

Применение нейронавигации при хирургии внутримозговых опухолей полушарий большого мозга с медианным распространением.

Розуменко В.Д., Шевелёв М.Н., Герасенко К.М.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
+38-067-442-66-88
rozumenko.neuro@gmail.com

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения больных с внутримозговыми опухолями полушарий большого мозга.

Материалы и методы. Прооперировано 36 больных с внутримозговыми опухолями супратенториальной локализации с медианным распространением. Больных мужского пола было 22 (61,1%), женского - 14 (38,9%) в возрасте 22 до 66 лет. Во всех наблюдениях по результатам нейровизуализационных исследований (КТ, МРТ, МР-ангиография, фМРТ, ОФЭКТ) выявлено распространение опухоли в медианные структуры. Лобно-медианная локализация опухоли выявлена в 10 (27,7%), височно-медианная в 11 (30,6%), лобно-височно-медианная в 3 (8,3%), теменно-медианная в 1 (2,8%), лобно-теменно-медианная в 2 (5,6%), теменно-височно(затылочно)-медианная в 9 (25%) наблюдениях. Поражение доминантного полушария выявлено в 19 (52,8%) наблюдениях, недоминантного в 17 (47,2%). Все операции проведены с использованием нейронавигационной станции StealthStation® Treon® Plus (Medtronic, США) совмещенной с системой телемониторинга. Микрохирургическая техника применялась во всех операциях. В 4 наблюдениях удаление опухоли дополнялось лазерной термодеструкцией полупроводниковым лазером «Лика-хирург» (808 нм, 18Вт). Проведение окончательного гемостаза завершилось имплантацией гемостатического материала „Surgicel” на стенки ложа удаленной опухоли.

Результаты и обсуждение. «Тотальное» удаление опухоли проведено в 5(13,9%) наблюдениях, «субтотальное» - в 14(38,9%), «парциальное» в 17(47,2%). Глиальные опухоли типической структуры выявлены у 2 (5,6%) больных, анапластические глиомы у 18 (50%), глиобластомы у 14 (38,8%). В 2 (5,6%) наблюдениях диагностированы метастатические опухоли.

Нейровизуализационные методы диагностики обеспечивают информацию относительно локализации процесса, особенностях взаимоотношения опухоли с окружающими мозговыми структурами. Их отдельное или совмещенное использование в нейронавигационной станции позволило оптимизировать и минимизировать хирургический доступ, отслеживать положение хирургических инструментов в ране в режиме реального времени, тем самым, снизить риск хирургической травмы смежных мозговых структур.

Особливості проведення загального знечулення при тривалих нейрохірургічних реконструктивних оперативних втручаннях.

Саварчук Ю.М., Лонтковський Ю.А.

Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1
Кам'янець-Подільський
Україна
03849-9-05-76, 067-785-47-86
savarchuk1@gmail.com

Мета: Зменшити токсичний вплив засобів для знечулення, швидке пробудження хворих, зменшення завантаження ВІТ.

Особливістю реконструктивних операцій є різна інтенсивність больової імпульсації, в залежності від етапу втручання. При наявності постійного моніторинга хворого на предмет больової реакції та врахування кумулятивної дії препаратів можна добитись максимально швидкого пробудження та відновлення дихання, що дозволить подальше ведення хворих після тривалих втручань в умовах стаціонару без переводу в ВІТ.

За останні 2 роки виконано 42 операції на хребті із застосуванням різних методів інструментації. В залежності від складності операції тривали від 2-х до 5-ти г. (час знечулення - 2,5 - 6 г.). 90% операцій проводились в положенні на животі, тому час знечулення збільшувався на 30-50 хв. (час від інтубації до розрізу). Для індукції використовувались сібазон, фентаніл, кетамін, діпрофол. Для основного періоду наркозу - діпрофол (через інфузомат) та фентаніл кожні 10 - 15 хв. болюсно. При деяких болючих моментах втручання додатково - кетамін. Міорелаксанти: дітілін на інтубацію та до повороту, ардуан після повороту. Апаратний моніторинг апаратом «Philips»: контроль пульсу, SpO₂, вимірювання АТ кожні 2 хв. Візуальний моніторинг: зіниці, фотореакція, потовиділення, напруження пульсової хвилі. По закінченню основного етапу та проведення інструментації, ведення релаксантів припинялось. Виключення дихання проводилось комбінацією фентаніл + діпрофол. З метою зменшення стимуляції дихального центру проводилась незначна гіпероксигенація. На ушивання рани діпрофол через інфузомат. Припинялось введення діпрофолу з накладанням останнього шва. Доза препаратів йшла з врахуванням маси тіла, віку та статті. У 60% відновлення самостійного дихання наступало після перевертання на спину, відновлення свідомості через 10-15 хв. У 30% хворих відновлення дихання наступало після введення кордіаміну та еуфіліну. У 10% відновлення дихання наступало після введення кордіаміну, еуфіліну та налоксону. У цих 40% випадків відновлення свідомості наступало одночасно з відновленням дихання. Рівень відновлення свідомості від помірного оглушення до ясного. Всім хворим проводилась профілактична рекураризація після відновлення адекватного дихання введенням в/м прозерину. При контрольному огляді повна свідомість на протязі години у 100% випадків. Всі операції проводились планово, з обов'язковою попередньою підготовкою анестезіологом від 2 до 5 днів. Жоден з пацієнтів не був переведений в післяопераційному періоді у ВІТ.

Висновок. Дана схема проведення загального знечулення при тривалих операціях на хребті сприяє зменшенню токсичного впливу препаратів, прискорює пробудження хворих.