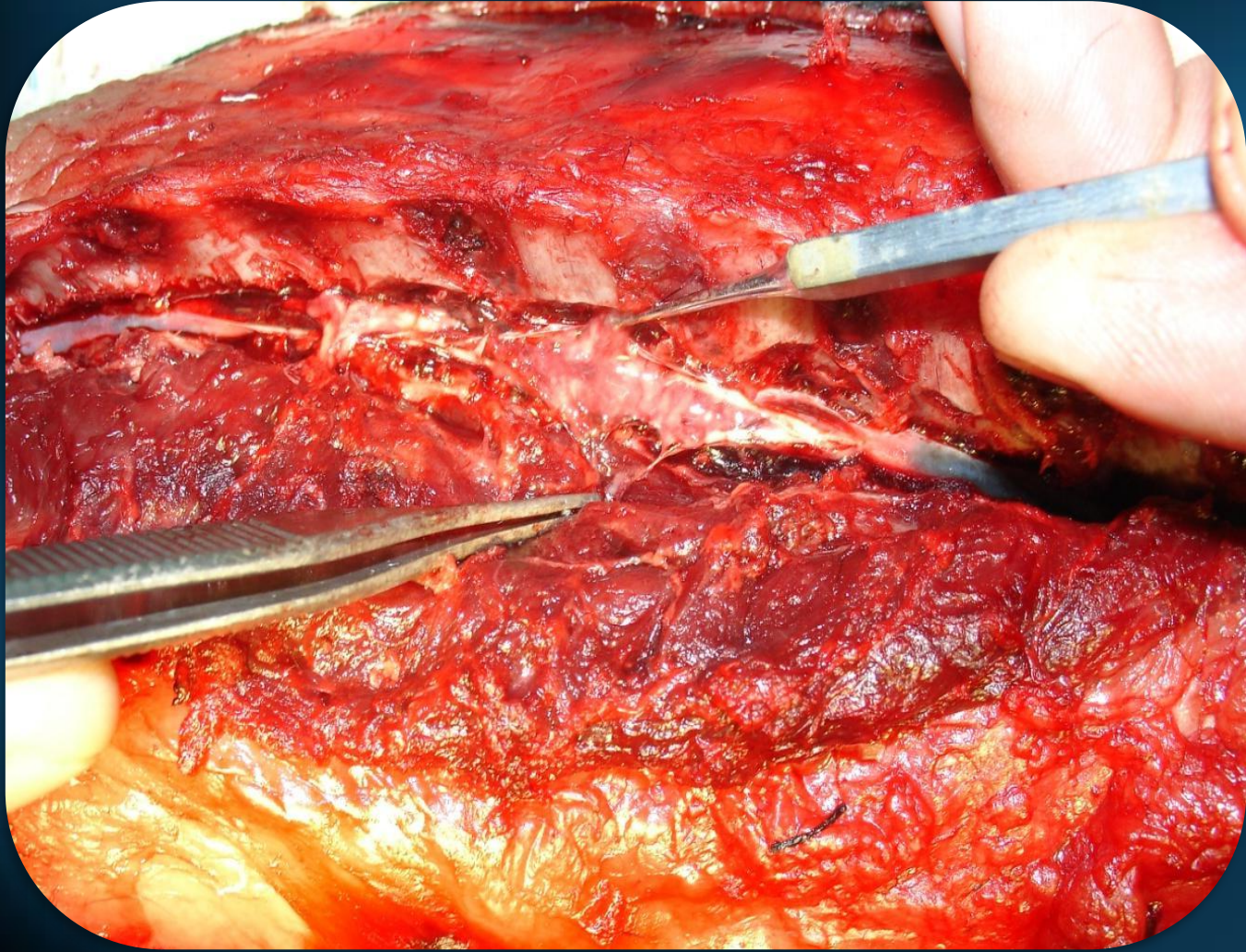


Паралич выраженный (плегия) -
поверхностная и глубокая
болевые реакции отсутствуют.
"Тюленья" постановка
конечностей;

После достижения собакой 5
степени неврологических
расстройств начинает
прогрессировать процесс
миеломалыции.







**Диагностика. Алгоритм действий при
возникновении неврологического синдрома,
вызванного грыжей МПД.**

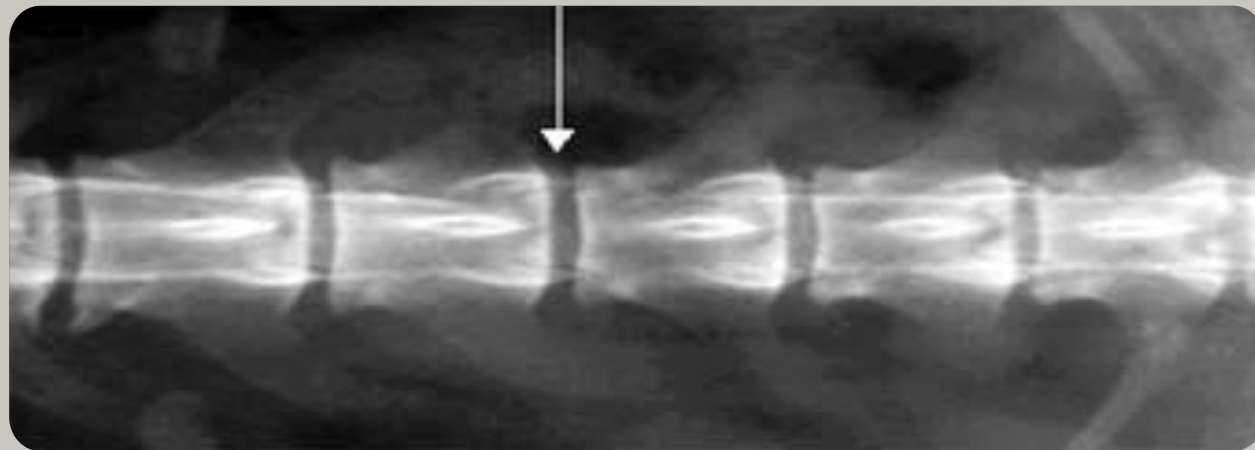


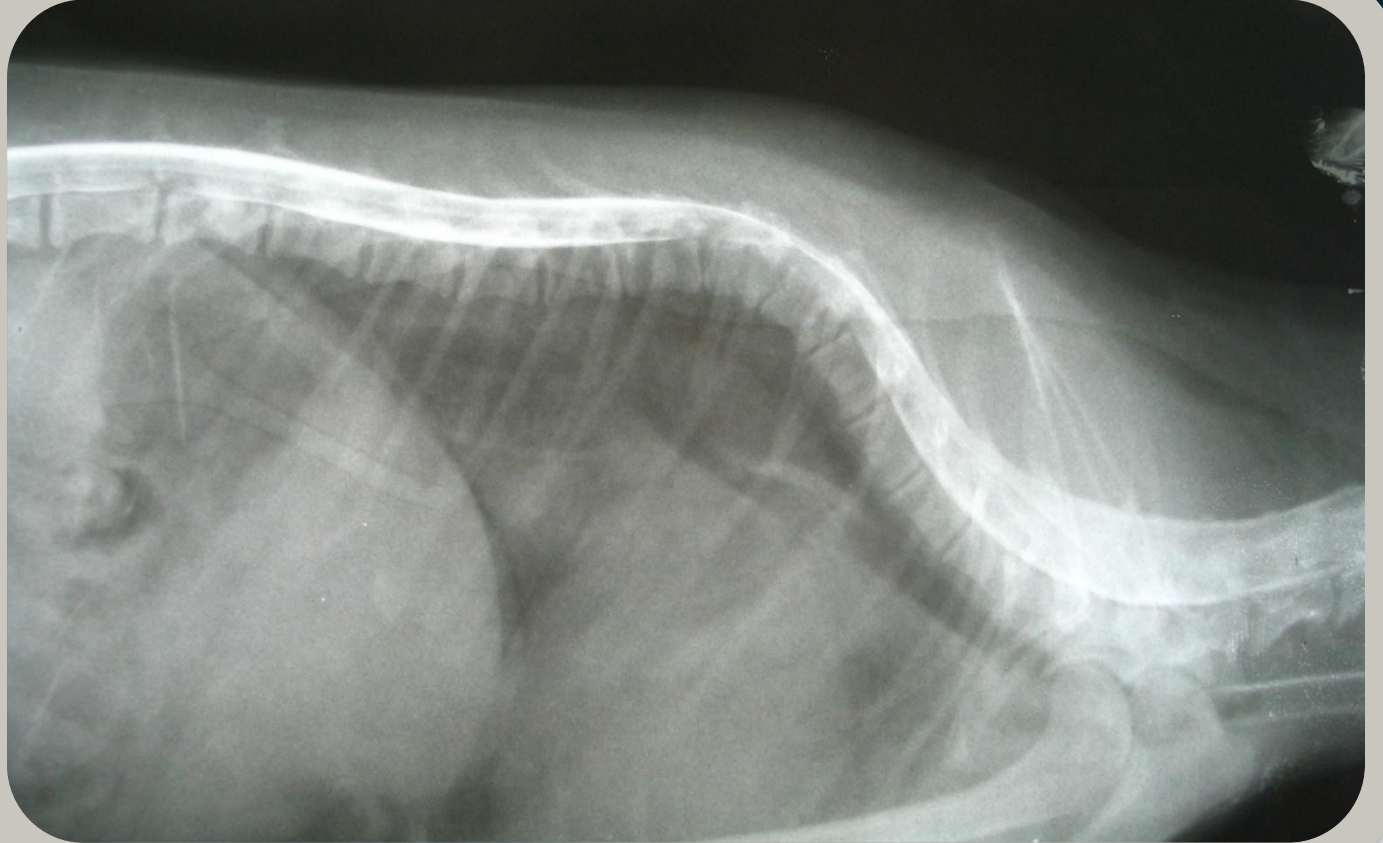
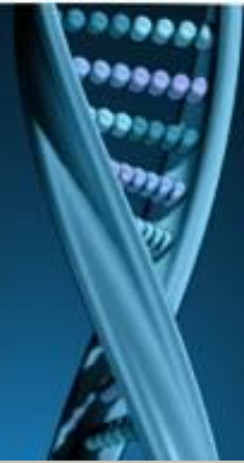
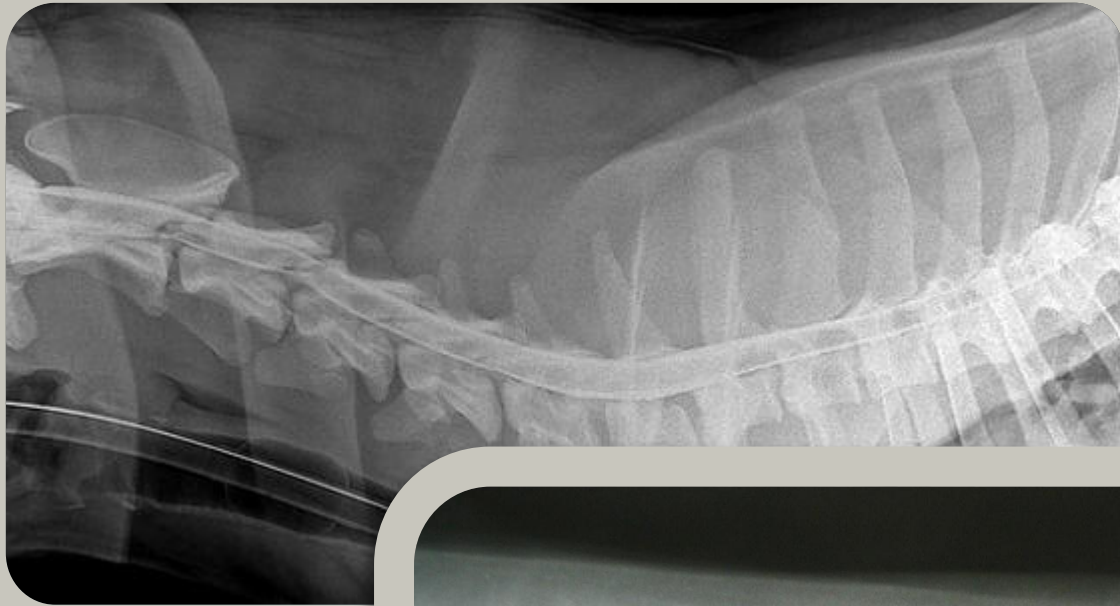
**Магнитно-резонансная
томография (МРТ).**

**Компьютерная
рентгеновская
томография (КТ).**



Миелография.





Лечение.

1-2 степень неврологического дефицита (животное может самостоятельно передвигаться):

- в случае нарастания неврологического дефицита до 3-4-5 степени в течение 12-24 часов на фоне терапии рекомендуется обследование (КТ, МРТ) с последующим оперативным вмешательством;
- в случае улучшения неврологического состояния в течение 12-24 часов на фоне противовоспалительной терапии мы продолжаем наблюдать за животным в течение 5-7 суток. Затем отменяем противовоспалительную терапию и проводим неврологический осмотр через 24-48 часов. Если вновь возникает болевой синдром и неврологический дефицит - проводим КТ или МРТ обследование. Далее, основываясь на классификации грыж, можно сделать вывод о необходимости медикаментозного или хирургического лечения.



Лечение.

3 степень неврологического дефицита (животное не может самостоятельно передвигаться, однако сохранены поверхностная и глубокая болевые чувствительности):

- в случае нарастания неврологического дефицита до 4-5 степени в течение 12-24 часов на фоне терапии или сохранения данной степени в течение 24-48 часов рекомендуется обследование (КТ, МРТ) с последующим оперативным вмешательством;
- в случае улучшения неврологического состояния в течение 12-24 часов на фоне противовоспалительной терапии мы продолжаем наблюдать за животным в течение 3-5-7 суток (зависит от динамики восстановления). Затем отменяем противовоспалительную терапию и проводим неврологический осмотр через 24-48 часов. Если вновь возникает болевой синдром и неврологический дефицит - проводим КТ или МРТ обследование с последующим оперативным вмешательством;



Лечение.

4-5 степень неврологического дефицита (потеря поверхностной и, или глубокой чувствительности):

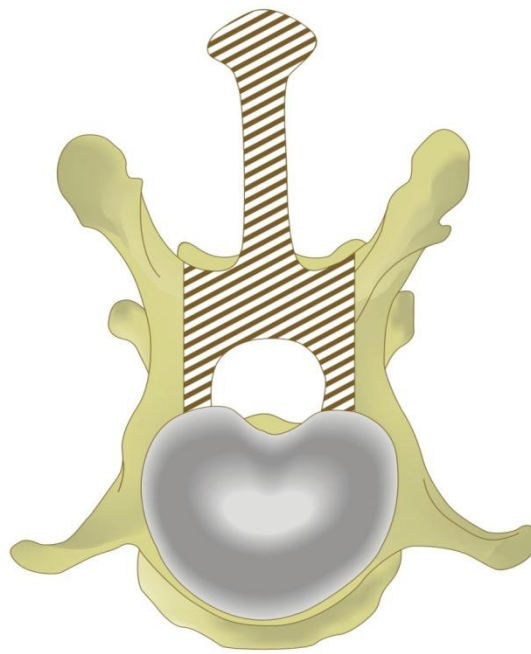
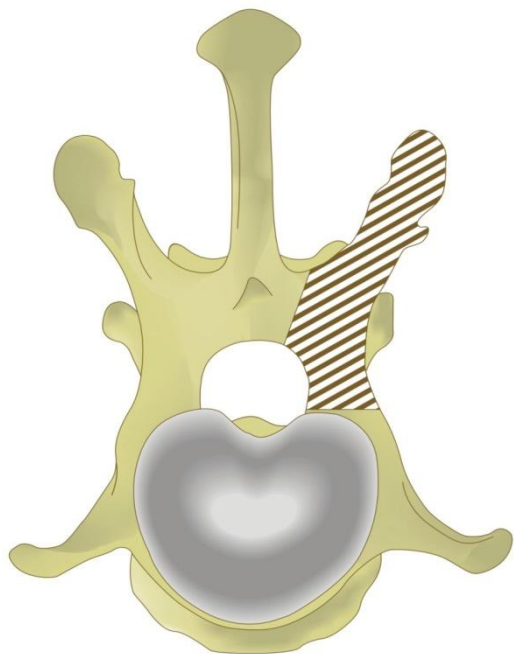
- в течение 12-24 часов или немедленное (5 степень) КТ, МРТ обследование животного с последующим оперативным вмешательством.

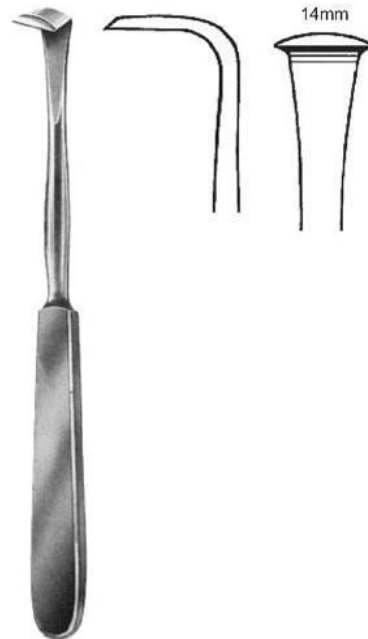


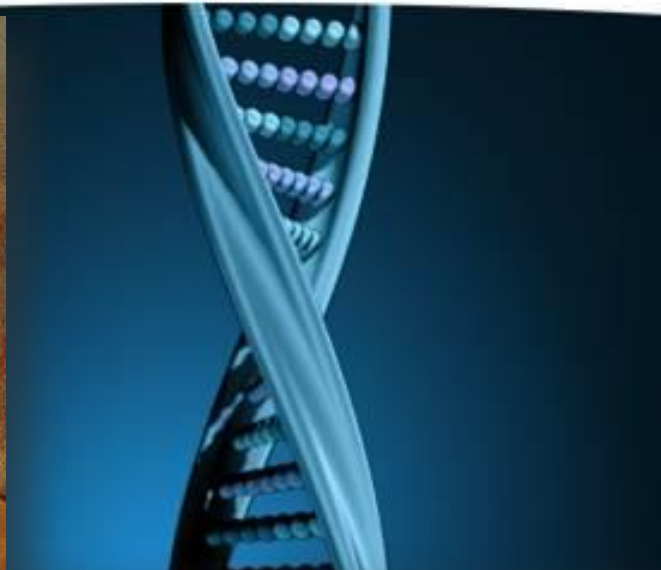
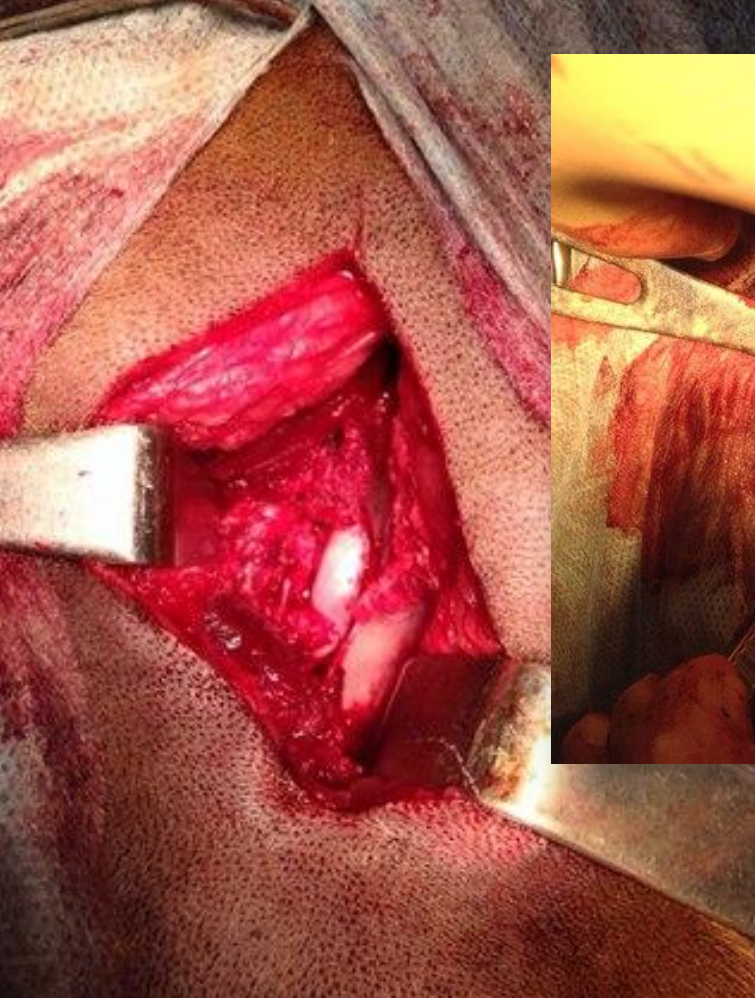
Оперативное лечение.

Гемиламинэктомия

Ламинэктомия.







Консервативное лечение.

- ГКС (дексаметазон, гидрокортизон, метипред и др.), или НПВП.
- Витамины группы В (мильгамма, комплигам, нейромультивит и др.).
- H₂-блокаторы или ингибиторы помпы.
- Слабительные.
- Иногда оправданы а/б и мочегонные.
- Контроль мочеиспускания!!!
- **ЗАПОМНИТЕ!!! При отсутствии ответа на терапию, обязательно необходимо КТ или МРТ и скорее всего оперативное лечение!!!**



Вопросы!?



Всем большое
спасибо за
внимание!!!

