

Техника удаления вентральных опухолей шейного отдела спинного

Аль-Кашкиш Ияд Исхак, Слынько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины,
Киев
Украина
00380509409600
iyad@mail.ru

Целью работы явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга вентральной локализации путем разработки дифференцированных показаний для использования различных хирургических доступов, разработки техники радикального хирургического удаления этих опухолей.

Материалы и методы: На протяжении 10 лет в первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова, было исследовано 22 больных с экстремедулярными вентральными опухолями шейного отдела спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 70 лет. У 10 - больных опухоли располагались на уровне верхнешейного отдела (С0-С3), у 12 - на уровне нижнешейного отдела (С4- С7).

Результаты: При оперативном вмешательстве были использованы различные оперативные доступы: заднебоковой доступ - у 18 больных, переднебоковой доступ - у 4 больных. К вариантам заднебокового доступа мы относили экстремально-латеральный доступ на уровне С1-С2. Заднебоковой подход включал ламинэктомию и фасетэктомию со стороны опухоли. В последние два года нами активно использован переднебоковой доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С3-С7, и экстремально-латеральный доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С0-С2.

В результате применения такой хирургической технологии, удалось добиться полной визуализации опухоли, удалить ее под прямым визуальным контролем. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях.

Применение блокады плечевого сплетения по-Кулленкампфу, при операциях на периферических нервах верхних конечностей

Белименко В.А., Горенштейн М.Л.,
Перцов В.И., Ивахненко Д.С., Ульянищева Е.Ю.,
Шутенко В.И.

Запорожский государственный медицинский
университет
Запорожье
Украина
8(0612)343686
npx0640354@mail.ru

Цель: изучение эффективности применения блокады плечевого сплетения по-Кулленкампфу 0,5% р-ром бупивокаина при операциях на периферических нервах верхних конечностей.

Материал и методы: Проведено 74 нейрорафий у больных с полными травматическими перерывами нервов верхних конечностей. Из прооперированных 74 больных - 58 мужчин и 16 женщины в возрасте от 19 до 50 лет. В 52 случаях была выполнена блокада плечевого сплетения по-Кулленкампфу на стороне повреждения 0,5% р-ром бупивокаина из расчета 1,5мг/кг с фармакологической седацией сибазоном 0,1-0,15 мг/кг, тиопентала натрия 1% 2-3 мг/кг/час. В контрольной группе, в 22 случаях, нейрорафия проведена в условиях внутривенной анестезии на спонтанном дыхании при $FiO_2=0,5$ с использованием сибазона в дозировке 0,15-0,2 мг/кг, кетамина 2-3 мг/кг и фентанила 5-8 мкг/кг. В группе пациентов, прооперированных в условиях внутривенной анестезии, на этапах диагностической электронейростимуляции и фиксации проксимального участка поврежденного нерва приходилось значительно углублять анестезию с применением вспомогательной масочной ИВЛ при $FiO_2=1,0$. А в двух случаях выполнять оротрахеальную интубацию трахеи с продолжением операции в условиях внутривенной анестезии и ИВЛ. В группе пациентов, прооперированных в условиях блокады плечевого сплетения по-Кулленкампфу, наблюдался стабильный анальгетический эффект, не было признаков ухудшения самочувствия или дискомфорта больного. При этом обеспечивалась анальгезия в послеоперационном периоде от 6 до 9 часов. Отсутствие угнетающих эффектов внутривенных анестетиков в послеоперационном периоде создавало условия для более быстрого перевода больных в палату отделения.

Выводы: Применение региональной анестезии в виде блокады плечевого сплетения на стороне операции 0,5% р-ром бупивокаина по-Кулленкампфу обеспечивает необходимый интра- и послеоперационный анальгетический эффект, создаёт оптимальные условия для работы хирурга, снижает риск возникновения послеоперационных анестезиологических осложнений.