

ID: 2015-11-23-A-5463

Краткое сообщение

Дудко А.В., Шмойлова А.С.

Оптимизация тактики ведения пациентов с гемангиомами позвонков

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра нервных болезней

Научный руководитель: к.м.н. Салина Е.А.

Ключевые слова: гемангиомы, вертеброгенная радикулопатия

Введение

Гемангиомы составляют около 2 - 3% объемных образований позвоночного столба, чаще встречаются у женщин и, как правило, локализуются в нижних грудных и поясничных позвонках. Гемангиомы позвонков, в большинстве случаев, протекают асимптомно и являются находкой при проведении визуализации позвоночника (КТ, МРТ). Однако, 1,5 - 4% гемангиом позвонков могут проявлять себя агрессивно, как истинные опухоли. Вследствие распространения образования на тело и дужки позвонков, компрессии корешков, спинного мозга, наблюдаются клинические признаки гемангиомы, такие как неспецифический болевой синдром, очаговая неврологическая симптоматика. Следует отметить, что наличие гемангиомы позвонка снижает его прочностные характеристики, приводит к деформации и нередко патологическому перелому. В настоящее время не разработана схема ведения пациентов с данной патологией и поражение гемангиомой 1/3 тела позвонка, с учетом клинической картины, является условием для постановки вопроса об оперативном пособии. Появление в хирургии позвоночника малоинвазивных технологий значительно расширяет показания для хирургического лечения. Однако сложность диагностики и скудность вариантов клинических проявлений гемангиом позвонков, отсутствие четкого алгоритма диагностики агрессивных форм, обуславливают актуальность проблемы и трудности тактики ведения данного контингента больных.

Цель: разработать компьютерную программу для определения возможных необратимых деформаций позвонка при наличии гемангиомы.

Материал и методы

Ретроспективно был дан анализ результатов обследования 37 пациентов с вертеброгенной радикулопатией в сочетании с гемангиомами позвонков. Учитывались жалобы, данные анамнеза, результаты неврологического осмотра. Всем больным проводилась КТ для определения морфометрических особенностей пораженного позвонка и локализации гемангиомы.

Была разработана компьютерная программа для определения прочностных характеристик позвонка, пораженного гемангиомой. Параметрами, которые необходимы для расчета прочностных характеристик позвонков, являлись: пол, возраст и вес пациента, порядковый номер позвонка с гемангиомой, начиная с первого шейного и до крестцового включительно, размеры позвонка и размеры гемангиомы. Кроме того, в программу были введены поправочные коэффициенты, учитывающие наличие рентгенологически подтвержденной гормональной спондилопатии, которая могла повлиять на прочностные характеристики позвонков.

Результаты

У всех пациентов наблюдался болевой синдром средней продолжительностью 1,5-2 года с локализацией преимущественно в поясничном отделе позвоночника. Боль в спине носила неспецифический характер и была связана с двигательной активностью. Средний балл по визуальной аналоговой шкале составил 4,8. Неврологический статус был представлен симптомами натяжения, мышечно-тоническим синдромом поясничной области, корешковыми и проводниковыми расстройствами чувствительности, вялым парезом пальцев стопы, отмечались вегетативно-трофические изменения нижних конечностей, нарушения мочеиспускания по периферическому типу, хроническая венозная недостаточность.

При анализе данных пациента, параметров позвонка и гемангиомы с помощью разработанной программы было установлено, что у всех пациентов определялось поверхностное или глубокое внутрикостное расположение гемангиомы, занимающей не менее 1/5 тела позвонка. У 15 пациентов с локализацией гемангиомы на уровне 12 грудного и первого поясничного позвонков отмечалось снижение прочностных характеристик позвонка на 50 % и более. В 10 случаях, с локализацией гемангиомы в нижних поясничных позвонках, прочность уменьшилась на 30%. 12 больных имели гемангиому, занимающую менее 10% тела позвонка и не влияющую на прочностные характеристики.

Обсуждение

Полученные результаты исследования позволили разработать основные принципы компьютерной программы, для определения возможных необратимых деформаций позвонка при наличии гемангиомы и тем самым выбрать правильную тактику лечения и ведения больных с данной патологией.

Заключение

Вертеброгенная радикулопатия в сочетании с гемангиомами позвонков клинически характеризуется умеренным неспецифическим болевым синдромом, очаговой неврологической симптоматикой в зоне пораженного корешка, нарушением мочеиспускания, хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. Предложенная компьютерная программа измерения прочности позвонков позволяет установить возможные деформационные необратимые изменения тела позвонка при наличии гемангиомы и способствует определению верной тактики дальнейшего ведения пациентов и при необходимости выбору оптимального оперативного лечения.

Литература

1. Зозуля Ю.А., Верхоглядова Т.П., Слынько Е.И. Ангиоархитектоника и гемодинамика сосудистых опухолей позвоночника и спинного мозга // УАН. 1998. С. 180-183
2. Гемангиомы позвоночника: диагностика, лечение / Г.Кавалерский, А. Ченский, С. Макиров (и др) // Врач. 2007. №8. С.22-25
3. Чебернев Н.Е. Венозная дистония и венозная недостаточность. Н. Новгород, 2003. 144 с.
4. Ланцман Ю.В., Адамян А.Т. Опухоли позвоночника. М. 1986 С.148
5. Михайлов М.К., Володина Г.И., Ларюкова Е.К. Дифференциальная рентгендиагностика заболеваний позвоночника. Казань: Фен, 2005