

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВЕРХНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А.Л. Хейло, А.Г. Аганесов

*Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН
директор – д.м.н. профессор С.Л. Дземешкевич
Москва*

В статье представлен опыт хирургического лечения 19 пациентов с опухолями верхнегрудного отдела позвоночника, которым производились декомпрессивно-стабилизирующие операции. Операционный доступ, вид декомпрессии и фиксации определялись в зависимости от наличия компрессии спинного мозга и невралных структур, этиологии и степени поражения тела позвонка. В ближайшие и отдаленные послеоперационные сроки у всех пациентов получены хорошие и удовлетворительные результаты. Также приведен клинический пример хирургического лечения пациентки с гигантской нейрофибромой Th2 позвонка.

Ключевые слова: опухоли позвоночника, декомпрессивно-стабилизирующие операции, синдром сдавления спинного мозга, передний дистракционный телозамещающий имплант.

SURGICAL TREATMENT OF TUMORS OF THE UPPER-THORACIC SPINE

A.L. Heylo, A.G. Aganesov

The experience of surgical treatment of 19 patients with tumors of the upper-thoracic spine is analyzed. All the patients had undergone decompressive-stabilizing surgical procedures. Surgical approach, form of decompression and fixation were determined depending on the signs of compression of the spinal cord and neural structures, etiology and degree of the vertebral body destruction. Good and satisfactory short- and long-term results were achieved in all the patients. The case of surgical treatment of female patient with giant neurofibromas of Th2 vertebrae is also reported.

Key words: tumors of the spine, decompressive-stabilizing surgery, spinal cord compression syndrome, anterior distraction device.

Грудной отдел находится на первом месте по частоте возникновения опухолевых поражений среди всех отделов позвоночника (как первичных, так и метастатических). Частое развитие компрессии спинного мозга на уровне заболевания, а также топографо-анатомические особенности доступа к передней поверхности позвоночника, особенно в его верхних отделах, обуславливают сохраняющийся интерес специалистов к лечению этой патологии.

В период с 2003 по 2009 г. в отделении хирургии позвоночника РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН было пролечено 19 пациентов с новообразованиями, локализующимися в верхнегрудном отделе позвоночника, из них 11 – с гемангиомами, имеющими экстравертебральный рост, 2 – с нейрофибромами, 4 – с менингиомами, имеющими вентральный рост, 2 – с гигантоклеточной опухолью тел позвонков (табл. 1).

Локализация новообразований

Таблица 1

| Локализация | Гемангиома | Нейрофиброма | Менингиома | Гигантоклеточная опухоль |
|-------------|------------|--------------|------------|--------------------------|
| Th2 | – | 1 | 1 | – |
| Th3 | 1 | – | 1 | – |
| Th4 | 6 | – | – | 2 |
| Th5 | 4 | 1 | 1 | – |
| Th6 | 1 | – | – | – |

Основными жалобами при поступлении были: локальный болевой синдром у 15 (78,9%) пациентов, радикулярный синдром у 9 (47,4%) пациентов, миелопатический синдром – у 13 (63,1%). У 2 пациентов при поступлении наблюдалась нижняя параплегия, у 2 – нижний глубокий паразез, у 9 – другие проявления миелопатии (неуверенность при ходьбе, парестезии, императивные позывы к мочеиспусканию и/или дефекации и т. д.).

Всем пациентам были произведены декомпрессио-стабилизирующие операции. Операционный доступ, вид декомпрессии и фиксации определялись в зависимости от наличия компрессии спинного мозга и невралгических структур, этиологии и степени поражения тела позвонка (табл. 2).

Клинический пример.

Пациентка М., 18 лет, поступила в РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН с жалобами на боли в правой половине шеи, дискомфорт при глотании, затруднение дыхания при поворотах головы, изменение голоса, отечность мягких тканей лица и головы, сонливость, двоение в глазах, опущение верхнего века слева. Считает себя больной с 2006 г., когда на фоне полного здоровья отметила асимметрию шеи, уплотнение по передней поверхности шеи справа. Не обследовалась, не лечилась. В июне 2009 г. отметила резкое увеличение образования в размерах, появились боли в шейном отделе позвоночника и правой половине грудной клетки, боли при глотании. При обследовании в онкологическом институте по месту жительства выявлено новообразование правой половины шеи и купола правой плевральной полости с поражением Th2 позвонка. Выполнена биопсия образования, при гистологическом исследовании обнаружена картина нейрофибро-

мы (впоследствии диагноз подтвержден в патологоанатомическом отделении РНЦХ). При МРТ (рис. 1) паравертебрально справа на уровне тел С7-Th3 позвонков определяется овальной формы образование однородной структуры, с ровными контурами, размерами 4,5 × 7,2 × 5,0 см, растущее кпереди и медиально. Определяется изменение структуры правой половины тела Th2 позвонка, обусловленное деструкцией костной ткани. Образование прилежит и смещает трахею кпереди и влево, оттесняет брахиоцефальный ствол, правую общую сонную и правую позвоночную артерии кпереди, прилежит и деформирует апикальную плевру без признаков ее прорастания, оттесняет правую долю щитовидной железы вверх и кпереди. Позвоночный канал деформирован, тела С7-Th3 позвонков ротированы влево, правая боковая стенка позвоночного канала истончена. При контрастном усилении определяется диффузное неравномерное накопление контраста образованием.

Пациентке произведена операция: удаление новообразования, декомпрессия трахеи, брахиоцефальных сосудов, удаление тела Th2 позвонка, установка переднего комбинированного distractionного телозамещающего имплантата Add^{Plus} фирмы Ulrich Medical (Германия).

Послеоперационный период – без особенностей. В послеоперационном периоде жалобы на боли в области шейного отдела позвоночника, грудной клетки, боли при глотании купированы, затруднения при дыхании не отмечается. При контрольной рентгенографии стояние имплантата удовлетворительное (рис. 2). Пациентка активизирована на 5-е сутки с момента операции без использования внешней иммобилизации. После снятия швов на 12-е сутки с момента операции выписана на амбулаторное наблюдение.

Таблица 2

Число произведенных операций

| Операция | Гемангиома | Нейрофиброма | Менингиома | Гигантоклеточная опухоль |
|--|------------|--------------|------------|--------------------------|
| Ламинэктомия, цементирование гемангиомы, декомпрессия, транспедикулярная фиксация | 11 | – | – | – |
| Гемиламинэктомия, удаление новообразования, декомпрессия, транспедикулярная фиксация | – | 1 | 2 | – |
| Тотальная/субтотальная резекция тел позвонков из переднего доступа, удаление внутриканального компонента опухоли, с последующей установкой телозамещающих MASH имплантатов и фиксация пластиной | – | – | 2 | 1 |
| Тотальная/субтотальная резекция тел позвонков из переднего доступа, удаление внутриканального компонента опухоли, с последующей установкой distractionно-фиксирующей системы Add ^{Plus} | – | 1 | – | 1 |

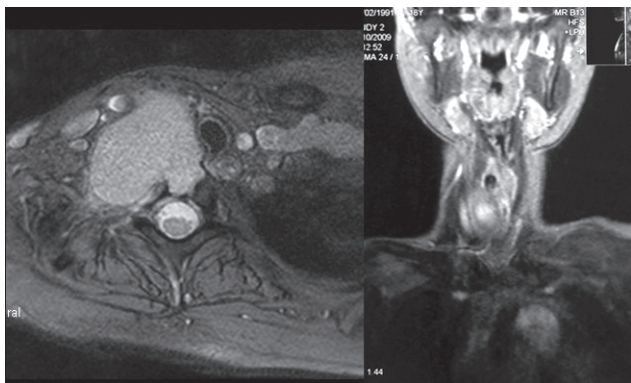


Рис. 1. МРТ области шейно-грудного перехода

Период наблюдения за пациентами составил от 1 года до 6 лет, усугубления неврологического дефицита, отсроченного местного роста новообразований, миграции фиксирующих систем ни у одного из них за время наблюдения отмечено не было. Во всех наблюдениях отмечено купирование локального болевого синдрома. У одного пациента с предоперационным глубоким парапарезом в послеоперационном периоде отмечено полное регрессирование неврологического дефицита; у одного пациента с предоперационной параплегией и у одного с глубоким

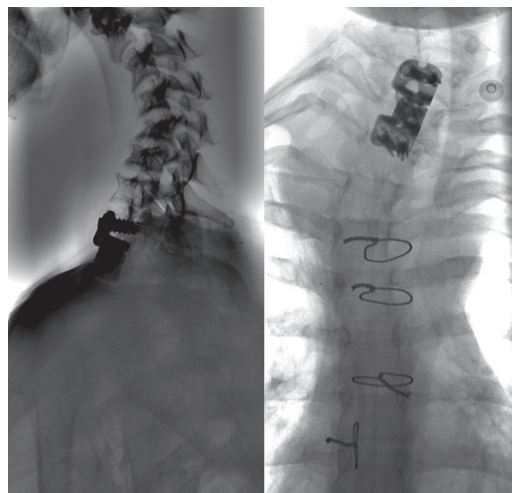


Рис. 2. Контрольные рентгенограммы после операции

парапарезом отмечено частичное регрессирование неврологического дефицита, у одного пациента с нижней параплегией в послеоперационном периоде неврологический статус – без динамики. У всех пациентов с предоперационным миелопатическим синдромом синдром полностью купирован.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хейло Алексей Леонидович – к.м.н. научный сотрудник отделения травматологии и ортопедии (хирургии позвоночника) РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН,

Аганесов Александр Георгиевич – д.м.н. профессор, заведующий отделением травматологии и ортопедии (хирургии позвоночника) РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН

e-mail: rncx_spine@rambler.ru.