

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

По данным различных авторов, первичные опухоли позвоночника составляют небольшой процент (от 3,1% до 16% больных) от всех опухолей скелета. Первичные опухоли позвоночника, как и в других отделах скелета, делятся на доброкачественные и злокачественные.

Актуальными вопросами хирургического лечения опухолей является выбор наиболее оптимального оперативного доступа, обеспечивающего достаточный обзор для манипуляций на позвоночных сегментах и прилежающим к ним сосудистым и нервным структурам. Вторым и наиболее главным является вопрос онкологического радикализма, подразумевающий удаление измененного позвонка единым блоком с окружающими тканями в пределах гистологически здоровых тканей.

### Материалы и методы исследования

Наши клинические наблюдения касаются 31 больного с доброкачественными и злокачественными первично возникшими опухолями и опухолеподобными поражениями позвоночника, лечившихся в отделении вертебрологии ГУ «Института патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины».

По локализации поражения: шейный отдел позвоночника – 7 пациентов, грудной – 8, поясничный – 14, крестец – 3. Среди них было 16 женщин и 15 мужчин в возрасте от 15 до 62 лет. У 8 больных отмечалась грубая неврологическая симптоматика в виде парезов и параличей, у 7 – радикулопатия.

Для предоперационной диагностики мы использовали следующую схему обследования: клиническое обследование проводилось по общепринятым методикам и включало в себя сбор анамнеза болезни, клинико-биохимическое исследование крови и мочи, рентгенологический метод исследования, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование, остеосцинтиграфия, контрастная ангиография.

Пункционная биопсия проведена нами на различных уровнях позвоночника 25 больным. 6-ти больным выполнялась открытая биопсия последующим радикальным хирургическим вмешательством.

У наших пациентов хирургическое вмеша-

тельство из переднего доступа было выполнено у 7-ми больных, из заднего доступа у 9-ти больных, комбинированный переднезадний доступ был выполнен у 15-ти пациентов, причем у 9 пациентов использовалось одноэтапное хирургическое вмешательство, а у 6-ти пациентов – двухэтапное.

### Результаты лечения

Оценку результатов хирургического лечения опухолей позвоночника мы проводили по следующим критериям: радикализм вмешательства, наличие осложнений, динамика неврологических и ортопедических нарушений, наличие рецидивов опухоли и продолжительность жизни пациентов.

Радикальное удаление опухоли в пределах здоровых тканей было достигнуто у 26 больных. После операции положительный эффект неврологических нарушений был отмечен у всех пациентов с явлениями компрессионной радикулопатии, и с явлениями парапареза.

Один пациент с компрессионно-ишемической миелопатией с клиникой параплегии в неврологическом статусе, в раннем послеоперационном периоде отметил положительную динамику.

Осложнения, возникшие при радикальном удалении опухоли позвоночника мы разделили на две группы: осложнения, возникшие во время оперативного вмешательства и послеоперационные осложнения. Из интраоперационных осложнений у нас имело место кровотечение из сосудов, питающих опухоль. В ближайшем послеоперационном периоде один пациент умер с диагнозом острая сердечная недостаточность.

Сроки наблюдения больных составили от 3-х до 18-ти месяцев. Прогрессирование заболевания после удаления опухоли отмечалось у 2-х больных с остеосаркомой L<sub>1</sub> позвонка и хордомой L<sub>4</sub> позвонка.

### Заключение

Хирургическое лечение опухолей позвоночника должно включать в себя радикальное удаление образования в пределах «здоровых» тканей, восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в пораженном позвоночном сегменте и создание надежной и жесткой стабилизации позвоночника.