

Article

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМЫ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ТЕЛ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Фазилов Ш.К. 

Заведующий отделением нейрохирургии клинической больницы Андижанского государственного медицинского института, Андижан, Узбекистан

Абстракт. В статье показаны преимущества хирургического метода лечения гемангиом органов органов грудного и поясничного отделов позвоночника и рецидивных опухолей. Два вида оперативных вмешательств выполнены у 9 больных с повреждениями тел позвоночника. Архотомическая гемиламинэктомия и «введение твердого цемента в поврежденные органы позвоночника» выполнены у 6 больных с болевыми синдромами опухолей органов и депрессий позвоночника. Костный цемент вводили чрескожно в тело позвонка у 3 больных с тяжелым течением заболевания. После операции болевой синдром полностью устранен у 6 больных из 9, боль достоверно уменьшилась у 2 больных; боль сохранялась у 1 больного.

Ключевые слова: гемангиомы, мозг, миеломы, позвоночник, аркотомия.

Гемангиомы и метастатические поражения позвоночника часто приводит к снижению плотности костной ткани, что увеличивает степень риска и частоту патологических переломов тел позвонков.

Хирургические методы лечения патологических поражений тел позвонков (метастатические опухоли, гемангиомы, миеломы) в основном предпринимаются с целью декомпрессии спинного мозга, корешков и устранения болевого синдрома. При этом выполняются операции типа декомпрессивной ламинэктомии, и опухолевые массы в телах позвонков практически не удаляются.

В последнее время в хирургическую практику лечения вторичных поражений тел позвонков внедряются новые методы с использованием различных трансплантатов, одним из которых являются производные полиметилметакрилата - «костный цемент».

Цель работы - определить клиническое значение использования костного цемента в плане комплексного лечения вторичных поражений позвоночника.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП и в нейрохирургическом отделении клиник АГМИ находились 9 больных с вторичными поражениями тел позвонков

Таблица-1

Нозологические формы поражения позвоночника

Вид поражения позвонка	Количество больных	В % отношении
Гемангиомы	5	55,6%
Метастаз рака матки	2	22,2%
Гормональная спондилопатия	2	22,2%
Всего	9	100%

(7 женщин и 2 мужчин). Возраст больных - от 35 до 50 лету По нозологическим формам поражения позвонков: гемангиомы — 5 больных, метастаз рака матки - 2 больных и 2 больных с гормональной спондилопатией.

Уровень поражения позвоночника - Тн8 — ТнЮ - 4 больных, Тн12 — 2 больных, L1 — 1 больной

и L5

- 2 больных.

Основной причиной обращения больных был сильный болевой синдром при патологическом переломе тел позвонков и развитие неврологических нарушений (нижний парапарез, нарушение функции тазовых органов).

Таблица-2

Уровень поражения позвоночника

Уровень поражения позвоночника	Количество больных	В % отношении
Тн 8 - Тн 10	4	44,4%
Тн12	2	22,2%
L1	1	11,1%
L5	2	22,2%
Всего	9	100%

В плане предоперационной подготовки проводилось клинично-неврологическое обследование больных, рентгенологический метод и МРТ - исследование.

При неврологическом обследовании у больных были выявлены признаки нижнего парапареза - 7 больных, нарушение чувствительности по типу гипестезии, оживление сухожильных рефлексов — у 7 больных и у 2 больных - отсутствие ахиллового рефлекса. Нарушения функции тазовых органов выявлены у 4 больных по типу задержки. Выявленные неврологические нарушения свидетельствовали о наличии компрессии спинного мозга и его корешков.

С помощью инструментальных методов исследования (рентгенография в стандартных проекциях и МРТ) устанавливали уровень поражения, локализацию опухоли, степень разрушения тел позвонков, степень компрессии спинного мозга, паравертебральное или интраканальное распространение опухоли. На основании полученных данных разрабатывали план и объем оперативного вмешательства.

Основными показаниями к вертебропластике с использованием костного цемента были наличие неврологических нарушений, сильный болевой синдром и нарушение опороспособности тела пораженного позвонка.

По характеру выполненной операции больные разделены на 2 группы.

1. В первую группу включены больные, которым произведена аркотомия и гемиламинэктомия с целью декомпрессии элементов спинного мозга и введение костного цемента в тело пораженного позвонка открытым способом - 6 больных.

2. Во вторую группу включены больные, которым костный цемент вводился перкутанно - 3 больных.

Объем вводимого костного цемента составил от 5 до 10 мл. Заполнение пораженного тела позвонка производилось через специальную иглу, введенную в тело позвонка. Время фиксации - 3 - 5 минут. С целью определения степени заполнения пораженного позвонка производили контрольную рентгенографию в стандартных проекциях.

В послеоперационном периоде больным назначали антибактериальную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики.

Из 9 оперированных больных 3 в послеоперационном периоде назначена лучевая терапия на область пораженного позвоночного сегмента. Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде из 9 оперированных больных у 6 отмечено полное исчезновение болевого синдрома, у 2 больных они значительно уменьшились и только у 1 больного боли остались на дооперационном уровне.

Регресс неврологических нарушений в ближайшем послеоперационном периоде отмечен у 5 больных (восстановление чувствительности, увеличение объема движений в ногах и восстановление функции тазовых органов).

Больные активизированы на 3 — 4 сутки после операции (4 больных с применением наружной фиксации).

В наших наблюдениях осложнений, связанных с введением костного цемента «вертебропластики» не отмечено.

За период наблюдения со стороны пораженного позвонка не было отмечено признаков прогрессирования заболевания.

Таким образом, использование костного цемента с целью повышения опороспособности пораженных позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника ускоряет активизацию больных после операции и является профилактикой прогрессирования последствий вторичных поражений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Чиссов В.И., Решетов И.В., Методические подходы к радикальному удалению первичных и метастатических опухолей позвоночника. Российский онкологический журнал, № 6, 2004, стр.4-9.

2. Полищук Н.Е., Слынько Е.И., Хирургическое лечение опухолей позвонков. Нейрохирургия № 3, 1999, стр. 13-18.

3. Дуров О.В., Тактика хирургического лечения первичных и метастатических опухолей позвоночника: Дис. канд. мед. наук. — М., 2004.

4. Gokaslan Z.L., York J. E., Walsh G.L. et al. Transthoracic vertebrectomy for metastatic spinal tumours // J. Neurosurg.- 1998. - Vol. 89, N 4.- P. 599-609.

5. Tomita K., Kawahara N., Kobayashi T., et al. Surgical strategy for spinal metastases // Spine. 2001. Vol. 26. P. 298-306.