

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ 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.** Опухоли спинного мозга встречаются до 3-4% среди новообразований центральной нервной системы и, наиболее часто, в молодом трудоспособном возрасте (30-40 лет). Экстрамедуллярные опухоли подразделяют по отношению к стороне спинного мозга на дорсальные, дорсолатеральные, латеральные, вентролатеральные и вентральные. Так как, большая часть экстрамедуллярных опухолей являются доброкачественными, то особую значимость приобретает радикальное и, в тоже время, их малотравматичное удаление.

**Цель работы.** Анализ результатов лечения пациентов с экстрамедуллярными опухолями спинного мозга вентральной локализации, оперированных с использованием малоинвазивных технологий.

**Материал и методы.** В период с октября 2008 по март 2012 года в отделе спинальной нейрохирургии, патологии ПНС прооперировано 117 больных с экстрамедуллярными опухолями вентральной локализации, из них интрадуральные составили 67 (из них в 6 случаев и экстрадуральная), в 50 случаях – экстрадуральные. Женщин было несколько больше, чем мужчин (69 и 48 соответственно). Возраст составил от 19 до 72 лет, в среднем 47,5. Наиболее часто, опухоль располагалась в грудном (63 случаев), реже в шейном (28, из них в краниовертебральной области (C0-C2) – 15), и поясничном отделах – 26. По гистологическому строению (классификация WHO, 2007) из интрадуральных опухолей 33 были менигиомами, в 4 случаях атипичные и анапластичные grade II- III (в основном грудном, в 8 в шейном и лишь в 1– поясничном отделах), нейрофибромы – 27, ангиолипомы – 5, метастаз -1. Оценка неврологического дефицита (шкала ASIA): группа А - 9, группа В – 19, группа С – 49, группа D– 28, группа E-11, причем в группе А все пациенты были с экстрадуральными опухолями. Всем пациентам проводилось МРТ исследование, до, после операции и через 3, 12 мес. Применялась следующая методика микрохирургического удаления: односторонняя гемиламинэктомия с частичной резекцией боковой стенки позвоночного канала и ножки дуги до тела позвонка высокооборотистой дрелью. Далее - наклон стола в противоположную сторону до 45° - 60°, благодаря чему плоскость операционного действия приходилась на переднюю стенку дурального мешка, что

позволяла беспрепятственно радикально удалить опухоль без излишней тракции спинного мозга. При опухолях с экстрадуральным расположением, помимо устранения компремирующего спинной мозг фрагмента, удаляли пораженное тело позвонка, (при необходимости и все костные структуры позвонка) по предложенной нами методике. Посредством транспедикулярного доступа с обеих сторон тело позвонка высверливалось пневмобором (под микроскопическим контролем), формировалось ложе в телах соседних (здоровых) позвонках для установки имплантата (сетки или раздвижного кейджа). Далее устанавливалась 8-винтовая транспедикулярная система с небольшой компрессией для коррекции кифоза и устойчивости кейджа. По этой методике нами прооперировано 9 больных. В 9 случаях проводили удаление мягкотканого компонента опухоли, вертебропластику тела позвонка и ТПФ, в 8 случаях только ТПФ или ламинарную фиксацию.

**Результаты лечения.** В большинстве случаев, на момент выписки отмечено значительное улучшение неврологического состояния в виде нарастания силы и объема движений в конечностях. Примечательно, что у 3 пациентов группы А, оперированных по поводу остеобластокластомы и гемангиомы (до 2-3 недель после развития плегии), отмечалось практически полное восстановление (группа Д) в течение 3 месяцев после операции. У 2 пациентов - переход в группу В (оперированы через 10 мес после развития плегии). У 4 пациентов (метастаз) улучшения не наблюдалось. Преходящее нарастание неврологического дефицита отмечено у 3 пациентов. Из 117 больных в 28 случаях опухоли удалены субтотально (при злокачественных опухолях и нейрофибромах, с прорастанием в позвоночную артерию, на уровне краниовертебрального перехода и C1-2 позвонков).

**Выводы.** Таким образом, применение микрохирургической техники и малоинвазивных доступов позволяет провести максимальное удаление опухолевой ткани, даже при злокачественных новообразованиях, при необходимости провести стабилизацию позвоночника и значительно улучшить результаты лечения.