

Лечение сирингомиелии методом классической гомеопатии, описание случая.

Annals of Neurosciences
28(3-4) 170–178, 2021
© The Author(s) 2021
Reprints and permissions:
in.sagepub.com/journals-permissions-india
DOI: 10.1177/09727531211046370
journals.sagepub.com/home/aon



Елена Рудакова¹, Сима Махеш², Джордж Витулкас^{3,4}

Абстракт

Актуальность темы: сирингомиелия (СМ) с аномалией Киари является редким заболеванием с непредсказуемым течением. Хирургическое лечение и другие методы помогают уменьшить выраженность симптомов, однако, более, чем 50% пациентов требуется повторная операция. Спонтанный регресс является редким вариантом течения при данном типе СМ, и в большинстве случаев заболевание прогрессирует с развитием осложнений, которые могут стать большим бременем для пациента.

Представление случая: мы представляем случай СМ с аномалией Арнольда-Киари I типа у 54-летней русской женщины. На протяжении более чем восьми лет пациентке проводилось индивидуально подобранное лечение по методу классической гомеопатии со значительным улучшением по симптомам как основного, так и сопутствующих заболеваний. По данным МРТ-исследования сирингомиелическая киста полностью регрессировала, что также подтверждает эффект от проведённого лечения.

Выводы: индивидуально подобранное лечение по методу классической гомеопатии, по-видимому, оказало положительный эффект в случае СМ с аномалией Арнольда-Киари I типа. Для того, чтобы установить целесообразность применения данной методики при СМ требуются научные исследования.

Ключевые слова

Сирингомиелия, Аномалия Арнольда-Киари, Гомеопатия

Введение

Сирингомиелия (СМ) – редкое заболевание спинного мозга с прогрессирующим течением, сопровождающееся неврологическими жалобами различной степени выраженности – от лёгкой до тяжёлой. При данной патологии в спинном мозге формируется киста (сиринкс)¹, причиной чего, в частности, может послужить аномалия Киари (АК). Частота встречаемости АК составляет приблизительно 3-8 на 100000 населения. Сирингомиелия выявляется у 62-80% больных с АК². Заболевание встречается чаще в определённых регионах, таких как Россия.^{3,4} Более, чем в 50% случаев СМ развивается на фоне аномалии Арнольда-Киари I типа, которая характеризуется опущением миндалин мозжечка ниже уровня большого затылочного отверстия. Следующей по частоте причиной развития СМ является травма (25% случаев). Другие причины встречаются реже.^{1,5} Существует множество теорий, объясняющих возможный механизм развития СМ, включая три популярные теории W. Gardner, B. Williams и E. Oldfield.¹ Их объединяет представление о том, что при данном заболевании происходит нарушение циркуляции цереброспинальной жидкости (ЦСЖ). Оно является следствием недостаточности резорбции, механического блока или нарушения подвижности спинного мозга.¹ Сирингомиелию подразделяют

на сообщающуюся, несообщающуюся, атрофические полости и неопластические полости. Данная классификация помогает выбрать тактику лечения: шунтирование, операцию или консервативный подход.⁶ Понимание патофизиологии СМ остаётся неполным, что создаёт трудности в диагностике и лечении данного заболевания.⁷ Диагноз СМ устанавливается при наличии в спинном мозге заполненной жидкостью полости, возникшей из-за нарушения циркуляции ЦСЖ, фиксации спинного мозга или интрамедуллярной опухоли.⁷ Клиническая симптоматика обусловлена опущением миндалин мозжечка или сдавлением нервов. Наиболее распространённые симптомы СМ с АК включают головные боли, головокружения, бессонницу, слабость в верхних конечностях, боли в шее, онемение и покалывание в конечностях и другие неврологические проявления.⁸ Степень тяжести заболевания зависит от размера и длительности существования сиринкса. В случаях быстрого прогрессирования заболевания наблюдаются более тяжёлые симптомы, чем когда болезнь развива-

¹ Клиника Надежды Кубашевой, Москва, Российская Федерация

² Медицинский факультет, Университет Тейлорс, Субанг Джая, Малайзия

³ Кафедра гомеопатии, Эгейский университет, Митилини, Греция

⁴ Международная академия классической гомеопатии, Алонисос, Греция

Перевод с англ. Елены Рудаковой



ется медленно на протяжении многих лет.⁴ Если неврологические симптомы отсутствуют или слабо выражены, предпочтение отдаётся консервативному лечению. Однако у большинства пациентов на фоне консервативного лечения наблюдается прогрессирование заболевания.¹ При выраженных симптомах пациенту, в зависимости от этиологии СМ, может быть предложено хирургическое лечение/шунтирование/хордэктомия/реконструктивная нейрохирургия и клеточные технологии. Целью лечения является стабилизация неврологических симптомов и улучшение общего состояния.² Хирургическое лечение эффективно в большинстве случаев, однако, более чем 50% пациентов в определённый момент времени требуется повторная операция.¹ Сообщения о спонтанном регрессе СМ встречаются редко, и в некоторых случаях такой регресс не сопровождается уменьшением клинических симптомов.⁹

Мы представляем редкий случай СМ с аномалией Арнольда-Киари I типа, при котором до применения классической гомеопатии наблюдалось значительное прогрессирование заболевания, а с началом лечения на протяжении нескольких лет болезнь регрессировала. Помимо этого, отмечалось уменьшение симптомов сопутствующих заболеваний. В литературе не встречаются описания подобных случаев, демонстрирующих эффективность гомеопатии при СМ.

Описание случая

Пациентка, русская женщина, врач ультразвуковой диагностики, обратилась за гомеопатическим лечением в июне 2012 г. На момент обращения пациентке было 54 года. Диагноз СМ был установлен в 2006 г. по результатам МРТ-исследования, однако, никакого лечения не проводилось.

Жалобы при обращении

На момент гомеопатической консультации у пациентки наблюдались выраженные неврологические симптомы, включая боли, жжение и покалывание по тыльной поверхности кистей, острые боли в первых пястно-фаланговых суставах и холодность рук. Она внезапно роняла вещи, не замечая, как они выпадают из рук. Её также беспокоили боли под правой лопаткой, в поясничном и крестцовом отделах и в стопах. Помимо этого, отмечались недержание мочи при смехе и кашле и пульсирующий шум в голове.

Другие жалобы

Пациентка также жаловалась на глубокие трещины на кончиках пальцев, возникавшие каждую зиму, приливы жара, из-за которых нарушался сон, сухость во влагалище, боли в эпигастрии и вокруг пупка, вздутие живота и глубокие угревые высыпания на лице.

Анамнез заболевания

В 1995 году у пациентки возникли головокружения и боли в кистях. Также появились ощущения пока-

лывания и жжения продольными полосами в плечах и предплечьях, и на всей тыльной поверхности кистей. Боль в первом пястно-фаланговом суставе увеличилась до такой степени, что иногда пациентка не могла повернуть ультразвуковой датчик. Она стала внезапно ронять вещи, не ощущая, как они выпадают из рук. В 2006 г. было проведено МРТ-исследование, по результатам которого был установлен диагноз СМ. Невролог порекомендовал пациентке избегать определённых нагрузок, таких как подъём тяжестей и упражнения на брюшной пресс, однако, никакого лечения не проводилось. С момента постановки диагноза пациентка прекратила лечение у мануального терапевта. Периодически она повторяла МРТ-исследования.

Перенесённые заболевания

В 3 года пациентка перенесла гепатит А. В детстве неоднократно болела ангиной, также периодически беспокоили боли в желудке. В более старшем возрасте периодически болела трахеитом с высокой температурой – подобные инфекции возникали время от времени и на момент консультации. При трахеитах пациентка периодически принимала антибиотики. В возрасте 20 лет ей была проведена гастроскопия, которая показала отсутствие гастрита и наличие повышенной моторики желудка. В возрасте 46 лет пациентке была проведена литотрипсия по поводу левосторонней почечной колики. В возрасте 52 лет перенесла пневмонию, по поводу которой получала антибиотики. Периодически болела гриппом с высокой температурой. С 34 лет страдала болью в области крестца, по поводу которой лечилась у мануального терапевта. Акне возникали с подросткового возраста.

Гинекологический анамнез

Менархе наступило в возрасте 13 лет. Родила двоих детей. В возрасте 22 лет пациентке была проведена электрокоагуляция эрозии шейки матки, в 45 лет – лазерная коагуляция по поводу лейкоплакии шейки матки. Менопауза наступила в апреле 2011 г. Цитологическое исследование мазка из влагалища показало атрофию слизистой оболочки. По рекомендации гинеколога пациентка несколько раз использовала крем с эстрогеном, после чего отметила набухание молочных желёз и прекратила его применение.

Семейный анамнез

Отец пациентки страдал артериальной гипертензией и умер от разрыва аневризмы аорты в возрасте 82 лет. Мать пациентки перенесла инсульт в возрасте 65 лет, страдала гипертензией и сосудистой деменцией. Она умерла в возрасте 76 лет.

Диагноз

Пациентке был поставлен диагноз СМ с аномалией Арнольда-Киари I типа (МКБ-10: G95.0).¹⁰

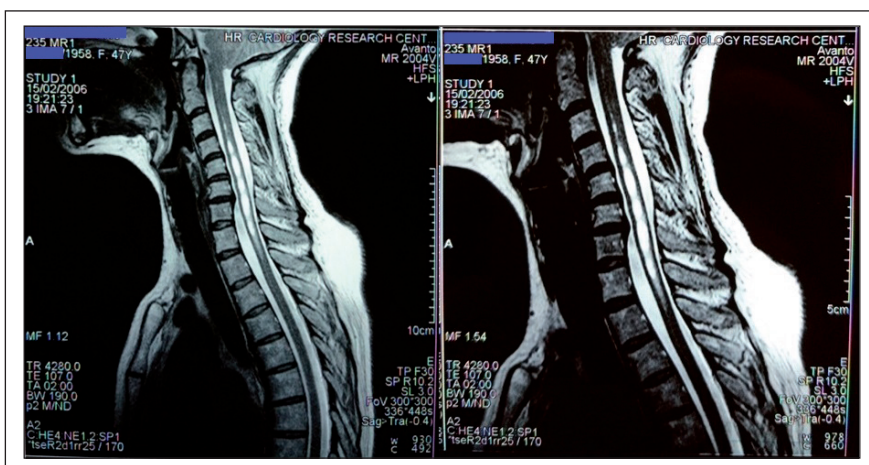


Рисунок 1. Первый снимок МРТ в 2006 г. в момент постановки диагноза сирингомиелии.

МРТ шейного и верхнегрудного отделов позвоночника от 16.02.2006:

В спинном мозге на уровне от С3 до Th1 определяется гидромиелическая полость максимальным диаметром 5 мм. Ниже этого уровня спинной мозг нормального диаметра и структуры. Высота тел позвонков не изменена, очаговых изменений в их структуре не выявлено.

Определяется выпрямление шейного лордоза с формированием патологического кифоза. Отмечается снижение интенсивности сигнала от межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника (проявления дегидратации). На уровнях С4-5 и С5-6 визуализируются задние центральные на широком основании протрузии дисков размером до 3 мм, с незначительным сужением корешковых отверстий. На уровне С6-7 – циркулярная грыжа диска (кзади – 4 мм) с признаками сужения обоих (больше правого) корешковых отверстий.

Создаётся впечатление об опущении миндалин мозжечка ниже уровня большого затылочного отверстия (необходимо проведение МРТ головного мозга).

Заключение: картина гидромиелии на уровне С3-Th1. Остеохондроз шейного и верхнегрудного отделов позвоночника. Грыжа диска С6-7.

МРТ головного мозга и интракраниальных артерий от 15.03.2006:

Срединные структуры не смещены. Желудочки нормальных размеров. Отмечается незначительная асимметрия боковых желудочков мозга (S>D). Очаговые изменения в веществе головного мозга не выявлены. Субарахноидальные пространства не расширены. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры без особенностей. Миндалины мозжечка опущены на 5 мм ниже линии Чемберлена. Придаточные пазухи воздушны.

При проведении МР-ангиографии интракраниальных артерий данных за наличие окклюзий, аневризм или артериовенозных мальформаций не получено.

Заключение: Очаговых изменений в веществе мозга не выявлено.

МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника от 22.07.2008:

При МРТ головного мозга – в белом веществе левой лобной области, вблизи переднего рога бокового желудочка, выявляется одиночный мелкий (до 3 мм) гиперинтенсивный очаг. Второй мелкий очаг выявлен на границе коры с белым веществом в левой гемисфере мозжечка. На остальном протяжении головного мозга объёмных образований и очагов патологического МР сигнала не выявлено. Отмечается расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робена. Дислокации срединных структур нет. Желудочки мозга обычного положения, формы, размеров, боковые – асимметричны, левый боковой несколько шире. Базальные цистерны дифференцируются обычными. Наружное субарахноидальное пространство вдоль конвексальной поверхности полушарий большого мозга неравномерной ширины – несколько расширено в лобно-теменных областях, на остальном протяжении без особенностей. Отмечается эктопия миндалин мозжечка в задние отделы большого затылочного отверстия не более 6 мм. Околоносовые пазухи воздушны.

При исследовании сосудов головного мозга в режиме МР-ангиографии – патологических извитостей, деформаций и расширения артериальных сосудов вертебрально-каротидной системы не определяется, проветы их гомогенные.

Заключение: МРТ картина аномалии Арнольда-Киари I. Признаки сосудистой энцефалопатии.

При МРТ исследовании шейного отдела позвоночника – выявленная при предыдущих исследованиях сирингомиелическая киста с уровня С3 при настоящем исследовании протяжённостью до уровня верхних отделов тела позвонка Th3. Структура кисты (состоит из нескольких сливающихся кист с перегородками) и очертания прежние – как и при исследовании от 05.12.2006 года. Максимальный диаметр составляющих кист до 7 мм на уровне С7 позвонка. Контуры кисты на стыке с непоражённым отделом спинного мозга «заострённые» – вариант полости с низким давлением. Геманги-

ома в задних отделах С7 позвонка прежних размеров и очертаний. Признаки остеохондроза на уровне С4-С7 позвонков – с наибольшими изменениями (задней грыжей диска) на уровне С6-С7 позвонков.

Заключение: МРТ картина сирингомиелии на уровне С3-Th3 позвонков. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Гемангиома С7 позвонка.

Дифференциальный диагноз

СМ необходимо дифференцировать от других нейропатий, таких как диабетическая нейропатия, и других неврологических заболеваний, таких как синдром Гийена-Барре, боковой амиотрофический склероз и рассеянный склероз.¹¹ Диагноз у данной пациентки был подтверждён результатами МРТ головного и спинного мозга.

Гомеопатическая консультация

Пациентка обратилась за гомеопатической консультацией 24 июня 2012 года. Её неврологические симптомы описаны выше. Помимо этого, у пациентки отмечались симптомы менопаузы и кожные высыпания. При назначении гомеопатического лечения учитывается совокупность симптомов, а не только симптомы СМ. При этом во внимание принимаются также жалобы пациента в ментальной/эмоциональной сферах. При подробном расспросе удалось узнать, что в прошлом пациентка пережила несколько горестных событий. У неё был сильный страх, что что-то плохое может случиться с членами её семьи и что они могут умереть. Она пугалась, когда звонил телефон, ожидая услышать плохие новости. У неё также возникали эпизоды внезапного страха от мысли, что она могла что-то потерять, например, ключи от машины. Помимо этого, пациентка по несколько раз перепроверяла, закрыла ли дверь и кран с водой.

Специфический вид тревоги и нарушения памяти, наряду с пережитым пациенткой горем и патологией

нервной системы указывают на то, что в её случае показан гомеопатический препарат Каустикум Ганеманни (Рисунок 2).¹²

Назначение

Каустикум 30С, одна доза.

Назначение Каустикума обусловлено тем, что в основе патологии у пациента, которому требуется данный препарат, лежит продолжительное горе, которое приводит к нарушению работы иммунной системы. В таком состоянии у пациента развивается рассеянность и тревога. У Каустикума также есть такой симптом, как крайняя нетерпимость к несправедливости, возникающая из сочувствия. Более того, в его прувинге описаны трещины кожи и холодность рук. Такой симптом, как недержание мочи при кашле, является характерной чертой препарата.

Повторная консультация

После приёма препарата у пациентки отмечалось временное усиление боли в кистях с ощущением покалывания и жжения (что в гомеопатии называется «первичным обострением»), однако, кисти стали теплее, и иногда она чувствовала в них жар. Приливы жара на время усилились. Количество энергии увеличилось. Настроение стало лучше, и тревога уменьшилась.

В данном случае период наблюдения составляет 8 лет, на протяжении которых состояние пациентки менялось волнообразно. Время от времени при ухудшении симптомов она получала Каустикум в различных потенциях, и в большинстве случаев препарат оказывал положительный эффект. Каустикум также назначался во время острых состояний, таких как невралгия тройничного нерва. Помимо этого, пациентка получала ряд других препаратов при острых воспалительных заболеваниях, таких как ОРВИ, острый средний отит

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
1. Палка анализа 1	20	19	19	18	18	18	18	18	17	16	16	15	15	14	14	14	14	13	13	13	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11
1. EXTREMITIES - PAIN - Hands - motion - agg.			1																																	
2. EXTREMITIES - TINGLING - Hands	1	2	3	2		2	1	2	2	1	1	2	2	3	2	3	1																			
3. EXTREMITIES - PAIN - Hands - burning	1	2	3	2		1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4. EXTREMITIES - COLDNESS - Hands	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	1	3	1	3	2	1	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	
5. EXTREMITIES - AWKWARDNESS - Hands - drops things	2		2			1			1	1	1	2				3	1																			
6. EXTREMITIES - CRACKED SKIN - Fingers	1	3	3		2	1	2	3	1		1	1	2		1	1	2		1	1	2		1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1		
7. FACE - TINGLING	1				1	1				1	1	1	1	1	1	1	1																			
8. EXTREMITIES - PAIN - Feet - walking - agg.	1		1	1	1																															
9. ABDOMEN - DISTENSION	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	3	
10. ABDOMEN - PAIN - stitching pain	1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11. STOMACH - PAIN - eating - after - agg.	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	
12. FACE - ERUPTIONS - pustules	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2		1		1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1		
13. BLADDER - URINATION - involuntary - cough agg.; during	1	1	1	1		3	3	2		2		2		2		1	1	3		2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
14. FEMALE GENITALIA/SEX - DRYNESS - Vagina	1	1	1	1		3	3	2		2		2		2		1	1	2		2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
15. BACK - PAIN - Dorsal region - Scapulae - Below - right	1																																			
16. BACK - PAIN - Lumbar region	2	3	3	3	2	1	3	1	3	3	1	3	2	2	1	2	2	2	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	
17. BACK - PAIN - Sacral region	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	
18. GENERALS - HEAT - flushes of	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	1	3	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	2	
19. MIND - ANXIETY - family; about his			1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20. MIND - FEAR - happen, something will - family; to his					1		1																													
21. MIND - FEAR - ghosts, of	1	1	2	2	2	3	1	2	3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
22. MIND - FEAR - narrow place, in	1	2	1	2		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
23. MIND - CHECKING - twice or more; must check					1		1																													
24. MIND - SYMPATHETIC	2	1	1	1	2	1	1		3	2		1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25. MIND - INJUSTICE, CANNOT SUPPORT	2	1	1	1	2	3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
26. MIND - WEeping - easily	2	2	2	3	3																															

Рисунок 2. Реперторизация симптомов на момент первой гомеопатической консультации.

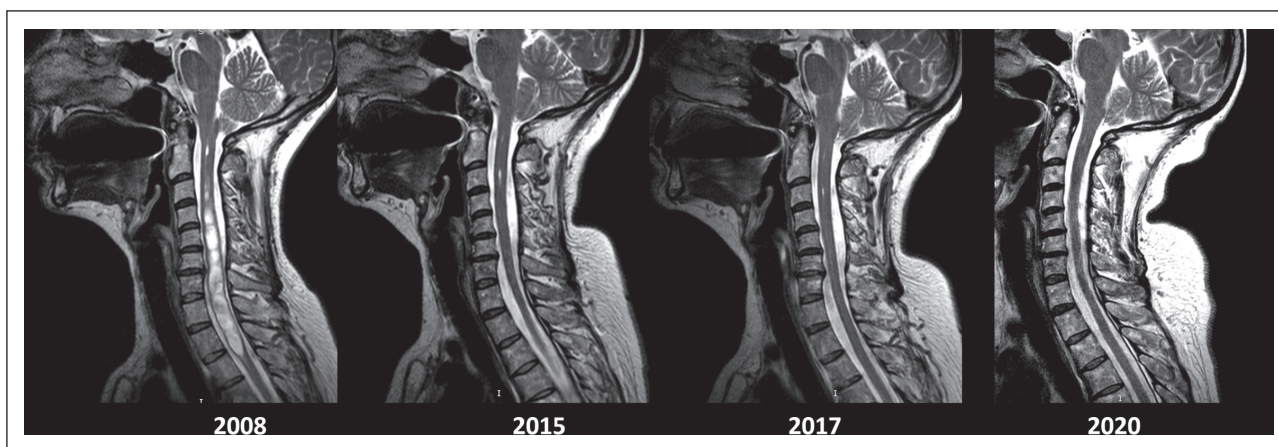


Рисунок 3. Сравнение снимков МРТ от 2008 до 2020 гг.

и кишечная инфекция: Меркуриус солюбилис, Арсеникум альбум, Графитес, Эупаториум перфолиатум и Гельземиум. При отите Графитес не оказал эффекта, поэтому она применила ушные капли с антибиотиком и глюкокортикостероидом. На протяжении этих восьми лет пациентка неоднократно получала травмы, включая переломы, хотя очевидного нарушения равновесия не отмечала. В таких случаях ей при необходимости назначались Рус токсикодендрон, Рута и Арника монтана. Также при травмах она принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однажды у неё возникла сильная боль в области крестца с иррадиацией в тазобедренный сустав, бедро и колено. В этой ситуации она получала мелоксикам (НПВП) и инъекции витаминов В1, В6 и В12. Препараты, назначавшиеся в промежутках между лечением основных жалоб, помогали в купировании отдельных состояний. Однако основой лечения оставался Каустикум, который почти всегда облегчал основные симптомы пациентки. Такая ситуация типична при лечении хронического заболевания методом классической гомеопатии: при острых заболеваниях может возникать потребность в приёме различных препаратов, однако, после таких эпизодов для лечения хронического состояния может требоваться назначение того же самого препарата, чтобы случай продвигался в верном направлении. На протяжении лечения симптомы периодически возвращались, но при этом становились всё менее выраженными, и к моменту последней консультации 8 октября 2020 г. наблюдался

значительный регресс клинической симптоматики. Состояние пациентки на момент последней консультации приводится ниже.

Она перестала ронять вещи, боли в кистях уменьшились. Ей стало легче работать. Покалывание, жжение и холодность кистей, а также глубокие трещины на пальцах прошли. Выраженность акне уменьшилась. Тревога о членах семьи стала меньше. Она перестала так часто перепроверять за собой. Парестезии в голених, которые появились у пациентки в мае 2019 г., уменьшались на несколько дней после последнего приёма препарата, но через неделю снова вернулись. Ощущение сухости в глазах, которое периодически возникало с марта 2014 г., сохранялось. Приливы жара продолжали её беспокоить. Нарушение сна сохранялось, пациентка просыпалась три-четыре раза за ночь, однако, засыпать стала быстрее.

Острые воспалительные заболевания за время лечения стали протекать легче.

Когда пациентку попросили сделать повторное МРТ-исследование головного мозга для окончательного анализа, она отказалась, так как плохо переносит эту процедуру, и сказала: «Я здоровая, молодая и красивая, и мне больше никогда не придётся делать МРТ».

Изменения по данным МРТ представлены на Рисунке 3 и в Таблице 1. Примечательно, что за период с 2006 по 2008 гг. полость сиринкса увеличилась в размерах, а после начала гомеопатического лечения наблюдался её неуклонный регресс до полной облитерации по данным последнего МРТ от марта 2020 г.

Таблица 1. Изменения при МРТ-исследованиях от 2008 до 2020 гг.

Дата	МРТ головного мозга	МРТ спинного мозга
23 апреля 2015 г.	В субкортикальных отделах белого вещества головного мозга лобно-теменных областей и паравентрикулярно с обеих сторон визуализируются мелкие единичные очаги гиперинтенсивного МР сигнала. Максимальный диаметр очага 2,7 мм. В подкорковой зоне правой гемисферы большого мозга на фоне расширенных периваскулярных пространств определяются несколько разнокалиберных сгруппированных кист с гомогенным содержимым, небольшим размером до 4 мм.	Отмечается выраженная положительная динамика в сравнении с исследованием от 22.07.2008 – отсутствие визуализации сирингомиелических кист , на уровне С2 и С3 позвонков отмечается локальное расширение спинномозгового канала (переднезадним размером до 1,6 мм, протяжённостью 6,7 мм и 14 мм). Высота тел позвонков не снижена. МР сигнал от их структуры изменён за счёт дегенеративно-дистрофических изменений с наличием задних краевых остеофитов.

Продолжение таблицы 1.

Дата	МРТ головного мозга	МРТ спинного мозга
<p>23 апреля 2015 г.</p>	<p>Перифокальных изменений и объёмного воздействия на прилежащие структуры мозга со стороны вышеописанных очагов не отмечается. На диффузно-взвешенных изображениях «свежих» ишемических изменений не выявлено. Боковые желудочки асимметричны: левый боковой несколько шире. Наружное субарахноидальное пространство вдоль полушарий большого мозга несколько расширено в лобно-теменных областях, на остальном протяжении – без особенностей.</p> <p>Отмечается эктопия миндалин мозжечка в задние отделы большого затылочного отверстия не более 5 мм. Носовая перегородка искривлена.</p> <p>В сравнении с исследованием от 22.07.2008 г. отмечается умеренное увеличение количества очагов.</p> <p>Заключение: МРТ картина аномалии Арнольда-Киари I. Признаки сосудистой энцефалопатии.</p>	<p>Определяется гиперинтенсивный МР сигнал в задних отделах С7 позвонка – гемангиома (прежних размеров и очертаний). Аналогичной сигнальной характеристики выявляется очаг в теле позвонка С6, размерами 5х3 мм, в теле С4 позвонка – размерами 9х5 мм.</p> <p>МР сигнал от всех дисков снижен на Т2 ВИ.</p> <p>Определяется снижение высоты дисков с уровня С4 по С7 позвонков.</p> <p>На уровне С6-С7 позвонков определяется сужение правого латерального кармана с компрессией корешка за счёт протрузии диска до 3 мм и заднего краевого остеофита.</p> <p>На уровне С6-С7 отмечается уплотнение жёлтой связки. Продольная ось имеет сколиотическое искривление, шейный лордоз сглажен.</p> <p>Грудной кифоз усилен, имеется нерезко выраженная клиновидная деформация Th7 позвонка. Задних протрузий дисков нет. МР сигнал от их структуры снижен за счёт дегидратации.</p> <p>Заключение: Нарушение статики позвоночника на уровне шейно-грудного отдела. Остеохондроз, спондилез позвоночника с наибольшими изменениями (с правосторонней парамедианной протрузией диска с компрессией корешка) на уровне позвоночного сегмента С6-С7.</p> <p>Гидромиелия на уровне С2 и С3 позвонков.</p> <p>Выраженная положительная динамика в сравнении с исследованием от 22.07.2008 г. – отсутствие ранее визуализируемых сирингомиелических кист на уровне С3-Th3 позвонков.</p>
<p>31 октября 2017 г.</p>	<p>Количество и размеры очагов в субкортикальном и перивентрикулярном белом веществе лобно-теменных областей прежние в сравнении с исследованием от 23.04.2015.</p> <p>Как и ранее, отмечается расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робена с визуализацией кистозного расширения до 4 мм справа. Боковые желудочки остаются асимметричными, левый боковой несколько шире.</p> <p>Наружное субарахноидальное пространство вдоль конвексальной поверхности полушарий большого мозга неравномерной ширины – несколько расширено в лобно-теменных областях, на остальном протяжении без особенностей. Отмечается эктопия миндалин мозжечка в задние отделы большого затылочного отверстия, как и ранее, не более 5 мм.</p> <p>Заключение: МРТ картина аномалии Арнольда-Киари I. Признаки микроангиопатии – без отрицательной динамики с исследованием от 23.04.2015 г.</p>	<p>Сохраняется расширение спинномозгового канала на уровне С2 и С3 позвонков. При этом протяжённость на уровне С2 позвонка прежняя (6,7 мм), на уровне С3 – 6,2 мм (было отмечено 14 мм).</p> <p>Гемангиома в правых отделах С4 позвонка – размерами 8х5 мм, в задне-правых отделах С7 позвонка – 10х7 мм – без увеличения размеров с предыдущим исследованием, в С6 – маленький слабовыраженный очаг.</p> <p>Признаки остеохондроза на уровне С4-С7 позвонков – с наибольшими изменениями на уровне С6-С7 позвонков: неравномерное выбухание диска по задней полуокружности – максимально до 3,0 мм парамедианно справа с сужением правого межпозвонкового отверстия.</p> <p>Грудной кифоз выражен, продольная ось имеет нерезко выраженное сколиотическое искривление. Высота тел позвонков сохранена, МР сигнал от тел позвонков изменён за счёт дегенеративных изменений. МР сигнал от дисков снижен за счёт дегидратации, задних протрузий дисков нет.</p> <p>В режиме миелографии с уровня Th6 до Th12 отмечается расширение корешковых воронок.</p> <p>Заключение: Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника – с наибольшими изменениями на уровне позвоночного сегмента С6-С7 (задняя протрузия диска правосторонней парамедианной локализации). Гидромиелия на уровне С2, С3 позвонков. Гемангиомы в телах С4, С6 и С7 позвонков. Нарушение статики позвоночника. В сравнении с последним исследованием от 23.04.2015 г. отрицательной динамики не отмечено.</p>

Дата	МРТ головного мозга	МРТ спинного мозга
25 марта 2020 г.	Не проводилось	<p>На уровне тела позвонка С2 визуализируется центральный канал спинного мозга шириной до 1 мм на протяжении 6 мм. На остальном протяжении в шейном отделе и на всем протяжении грудного отдела центральный канал спинного мозга не расширен, кистозных полостей в спинном мозге не выявлено.</p> <p>Высота тел позвонков не изменена. Контуры тел позвонков деформированы за счет остеофитов (наиболее выражены передние краевые остеофиты в среднегрудном отделе).</p> <p>Интенсивность сигнала от тел позвонков неоднородна за счет дегенеративных изменений костного мозга. В телах позвонков С4, С7, Th6 отмечаются участки скопления жировой ткани (гипоинтенсивны в режиме STIR).</p> <p>Отмечается снижение интенсивности сигнала от межпозвонковых дисков шейного и грудного отделов позвоночника (проявление дегидратации).</p> <p>Визуализируются задние на широком основании протрузии дисков С6-7 (размером 3,5 мм), С4-5, С5-6 (размером до 3 мм), умеренно суживающие корешковые отверстия. На уровне С6-7 отмечается умеренная гипертрофия желтых связок, приводящая к деформации дурального мешка в задних отделах.</p> <p>Заключение: Очаговых изменений в спинном мозге, кистозных полостей, значимого расширения центрального канала спинного мозга не выявлено. Остеохондроз, спондилоартроз шейного и грудного отделов позвоночника.</p>

Примечание: жирным шрифтом выделены значительные изменения.

Обсуждение

В данном случае СМ с АК I типа индивидуально подобранное лечение по методу классической гомеопатии оказало положительный эффект с полным регрессом сирикса, что подтверждается данными МРТ-исследования. У пациентки наблюдалось уменьшение клинических признаков и симптомов СМ наряду со снижением тревоги, от которой она страдала. Помимо этого, отмечалось улучшение памяти и уменьшение кожных высыпаний. После лечения инфекции с высокой температурой стали протекать мягче.

Оценка по модифицированной шкале Наранжо для определения причинно-следственной связи между клиническим исходом и гомеопатическим лечением в данном случае даёт 12 баллов (Таблица 2).

Согласно Теории Уровней Здоровья¹³, пациент, рождённый с высоким «уровнем здоровья», имеет хороший прогноз даже при серьёзном диагнозе. Эта теория предоставляет реальный метод для определения уровня здоровья пациента. Несмотря на наличие хронического неврологического заболевания, у данной пациентки во время острых состояний поднималась высокая температура, что указывает на высокий уровень здоровья и хороший прогноз. В соответствии с этим, при повтор-

ных консультациях наблюдались глубокие положительные изменения, и состояние пациентки менялось в верном направлении, согласно законам гомеопатии (Рисунок 4). От глубокого поражения с вовлечением спинного мозга (нервная система) патология сместилась на позвоночник (скелетно-мышечная система), а именно, из СМ перешла в спондилоартроз. И хотя данное состояние может продолжать беспокоить пациентку и требовать лечения, оно накладывает гораздо менее значимые ограничения. Подобный эффект был продемонстрирован и в других случаях серьёзной патологии, на фоне которой у пациентов сохранялась способность к развитию высокой температуры во время острых инфекций.¹⁴ Однако такого ответа на лечение нельзя ожидать во всех случаях.

Гомеопатический препарат Каустикум Ганеманни показан при глубокой патологии нервной системы, тревоге, депрессии и нарушении памяти.¹² Метод классической гомеопатии ранее показал клиническую эффективность при глубоких патологиях,¹⁴ однако, информация об эффектах Каустикума в опубликованной литературе ограничена.

В приведённом случае ограничением является невозможность продемонстрировать фармакологический эффект препарата, так как гомеопатия действует не на вещество, а на энергетические поля организма.¹⁵ Дан-

Таблица 2. Модифицированная шкала Наранжо для определения причинно-следственной связи между клиническим исходом и гомеопатическим лечением.

Критерии	Да	Нет	Нет уверенности/ неприменимо	Данный случай
1. Наблюдалось ли улучшение по основному симптому или состоянию, на которое был назначен гомеопатический препарат?	2	-1	0	2
2. Клиническое улучшение произошло за временной интервал, соответствующий приёму препарата?	1	-2	0	1
3. Отмечалось ли первичное обострение симптомов?	1	0	0	1
4. Эффект препарата охватывал другие симптомы и состояния, помимо основного, иными словами, отмечалось ли уменьшение или изменение других симптомов к моменту последней консультации?	1	0	0	1
5. Отмечалось ли улучшение общего самочувствия?	1	0	0	1
6 (А) Направление излечения: наблюдалось ли уменьшение некоторых симптомов в порядке, обратном развитию симптомов болезни?	1	0	0	0
6 (В) Направление излечения: соответствуют ли хотя бы два из следующих направлений порядку уменьшения симптомов: от более важных органов к менее важным, от более глубокой патологии к более поверхностной, и сверху вниз?	1	0	0	1
7. Отмечалось ли временное возникновение «старых симптомов» (симптомов, которые в прошлом, как считалось, прошли - не сезонных и не циклических) в процессе улучшения состояния пациента?	1	0	0	1
8. Существуют ли альтернативные причины (помимо действия лекарства), которые с высокой вероятностью могли бы вызвать улучшение (с учётом известного течения заболевания, других методов лечения и других клинически значимых вмешательств)?	-3	1	0	1
9. Было ли улучшение состояния здоровья подтверждено объективными данными (в данном случае МРТ)?	2	0	0	2
10. Наблюдалось ли сходное клиническое улучшение при повторных приёмах лекарства, если они были?	1	0	0	1
Всего				12

Примечание: показатель причинно-следственной связи с лечением в данном случае является высоким, указывая на то, что эффект был действительно обусловлен гомеопатическим лечением.

ная концепция пока не была продемонстрирована в эксперименте. Помимо этого, существует незначительная возможность спонтанного регресса заболевания, что было продемонстрировано в редких случаях СМ с АК.⁹ Однако в данном случае это представляется маловероятным, так как на момент гомеопатической консультации наблюдалось прогрессирование заболевания.

Выводы

В данном случае СМ с аномалией Киари I типа индивидуально подобранное лечение по методу классической гомеопатии оказало положительный эффект, что подтверждается данными МРТ-исследований и регрессом клинической симптоматики. Требуется проведение научных исследований использования индивидуального подхода в случаях СМ.

Заявление об этике

Пациентка подписала информированное согласие на публикацию описания данного случая и изображений.

Вклад авторов

Елена Рудакова является врачом, проводившим лече-

ние пациентки, она проанализировала и предоставила данные для исследования. Сима Махеш проанализировала данные, написала статью и предоставила ссылки. Джордж Витулкас был руководителем, лицом, утвердившим данную работу, и её поручителем.

Благодарность

Авторы благодарят Aishwarya Madhusudhan за техническую поддержку.

Заявление о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов в отношении исследования, авторства и/или публикации данной статьи.

Финансирование

Авторы не получали финансовой поддержки за исследование, авторство и/или публикацию данной статьи.

ORCID iD

Seema Mahesh <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

2006: Исходные данные исследования:

Сирингомиелия: Гидромиелия на уровне С3-Th1.

Диаметр полости 5 мм.

Спондилоартроз/остеохондроз шейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

Грыжа диска С6-С7.



2008: Прогрессирование болезни.

Сирингомиелия: Аномалия Арнольда-Киари I типа. Максимальный диаметр кисты до 7 мм на уровне С7 позвонка; сирингомиелия на уровне С3-Th3 позвонков.

Сосудистая энцефалопатия: в белом веществе левой лобной области, вблизи переднего рога бокового желудочка, выявляется одиночный мелкий (до 3 мм) гиперинтенсивный очаг. Второй мелкий очаг выявлен на границе коры с белым веществом в левой гемисфере мозжечка.

Спондилоартроз/остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Гемангиома С7 позвонка.



Усугубление неврологического заболевания

Гомеопатическое лечение начато в 2012 г.

По результатам МРТ-исследований можно наблюдать постепенное смещение патологии от преимущественного поражения нервной системы к преимущественному поражению скелетно-мышечной системы. Такое смещение соответствует направлению излечения, которое мы должны наблюдать, согласно принципам гомеопатии.

2015: Улучшение со стороны неврологического заболевания при сохраняющейся патологии скелетно-мышечной системы.

Сирингомиелия: выраженная положительная динамика в сравнении с исследованием от 22.07.2008 – отсутствие визуализации сирингомиелических кист, на уровне С2 и С3 позвонков отмечается локальное расширение спинномозгового канала (переднезадним размером до 1,6 мм, протяжённостью 6,7 мм и 14 мм).

Спондилоартроз/остеохондроз позвоночника с наибольшими изменениями (с правосторонней парамедианной протрузией диска с компрессией корешка) на уровне позвоночного сегмента С6-С7.

Гемангиома С7 позвонка.



2020: полный регресс неврологического заболевания с дальнейшим ухудшением со стороны скелетно-мышечной системы.

Сирингомиелия: на уровне тела позвонка С2 визуализируется центральный канал спинного мозга шириной до 1 мм на протяжении 6 мм. Кистозных полостей в спинном мозге не выявлено.

Спондилоартроз/остеохондроз: задние на широком основании протрузии дисков С6-7 (размером 3,5 мм), С4-5, С5-6 (размером до 3 мм), умеренно суживающие корешковые отверстия.

Гемангиома: не указано



2017: Дальнейшее улучшение со стороны неврологического заболевания с небольшим ухудшением со стороны скелетно-мышечной системы.

Сирингомиелия: расширение спинномозгового канала на уровне С2 и С3 позвонков. Протяжённость на уровне С2 позвонка прежняя (6,7 мм), на уровне С3 протяжённость расширения меньше - 6,2 мм (было отмечено 14 мм при предыдущем исследовании).

Спондилоартроз/остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника – с наибольшими изменениями на уровне позвоночного сегмента С6-С7 (задняя протрузия диска правосторонней парамедианной локализации).

Гемангиомы: в телах С4, С6 и С7 позвонков.

Рисунок 4. Направление излечения по данным МРТ-исследований.

Литература

1. Klimov VS, Gulay YS, Evsyukov AV, et al. Syringosubarachnoid shunting in treatment of syringomyelia: A literature review and a clinical case report. *Zh Vopr Neurokhir Im N Burdenko* 2017; 81(3): 58–65.
2. Zuev AA, Pedyash NV, Epifanov DS, et al. Results of surgical treatment of syringomyelia associated with Chiari 1 malformation. An analysis of 125 cases. *Zh Vopr Neurokhir Im N Burdenko* 2016; 80(1): 27–34.
3. Borisova N, Valikova I, and Kutchaeva G. Syringomyelia. Moscow: Meditsina 1989: 5–150.
4. Bogdanov E and Mendelevich E. Syrinx size and duration of symptoms predict the pace of progressive myelopathy: Retrospective analysis of 103 unoperated cases with craniocervical junction malformations and syringomyelia. *Clin Neurol Neurosurg* 2002; 104(2): 90–97.
5. Ślusarz K, Wierzbicki K, and Adamczyk-Sowa M. Shoulder pain as one of the symptoms of syringomyelia. *J. Educ. Health* 2019; 9(9) 748–761.
6. Milhorat TH. Classification of syringomyelia. *Neurosurg Focus* 2000 March; 8(3): 1.
7. Klekamp J. How should syringomyelia be defined and diagnosed? *World Neurosurg* 2018 March; 111: e729–e45.
8. Mueller DM and Oro' JJ. Prospective analysis of presenting symptoms among 265 patients with radiographic evidence of chiari malformation type I with or without syringomyelia. *J Am Acad Nurse Pract* 2004; 16(3): 134–138.
9. Yuan C, Yao Q, Zhang C, et al. Spontaneous resolution of syringomyelia with a 16-year serial magnetic resonance imaging follow-Up: A case report and literature review. *World Neurosurg* 2019 October; 130: 432–438.
10. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.
11. Al-Shatoury HAH, Galhom AA, and Luzzio C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), *Syringomyelia*. New York: WebMD LLC, 2017.
12. Vithoulkas G. *Materia medica viva*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.
13. Vithoulkas G. *Levels of health (3rd revised edition)*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.
14. Mahesh S, Mallappa M, and Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018; 25(2): 117–121.
15. Vithoulkas G and Berghian-Grosan C. The spin of electrons and the proof for the action of homeopathic remedies. *J Med Life* 2020 July–September; 13(3): 278–282.