**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ИНТРАДУРАЛЬНЫХ**

**СПИНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ**

*Лещинский А.В., Краснов Д. Б., Горенштейн А. Е., Гокинаев С. Г.,*

*Ларютин Н. В., Фомин Б. Б.*

*ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»,*

*г. Калининград, МАУ «ГКБ № 40», г. Екатеринбург*

**Цель.** Определить вероятность хороших исходов и возможность сохранения качественного функционального статуса у пациентов в хирургическом лечении гигантских интрадуральных спинальных опухолей.

**Материалы и методы.** Относительно редкой группой опухолей позвоночного канала являются гигантские интрадуральные спинальные опухоли. Чаще всего это нетипичные экстрамедуллярные опухоли спинного мозга занимающие 2 и более сегментов (тип II – интраспинальная опухоль занимающая более 2-х позвоночных сегментов в длину по классификации Sridhar K. 2001г). Они врастают, значительно компремируют вещество спинного мозга или практически полностью обтурируют позвоночный канал. В работу не включались типичные экстрамедуллярные опухоли небольшие по распространению (тип I по классификации Sridhar K. 2001 год), а также MTS злокачественных опухолей позвоночный канал. При хирургическом лечении гигантских интрадуральных спинальных опухолей стремились к тотальному или субтотальному удалению.

Операции выполнялись в г. Екатеринбурге на базе ГУЗ СООД и МАУ «ГКБ № 40», нейрохирургическом отделении № 1 ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» прооперированы 18 пациентов с диагнозом: гигантская интрадуральная спинальная опухоль. По гистологической структуре и локализации в позвоночном канале патологические процессы распределились следующим образом: у 6 пациентов выявлены эпендимомы: 1 – грудного отдела позвоночника с Th3 по Th8, 5 – поясничного отдела с L1 по L5-S3; 1 – хордома поясничного отдела с L1 по L5; 4 астроцитомы 3 – пилоцитарные астроцитомы с Th5-Th7 по Th12 – L1 и 1 анапластическая астроцитома грудного отдела позвоночника с С7 до ТН3; 1 – липома грудного отдела с Th4 по Th9; 3 – нейрофибромы: 2 поясничного отдела с L1 по L5, 1 – шейного отдела с С2 по С7; 2 – гемангиобластомы: 1 – грудного отдела позвоночника с Th1 по Th8, 1 – поясничного отдела с Th12 по S1 и 1 менингиома грудного отдела с Th4 по Th7.

**Результаты и обсуждение.** Большинство пациентов поступило с уже развившимся грубым симптомокомплексом: нижний парапарез10 пациентов (3-4 балла, 1 пациентка с гемангиобластомой грудного отдела позвоночника до нижней параплегии), тетрапарез с элементами Броун-Секара – 2 (3 балла), тазовые дисфункции – 18, синдром «конского хвоста» – 9. «Корешковая стадия» развития болезни на момент поступления была у 4 пациентов в виде интенсивного болевого синдрома. Большинство пациентов были молодого возраста (от 18 до 54 лет).

При оперативном лечении одним из важных технических нюансов, являлся вид доступа: ламинэктомия или ламинопластика. Преимущественно использовалась ламинопластика для сохранения стабильности позвоночного столба из-за протяженности доступа (от 3 до 8 сегментов).

В единичных случаях потребовалось транспедикулярная фиксация. В послеоперационном периоде необходима активная реабилитация пациентов, с целью как можно раньше вернуть утраченные функции. Некоторые пациенты для дальнейшего лечения были госпитализированы на курс лучевой терапии на ложе опухоли с целью контроля заболевания.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде: нарастание нижнего парапареза – 11,1% (1 пациент с липомой грудного отдела позвоночника, с 4 до 2 баллов, 1 — анапластическая астроцитома с 3 баллов до 1); ликворея – 11,1% (1 – эпендимома поясничного отдела, успешное консервативное лечение 1- анапластическая астроцитома), нарастание тазовых дисфункций – 33,3% (6 – опухоли грудного отдела позвоночника, в катамнезе полностью регрессировали у 3 пациентов), стойкие расстройства чувствительности – 16,6% (3 анапластическая и пилоцитарные астроцитомы грудного отдела). Летальность: (0%).

По степени удаления опухоли тотальное удаление опухоли достигнуто у 12 (66,6%) пациентов, оценка интраоперационно и по МРТ;

субтотальное – 6 (33,3%). Рецидив опухоли – 3 пациента (эпиндимома поясничного отдела, менингиома и гемангиобластома грудного отдела), прооперированы повторно с хорошим функциональным результатом.

В катамнезе (от 1 года до 7 лет после операции) достигнуто восстановление трудоспособности по шкале Карновского: (15 пациентов) 3 – 100%, 10 – 90%, 2 пациента катамнестически не прослежены (включая пациента с липомой грудного отдела с ухудшением в послеоперационном периоде).

**Выводы.** Несмотря на протяженность поражения спинного мозга от 3 до 8 сегментов, необходимо стремиться к тотальному удалению опухоли с сохранением стабильности позвоночного столба.

Использование интраоперационного нейромониторинга, микрохирургического инструментария, операционной микроскопии позволяет минимизировать риска усугубления или приобретения неврологического дефицита.