



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Д.А. Пташников, В.Д. Усиков

Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург

Цель исследования. Обоснование тактики лечения пациентов с первичными опухолями позвоночника.

Материал и методы. Проанализирован опыт хирургического лечения 47 больных с доброкачественными опухолями позвоночника. Тактика лечения формировалась с учетом вида опухоли, ее локализации и соматического статуса пациента. Для изучения очага поражения использовались рентгенологическое обследование, КТ и МРТ, некоторым пациентам выполнялась пункционная трепанобиопсия.

Результаты. Рецидив опухоли зарегистрирован у 6 (14,6 %) больных. Это говорит о том, что, несмотря на возможности современных диагностических средств, в процессе операции определить четкую границу опухоли удалось не во всех случаях. Функциональные результаты лечения заключались в восстановлении опороспособности позвоночного столба и регрессе болевой симптоматики во всех наблюдениях. Костная пластика являлась методом выбора для замещения межтелового дефекта.

Заключение. Выполнение радикальных операций (корпектомии и спондилэктомии) значительно снижает риск рецидивов. Локализация опухоли в пояснично-крестцовом отделе при наличии паравертебрального компонента создает серьезные технические трудности для ее радикального удаления. Кортикально-губчатый аутоаутогенный трансплантат зарекомендовал себя как хороший пластический материал для замещения дефектов после резекции позвонка и формирования спондилодеза.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, позвоночник, спондилэктомия.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN TUMORS OF THE SPINE

D.A. Ptashnikov, V.D. Usikov

Objective. To validate the approach to treatment of patients with primary tumors of the spine.

Material and Methods. The experience of surgical treatment of 47 patients with benign tumors of the spine was analyzed. The treatment approach was defined with the account of tumor type and localization, and of patient's somatic status. The diseased area was examined with the help of X-ray, CT scanning, and MRI, and a punch biopsy in some patients.

Results. The tumor recurrence was registered in 6 (14.6 %) patients. This shows that in some cases the exact margins of the tumor were not defined despite the comprehensive diagnostic possibilities. Functional results of the treatment implied the restoration of the spine support ability and the pain regress in all observations. Bone plasty was the method of choice for interbody defect replacement.

Conclusion. The radical surgery (corpectomy and spondylectomy) considerably reduces the risk of tumor recurrence. Lumbosacral location of the tumor with paravertebral extension presents serious technical problems in its total removal. Autogenic cortical cancellous bone proved to be a good plastic material for defect replacement after vertebra resection and fusion.

Key Words: benign tumors, spine, spondylectomy.

Hir. Pozvonoc. 2005;(4):61–65.

Введение

Доброкачественные опухоли позвоночника составляют 8 % всех костных доброкачественных и 40 % диагностированных опухолей. Они нередко малигнизируются и составляют до 80 % первичных злокачественных опухолей позвоночника и крестца [5, 7].

Проблемы в лечении пациентов с первичными опухолями позвоноч-

ника начинаются уже на стадии диагностики заболевания. Длительный латентный период развития патологического процесса, скудная клиническая картина с отсутствием патогномичных симптомов приводят к тому, что диагностические ошибки достигают 80 %, и, как следствие, хирургу нередко приходится сталкиваться уже с имеющимися осложнениями в виде патологического пере-

лома позвонка, нестабильности позвоночного столба и компрессии спинного мозга.

Цель работы – обоснование тактики лечения пациентов с первичными опухолями позвоночника.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 47 пациентов с доброкачественными

опухолями, что составило 30 % от общего числа больных, оперированных по поводу новообразований позвоночника. В основном это больные с гигантоклеточной опухолью (ГКО), остеохондромой, гемангиомой и остеобластомой. Чаще всего (77 % случаев) заболевание встречалось во второй-третьей декадах жизни и значительно реже – в более позднем возрасте (табл.). Определенные закономерности наблюдались и в локализации доброкачественных опухолей на позвоночном столбе и собственно позвонке. Большинство новообразований диагностировано в грудном и поясничном отделах позвоночника, за исключением остеохондромы и аневризальной костной кисты (АКК), поражающих любой уровень. Тело позвонка – излюбленное место локализации гемангиом и ГКО. Остеохондрома, остеобластома, АКК и остеонид-остеома выявлялись в дуге позвонка.

Основопологающей задачей для выбора схемы лечения пациентов являлась верификация неопластического процесса. Для изучения очага поражения (его структуры, локализации, отношения к окружающим тканям и т. д.) использовались стандартное рентгенологическое обследование, КТ и МРТ. С учетом того, что большинство клиничко-рентгенологических признаков у пациентов носило неспецифический характер, особое внимание уделялось биопсии образования.

С этой целью выполнялась пункционная трепанбиопсия. Стоит отметить, что обследование пациента в условиях специализированного стационара в оптимальном режиме занимало не менее двух недель (с учетом времени, необходимого для обработки гистологического материала). Поэтому другим важным фактором, влияющим на диагностический алгоритм и выбор метода лечения, являлась клиническая картина заболевания. Если ведущим проявлением был вертебральный синдром, а неврологические расстройства отсутствовали или были незначительными, проводилось комплексное обследование пациента с целью гистологической верификации опухоли. При наличии выраженных неврологических расстройств и необходимости выполнения декомпрессивной операции обследование ограничивалось определением объема опухоли и профилактикой осложнений.

Результаты и их обсуждение

Современные способы диагностики позволили нам верифицировать опухоль на дооперационном этапе у 41 (87,2 %) пациента.

На второй стадии заболевания, по классификации Enneking W.F. [4], был прооперирован 31 (66 %) пациент, из них 5 – с ГКО, 9 – с остеохондромой, 3 – с остеобластомой, 2 – с АКК, а также все пациенты с гемангиомой, остеонид-остеомой и остео-

мой. В этой группе больных клинически процесс характеризовался умеренными болями, 1–2 балла по шкале боли McAfee, [6], и корешковыми расстройствами, а рентгенологически отмечался прогрессивный рост опухоли, отграниченной от окружающей ткани истонченной псевдокапсулой. У 16 (34 %) больных заболевание было диагностировано на более поздней, третьей, стадии с выраженными клиническими проявлениями. Большинство опухолей было представлено такими патологиями, как ГКО, остеобластома и АКК. У всех пациентов отмечались интенсивные боли (3–4 балла), а у 9 – неврологические расстройства до глубоких парезов (4 случая) и парезов (2 случая). Причем у 14 (87,5 %) больных этой группы резкое ухудшение динамики заболевания было связано с патологическим переломом позвонков. Отмечался агрессивный тип роста опухолей, они практически не имели капсулы и проникали в мягкие ткани.

В группе больных с верифицированным диагнозом тактика лечения зависела от вида опухоли, локализации и распространенности процесса, а также соматического статуса пациента. Из-за низкой эффективности лучевой и лекарственной терапии хирургический метод являлся основным в лечении данной категории больных.

Общепризнанно, что только полное удаление опухоли (в большинстве случаев с максимально широким краем резекции) снижает риск рецидива заболевания. При удалении агрессивных опухолей с выраженными клиническими проявлениями использовали радикальные способы операции. Так, 16 пациентам (10 – с ГКО, 5 – с остеобластомой, 1 – с кантогранулемой) выполнено тотальное удаление опухоли блоком с костной пластикой дефекта и стабилизацией пораженного позвоночного сегмента. У семи из них при локализации новообразования исключительно в теле позвонка выполнялась корпорэктомия (4 случая) и широкая резекция с удалением до трех четвертей тела позвонка (3 случая). Распространение процесса

Таблица

Распределение больных по видам опухоли и возрасту

Вид опухоли	Пациенты, n			
	до 20 лет	21–30 лет	31–40 лет	старше 40 лет
Гигантоклеточная опухоль	4	6	3	–
Остеохондрома	5	5	–	–
Гемангиома	2	1	–	4
Остеобластома	3	4	–	–
Аневризальная костная киста	3	–	–	1
Остеонид-остеома	1	1	–	1
Остеома	–	–	–	2
Ксантогранулема	–	1	–	–
Всего, n (%)	18 (38,5)	18 (38,5)	3 (6,0)	8 (17,0)

в опухолевый процесс. Однако в условиях стабилизации позвоночника металлоконструкцией эти осложнения не приводили к нарушению опороспособности позвоночника в течение всего периода наблюдения. В целом, результат восстановления опороспособности позвоночника характеризовался значительным регрессом болевой симптоматики (рис. 1).

Регресс неврологических симптомов зависел от уровня и вида комп-

рессии дурального мешка, степени выраженности симптоматики и ее продолжительности (рис. 2). У одного больного рецидив опухоли сопровождался повторным нарастанием неврологического дефицита.

Осложнения при оперативном лечении больных с доброкачественными опухолями позвоночника в основном связаны с допущенными отклонениями от методики оперативного лечения и ошибками в выборе сроков

вмешательства после проведенной лучевой терапии у пациентов с ГКО. Нагноение операционной раны отмечено после задних доступов у 2 (4,2 %) больных. Однако поверхностный характер процесса не привел к удалению металлоконструкции. У двух больных, получивших курс лучевой терапии в предоперационном периоде, дистрофические изменения мягких тканей явились причиной отставания сроков заживления после-

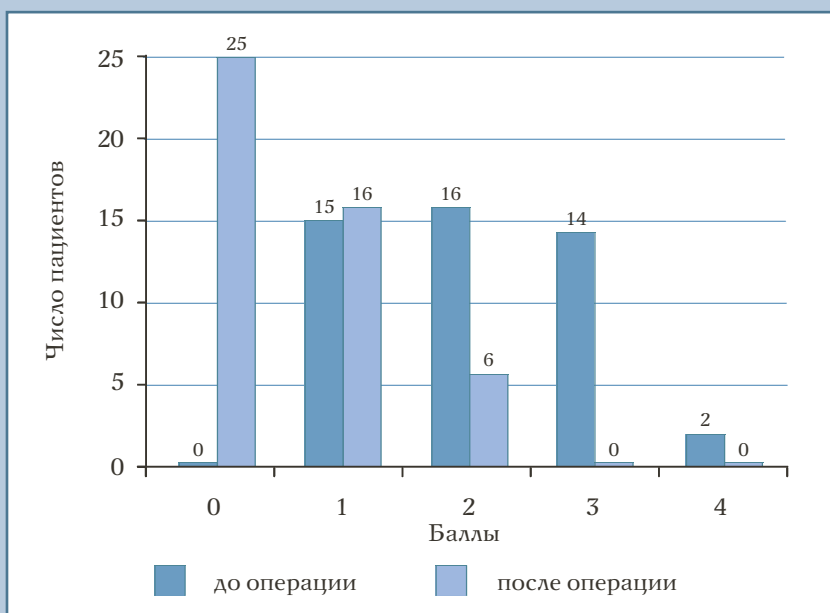


Рис. 1

Динамика болевого синдрома по шкале McAfee [6] после оперативного лечения пациентов:

0 – боли нет; 1 – минимальная боль, не требуется прием медикаментов; 2 – боль средней интенсивности, контролируемая приемом ненаркотических анальгетиков; 3 – выраженная боль, контролируемая периодическим приемом наркотических анальгетиков; 4 – интенсивная боль, требующая регулярного приема наркотических анальгетиков

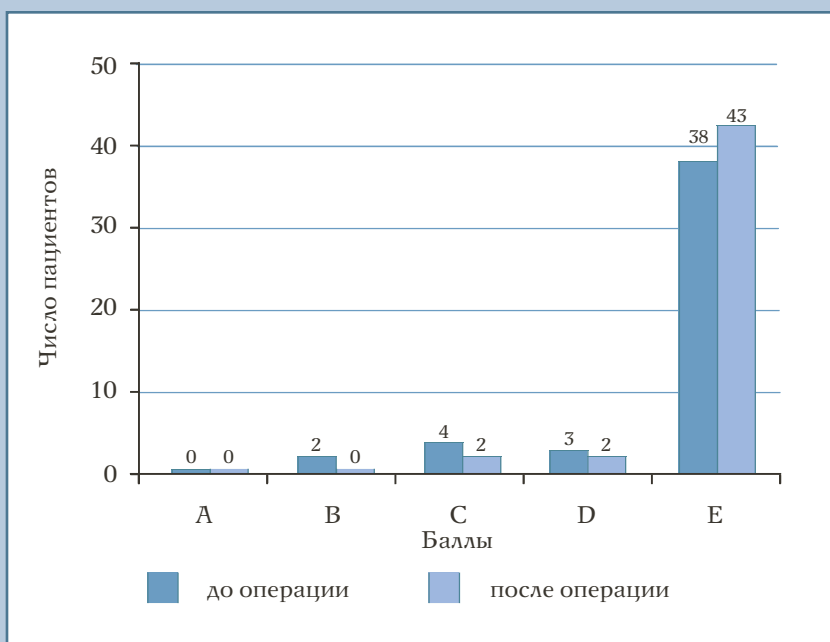


Рис. 2

Динамика неврологических расстройств в результате декомпрессивных операций по шкале ASIA/IMSOP [2]

операционной раны в полтора и два раза соответственно. В одном случае через полтора года после операции выявлен усталостный перелом фиксирующей штанги транспедикулярного устройства, что не повлияло на исход лечения. У одного больного пункционная вертебропластика осложнилась вытеканием костного цемента в позвоночный канал с компрессией дурального мешка, что потребовало оперативного лечения по удалению цемента.

Заключение

Оценивая результаты хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями позвоночника, стоит отметить, что длительный латентный период заболевания, отсутствие специфических признаков новообразований значительно затрудняют их своевременное выявление, а пункционная биопсия остается вынужденной мерой для их гистологической верификации. Трудности определения границ опухоли и непораженных тканей расширяют пока-

зания к выполнению радикальных операций (корпорэктомии и спондилэктомии) в лечении таких опухолей, как ГКО и остеобластомы. Локализация опухоли в пояснично-крестцовом отделе при наличии паравертебрального компонента всегда создавала серьезные технические трудности для ее радикального удаления. Кортикально-губчатый аутотрансплантат является хорошим пластическим материалом для замещения дефектов после резекции позвонка и формирования спондилодеза.

Литература

1. **Корнилов Н.В., Усиков В.Д.** Повреждения позвоночника: Тактика хирургического лечения. СПб, 2000.
2. ASIA/IMSOP. International Standards for Neurologic and Functional Classification of Spinal Cord Injury. Chicago, 1996.
3. **Boriani S., Weinstein J.N., Biagini R.** Primary bone tumors of the spine. Terminology and surgical staging // Spine. 1997. Vol. 22. P. 1036–1044.
4. **Enneking W.F.** A system of staging musculoskeletal neoplasms // Clin. Orthop. Relat. Res. 1986. N 204. P. 9–24.
5. **Gelb D.E., Bridwell K.H.** Primary benign tumors of the spine. Chapter 105 // In: Bridwell K.H., DeWald R.L. (Eds.). The Textbook of spinal surgery. Philadelphia, 1997. P. 1959–1981.
6. **McAfee P.C., Zdeblick T.A.** Tumors of the thoracic and lumbar spine: surgical treatment via the anterior approach // J. Spinal Disord. 1989. Vol. 2. P. 145–154.
7. **Levine A.M., Crandall D.G.** The treatment of primary malignant tumors of the spine and sacrum // In: Bridwell K.H., DeWald R.L. (Eds.). The Textbook of spinal surgery. Philadelphia, 1997. P. 1986–2006.

Адрес для переписки:
Пташников Дмитрий Александрович
195298, Санкт-Петербург,
ул. Белорусская, 14, кв. 70,
drptashnikov@yandex.ru