

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 имплантанта (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.