



По данным D. Stengel, 92 % больных с метастатическими поражениями позвоночника до операции определяют болевой синдром как одну из ведущих или ведущую субъективную жалобу. После операции 71 % больных отметил полное исчезновение болей, 18 % перешли с наркотических на ненаркотические анальгетики, в 11 % случаев операция не привела к облегчению жалоб.

Экономические аспекты лечения и реабилитации больных в Великобритании осветил J. Cairns.

Часть выступлений была посвящена сугубо хирургическим вопросам.

Что нужно и чего не нужно делать хирургу при операции по поводу метастазирования опухоли в грудные (C. Bunge), поясничные (A. Lizzatti) и шейные (D. Uyttendaele) позвонки? Общая стратегия при этом однотипна: чем меньше ожидаемый срок выживания пациента, тем в большей степени операция должна решать социальные вопросы – ликвидировать болевой синдром и неврологические осложнения, жестко стабилизировать позвоночник. Чем меньше ожидаемый срок выживания больного, тем меньше показаний к костной пластике. Чем благоприятнее прогноз – тем более радикальной должна быть операция.

H. Bohm, H. Dashti и A. Rodriguez-Salazar познакомили с опытом применения различных кейджей и пластин для передней фиксации позвоночника после удаления опухоли.

N. Kawahara, выступавший вместо заболевшего K. Tomita, несколько отошел от запланированной темы “Реконструкция позвоночника 360° при метастазах” и познакомил с результатами экспериментального изучения спинального кровотока при подобной реконструкции. Авторы выявили, что укорочение позвоночника на 1 см в процессе его реконструкции сопровождается усилением спинального кровотока, в то время как удлинение позвоночника, так же как и укорочение на более значимые величины приводит к ухудшению гемодинамики спинного мозга.

Выступления второго дня заседания были посвящены диагностике, показаниям и особенностям хирургического лечения первичных злокачественных поражений позвоночника – остеогенной саркоме (S. Boriani), хордоме (C. Mazel), миеломе и плазмцитоме (C. Mazel и R. Melcher).

Представленные в конце заседания клинические наблюдения в основном касались редких операций (реконструкция 360° в краниовертебральной зоне), ошибок диагностики и неадекватных методов лечения опухолевых больных. Большое внимание было уделено ошибкам в определении объема операции, прежде всего, связанным с желанием хирургов провести операцию в падающем объеме и уменьшить объем экцизии позвоночника.

В завершение невозможно не поделиться общим эмоциональным впечатлением. Улучшение результатов лечения злокачественных опухолей позвоночника имеет объективные и субъективные причины. С одной стороны – новые, дорогостоящие хирургические технологии позволили проводить обширные вмешательства на позвоночнике с его немедленной стабилизацией. S. Boriani считает, что проведение таких операций должно быть прерогативой крупных центров, работающих в регионах с населением не менее 2 млн человек. С другой стороны, ведущие хирурги Европы, имеющие опыт лечения от нескольких десятков до нескольких сотен больных со злокачественными опухолями позвоночника, пришли к выводу о необходимости единой доктрины в оценке патологии, прогнозирования выживания и выбора оптимального метода хирургического лечения. Опыт прошедших пяти лет подтвердил правильность такого подхода.

Сегодня большинство применяемых в мире спинальных технологий доступны отечественным вертебрологам. Может быть, и в нашей стране пришло время изменить отношение к проблеме злокачественных поражений позвоночника не только хирургов, но и онкологов, самих больных и общества в целом?



Лондон. Биг-Бен.

Проф. А.Ю. Мушкин,

Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии