

К лечению спинномозговой грыжи у детей**Махмудов Ш.Д., Ахмедиев М.М., Югай И.А.**

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649617
kariev@bcc.com.uz

Цель: улучшение результатов хирургического лечения у детей с врожденными спинномозговыми грыжами.

Материалы и методы: В основу работы вошли 70 больных детей оперированных в нашем центре за период 2002г по 2010г по поводу врожденной спинномозговой грыже. Клиническое исследование включало анализ жалоб, уточнение анамнеза, оценку соматоневрологического статуса, которые дополнялись рядом инструментальных методов исследований, таких как компьютерная томография головного и спинного мозга, УЗИ внутренних органов, УЗИ грыжевого мешка, Эхо- КГ, ЭЭГ, нейросонография, МРТ головного и спинного мозга, Электронейромиография, Транскраниальная доплерография, Соматосенсорные потенциалы, ликворологические и ликвородинамические пробы. Нами проанализированы причины развития и сочетаний нарушений нервной трубки. В этиологии основном это были вирусная инфекция в первом триместре 48, родственный брак 19, анемия 28 и TORCH инфекция в анамнезе. В сочетании спинномозговой грыжи с другой аномалией гидроцефалия встречалась у 60 детей, сирингомиелия в 40 наблюдениях, аномалия Арнольда-Киари у 20, агенезия мозолистого тела в 22 случаях, при этом одновременно сочетались несколько пороков сразу.

Результаты: Проведено 102 операции, из них при сопутствующей гидроцефалии «Вентрикулоперитонеостомий» 60 случаев и герниотомии различной топической локализации-44 пациента. При этом анализ показал, что после проведения шунтирующей операции, нами было отмечено: во-первых, грыжевое выпячивание уменьшалось в размерах в несколько раз, создавая, таким образом развиваться тканям, так сильно нужных в пластике грыжевых ворот. А также снималась угроза разрыва и, во-вторых, снимался гипертензионно-гидроцефальный синдром, что позволяло, в свою очередь, развиваться ребенку в психомоторном развитии, что немаловажно для дальнейшей адаптации к жизни таких больных.

Результат работы показал, что тактика хирургического лечения спинномозговой грыжи должна быть строго индивидуально и основываться на данных комплексного обследования, представляющего максимально возможную визуализацию содержимого грыжевого выпячивания. Пластика должна проводиться под увеличительной оптикой с применением микрохирургической техники, включать иссечение грыжевого мешка, освобождение спинного мозга, его корешков, отделение твердой мозговой оболочки от первичных и вторичных рубцовых тканей, создание дурального мешка, достаточного резервного пространства для спинного мозга и конского хвоста, закрытие грыжевых ворот в наиболее оптимальном варианте.

Блок глубокого та поверхностного шейных сплетень для каротидной хірургії**Мегера В.С.¹, Кобеляцький Ю.Ю.²**

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМНУ», ²Дніпропетровська державна медична академія Харків
Україна
067 953 19 32
mehera@ukr.net

Мета. Вивчити ефекти регіонарної анестезії у хворих з обмеженим мозковим кровопритоком.

Матеріали та методи. За 2008 – 2010 роки в клініці інституту виконано 17 регіонарних блокад для оперативних втручань на каротидних артеріях. Середній вік хворих 66 років, ступінь операційно-анестезіологічного ризику III Г за Гологорським. В усіх випадках проводилася блокада поверхневого та глибокого шийних сплетень. В якості анестетика використовували розчин лідокаїну. Загальна доза лідокаїну складала 300 – 400 мг. Із метою седації використовували сібазон в загальній дозі 0.16 – 0.11 мг/кг. В 2х випадках вводили фентаніл в загальній дозі 1.8 – 1.4 мкг/кг для додаткової анальгезії. Всім хворим здійснювався моніторинг ЕКГ, сатурації, інвазивний артеріальний тиск, оклюзійний тиск в ВСА. Також проводився аналіз глікемії, рівня кортизолу крові, показників кисневого метаболізму. Вивчення ступеню когнітивних розладів проводився за шкалою The mini-mental state examination на трьох етапах: 1) до операції, 2)через час, та 3) через 24 години після операції. Також проводили неврологічне обстеження для виявлення ішемії головного мозку.

Результати дослідження та їх обговорення. Починаючи з передопераційного періоду, під час операції та маніпуляцій на рефлексогенних зонах та після операції всі хворі виявляли гемодинамічну стабільність та відсутність аритмій. Також ми не спостерігали ознак ішемії міокарда. Під час ішемічного прекодиціонування та на наступних етапах операції при неврологічному дослідженні неврологічного дефіциту не було. При дослідженні когнітивних функцій всі хворі зберігали передопераційний рівень, який дорівнював 23 – 25 балів. Це підтверджує церебропротективні властивості анестезії, і може бути пояснено збереженням достатнього мозкового кровопритоку, обмеженням введення препаратів для наркозу. Пацієнти, які потребували додаткової анальгезії мали больовий синдром обумовлений ішемією нижніх кінцівок. За лабораторними даними видно, що зміни рівня кортизолу та глюкози крові підтверджує низький рівень стресових реакцій як під час виконання регіонарного блоку, так і задовільний рівень знеболення під час операції та в післяопераційному періоді. Зміни рівня насиченості крові киснем в югулярній вені на стороні ішемії свідчить про задовільний рівень колатерального кровопритоку, що задовільно забезпечує метаболічні потреби головного мозку і підтверджує церебропротективні властивості анестезії.

Висновки. Блок глибокого та поверхневого шийних сплетень забезпечує гемодинамічну стабільність, стреспротекцію та церебропротекцію. Регіонарне знеболення дозволяє зберігати пацієнту свідомість, що забезпечує можливість своєчасної діагностики ішемії головного мозку.