

# ПОВІДОМЛЕННЯ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.711-001-06-08-038.76

В. М. Шимон, М. М. Василюк, М. М. Гелета, В. В. Литвак

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», Україна  
Інститут «ТРАВМИ»

## ПЛАСТИКА ДЕФЕКТІВ ПРИ ДЕСТРУКЦІЇ ТІЛ ХРЕБЦІВ

В статті розкриваються важливі моменти лікування та деструкції тіл хребців (тобто пухлинами хребта). Впровадження в клінічну практику ранню вертебропластику дає можливість покращити стан хворого і зменшити показники болю.

**Ключові слова:** деструкція, вертебропластика, пункційна голка, малоінвазивний метод.

### Вступ

Однією з проблем в лікуванні пухлин хребта, а тобто пухлин тіл хребців, є раннє їх виявлення і раннє проведення вертебропластики. За останній період все частіше як в нашій, так і в зарубіжній літературі подаються матеріали про лікування пухлин, гемангіом тіл хребців, а також остеопорозу тіл хребців малоінвазивними методами (пункційні) [2, 3, 4]. Впровадження в практичну медицину малоінвазивних оперативних втручань дає можливість покращити стан хворого та провести ранні реабілітаційні заходи для покращення і мобілізації такої групи хворих. Раніше ці хворі були прикуті до лікарняного ліжка і потребували сторонньої допомоги.

### Матеріали та методи

На долю пухлин хребта припадає 87,6% метастазів, приблизно у 39,6% – 43,7% хворих з метастазами іде ураження тіл хребців з найчастішими переломами їх [1,5,6], а також на долю переломів все частіше зустрічається переломи тіл хребців при остеопорозі, які ускладнюються неврологічною симптоматикою, але ці хворі надто важкі і виконання хірургічних втручань призводить ще до більш важкого стану хворого. Обширні хірургічні втручання є неможливими, в більшості із-за важкості стану хворого та протипоказані, тому що стан може погіршитися, хворий може не перенести хірургічне втручання, і тому пошуки інших малоінвазивних втручань є хорошою допомогою для такої групи пацієнтів.

За останній період все частіше використовуються малоінвазивні методи, які практично не ускладнюють стан хворого. Одними із самих передових методів являються малоінвазивні технології, метод який є перспективним – це черезшкірна вертебропластика [2, 3, 4].

Нами в клініці були розроблені пункційні голки для введення цементу в тіло хребця.

Ціллю нашого дослідження є удосконалення та ефективність вертебропластики у хворих з пухлинами та їх рання реабілітація.

За період 2005-2011 рр. пункційну вертебропластику було проведено у 67 хворих.

Хворі нами були розподілені по таким позиціям: перша група хворих з метастазами – 23 пацієнтів, друга група хворих з гемангіомами – 37, третя група пацієнтів з остеопорозом – 7 хворих.

У хворих першої групи метастази були в грудному та поперековому відділі хребта.

Друга група хворих з гемангіомами – ця патологія відмічається як у грудному, так і в поперековому відділі хребта.

У третьої групи пацієнтів остеопороз частіше відмічався в грудному та поперековому відділі хребта.

У всіх хворих які були в нас з пухлинами, незалежно від гістологічної картини і локалізації пухлин, першим і ведучим симптомом була наявність патологічного перелому тіла хребця з різким інтенсивним болем. Такі хворі практично не обходилися без знеболення, а в більшості їм назначався промедол, кетанол та ін., хоча ефективності було дуже мало і хворі були прикуті до ліжка.

У групи пацієнтів з остеопорозом, в яких з'являлися різкі болі, було виявлено по 2-3 травмовані хребці, в однієї хворої було виявлено біля 5 пошкоджених хребців, і тільки тоді в неї з'явилися різкі болі (рис.1).

Хворі в залежності від інтенсивності болю по шкалі Mc.Ahес (рис. 1)

Інтенсивність болю	Кількість хворих	%
0 – «не має болю»	3	5,2
1 – мінімальні болі	4	6,9
2 – середньої інтенсивності болі	12	20,7
3 – значний біль	16	27,6
4 – біль, який не зменшують знеболюючі	17	29,3
5 – постійний біль, який не купірується наркотиками	6	10,3
Всього	58	100

Хворі які були нами обстежені та проліковані в залежності від інтенсивності болю, були нами розподілені по шкалі Mc.Ahес і були представлені в таблиці.

Всім хворим, які знаходились у нас на лікуванні, проводилися рентгенограми в стандартних положеннях, іноді необхідно було зробити s рентгенограми. У 7 хворих виявили перелом дужки. Практично всім хворим було проведено КТГ, а за останній період крім комп'ютерної томографії проводили і магнітний резонанс. Найважливіше, на нашу думку, необхідно виявити цілісність задньої кортикальної стінки тіл хребців, бо там комп'ютер дає погрішності, а магнітний резонанс дає нам чіткішу картину. Ми не виключали і таке діагностичне дослідження як біопсія, особливо у хворих з метастазами для виявлення структури пухлини, так як нами не було виявлено первинне вогнище.

Вертебропластика нами проводиться під інтубаційним знеболенням під контролем електронного оптичного перетворювача.

Від локалізації пухлин і деструкції в одно тіло хребця вводили від 1.0 до 3,5 мл цементу. Нами враховувався і ризик ускладнень, які могли бути пов'язані з проникненням цементу в спинно-мозковий канал. Такого проникнення в канал цементу в наших пацієнтів не було. Відмічаємо, що в 3-х хворих, хоч і не було проникнення цементу в спинно-мозковий канал, були ускладнення.

## Результати та їх обговорення

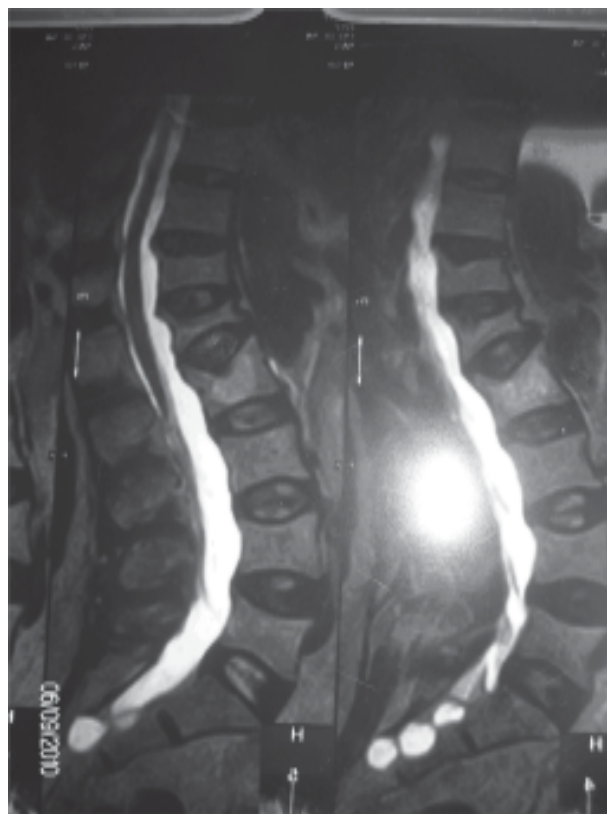
Результати лікування та стан хворого, а також реабілітаційні заходи, оцінювалися нами в залежності від больового синдрому, відновлення опорності хребта (як хворий ходить, а також відновлення у хворих з ускладненою травмою виділення сечі, та стан м'язів нижніх кінцівок). У пацієнтів з вертебропластикою з остеопорозом нами обстежувалася нестабільність сегментів хребта.

Після проведення вертебропластики хороші результати були в групі хворих з гемангіомами (37), де у 23 хворих болі практично зникли і вони самостійно могли пересуватися без сторонньої допомоги, з цих пацієнтів 13 повернулися до своєї роботи. В 10 хворих де було виявлено по дві-три деструкції, хворі пішли на інвалідність, але практично болі не відмічалися. В 10 хворих болі були при навантаженнях і вони використовували знеболюючі, а також корсет. З цієї групи в 5-х хворих були ускладнення які проявлялися неврологічною симптоматикою, затримкою сечі, а також порушенням чутливості в дерматомах. Таким пацієнтам проводилося консервативне лікування. Один пацієнт на контроль не з'явився. На нашу

думку, такі ускладнення відбувалися через потоншення пластини в дужці. Помилки та ускладнення виникали при температурному факторі, які впливали на оболонки спинного мозку.

В другій групі хворих з остеопорозом, – це найменша група пацієнтів (7), зникнення болей або їх поменшання було в двох пацієнтів. В чотирьох були болі і їх стан ми розцінюємо на добре. Такі хворі могли себе самі обслуговувати, бо до вертебропластики цього вони не могли робити. З цієї групи в 2 хворих стан покращився, але вони пересувалися тільки за допомогою корсета. Болі з'являлися при вертикальному положенні цих пацієнтів, вертебропластика була проведена практично на двох рівнях – грудному та поперековому відділі хребта і закономірна нестабільність яка викликала та провокувала болі.

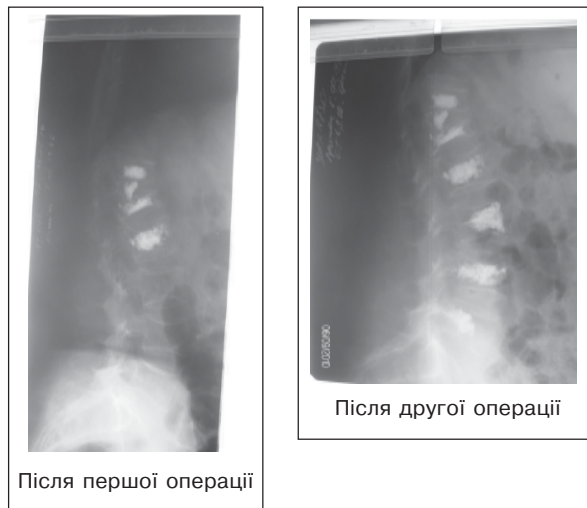
Третя група пацієнтів – це найважча група (13), де в шести хворих після вертебропластики болі зменшилися і хворі знімали біль анальгетиками і могли пересуватися, тобто могли без сторонньої допомоги обслуговувати себе. Чотири пацієнти після вертебропластики почували себе краще, але болі зменшилися незначно, і хворі деякий час могли самостійно в ліжку сидіти, але з часом стан покращився. В трьох хворих стан не покращився, а болі не зменшились і стан різко погіршився. Один пацієнт через два тижні помер. Хворі виписувалися на амбулаторне лікування по



До операції

місцю проживання, на контроль хворим було рекомендовано з'явитися через два місяці після хірургічного втручання. Хочемо відмітити, що всі пацієнти з'явилися на контроль, лише 3 хворих з групи де було нами виявлено що в них метастази – не з'явилися. Контроль проводили протягом 1-2-х років.

*Приклад хворої М., 67 років*



Хвора М., 67 років в зв'язку з різким болем в ділянці хребта на рівні Th<sub>10</sub> - L<sub>4</sub> на основі клініко-лабораторного рентгенологічного та МРТ обстеження встановлено діагноз: дисгормональний постменопаузальний дифузний остеопороз з переважним ураженням хребта Th<sub>10</sub> - L<sub>4</sub>. Патологічні остеопоротичні компресійні переломи тіл хребців Th<sub>10,11,12</sub> та L<sub>1,2,3,4</sub>. Першим етапом виконано транспутанну пункційну вертебропластику тіл хребців Th<sub>10,11,12</sub>. Через 3 місяці після першої операції виконано транспутанну пункційну вертебропластику тіл хребців L<sub>1,2,3,4</sub>.

## Висновки

На нашу думку, перспектива вертебропластики не дивлячись на її малоінвазивність, повинна мати чіткі показання. Том що хворі які мали ускладнення були недостатньо обстежені. Проведення вертебропластики у хворих з гемангіомами тіл хребців та остеопорозним ураженням тіл хребців, є ефективним методом лікування при своєчасній діагностиці у великої групи хворих, у пацієнтів з метастазами – також є ефективним, тому що нам на деякий час вдається хворого мобілізувати, з'являється опорність хребта і хворі стають активізованими.

Особливу увагу в даний період приділено

виконанню методики вертебропластики. Протипоказання вертебропластики коли вже відсутня стінка тіла, яка прилягає до дурального мішка.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Агиев М.Д. и др. Современный подход к хирургическому лечению метастаз злокачественных опухолей в кости // Прикладная онкология: избранные лекции. – СПб, 2004.-С.738-748.
2. Недельченко Е.Г., Рогожин В.А., Кушаков С.В., Терницкая Ю.П. Пункционная вертебропластика при гемангиомах тел позвонков // Ортопедия, травматология, протезирование. – 2002, №3. – С.108-110.
3. Швецов И.П., Тискан Т.П., Малышкина О.А. // Материалы 6-го международного консилиума «современные минимально-инвазивные технологии».-СПБ, 2001.-С.356-369.
4. Шимон В.М., Василюнец М.М., Шманько О.П., Фенцик В.Л. «Использования вертебропластики при опухолях тел позвонков» // Материалы Республиканской научно-практической конференции. Минск, 2009 г. С. 248-250.
5. Шимон В.М., Василюнец М.М., Фенцик В.Л., Литвак В.В. Реабілітація хворих з вертебропластикою // Літопис травматології та ортопедії № 1-2, Київ- 2011, с.238-240.
6. Bas I. Apurisi F., Bas S.L. // Spine.2001. Vol. 26. (III) –P. 77-82.
7. Shaberg J. Shaberg S., Crainer B.S. A problem of metastatic carcinoma of the spine // Spine, 1985. –Vol.10. P 19-20.

## Резюме

**Шимон В. М., Василюнец М. М., Гелета М. М., Литвак В. В.**

### Пластика дефектов при деструкции тел позвонков

В статье авторами раскрываются важные моменты лечения и реабилитации больных с опухолями позвоночника. Внедрение в клиническую практику вертебропластики, дает возможность улучшить состояние больного и уменьшить болевые показатели.

**Ключевые слова:** деструкция, вертебропластика, пункционная игла, малоинвазивный метод.

## Summary

**Shimon V. M., Vasilinets M. M., Geleta M. M., Litvak V. V.**

### Vertebral bodies destruction plastic

In this article important moments of treatment and rehabilitation of patients with vertebral tumors is shown. Clinical use of vertebroplastic makes possibility to increase pain level and decrease quality of patient's life.

**Keywords:** destruction, vertebroplastic, punctation needle, miniinvasive method.