



В пределах присланного материала, ткань почки типичного строения 6-7 клубочков.

Клубочки типичного строения, неравномерная клеточность, отложения ШИК-положительного вещества в мезангиальных пространствах.

Изменение канальцев в виде неравномерного утолщения эпителия. Сосуды и стромы без особенностей.

Заключение: морфологическая картина может предполагать нефропатию без выраженных морфологических изменений.

Осмотрена неврологом.

Предварительный диагноз: синдром беспокойных ног. Остеохондроз L4-L5-S1. Рекомендовано: рентгенография поясничного отдела позвоночника.

При исследовании выявлена нечеткость контуров правой ножки дуги L2 прямой проекции. Для уточнения диагноза проведена РКТ и МРТ поясничного отдела позвоночника. На серии МР и РК томограмм: на уровне нижней границы L1 до L4 определяется опухоль, выполняющая просвет позвоночного канала на протяжении 10 см. Конус спинного мозга оттеснен с повышением сигнала интрамедулярно (признаками миелоишемии).

Явление экскавации дорзальной поверхности тела и дужек L2 множественные ретрификаты в периферических отделах на уровне L2-S1.

По совокупности данных МР и РК томографии — эпендимомы корешков конского хвоста.

Больная Б. направлена на хирургическое лечение в отделение нейрохирургии.

Эпендимомы — наиболее часто встречающиеся интрамедулярные опухоли. Чаще возникают у людей среднего и пожилого возраста. Большинство эпендимом спинного мозга гистологически доброкачественные. Обычно они выглядят как красновато-серые массы, умеренно васкуляризованные, четко отграничены от неизменной ткани спинного мозга.

Эпендимомы, основным элементом которых являются полигональные безотростчатые клетки, развиваются из эпендимы

центрального канала и хорошо отграничены от окружающей ткани.

Эпендимомы, возникающие из эпендимальных клеток конечной нити, располагаются среди корешков конского хвоста, иногда достигают больших размеров и с клинической точки зрения могут рассматриваться как экстрамедулярные опухоли, подлежащие радикальному удалению.

Опухоли на поясничном уровне и уровне конуса чаще манифестируют: упорными болями в спине и ногах (до 80%), расстройствами чувствительности, упорными болями в наружных половых органах, нарушениями функций тазовых органов, задержкой мочеиспускания и дефекации, импотенцией, нарушениями эрекции.

Хотелось бы отметить, что болевой синдром служит основанием для ошибочных диагностических выводов чаще, чем какие-либо другие проявления опухолей спинного мозга. Причина — невнимание к особенностям болевых ощущений и их детализации.

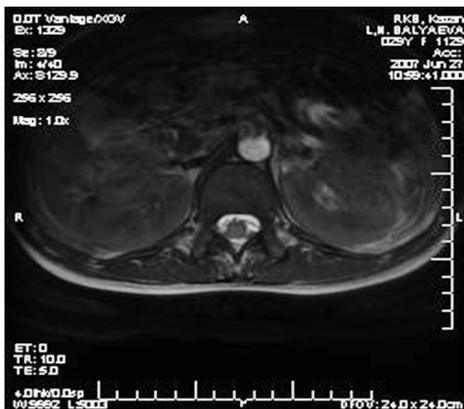
Необходимо учитывать локализацию боли соответственно району иннервации определенного корешка, зависимость боли от положения тела, время возникновения (более характерны ночные боли).

Изменения в анализах мочи в данном случае носят вторичный характер и наиболее вероятно представляют собой паранеопластическую нефропатию. Последняя может напоминать различные гистологические варианты гломерулонефритов.

Несвоевременная неврологическая диагностика привела к дополнительным манипуляциям и задержке постановки диагноза опухоли спинного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону книга седьмая.
2. Практика. Глава 11: Опухоли. Г. Д. Вейс.



ТРАВМАТОЛОГИЯ

Возможности регионарной анестезии в уменьшении объема кровопотери в хирургии крупных суставов

О.Г. АНИСИМОВ, С.Л. КУЛЫГИНА, А.С. КОРОТКОВА, Ю.В. БУДЯК
Казанский государственный медицинский университет

Реферат

В работе проведено изучение влияния различных нейроаксиальных блокад на величину кровопотери в период оперативного вмешательства и раннем послеоперационном периоде. Анализ проведен на основании оценки лечения 80 пациентов с патологией тазобедренного сустава. Статистически достоверно доказано преимущество комбинированной спинально-эпидуральной анестезии с продленной послеоперационной эпидуральной анальгезией. Полученные данные позволяют рекомендовать спинально-эпидуральную анестезию в качестве метода выбора при хирургии тазобедренного сустава.

Введение

Регионарные блокады как методы анестезиологического обеспечения хирургического вмешательства широко применяются в настоящее время. Их используют как самостоятельный вид обезболивания, так и в комбинации с внутривенной седацией. Так же их широко применяют как компонент общей анестезии для создания анальгезии и нейровегетативной блокады.

Известно, что за счет постурального перераспределения кровотока в условиях симпатической денервации, всегда сопровождающей регионарную блокаду [Modig J., 1987, 1998; Shargock N.E., 1993], происходит снижение кровопотери в 1,5-3 раза [Корнилов Н.В., Кустов В.М., 1998], что еще прочнее утвердило ее роль в анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств [Ranawat C., 1991].

Однако, в настоящее время в современной и зарубежной литературе недостаточно данных о влиянии различных методов анестезии на объем кровопотери. Остается мало изученной величина кровопотери в зависимости от используемых методов центральных сегментарных блокад при анестезиологическом обеспечении травматичных хирургических вмешательств, к которым, безусловно, относится артропластика крупных суставов.

Цель исследования

Изучить влияние регионарных методов анестезиологического обеспечения на объем кровопотери при эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материал и методы исследований

Характеристика групп исследований по методам анестезиологического обеспечения, среднему возрасту, анестезиологическому риску и количеству наблюдений представляет таблица 1. Всего на данном этапе исследования изучено 80 больных. Все больные имели риск анестезии II-III по ASA. У всех больных проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава протезами Zimmer, Seraver и Aescularp.

Характеристика клинических исследований

Таблица 1.

Группы исследований	Средний возраст	Количество наблюдений
«ТВА» (контрольная)	50,25	20
«СА» (исследуемая)	49,7	25
«ЭА» (исследуемая)	56,3	10
«КСЭА» (исследуемая)	51,05	25
Всего	-	80

Проводили спинальную (СА), эпидуральную (ЭА), и комбинированную спинально-эпидуральную анестезию (КСЭА). В качестве контрольной группы использовали методику тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких (ТВА).

Во всех группах исследования использовали премедикацию диазепам 5-10 мг, промедол 10-20 мг внутримышечно за 40 минут до начала операции. Нейроаксиальные блокады проводили с использованием соответствующих одноразовых наборов Spinosan (24-29G); Perifix (16,18G); Esporan производства компании B.Braun. Во всех случаях использовали парамедиальный доступ, преволюмическая нагрузка не проводилась. В качестве местного анестетика для интратекального введения в группе «СА» и «КСЭА» использовали 0,5% раствор бупивакаина (15-18 мг). Для введения в эпидуральное пространство в группах «ЭА» использовали 0,5% раствор бупивакаина (12-15 мл) или 0,75% раствор ропивакаина в том же объеме. Дозировка местного анестетика зависела от антропометрических данных пациента. Для обезболивания в послеоперационном периоде у больных группы «ЭА», «КСЭА» применяли методику постоянной эпидуральной инфузии 0,2 % раствора ропивакаина с использованием перистальтического насоса Infusomat (B.Braun). Скорость введения составляла 4-8 мл в час, в зависимости от индивидуальной чувствительности, обеспечивающей уровень анальгезии 2-3 балла по шкале ВАШ и степень выраженности эпидурального блока не более 2 по Бромейджу.

Тотальную внутривенную анестезию проводили с использованием инфузии пропофола в комбинации с центральными анальгетиками. В группах «ТВА» и «СА» для послеоперационного обезболивания использовали неспецифические противовоспалительные препараты и наркотические анальгетики по традиционной методике. Группы исследований не отличались по проводимой инфузионной терапии и использованным симптоматическим средствам.

Для оценки величины интраоперационной кровопотери использовали методику, основанную на изменении гематокрита, в зависимости от кровопотери. По данным различных авторов, данный подход не позволяет определить точное количество по-