

ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Зарецкий С. В., Касюк А. А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, п. Лесной, Республика Беларусь

Введение. Тело позвонка наиболее часто вовлекается в патологический процесс при опухолевом поражении. Трансторакальные доступы позволяют выполнить удаление опухоли тела позвонка в грудном отделе позвоночника и произвести переднюю декомпрессию спинного мозга с меньшим риском его повреждения по сравнению с задними хирургическими доступами. Однако трансторакальное удаление опухолей выполняется в клинической практике значительно реже, чем задние декомпрессивно-стабилизирующие операции, по причине большей степени травматичности оперативных вмешательств и высокого риска развития осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Цель: провести анализ непосредственных результатов трансторакального удаления новообразований грудного отдела позвоночника.

Материал и методы. Материалом для ретроспективного исследования послужили данные о 13 пациентах, которые были прооперированы в Республиканском научно-практическом центре онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова в 2014-2017 гг. по поводу опухолей грудного отдела позвоночника с использованием трансторакальных доступов.

В анализируемой группе было 8 мужчин (61,5%) и 5 женщин (38,5%). Возраст пациентов варьировал от 35 до 77 лет (медиана – 58 лет).

У 6 (46,1%) пациентов была первичная опухоль позвоночника, у 7 (53,9%) – метастазы. В подгруппе пациентов с первичными новообразованиями у 4 (66,7%) были злокачественные опухоли, у 2 (33,3%) – доброкачественные. Среди пациентов со злокачественными опухолями позвоночника преобладали страдавшие миеломой – 3 (50,0%).

Распределение пациентов с метастазами в позвоночнике в зависимости от диагноза: рак почки – 2 (28,6%), рак легкого – 2 (28,6%), рак молочной железы – 1 (14,3%), рак желудка – 1 (14,3%), метастаз рака из неустановленного первичного очага – 1 (14,3%).

В качестве хирургического доступа у всех пациентов использована боковая торакотомия. Оперативное вмешательство выполнено на среднегрудном отделе позвоночника (Th5-Th8 позвонки) у 3 (23,1%) пациентов, на нижнегрудном (Th9-Th12 позвонки) – у 10 (76,9%). У всех пациентов после удаления опухоли проводилась передняя реконструкция позвоночного столба с помощью эндопротеза тела позвонка с трансплантацией фрагментов аутокости с кортикальным слоем (ауторебро).

Продолжительность операции варьировала от 120 до 190 минут (медиана – 160 минут). Объем интраоперационной кровопотери колебался от 100 до 1000 мл (медиана – 400 мл). Пяти пациентам была произведена интраоперационная локальная химиотерапия препаратом «Цисплацел» (доза цисплатина – 45 мг).

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде улучшение в неврологическом статусе отмечено у 92,3% пациентов, уменьшение степени выраженности болевого синдрома – у 84,6%. Все пациенты начали ходить без посторонней помощи на 3-5 сутки после операции.

Осложнения в послеоперационном периоде развились у 4 (30,7%) пациентов. У 1 пациентки через 1 час после завершения операции развился тромбоз правой подмышечной артерии с субкомпенсированной ишемией конечности, что потребовало выполнения экстренной тромбэктомии. У 1 пациента был выявлен илео-фemorальный флеботромбоз без флотации. У 1 пациента развилась двусторонняя пневмония. У 1 пациентки через 2 месяца после оперативного вмешательства на фоне лечения постинъекционного абсцесса ягодичной области развился парапротезный абсцесс с глубоким нагноением послеоперационной раны, что потребовало выполнения повторного оперативного вмешательства в объеме вскрытия и дренирования абсцесса.

Случаев дислокации эндопротеза не было как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Использование трансторакальных передних хирургических доступов является оптимальным у пациентов с новообразованиями тел позвонков грудного отдела позвоночника: улучшение в неврологическом статусе было у 92,3% пациентов, уменьшение болевого синдрома – у 84,6% пациентов.

2. Удаление опухолей тел позвонков с последующим протезированием тела позвонка в сочетании с костной аутопластикой позволяет произвести надежный передний спондилодез без задней стабилизации позвоночника и создать условия для проведения последующего противоопухолевого лечения. 3. Послеоперационные осложнения развились у 4 (30,7%) пациентов и носили в 50% инфекционный характер, в 50% – неинфекционный.

СОЧЕТАНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ С ВИРУСНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА

Зубрицкий М. Г., Беленик Д. Г.

ГУЗ «Гродненское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника», г. Гродно,
Республика Беларусь

Введение. В 1983 г. была описана группа опухолей желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения с морфологической и иммуногистохимической картиной, при которой имели место признаки как гладкомышечной, так и нервной дифференцировки. Эти новообразования были названы гастроинтестинальными стромальными опухолями – GIST. Их диагностика стала принципиально возможна лишь в последние годы, благодаря введению новых видов исследования, в частности иммуногистохимического окрашивания. Наиболее частой локализацией является желудок. В разных регионах мира