

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИОННО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

В.М. Шаповалов, К.А. Надулич, А.В. Теремшенок, Е.Б. Нагорный

ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,
начальник – д.м.н. профессор генерал-майор медицинской службы А.Б. Белевитин
Санкт-Петербург

Проведен анализ хирургического лечения 34 больных с множественными злокачественными, преимущественно метастатическими, опухолями грудного и поясничного отделов позвоночника с использованием спинальных металлических имплантатов. Результаты оценки качества жизни, неврологического статуса и выживаемости после операции показали эффективность декомпрессионно-стабилизирующих технологий при различных вариантах опухолевого метастатического поражения позвоночника, особенно на фоне специфической терапии. Сроки наблюдения у 27 пациентов составили от 10 месяцев до 5 лет.

Ключевые слова: опухоли позвоночника, хирургическое лечение.

THE EXPERIENCE OF DECOMPRESSION-AND-STABILIZING SURGERIES IN PATIENTS WITH MULTIPLE MALIGNANT TUMORS OF THORACIC AND LUMBAR SPINE

V.M. Shapovalov, K.A. Nadulich, A.V. Teremshonok, E.B. Nagorny

The authors have analyzed the surgical treatment of 34 patients with multiple malignant, mainly metastases tumors of thorax and lumbar spine, using spinal implants. The results of the estimation of life quality, neurological status and survival after the surgery have shown the effectiveness of decompress and stabilization technologies at any variants of malignant tumor spine injuries, especially involving specific therapy. 27 patients were observed during the period from 10 months to 5 years.

Key words: spine tumor, surgical treatment.

Опухоли позвоночника – один из важных и трудных в лечебно-диагностическом плане разделов клинической онкологии и вертебрологии. Наиболее частыми злокачественными опухолями, поражающими позвоночник, являются метастатические поражения и множественная миелома. Актуальность этой проблемы обусловлена высокой частотой метастазирования опухолей других локализаций в позвоночник (60,4–69,0%), в первую очередь, из-за особенностей его кровообращения.

Большинство больных с множественными метастазами в позвоночник или распространенной миеломной болезнью еще 10–15 лет назад считались неоперабельными. Совершенствование медицинских технологий, спинального инструментария в настоящее время позволяют осуществлять данной категории больных операции, направленные на декомпрессию спинного мозга и восстановление опороспособности позвоночного столба на различных уровнях. В сочетании

с эффективным химиотерапевтическим и лучевым лечением даже паллиативные вмешательства на позвоночнике при опухолевом поражении в значительной мере позволяют увеличить продолжительность и качество жизни больных.

Авторами проанализированы результаты хирургического лечения 34 больных с множественными злокачественными опухолями грудного и поясничного отделов позвоночника, которым была выполнена декомпрессивная ламинэктомия с фиксацией пораженного отдела позвоночника металлоконструкцией. Средний возраст больных составил $48,4 \pm 5,4$ года. Сроки наблюдения – до 5 лет. Средний показатель болевого синдрома (VAS) до операции составил 7,2 балла. Распределение больных в зависимости от степени нарушения функции спинного мозга проводили по шкале Н.Л. Франкел: группа А (n=2), В (n=4), С (n=17), D (n=6) и E (n=5).

Метастатическое поражение позвоночника имели 26 больных, распространенная миелома

была выявлена у 6 человек и остеосаркома диагностирована в 2 случаях. Преобладали женщины – 19 больных, у которых наиболее часто первичным очагом являлась опухоль молочной железы (10 случаев). Среди мужчин преобладали поражения позвоночника метастазами опухоли предстательной железы (6 наблюдений). Опухоли желудочно-кишечного тракта метастазировали в позвоночник в 2 наблюдениях. Единичными случаями были представлены метастазы опухоли щитовидной железы, надпочечника, почки и мочевого пузыря. Метастаз лимфомы диагностирован у одного больного и низкодифференцированного рака неясного генеза, наиболее вероятно, легких – в 3 случаях.

Во всех наблюдениях метастазирование в кости скелета и позвоночник, в том числе по данным сцинтиграфии, носило множественный характер. «Онкологический» анамнез имелся лишь у 14 больных. В 20 наблюдениях множественное поражение позвоночника являлось манифестным проявлением онкологического заболевания запущенной стадии. В этих случаях возникшая интенсивная боль в позвоночнике (патологический перелом) и неврологические нарушения явились причиной первичного обращения за медицинской помощью с последующей диагностикой множественного опухолевого поражения. В подавляющем числе случаев реализация исследовательской программы для полноценной диагностики онкологического заболевания (онкопоиск) была крайне затруднительна из-за состояния больного: необходимости соблюдения постельного режима, стойкого болевого синдрома и т.д.

Основными показаниями к оперативному вмешательству у этих больных явились: 1) наличие и прогрессирование неврологических расстройств; 2) нестабильные патологические переломы тел позвонков; 3) рост опухоли с высоким риском развития неврологического дефицита или патологического перелома.

Хирургическое лечение во всех наблюдениях проводили, в первую очередь, для улучшения качества жизни больных (сохранение функции спинного мозга и позвоночника), а также с целью определения морфологического субстрата опухоли для последующего соответствующего химио- и (или) лучевого лечения под наблюдением врачей-онкологов. Все хирургические вмешательства проводили из изолированного заднего доступа. В ходе операции выполняли декомпрессию ламинэктомию на критическом уровне с резекцией суставных отростков («расширенная ламинэктомия»); удаление опухоли в пределах позвоночного канала (открывая био-

псия) и фиксацию позвоночника металлоконструкцией.

Риск миграции костного цемента и необходимость декомпрессии структур спинного мозга с получением материала биопсии не позволили использовать в данной группе больных столь популярную в настоящее время пункционную вертебропластику.

Противопоказанием для хирургического лечения являлись: 1) тяжелое общее состояние больного; 2) длительно существующий (в течение нескольких суток) глубокий неврологический дефицит; 3) обширное поражение метастазами легких; 4) поражение костей нижних конечностей с высоким риском развития патологического перелома.

Анализ результатов хирургического лечения позволил констатировать улучшение качества жизни с положительной неврологической динамикой у 94% больных в течение первых 3–6 месяцев после операции. В 2 наблюдениях регресса неврологического дефицита отмечено не было по причине необратимых компрессионно-ишемических изменений спинного мозга. Наш опыт подтверждает данные литературы о неэффективности декомпрессии спинного мозга в случае его сдавления опухолью и клиникой нижней параплегии более 24 часов при безуспешной интенсивной сосудистой и гормональной терапии.

Своевременная декомпрессионная ламинэктомия, резекция опухоли в пределах позвоночного канала (насколько позволяло ее кровоснабжение) во всех остальных случаях способствовали восстановлению функции спинного мозга в различной степени в течение нескольких суток после операции. Сравнительная оценка неврологического статуса (по H.L. Frankel et al., 1969) показала, что в группе А (n=2) регресса неврологического дефицита при сформировавшемся стойком параличе отмечено не было; больные из группы В (n=4) после операции перешли в группы D (1 человек) и С (3 больных); наиболее многочисленная группа С (n=17) распределилась по группам D (7 больных) и Е (10 человек); 5 пациентов из группы D (n=6) перешли в Е и у 5 больных группы Е (практически без нарушений) ухудшения неврологического статуса после операции не отмечено.

Болевой радикулярный синдром из-за конфликта нервного корешка с опухолью в 30% случаев регрессировал на фоне последующей обезболивающей и химиотерапии. Оценка болевого вертеброгенного синдрома по шкале VAS показала стойкое снижение среднего показателя после операции с 7 до 2 в течение нескольких месяцев после хирургического лечения.

Стабилизация позвоночника металлоконструкцией способствовала эффективному восстановлению его опороспособности, коррекции нестабильности и деформации позвоночника при патологическом переломе и позволяла рано активизировать больного для проведения дальнейшей полноценной терапии. По данным литературы, наличие металлической или титановой конструкции, фиксирующей позвоночник, не является противопоказанием для проведения лучевой терапии. В нашем наблюдении чаще были использованы ламинарные (крючковые) фиксаторы позвоночника (у 24 больных).

Прогрессирование локального опухолевого процесса после хирургического лечения, а вместе с этим ухудшение общего состояния и нарастание неврологического дефицита у оперированных больных напрямую зависели от эффективности получаемой специфической медикаментозной и радиологической терапии. По различным причинам 7 больных в послеоперационном периоде специализированного онкологического лечения не получали. В среднем, после операции «светлый промежуток» у этих пациентов составил от 2 до 6 месяцев. Это время они сохраняли возможность самообслуживания при необходимости периодически принимать обезболивающие средства.

Наилучшие результаты отмечены в группе больных, которые получали специализированное лечение под наблюдением специалистов – онкологов (гематологов и урологов по поводу миеломной болезни и рака предстательной железы соответственно). Следует отметить, что данная эффективность обусловлена достижениями в

лечении онкологических заболеваний с включением больных в специальные, в том числе городские и федеральные программы. Для участия в такой программе важным условием является сохраненная физическая активность пациента (самостоятельное передвижение и самообслуживание), а также анализ морфологического опухолевого субстрата для уточнения диагноза. Этому способствовали цели и задачи хирургического лечения в общей программе онкологической терапии, особенно в случае первичной диагностики отдаленных метастазов в позвоночник.

Сроки наблюдения у 27 пациентов составили от 10 месяцев до 5 лет. Выживаемость до года после операции отмечена у 18 больных (52%).

Большинство больных до конца своих дней сохраняли относительную самостоятельность или позволяли родственникам оказывать уход без отягчающего «спинального» комплекса мероприятий.

Литература

1. Джинджихадзе, Р.С. Тактика хирургического лечения при миеломном поражении позвоночника и спинного мозга / Р.С. Джинджихадзе [и др.] // Хирургия позвоночника. – 2006. – № 4. – С. 55–60.
2. Boriani, S. Primary bone of the spine. Terminology and surgical staging / S. Boriani, J.N. Weinstein, R. Biagini // Spine. – 1997. – Vol. 22. – P. 1036–1044.
3. Joseph, A.S. Surgical treatment strategies and outcome in patients with breast cancer metastatic to the spine: a review of 87 patients / A.S. Joseph, M.S. Daniel, S. Ian, S. Dima // Eur. Spine J. – 2007. – Vol. 16. – P. 1179–1192.
4. Weigel, B. Surgical management of symptomatic spinal metastases. Postoperative outcome and quality of life / B. Weigel [et al.] // Spine. – 1999. – Vol. 24. – P. 2240–2246.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Шаповалов Владимир Михайлович – д.м.н. профессор, заведующий кафедрой военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,

Надулич Константин Алексеевич – к.м.н. начальник отделения патологии позвоночника клиники военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

e-mail: knadulich@rambler.ru,

Теремшонок Андрей Васильевич – к.м.н. преподаватель кафедры военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

e-mail: Teremshonok@rambler.ru,

Нагорный Евгений Борисович – к.м.н. старший ординатор клиники военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.