

спондилолистезе. В первой группе регресс болевого синдрома отмечен у 218. Болевой корешковый синдром проходил сразу после операции. В группе спондилолистеза получены хорошие и удовлетворительные результаты (табл. 2). Менее благоприятные исходы получены в группе повторно оперированных больных.

ВЫВОДЫ

Следует выделить следующие преимущества переднего доступа:

- 1) радикальное удаление патологического очага;
- 2) стабилизация пораженного сегмента;
- 3) разгрузка нервных корешков;
- 4) сохранение неповрежденных задних структур;
- 5) кратчайший и наиболее рациональный подход к очагу поражения;
- 6) хороший визуальный контроль;
- 7) возможность одновременно выполнить переднюю декомпрессию и стабилизацию.

УДК 616.711.9-089-006.6

В.В. Доценко, В.В. Руденко, В.В. Вовкогон, П.В. Доценко

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Российский университет дружбы народов (Москва)

Авторы предлагают придерживаться активной хирургической тактики при солитарном поражении позвоночника с целью купирования симптомов компрессии спинного мозга и морфологической верификации опухолевого процесса.

Ключевые слова: хирургия, позвоночник, опухоль

SURGICAL APPROACH AT MALIGNANT TUMOURS OF THE SPINE

V.V. Dotsenko, V.V. Rudenko, V.V. Vovkogan, P.V. Dotsenko

The authors suggest adhering to the position of active surgical approach solitary injury of the spine with the purpose to reduce symptoms of spinal cord compression and morphologic verification of tumor process.

Key words: surgery, spine, tumour

Хирургическое лечение первичных опухолей и метастатических поражений позвоночника остается нерешенной проблемой. Среди всех опухолей позвоночника около 96 % составляют метастазы и 4 % — первичные опухоли. Основные источники метастазов в позвоночник — рак молочной железы, легкого, предстательной железы и почек. Из первичных опухолей позвоночника наиболее часто встречаются хондромы, хондросаркомы, остеосаркомы, лимфомы.

Главной проблемой в хирургии опухолей позвоночника является обеспечение радикализма и возникающие при этом технические трудности, обусловленные топографоанатомической «близостью» позвоночника и спинного мозга. Несмотря на достигнутые успехи в развитии методов стабилизации позвоночника, до настоящего времени не выработано единой точки зрения об объеме, типе, оперативном доступе и тактике лечения при первичных и метастатических опухолевых поражениях. Нередко по поводу солитарного поражения позвоночника оказывается паллиативная помощь без определения морфологической структуры опухолевого процесса и выявления первичного очага опухоли, исключая возможность диагности-

ки, проведения специального противоопухолевого лечения и реабилитационных мероприятий.

Накоплен опыт лечения 35 больных со злокачественным опухолевым поражением позвоночника, которым предпринята попытка радикального удаления опухоли. Причиной обращения пациентов являлись интенсивный болевой синдром, неврологические расстройства разной степени тяжести. В 7-ми наблюдениях был поражен шейный отдел позвоночника, в 12-ти наблюдениях грудной, в 15 — поясничный, в 1 — крестцовый. Метастазы имели место у 30 пациентов, первичные опухоли — у 5. Первичным очагом был рак молочной железы — 14 наблюдений, рак почки — 6, рак легкого — 3, предстательная железа — 3, меланома кожи — 2, саркома матки, рак надпочечника наблюдались в одном случае. У 2-х пациентов имелись первичные лимфомы позвоночника, лимфосаркома, примитивная нейроэктодермальная опухоль и злокачественная гигантоклеточная опухоль по 1-му наблюдению.

Обследование включало в себя рентгенографию, МРТ позвоночника, визуализацию костей скелета, определялся уровень биохимических онкомаркеров. Показанием к операции являлась кли-

ническая симптоматика и наличие солитарных опухолевых поражений позвоночного столба без прорастания вещества спинного мозга, отсутствие другой опухолевой патологии. Использовались передние или задние доступы. Удаление позвонка выполнялось анатомическим блоком или фрагментарно с предварительной СВЧ-электротермической обработкой патологически измененной костной ткани. Удаление позвонка и паравертебрального компонента опухоли выполнялось в пределах гистологически здоровой костной ткани. Для стабилизации позвоночника использовались индивидуальные металлоконструкции, транспедикулярная фиксация, многоуровневые эндокорректоры («Конмет», «Омега-21», «Диапазон», «Moss-Miami») и различные варианты межтелового спондилодеза. В трех наблюдениях удаление позвонка и первичного очага осуществлено одномоментно: в одном наблюдении выполнена мастэктомия по Маддену, в двух — нефрэктомия.

Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купирован во всех наблюдениях. Активный образ жизни с отсутствием неврологических нарушений ведут 68 % пациентов. Трудовая реабилитация достигнута в 19 % случаев.

После получения результатов планового гистологического исследования 18-ти пациентам проведено комбинированное лечение. Сроки наблюдения составили до 36 месяцев. Летальный исход

в раннем послеоперационном периоде отмечен у двух пациентов. Рецидив опухолевого процесса в зоне операции на позвоночнике в течение 1 года отмечен у 5 больных, прогрессирование опухолевого процесса вне зоны операции на позвоночнике отмечено у 7 (46 %) пациентов. Всем этим пациентам проведена дополнительная противоопухолевая терапия с использованием хирургических и консервативных методов. Выживаемость в течение года составила — 25 %.

Таким образом, необходимо придерживаться активной хирургической тактики при солитарном поражении позвоночника с целью купирования симптомов компрессии спинного мозга и морфологической верификации опухолевого процесса. Малое число местных рецидивов, говорит о реальности выполнения радикального удаления опухоли позвонка при солитарном поражении позвоночника с использованием методических подходов по снижению кровопотери и повышению абластичности операций. Предварительные результаты свидетельствуют о необходимости разработки методик блоковых резекций позвонков для повышения радикализма. При прогрессировании опухолевого процесса вне зоны операции на позвоночнике оправдывает себя активная тактика лечения с использованием хирургических и консервативных методов, что позволяет значительно увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

УДК 616.728.3:616-001.513

А.В. Ерусалимцев, И.Е. Комогорцев, С.М. Кузнецов, П.Д. Метревели

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Авторы предлагают методику лечения внутрисуставных переломов с помощью миниинвазивного вмешательства.

Ключевые слова: внутрисуставные переломы, коленный сустав

MINI-INVASIVE INTERVENTIONS AT INTRAARTICULAR FRACTURES OF THE KNEE JOINT

A.V. Yerusalimtsev, I.E. Komogortsev, S.M. Kuznetsov, P.D. Metreveli

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

The authors suggest the method of treatment of intraarticular fractures with the help of mini-invasive intervention.

Key words: intraarticular fractures, knee joint

Закрытые внутрисуставные переломы костей коленного сустава относятся к тяжелым повреждениям костей нижней конечности. Чаще всего при этом встречаются переломы мыщелков большеберцовой кости. По существующей классификации

переломы подразделяются на изолированные переломы мыщелков большеберцовой кости, Т- и V-образные оскольчатые, многооскольчатые, переломы межмыщелкового возвышения, мыщелков бедренной кости, краевые переломы суставной поверхно-