

Выводы: Использование нарезного мегакейджа показано прежде всего для применения у молодых и среднего возраста пациентов с истмическим или диспластическим спондилолистезом. Для мужчин репродуктивного возраста существует опасность половых

расстройств. Использование мегакейджа у пожилых пациентов возможно при отсутствии спинального стеноза. Использование мегакейджа осуществляет надежную первичную фиксацию и создает условия для формирования костного блока. Случаев псевдоартроза не отмечено.

ДЕМОНСТРАЦИЯ: МЕТОД ПУНКЦИОННОЙ ТРАНСКУТАННОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Кравцов М.Н.¹, Низковолос В.Б.², Алексеев Е.Д.¹, Мартынов Б.В.¹, Волков А.А.¹, Храпов Ю.В.¹, Свистов Д.В.¹

¹Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

² Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург

Актуальность. Лечение метастатических поражений позвоночника представляет собой неразрешенную проблему современной онкологии, вертебрологии и нейрохирургии. В настоящее время принято считать, что хирургическое лечение метастазов рака в позвоночник является паллиативным методом и не обеспечивает prolongации жизни. Целями хирургического пособия являются контроль боли, поддержание стабильности позвоночника, профилактика и лечение неврологических осложнений, сохранение способности больных к передвижению. Приоритетным направлением хирургического лечения метастазов позвоночника является использование пункционных и минимально-инвазивных технологий, способных улучшить качество жизни больных, расширить «терапевтическое окно» для проведения традиционных схем противоопухолевой терапии. Известно множество способов хирургического лечения метастазов позвоночника, таких как чрескожная вертебропластика костным цементом, пункционная кифопластика с предварительной внутритканевой радиационной терапией, пункционная коагуляция с помощью генератора холодной плазмы в сочетании с последующей вертебропластикой, радиочастотная деструкция и др. Однако вышеперечисленные методики имеют ряд существенных недостатков, среди которых: миграция костного цемента по венозным коллекторам и в экстравертебральное пространство (7—50,5%), невозможность адекватного заполнения области метастаза костным цементом из-за отсутствия полости, смещение мягко-

тканного компонента опухоли в позвоночный канал, диссеминация онкологического процесса из-за вытеснения опухолевых клеток в системный кровоток, недостаточный объем зоны лечебного воздействия коагуляции (40—70% от объема очага). В последние годы значительный интерес исследователей вызывают другие методики, среди которых важное место занимает холодовое воздействие (криодеструкция, криоабляция) на очаг поражения.

В период 2012—2013 гг. в клинике нейрохирургии ВМедА 5 пациентам было выполнено воздействие на метастазы тел позвонков сверхнизкой температурой по оригинальной методике. Результаты лечения оценивали с использованием международных шкал: Macnab, визуальной аналоговой шкалы боли (VAS), опросника нарушений жизнедеятельности при хронической и рецидивирующей боли в спине Oswestry.

Полученные в ходе исследования предварительные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости операций и быстром восстановлении пациентов, а также значимом снижении болевого синдрома. Начальный опыт указывает на эффективность методики в отношении улучшения результатов лечения такой сложной категории больных, как пациенты с метастатическим поражением позвоночника, и целесообразность ее дальнейшего исследования.

Цель демонстрации — продемонстрировать успешные случаи лечения пациентов с метастатическими поражениями позвоночника методом криодеструкции патологических очагов в сочетании с вертебропластикой.

ДЕМОНСТРАЦИЯ: КОМБИНИРОВАННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТРАХЕИ И ПРИЛЕГАЮЩИХ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР

Аверьянов Д.А., Дубинин А.А., Кузнецов М.В., Щеголев А.В.

Кафедры и клиники анестезиологии и реаниматологии, нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

На сегодняшний день пункционно-дилатационная трахеостомия приобретает все большую популярность при необходимости долгосрочного обеспечения проходимости верхних дыхательных путей. Данный вид оперативного вмешательства сравнительно менее травматичен, занимает значительно меньше времени, проще в техническом исполнении и, что важнее, более безопасен для больного. Последнее достигается проведением фибробронхоскопии в периоперационном периоде и использованием ультразвукового обследования трахеи и претрахеальных тканей перед трахеостомией. Фибробронхоскопический контроль с использованием эндовидеоскопии позволяет оперирующему врачу контролировать все этапы выполнения оперативного вмешательства, начиная с позиционирования интубационной трубки, до этапа установки трахеостомы.

Применение УЗИ дает возможность определить расположение перешейка щитовидной железы, длину трахеи и количество хрящевых полуколец над яремной вырезкой, исключить или подтвердить наличие относительно крупных сосудов в зоне оперативного вмешательства. Кроме того, использование ультразвуковой диагностики в совокупности с некоторыми антропометрическими данными (длина шейной части трахеи и толщина кожно-жировой складки на шее) в предоперационном периоде позволяет выбрать методику выполнения трахеостомии.

Комбинированная трахеостомия, сочетающая в себе элементы открытой и пункционно-дилатационной методики, может считаться вариантом оперативного вмешательства у больных с особенностями расположения трахеи и прилегающих анатомических структур, повышая тем самым безопасность выполнения операции.