

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Т.Т. Керимбаев, В.Г. Алейников, Е.А. Урунбаев, Е.В. Кусаев, И.Ж. Галиев
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

Актуальность.

Рост опухоли из вещества спинного мозга вызывает «настороженность» при их удалении и ограничивает ее радикальность. Однако, опыт лечения интрамедуллярных опухолей говорит о том, что длительная остановка роста опухоли или даже излечение достигается только путем микрохирургической резекции и зависит от полноты ее удаления.

Цель работы.

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с интрамедуллярными опухолями спинного мозга.

Материал и методы.

В отделении спинальной нейрохирургии РНЦНХ в период с октября 2008 по март 2012 года оперировано 41 больных с интрамедуллярными опухолями спинного мозга. Количество мужчин и женщин было одинаковым (20 и 21 соответственно), в возрасте от 17 до 64 лет, в среднем 35 лет. Наиболее часто опухоли располагались в шейном и шейно-грудном отделах – 25 (причем в 3 случаях с распространением в область ствола мозга), реже в грудном – 9, поясничном и грудно-поясничном отделах – 6, причем астроцитомы располагались преимущественно в шейном и верхне-грудном отделах. Из гистологических типов (классификация WHO, 2007) составили: эпендимомы – 19 случаев (из них: миксопапиллярная, grade I - 13, эпендимома (светлоклеточная, папиллярная) gr.II - 5, анапластическая, gr.III-1); астроцитомы – 14 (из них: пилоцитарная, gr.I - 8, диффузная, gr.II - 3, анапластическая, gr.III-3); анапластическая олигодендролиома, gr. III - 1; хориоид папиллома - 2; ганглиобластома-2 и другие (ганглиоглиома; ганглионейробластома; дермоидная опухоль). Оценка неврологического дефицита (шкала ASIA): группа А – 2; группа В – 8; группа С – 18, группа D – 13 пациентов. Больные в группе А и В были представлены в основном анапластическими вариантами опухолей. Пациенты оперированы с применением микроскопа, эндоскопической системы Vitom (Карл Шторц), микрохирургического инструментария и ультразвукового отсоса. У 9 больных использовался Key-Holl доступ, в остальных случаях

ламинэктомия. Поворотом стола в нужную сторону достигался оптимальный обзор операционного действия ко всем структурам спинного мозга.

При удалении интрамедуллярных опухолей, мы применяли следующую методику: после вскрытия ТМО, проводилась миелотомия по задней или задне-боковой борозде спинного мозга на протяжении очага поражения. Мягкая мозговая оболочка подшивалась по периметру для лучшего обзора видимости. Немаловажное значение имеет проведение оптимальной миелотомии, что позволяет уменьшить тракцию спинного мозга при удалении опухоли. Опухоль выделялась на всем протяжении микродиссекторами и коагуляцией питающих сосудов, причем особую осторожность проявлять с сосудами дна центрального канала, имеющих анастомозы с передней спинальной артерией. Преимущественно тотально удалялась опухоль при эпендимоммах, где четко просматривалась граница между ней и нормальным мозговым веществом.

Результаты лечения.

В 28 случаях опухоль была удалена тотально, в 13 случаях субтотально (в основном астроцитомы с инфильтративным ростом, и прорастающие в область ствола). В 2 случаях (анапластическая астроцитомы) пациенты оперированы повторно через 8, 12 месяцев, в связи дальнейшим ростом опухоли в соседние сегменты. В большинстве случаев на момент выписки неврологическое статус был без ухудшения или имело место улучшение. Стойкое ухудшение (до группы А) отмечено в одном случае, преходящее (восстановление в течение 2-4 месяцев): до группы В – 2, до группы С – 2.

Выводы.

Применение современных малоинвазивных технологий позволяют в большинстве случаев радикально удалять интрамедуллярные опухоли. Улучшение неврологической симптоматики в послеоперационном периоде, низкий уровень послеоперационной инвалидизации и летальности позволяет рекомендовать хирургическое вмешательство как эффективный метод лечения данной патологии.