

УДК 616.771-033.2-071

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Д.Ж. Жообасарова, Р.А. Жумабаев

Проведен сравнительный анализ различных клинических проявлений и диагностических мероприятий при метастатических поражениях позвоночника.

Ключевые слова: метастатические поражения позвоночника; диагностика; первичный очаг; клинические проявления.

Актуальность. Метастазы злокачественных опухолей в позвоночник составляют 4,6–5 %. Частота метастазирования отдельных опухолей различной органной локализации, варьирует. Особенно остеотропными следует считать рак молочной железы, легкого, предстательной железы, злокачественные опухоли почек и надпочечников, злокачественную аденому щитовидной железы, рак яичников [1–4].

Некоторые авторы утверждают, что первое место по частоте поражения позвоночника занимает рак предстательной железы. От 27 до 84 % всех случаев этого заболевания осложняется вторичными опухолями позвоночника [5–7].

На протяжении последних лет самый высокий темп роста имеет заболеваемость раком молочной железы – наиболее распространенная онкопатология среди женского населения [2–4, 8]. Метастатическое поражение позвоночника без выявленного первичного очага встречается в 0,5–15 % случаев [6].

Проблема ранней диагностики метастатических поражений позвоночника до настоящего времени остается весьма актуальной ввиду того, что частота их возникновения достаточно высока и не имеет тенденции к снижению [8].

Цель исследования – разработка новых диагностических, тактических решений для своевременного обнаружения метастатических поражений позвоночника, установление их распространенности и осложнений.

Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезней больных метастатическими поражениями позвоночника (МПП).

В Ошском межобластном центре онкологии (ОМОЦО) за 2008–2010 гг. было выявлено 72 случая метастатического поражения позвоночника: из них женщин – 49, мужчин – 23. По возрастной

категории: выше 50 лет – 40, до 50 лет – 23, до 40 лет – 7, до 30 лет – 2.

В наших исследованиях метастатические поражения позвоночника при раке молочной железы составили – 45,8 %; шейки матки – 6,9 %; предстательной железы – 5,6 %; легких – 2,8 %; раке почек – 1,4 % и желудка – 1,4 %. В 33 случаях МПП обнаруживались у больных раком молочной железы. Причем время между первичным обращением больного к онкологу и обнаружением МПП варьирует: у 3 больных МПП проявилось через 29, 20 и 15 лет после лечения РМЖ, у 8 – через 4–5 лет, у 20 – через 2 года и менее продолжительный срок.

В двух случаях диагностировали рак молочной железы одновременно с МПП.

Результаты исследования. Метастазы часто вызывали боль в спине вследствие поражения позвонков или корешков. Сдавление спинного мозга может быть связано с компрессионным переломом и смещением пораженного позвонка или с экстрадуральными (интра- или экстрадуральными) метастазами. Приблизительно у 50 % больных с метастатическими поражениями встречались патологические переломы тел позвонков. В 10 % случаев имелись корешковые симптомы, 5 % – компрессия спинного мозга с параплегией или тетраплегией, тазовыми нарушениями.

Клиническая картина при метастатическом поражении позвоночника не имела специфической симптоматики и характеризовалась коротким анамнезом, интенсивным болевым синдромом, нарушением подвижности позвоночника и неврологическими симптомами, возникающими в результате компрессии патологическим переломом.

У данной категории пациентов значительно страдало качество жизни, как правило, из-за боле-

вого синдрома, нестабильности опорного аппарата и неврологического дефицита, вследствие чего больные не могли сидеть, стоять и ходить.

Боль в области позвоночника и неврологические нарушения были первыми проявлениями онкологического заболевания. Боли в спине, чаще в поясничной области с иррадиацией в нижние конечности, усиливающиеся при перемене положения тела, при физической нагрузке наблюдались у 33 пациентов, а у 18 больных присутствовали боли постоянного, ноющего характера. Боль в спине встречалась при самых различных заболеваниях, и поэтому залогом ее успешного лечения служила точная диагностика. Тщательное обследование обычно позволяло установить причину боли.

При объективном исследовании почти всегда обнаруживалась гиперестезия, выпадение брюшных рефлексов при локализации опухоли в грудном отделе позвоночника, что встречается и при опухолях типа “песочных часов”.

Более половины больных появление боли связывали с конкретной травмой – падением, резким наклоном или поворотом туловища. Обычно сначала появлялась преходящая, тупая, ноющая боль в пояснице. Как правило, она нарастала постепенно, реже боль возникала остро и с самого начала бывала интенсивной. Боль усиливалась при движении, мышечном напряжении, подъеме тяжести, кашле и чихании. Часто наблюдалось рефлекторное напряжение паравертебральных мышц, которое само вызывает боль и препятствует полному выпрямлению спины.

Спустя некоторое время боль распространялась на ягодицу и по задней или задненаружной поверхности бедра и голени на стороне поражения (ишиалгия). Часто появлялись онемение, покалывание в той части стопы, которая иннервируется чувствительными волокнами пораженного корешка. Иногда наблюдаются снижение чувствительности, мышечная слабость, ослабление или утрата рефлексов. Вышеуказанные симптомы часто наблюдаются и у больных грыжей межпозвоночных дисков. В редких случаях, когда на фоне суженного позвоночного канала развивается срединная грыжа (возможно сдавление конского хвоста), проявляющаяся нижним парапарезом и нарушением функций тазовых органов. В двух случаях наблюдался синдром псевдоперемежающей хромоты, характеризующийся болью в ногах при ходьбе вследствие преходящего сдавления конского хвоста. В патогенезе этого синдрома, вероятно, участвует ишемия нервных стволов.

Боль в пояснично-крестцовой области, которая обычно появляется в молодом возрасте и по-

степенно нарастает, усиливается при разгибании спины, иногда она возникает внезапно, после травмы, может наблюдаться и при спондилолизе или спондилолистезе.

Метастазы преимущественно локализовались в грудном и поясничном отделах позвоночника в 73 % случаев, наименее поражаемыми оказались шейный отдел и крестец, составившие 27 % случаев.

Из вышеуказанного следует, что МПП не имели специфических симптомов, вследствие чего многие больные с МПП длительное время (2–3 года) находились под наблюдением врачей – неврологов, нейрохирургов, ортопедов – по поводу радикулитов, грыж, протрузий межпозвоночных дисков, патологий тазобедренного сустава.

Современные нейрорадиологические методы позволяют диагностировать опухоль на раннем этапе ее развития лишь при онкологической настроженности невропатолога, нейрохирурга, нейрорадиолога и нейрохирурга. Повышение эффективности диагностики метастатического поражения позвоночника остается поэтому главной задачей в современной диагностике.

Метастатическое поражение позвоночника выявляли на рентгенографии в 24 случаях. В рентгенологической картине преобладали остеолитические очаги поражения у 16 больных. При этом очаг деструкции имел нечеткие изъеденные контуры. Корковый слой обычно разрушался опухолевой тканью. Для остеолитических метастазов характерны следующие рентгенологические признаки: очаги разрешения в телах, дужках или их отростках, нерезкая отграниченность, политоппность, полиоссальность. Слияние очагов друг с другом может дать картину, напоминающую пятнистый остеопороз или же стеклянный остеопроз. Диски позвонков не сужены. Патологическая компрессия, по форме и локализации нетипичная для травматического компрессионного перелома. Для остеобластических метастазов в 3 случаях были характерны очаги уплотнения в структуре любого из костных элементов позвонков, диски не изменены, патологические компрессии отсутствуют. Для смешанных метастазов в 5 случаях было характерно чередование очагов разрежения с участками склероза в виде пятнистой структуры.

Значительная по продолжительности рентгенонегативная фаза не позволяет применять этот метод для ранней диагностики метастатического поражения костей.

С появлением КТ рентгенографию позвоночника стали проводить реже, в основном для исключения врожденных аномалий и деформаций,

воспалительных заболеваний, первичных или метастатических опухолей.

МРТ и КТ позволили диагностировать грыжу диска у 6 пациентов, стеноз позвоночного канала – у 4 больных.

Компьютерная томография (КТ) позвоночника позволяет более детально изучить анатомическое строение позвоночника. В большинстве случаев определялась картина компрессионных переломов позвоночника. Нередко на КТ наблюдалось разрушение одного суставного отростка при сохранности парного ему соседнего.

Следует отметить, что МРТ явилась оптимальным в раннем выявлении метастатического поражения позвоночника и его осложнений в 38 случаях. При магнитно-резонансной томографии, как и в случае компьютерной томографии, врач получает своего рода послойный “срез” интересующей его области. При этом изображение, полученное с помощью МРТ, еще четче, чем полученное при компьютерной томографии. На сегодняшний день магнитно-резонансная томография считается самым чувствительным и точным методом диагностики, но, к сожалению, такой метод доступен не во всех клиниках. В отличие от КТ, в МРТ не используется рентгеновское излучение, поэтому нет никакой радиационной нагрузки. С другой стороны, используемое в МРТ мощное электромагнитное поле является ограничением для применения данного метода у пациентов с различными вживленными устройствами (кардиостимуляторами, кохлеарными имплантатами, искусственными суставами, клапанами сердца и т. д.).

Таким образом, больным с заболеваниями позвоночника и спинного мозга, необходимо проводить МРТ-исследование в как можно ранние сроки начала заболевания.

МРТ является приоритетным высокотехнологичным методом в диагностике метастати-

ческого поражения позвоночника, что весьма важно для ранней диагностики и адекватного лечения, что, в свою очередь, имеет большое практическое значение для увеличения продолжительности и улучшения качества жизни онкологических больных.

Литература

1. *Ахадов Т.А.* Магнитно-резонансная томография спинного мозга позвоночника / Т.А. Ахадов, В.О. Панов, У. Айххофф. М., 2000. С. 334–335.
2. *Семиглазов В.В.* Лучевая диагностика минимального рака молочной железы / В.В. Семиглазов, П.И. Крживицкий // Вопросы онкологии. 2001. Т. 47. № 1. С. 99–102.
3. *Тютин Л.А.* Лучевая диагностика в онкологической клинике / Л.А. Тютин, А.А. Странжевский // Вопросы онкологии. 2003. Т. 49. № 5. С. 543–553.
4. *Чиссов В.И.* Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. М., 2008. С. 4–86.
5. *Комаров И.Г.* Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага / И.Г. Комаров, Д.В. Комов. М.: Триада-Х, 2002. С. 13–60 с.
6. *Корниенко В.Н.* Диагностическая нейрорадиология / В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин. М., 2006. С. 1263–1277 с.
7. *Родионов В.В.* Факторы, влияющие на продолжительность жизни больных раком молочной железы с метастазами в кости / В.В. Родионов, Г.А. Новиков, Е.П. Куликов // Паллиативная медицина и реабилитация. 2005. № 2. С. 59.
8. *Валиев А.К.* Компрессионный синдром у больных с метастатическим поражением позвоночника. Стратегия и тактика лечения / А.К. Валиев и соавт. // Практическая онкология. 2003. Т. 10. № 3.