

Сучасні підходи до хірургічного лікування інтрамедулярних пухлин спинного мозку

Муравський А.В., Вербов В.В.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: outing7@yahoo.com
Київська медична академія
післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*

Мета — покращити результати хірургічного лікування інтрамедулярних пухлин спинного мозку.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 125 хворих з інтрамедулярними пухлинами спинного мозку за період з 1990 до 2005 рр. Вік хворих коливався від 16 до 74 років. Передопераційне обстеження включало: неврологічний огляд, КТ, МРТ, спінальну ангиографію, електронейроміографію. Період між першими клінічними проявами та часом проведення операції складав від 2 місяців до 15 років.

Результати та їх обговорення. Виділено 17 гістологічних типів інтрамедулярних пухлин спинного мозку, серед яких домінували епендимомы (51 спостереження), астроцитоми (42), гемангіобластоми (11), кавернозні ангиоми (5), невриноми (3), меланоми (2). Тотальне видалення пухлин проведено в 32 спостереженнях, субтотальне — 59, часткове — 37, біопсія — 6.

Тактика проведення оперативних втручань визначалась характером макроскопічної границі між пухлиною та спинним мозком. При наявності чіткої границі пухлина — спинний мозок (епендимомы, вузлові форми астроцитом, гемангіобластоми, ліпони, ектопічні невриноми та менингіоми) проводилось радикальне видалення новоутворення. При дифузних формах астроцитом можливим було тільки часткове видалення новоутворення.

Ламінектомію проводили на всьому протязі солідної частини пухлини з обов'язковим виділенням її полюсів. При виконанні ламінектомії видалення суглобових відростків не проводили. Тверда мозкова оболонка вскривалась серединним розрізом, її краї розводились в сторони та фіксувались з метою доброї візуалізації дорзальної поверхні спинного мозку. Після розрізу твердої мозкової оболонки проводилась ідентифікація задньої серединної лінії. Всі маніпуляції на спинному мозку виконувались під 6–10 кратним мікроскопічним збільшенням. Розсікалась арахноїдальна оболонка і разом з нею зміщувались судини.

Головним фактором, який визначав подальшу тактику проведення оперативного втручання, було розташування пухлини по відношенню до поверхні спинного мозку. При інтрамедулярній локалізації пухлини використовували задньосерединну мієлотомію або мієлотомію в зоні входу задніх корінців. При інтра-екстрамедулярній локалізації пухлини доступ здійснювався у місці виходу пухлини на поверхню спинного мозку.

В проекції розташування пухлини спинний мозок був різко розширеним. Волокна білої речовини не розсікали, їх розводили мікродисектором. Після проведення мієлотомії ставало можливим бачити дорзальну поверхню пухлини. Поступово зміщуючись латерально та вентрально проводилось акуратне виділення бокової поверхні пухлини. Після звільнення дорзальної та бокових поверхонь пухлини

проводилась внутрішньопухлинна резекція для зменшення її об'єму.

Зменшивши об'єм пухлини, без додаткової травматизації мозку, проводили тракцію за один із полюсів пухлини з метою відділення від мозку її вентральної поверхні. При тракції пухлини необхідно було попереджати сильну деформацію спинного мозку. При видаленні інтрамедулярної пухлини сирингомієлітичні порожнини в ділянці полюсів пухлини вскривались самостійно.

При дифузних пухлинах була відсутня чітка межа спинний мозок — пухлина. Кускуванням видалляли центральну частину пухлини. Видалення пухлини проводили до границі з візуально незмінною речовиною спинного мозку.

На момент виписки хворих зі стаціонару покращення в неврологічному стані відзначено в 41 спостереженні, без змін — 70, погіршення — 14.

Результати оперативних втручань визначались гістологічною природою пухлини, її розташуванням, вираженістю неврологічного дефіциту. Крайні функціональні результати відзначені у хворих з епендимомами та гемангіобластомами, гірші — при дифузних астроцитомах, коли проводилась внутрішня декомпресія за рахунок часткової резекції пухлини та випорожнення пухлинних кист. Оперативне втручання необхідно проводити зразу ж після постановки діагнозу без відстрочки наростання неврологічного дефіциту.

Висновки. Завдяки використанню мікрохірургічної техніки та інтраопераційного мікроскопу при тотальному видаленні інтрамедулярних пухлин вдалось досягнути добрих функціональних результатів в післяопераційному періоді.

Методика лечение вентральных опухолей краниовертебральной и верхнешейной локализации

Бурый В.М., Аль-Кашкиш Ияд Исхак

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: outing7@yahoo.com*

Цель. При внемозговых опухолях, вызывающих компрессию вентролатеральной или вентральной поверхности спинного мозга хирургическое вмешательство сложно, требуется дифференцированный выбор хирургических доступов, которые должны обеспечивать оптимальный визуальный контроль за ходом удаления опухоли и состоянием нервных структур при минимальных смещениях спинного мозга. Данное исследование проведено с целью анализа результатов удаления таких опухолей с использованием различных доступов.

Материал и методы. С 2000 г. нами обследовано и прооперировано 32 больных с интрадуральными экстрамедулярными краниовертебральными опухолями и опухолями верхнешейного отдела спинного мозга вентральной и вентролатеральной локализации. Возраст больных варьировал в пределах от 28 до 82 лет. В зависимости от уровня локализации больные распределились следующим образом: опухоли краниовертебрального перехода — 7 больных; опухоли на уровне С1–С2 — 11 больных; и С2–С3 — 14 больных.

Результаты и их обсуждение. У всех больных опухоли были удалены тотально. На результаты опе-