

Козубаев У.У., Дюшеев Б.Д., Мамытов Ч.Ж.

**ЖҮЛҮНДҮН МОЮН БӨЛҮГҮНДӨГҮ
ШИШИКТЕРИНИН ДИАГНОСТИКАСЫ
ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУ**

Козубаев У.У., Дюшеев Б.Д., Мамытов Ч.Ж.

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ШЕЙНОГО
ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА**

U.U. Kozubaev, B.D. Dyusheev, Ch.J. Mamytov

**DIAGNOSTICS AND SURGICAL
TREATMENT OF PRIMARY TUMORS OF THE
CERVICAL SPINAL CORD**

УДК: 616.832-616.8-089/616-006

2006-жылдан 2016-жылга чейинки аралыкта Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигинин алдындагы Улуттук Госпиталынын нейрохирургия клиникасында жүлүндүн моюн бөлүгүндөгү шишиктери менен 52 бейтапка операция жасалган. Макалада моюнчанын омурткадагы жүлүндүн баштапкы шишиктеринин бардык түрлөрү келтирилген. Алардын ичинен 16 (34,8%) эркектер жана 36 (65,2%) аялдар, орточо жашы $38 \pm 1,1$ жаш, эмгекке жарамдуу 36дан 55 жашка чейинки курактагы адамдар 41 (79,1%). Жүлүн шишиктеринин ичинен 18 (23,2%) бейтапта шишиктер C1-C4 деңгээлинде жайгашкан; 20 (20,9%) бейтапта C5-Th1 омурткаларынын деңгээлинде, калган 5 (11,6%) бейтаптарда, шишиктер краниовертебралдык зонада жайгашкан. Интрамедулярдык шишиктер 11 (21,1%) оорулууда, экстремедулярдык-интрадуралдык шишиктер 34 (65,4%) оорулууда, экстрадуралдык жана экстравертебралдык “кум саат”-сымал жүлүн шишиктери менен, биздин изилдөөдө 7 оорулуу табылды (13,5%).

Негизги сөздөр: экстремедулярдык, интрамедулярдык, моюн бөлүмү, шишиктер, залалсыз, залалдуу, жүлүн, эпендимома, астроцитома, менингиома, невринома.

За период 2006 по 2016 года в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики нами оперировано 52 пациента с первичными опухолями шейного отдела спинного мозга. В статье приведены все виды первичных опухолей спинного мозга в шейном отделе. Среди них 16(34,8%) мужчин и 36 (65,2%) женщин, средний возраст $38 \pm 1,1$ лет, преобладали лица трудоспособного возраста от 36 до 55

лет 41 (79,1%) больных. У 18 (23,2%) больных опухоли располагались на уровне C1–C4; у 20 (20,9%) больных на уровне C5-Th1 позвонков у остальных 5 (11,6%) больных опухоли располагались в краниовертебральной зоне. У 11(21,1%) больных были обнаружены интрамедулярные опухоли, у 34(65,4%) больных экстремедулярные-интрадуральные, экстрадуральные опухоли спинного мозга с интра-экстравертебральной локализацией по типу “песочных часов” в нашем исследовании встречались у 7 больных (13,5%).

Ключевые слова: экстремедулярные, интрамедулярные, шейный отдел, опухоли, доброкачественные, злокачественные, спинной мозг, эпендимома, астроцитомы, менингиома, невринома.

For the period 2006 to 2016, we operated on 52 patients with primary tumors of the cervical spinal cord in the Neurosurgery Clinic of NH. The article presents all types of primary tumors of the spinal cord in the cervical spine. Among them 16 (34.8%) men and 36 (65.2%) women, the average age is 38 ± 1.1 years old, people of working age from 36 to 55 years old 41 (79.1%) patients prevailed. In 18 (23.2%) patients, tumors were located at the level of C1 – C4; in 20 (20.9%) patients at the level of C5-Th1 vertebrae in the remaining 5 (11.6%) patients, tumors were located in the craniovertebral zone. In 11 (21.1%) patients, intramedullary tumors were detected, in 34 (65.4%) patients extramedullary-intradural, extradural spinal cord tumors with intra-extravertebral localization by the type of “hourglass” in our study were found in 7 patients (13.5%).

Key words: extramedullary, intramedullary, benign, malignant, cervical, tumors, spinal cord, ependinoma, astrocytoma, meningioma, neurinoma.

Введение: До 18% случаев первичные опухоли спинного мозга (ПОСМ) встречаются в шейном отделе. Независимо от гистологической структуры опухоли данной локализации довольно часто приводят к грубым неврологическим расстройствам и приводят к высоким уровням инвалидизации, как правило, среди лиц наиболее трудоспособного возраста [6,15]. Из-за отсутствия специфической клинической симптоматики, многообразия вариантов клинического течения и анатомических особенностей шейного отдела позвоночника, опухоли данной локализации долгое время могут протекать бессимптомно и больные длительное время лечатся по поводу других спинальных патологий и к нейрохирургам поступают в далеко зашедшей стадии заболевания и в конечном итоге не всегда приводят к хорошему результату хирургических вмешательств [2,4,5,7,10,12]. Часто при экстрамедуллярных ПОСМ могут распространяться через межпозвоночные отверстия в мягкие ткани по типу “песочных часов”, что значительно затрудняют при радикальной хирургии [11,13,14].

Материалы и методы: При изучении данных 52 больных, с гистологически верифицированными первичными опухолями шейного отдела спинного мозга, у 11(21,1%) больных были обнаружены интрамедуллярные опухоли, у 34(65,4%) больных экстрамедуллярные-интрадуральные, экстрадуральные опухоли спинного мозга с интра-экстравертебральной локализацией по типу “песочных часов” в нашем исследовании встречались у 7 больных (13,5%). У 22 (42,3%) больных опухоли располагались на уровне С1-С4; у 23(44,2%) больных на уровне С5-Th1 позвонков, у остальных 7 (13,5%) больных опухоли располагались в краниовертебральной зоне.

В нашем исследовании среди экстрамедуллярных ПОСМ менигиомы – встретились у 21 (51,3%) случаев и невриномы в 17 случаях (41,4%), хондромы в 2 (4,8%наблюдений) и в одном случае хондросаркома (2,5%).

Среди ИМО наиболее часто встречались эпендимомы – 54,5% (6 наблюдений) и астроцитомы 36,4% (4 наблюдений) и глиобластома наблюдалась в одном наблюдении (9,1%).

Были изучены анамнестические данные, особое внимание уделено клиническим проявлениям *заболевания* до установления клинического диагноза. *Кроме*

стандартных клиничко-неврологических исследований всем больным были проведены КТ, МРТ и по показанию МРТ трактография шейного отдела спинного мозга при поступлении и через 4-6 месяцев послеоперации. Шестибалльную шкалу оценки мышечной силы (MRS-scale), шкалу McCormick P.C., Nurick [11].

Результаты исследования: По нашим данным ПОСМ первичные опухоли шейного отдела спинного мозга встречались у **69,3% женщин (36) и у 34,8% (16) мужчин. Возраст больных составил от 15 лет до 70 года, наиболее часто встречались в возрасте 36 до 55 лет, у 41(78,8%) больных.**

Частым клиническим симптомом для опухолей шейного отдела спинного мозга как экстра-, так и интрамедуллярных являлся болевой синдром, выявленный у 49 (94,2%) пациентов.

Болевой синдром при экстрамедуллярных опухолях шейного отдела спинного мозга наблюдался у 34 (82,9%) пациентов, будучи основным клиническим проявлением заболевания как в дебюте, так и в фазе выраженных клинических проявлений. Радикулярные боли при невриномах наблюдались у всех больных, при этом отмечались стойкие корешковые боли, иррадирующие в затылок, плече-лопаточную область и руки. Чаше болевой синдром имел локальный характер при менигиомах боковой и заднебоковой локализации у 15 (36,5%) пациентов.

При интрамедуллярных опухолях спинного мозга 81,1% (9 наблюдений) больных отмечали проводниковую локальную и боль. При локализации ИОМ в шейном отделе спинного мозга боли встречались в виде: цервикалгии у 5 больных (55,5%), цервикокраниоалгии - 3 больных (33,3%) и цервикокраниоабрахиалгии – у одного больного (11,2%).

Чувствительные расстройства при экстрамедуллярных ПОСМ, были следующими: сегментарная гипестезия – 56,1% (23 наблюдений), проводниковые – 34,1% (14 наблюдений), расстройства по Броун-Секаровскому типу – 9,8 (4 наблюдений).

Практически у всех больных (10 наблюдений) с интрамедуллярными опухолями шейного отдела спинного мозга были чувствительные расстройства. Сегментарное нарушение чувствительности отмечались у 4 (40%) больных при наличии сириномиелических кист и проводниковые нарушения чувстви-

ИЗВЕСТИЯ ВУЗОВ КЫРГЫЗСТАНА, № 1, 2020

тельности выявлены у 60% пациентов (6 наблюдений).

Для оценки двигательных функций применяли шестибалльную шкалу оценки мышечной силы (MRS-scale). У 32 больных с экстрамедуллярными опухолями (78,1%) отмечены двигательные расстройства.

Двигательные расстройства различной степени выраженности были выявлены у 81,8% больных с интрамедуллярными опухолями шейного отдела спинного мозга (9 наблюдений) и только у 18,2% больных

(2 наблюдений) двигательных нарушений при поступлении не было.

Нарушения тазовых органов выявлены у 19 больных, больше встречались при локализации опухолей в области нижних шейных сегментов (11 случаев).

Для оценки функционального статуса больных с интрамедуллярными опухолями спинного мозга оценивались шкалой McCormick P.C., et.al., 1990 г. [11].

Таблица 1

Оценка функционального состояния больных при поступлении по модифицированной шкале McCormick

№	Стадии	Количество больных	%
I ст.	Нет неврологического дефицита, нормальная походка, минимальная дизестезия	6	11,5
II ст.	Легкий моторный или сенсорный дефицит, функциональная не зависимость	19	36,6
III ст.	Средний дефицит, ограничение функций, независим от посторонней помощи	16	30,7
IV ст.	Грубый моторный или сенсорный дефицит, ограничение функций, зависим от посторонних	8	15,4
V ст.	Параплегия или квадриплегия, даже с минимальными движениями	3	5,8
б	Итого	52	100%

Среди обследованных нами больных в 10 случаях (5,2%) была проведена РКТ, у 8 (4%) пациентов после подозрения на ОСМ в последующем проведена МРТ и только в 2 (1%) случаях, по абсолютным противопоказаниям для проведения МРТ после перенесенной операции на сердца, диагноз был установлен, после МСКТ ангиографии с внутривенным контрастированием (рис. 1).

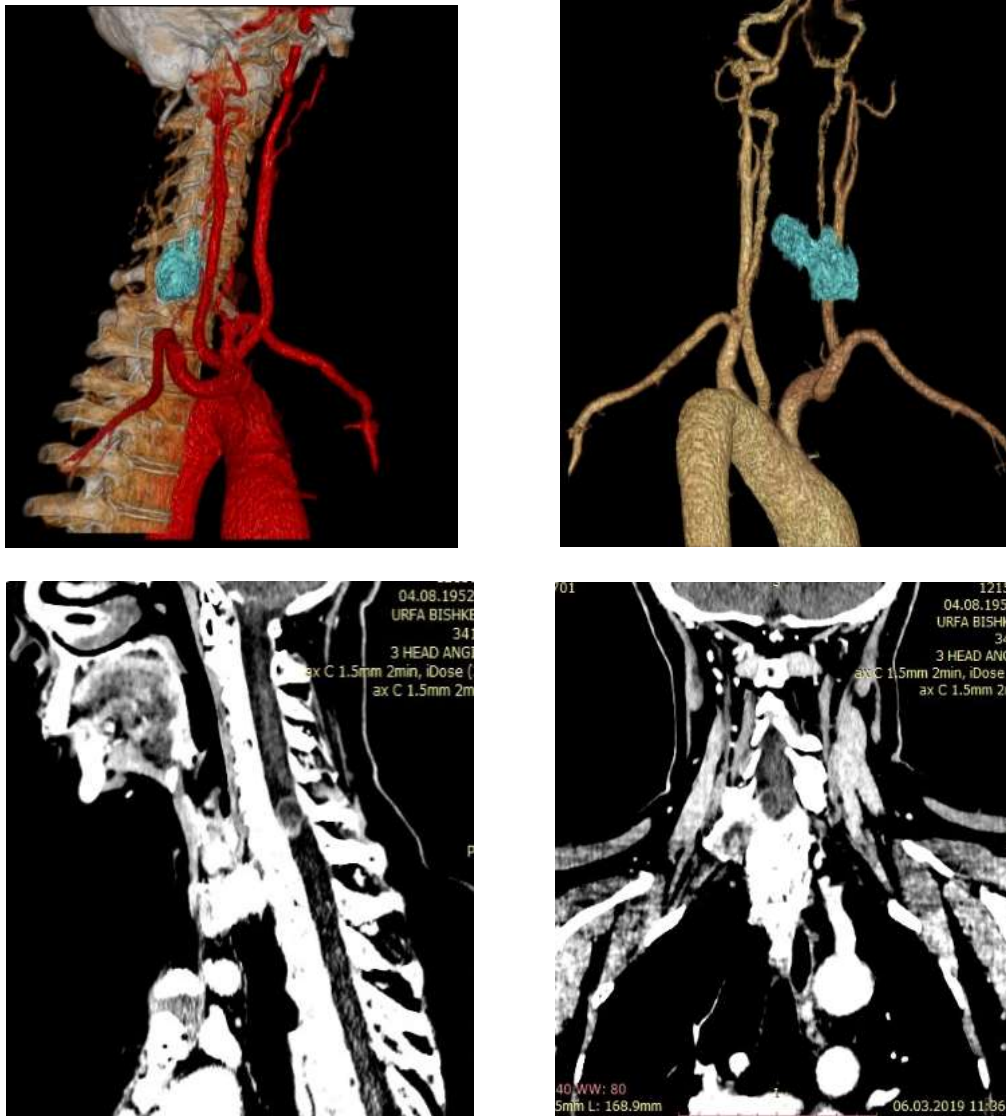


Рис. 1. МСКТ ангиография сосудов шейного отдела спинного мозга с в\в контрастированием при экстрамедуллярной опухоли на уровне С6-7 позвонков с компрессией вертебральной артерии и распространением в превертебральное пространство по типу «песочных часов».

Основным инструментальным методом для установления диагноза ПОСМ являлась магнитно-резонансная томография (МРТ). Для проведения МРТ-исследования с в\в контрастированием в режимах T1 и T2 использовались препараты «Омнискан, Магневист», которые вводились перед прохождением исследования (рис. 2).

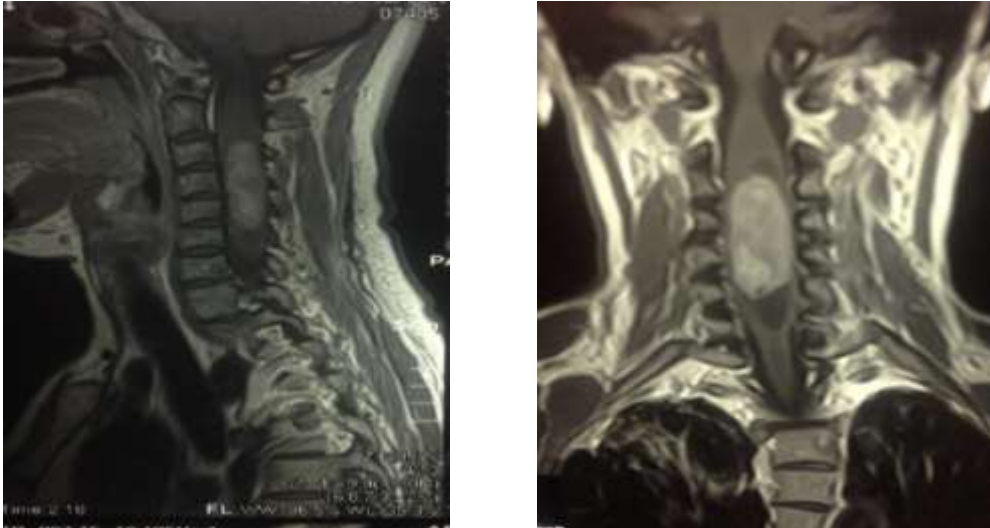


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография (с контрастированием) Больной с эпендимомой спинного мозга на уровне С3-С6 позвонков с наличием ассоциированных сирингомиелических кист.

По показаниям при интрамедуллярных опухолях спинного мозга в целях дифференциальной диагностики 4 больным, проведена МРТ спинного мозга с трактографией (рис. 3).

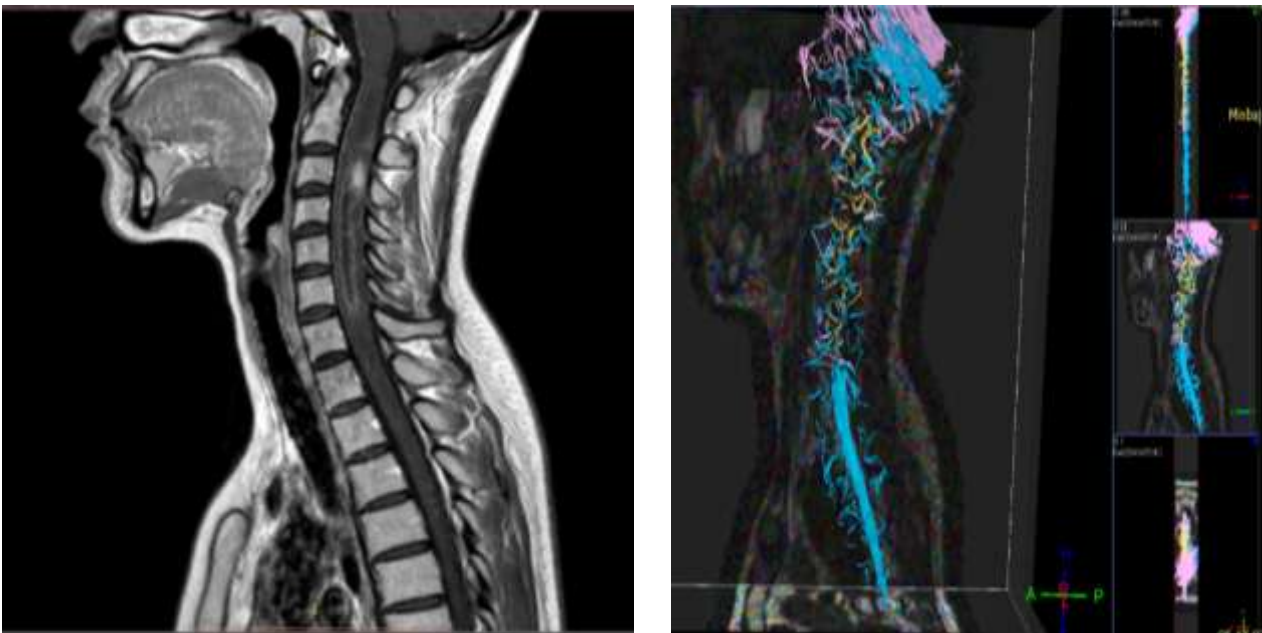


Рис. 3. МРТ трактография шейного отдела спинного мозга с интрамедуллярной опухолью на уровне С2-С7 позвонков.

В послеоперационном периоде результаты хирургического лечения и неврологический статус больных оценивалась модифицированной шкалой Nurick.

Таблица 2

Показатели неврологического и функционального статуса после операции по шкале Nurick

№	Регресс неврологической симптоматики	Количество больных	%
1-уровень	Полный регресс неврологической симптоматики	28	53,8
2-уровень	Улучшение неврологической симптоматики	17	32,7
3-уровень	Состояние без изменений неврологической симптоматики	6	11,6
4-уровень	Ухудшение неврологического статуса	1	1,9
5	Итого	52	100

После хирургического удаления опухолей шейного отдела спинного мозга хорошие результаты (1 и 2 уровни по шкале Nurick) в раннем послеоперационном периоде отмечались у 86,5% пациентов (45 наблюдений). На момент выписки у 6 больных неврологический статус оставался на дооперационном уровне, и в одном случае отмечалось усугубление неврологической симптоматики.

Заключение. Основным клиническим проявлением опухолей шейного отдела спинного мозга был болевой синдром.

Для экстрамедуллярных опухолей шейного отдела спинного мозга были характерны:

- локальная боль встречалась у 15 (36,5%) пациентов с менингиомами задне-боковой локализации
- радикулярные боли иррадиирующие в затылок, плече-лопаточную область и руки с гипестезий в соответствующей зоне иннервации корешков наблюдались при всех невриномах.

У 81,1% (9 наблюдений) больных с интрамедуллярными опухолями спинного мозга испытывали локальную и проводниковую боль.

Чувствительные расстройства экстрамедуллярных опухолей на уровне шейного отдела были корешкового либо проводникового типов. ИМО шейного отдела спинного мозга наиболее часто заболевание манифестировало возникновением сенсорных нарушений сегментарного и сегментарно-проводникового характера.

Литература:

1. Арсени К. Нейрохирургическая вертебротомическая патология / К. Арсени, М. Симионеску. - Бухарест, 1973. - 414 с.
2. Берснев В.П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В.П. Берснев, Е.А. Давыдов, Е.Н. Кондаков. - СПб., 1998. - 368 с.
3. Кравцов А.К., Ахадов Т.А., Сачкова И.Ю., Синдром компрессии спинного мозга. МРТ дифференциальная диагностика / Вестник рентгенологии и радиологии. - 1996. - №4. - 120.
4. Кочережкин Б.А., Качков И.А., Шерман Л.А. Микрохирургическое лечение экстрамедуллярных опухолей спинного мозга. - М., 2003. - С. 266-270.
5. Маргишвили Г.М. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных с доброкачественными опухолями спинного мозга: автореф. дис. канд. мед. наук / Г.М. Маргишвили. - М., 1992. - 25 с.
6. Слынько Е.И., Золотоверх А.М., Никифорова А.Н. Частота опухолей спинного мозга и позвоночника по данным нейрохирургических клиник Украины. // Украинский нейрохирургический журнал. - Киев, 2007. - С. 12-16.
7. Эль-Хорр, Али Ариф Клиника, диагностика и микрохирургическое лечение интрамедуллярных опухолей спинного мозга автореф. дис. канд. мед. наук / Эль-Хорр, Али Ариф. - М., 1994.
8. B. George, C. Laurian, Y. Keravel, J. Cophignon, Extradural and hourglass cervical neurinomas: the vertebral artery problem, Neurosurgery 16 (5) (1985) 591-594.
9. B. George, G. Lot, Neurinomas of the first two cervical nerve roots: a series of 42 cases, J. Neurosurg. 82(6) (1995) 917-923.
10. Fisher, G. Intramedullary Spinal Cord Tumors / G. Fisher, J. Brotchi // Thieme. Stuttgart; New York, 1996.
11. McCormick P.C., Torres R., Post K.D. et al. Intramedullary ependymoma of spinal cord // J. Neurosurg. - 1990. - Vol. 72. - P. 523-532.
12. Orcutt F.V. The shielding effect of spinal implants during therapeutic radiation of the spine / F.V. Orcutt, U.L. Karlsson, K. Firoozbakhsh, T. Kirby // Proceedings of the Eighth Annual Meeting, North American Spine Society, Rosemont, IL: North American Spine Society. 1993.
13. Surawicz TS, McCarthy BJ, Kupelian V, Jukich PJ, Bruner JM, Davis FG. Descriptive epidemiology of primary brain and CNS tumors: results from the Central Brain Tumor Registry of the United States, 1990-1994. Neuro-oncol. 1999 Jan; 1(1):14-25.