

тельные исходы лечения при повреждениях сухожилий придадут этой проблеме особую актуальность. Сухожильный шов должен быть достаточно прочным.

Основное требование к сухожильным швам — прочность, т. е. способность сопротивляться разрыву или растяжению под действием силы мышечного сокращения. Неудовлетворительные исходы лечения повреждений сухожилий придадут проблеме техники сухожильного шва особую актуальность.

Цель

Путем эксперимента сравнить прочность наиболее часто применяемых сухожильных швов.

Задачи:

1. Определить наиболее удобные внутривольные сухожильные швы для врачей-интернов.
2. Определить удобные сухожильные швы для студентов.
3. Испытать выбранные в результате эксперимента швы на трупном материале.
4. Сравнить прочность сухожильных швов.

Материал и методы исследования

Работа проведена на базе 6 ГКБ г. Минска, получена оценка использования внутривольного сухожильного шва врачами-интернами (10) и студентами (20). В качестве выбора были представлены следующие виды швов: шов по Кюнео, Казакова-Розова. На основании полученных данных сухожильные швы были использованы на трупном материале сухожилий кроликов. Проведено сравнение прочности полученных швов с использованием технического устройства путем регистрации силы тяги (кг).

Результаты исследования и их обсуждение

Выделены сухожилий кроликов ($n = 6$), выполнены сухо-жильные швы по Казакову-Розову и по Кюнео. Сухожилия сшивались нитью «Полиэстер» 2/0. Фиксировались показатели при расхождении нити при полном разрыве соединения.

7 из 10 врачей-интернов посчитали более удобным сухожильный шов по Казакову-Розову.

7 / 10 врачей-интернов посчитали более удобным внутривольный сухожильный шов по Казакову-Розову, 3 / 10 шов по Кюнео. 16 / 20 студентов выбрали шов по Казакову-Розову, 4 / 20 шов Кюнео.

Расхождение нитей шва Казакова-Розова наблюдалось при тяге 1,8 кг, разрыв шва — при тяге 2 кг; шва по Кюнею — 1,5 кг и 1,8 кг соответственно.

Выводы

1. Врачи-интерны и студенты посчитали более удобной технику наложения шва Казакова-Розова.
2. Наиболее прочным из выполненных швов является шов Казакова-Розова.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Волотовский, А. И.* Повреждения локтевого сустава, предплечья и кисти / А. И. Волотовский. — Минск: МГМИ, 1999. — С. 1–19.

УДК 616.711-001.5-089

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ AOSpine В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Тельнова А. А.

Научные руководители: к.м.н. С. И. Кириленко, Е. В. Ковалёв

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время наиболее популярной является классификация повреждений позвоночника AOSpine, входящая в сборник классификаций переломов и вывихов OTA /

АО (2018 г.). Согласно этой классификации, все повреждения позвоночника разделены на три типа в зависимости от направления действующих сил во время травмы: компрессионные (А) без повреждения заднего опорного комплекса, дистракционные (В) с нарушением целостности заднего опорного комплекса и ротационные (С). В свою очередь, они включают в себя подтипы: А 0 — незначительное повреждение (представлено переломами отростков позвонка), А 1 — вколоченный перелом тела, А 2 — поперечный перелом тела, А 3 — неполный взрывной перелом тела, А 4 — полный взрывной перелом тела; В 1 — простое чрезкостное повреждение позвонка, В 2 — костно-связочное повреждение позвонка, В 3 — гиперэкстензионное повреждение переднего опорного комплекса. Тип С не содержит подтипов и представлен смещением или вывихом позвонка [1].

Переломы типа А 0, А 1 и А 2 относятся к стабильным и не требуют оперативного вмешательства, остальные (А 3, А 4, тип В и С) — к нестабильным, что в большинстве случаев требует хирургического лечения.

Цель хирургического вмешательства — декомпрессия невральных структур, стабилизация позвоночного столба и, как результат, создание спондилодеза. При оскольчатых переломах тел позвонков со стенозом позвоночного канала выполняется декомпрессионно-стабилизирующие операции с созданием переднего корпороза. Он включает полноценную декомпрессию позвоночного канала путем частичного или полного удаления тела позвонка со смежными межпозвоночными дисками, коррекцию деформации и стабилизацию пораженного отдела позвоночника костными трансплантатами и титановыми имплантатами. При сочетании повреждения трех опорных колон позвоночного столба передний корпороз дополняется задней транспедикулярной фиксацией. Нестабильные травматические повреждения при отсутствии передней компрессии спинного мозга могут разрешаться путем исключительно задней транспедикулярной фиксации позвоночника с целью создания заднего спондилодеза. Эти операции обеспечивают восстановление опорности позвоночника, раннюю активизацию и медицинскую реабилитацию пациентов [2, 3].

В настоящее время титановые имплантаты и конструкции, применяемые при травматическом повреждении позвоночника, представлены сетчатыми кейджами (Mesh), телескопическими эндопротезами тел позвонков, транспедикулярными винтами и пластинами. Внедрение кейджа технически может быть выполнено из переднего, бокового или заднего доступов. В классическом варианте кейдж должен быть плотно заполнен измельченной костью или кортикальным аутоотрансплантатом [4].

Цель

Оценить соответствие выбора тактики лечения повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника по классификации AOSpine у пациентов, проходивших курс лечения на базе нейрохирургического отделения № 2 Гомельской областной клинической больницы, за период 2017–2018 гг.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 156 медицинских карт стационарных пациентов (89 мужского и 67 женского пола, в возрасте от 18 до 94 лет.), проходивших лечение в нейрохирургическое отделение № 2 Гомельской областной клинической больницы с повреждениями грудного и поясничного отдела позвоночника, за период 2017–2018 гг. Повреждения были классифицированы по AOSpine.

Результаты исследования и их обсуждение

Повреждения поясничного отдела позвоночника наблюдались в 65,4 % случаев, преимущественно на уровне L1 (46,2 %) и L2 (30,1 %) позвонков. Грудной отдел был поврежден в 28,2 % случаев, преимущественно на уровне Th12 позвонка (33 %). Сочетанное повреждение обоих отделов позвоночника встречалось в 6,4 % случаев (в 60 % случаев — сочетанное повреждение Th12 и L1 позвонков). Неврологические осложнения в виде нижнего парапареза или нижней параплегии наблюдались в 13,5 % случаев.

Выделялись консервативные и оперативные методы лечения.

Консервативное лечение (ограничение нагрузки, ходьба с дополнительной опорой, использование корсета) проводилось при стабильных повреждениях грудного и поясничного отделов позвоночника (59,8 % случаев).

Хирургическое лечение подразделялось на декомпрессионные, стабилизирующие и декомпрессионно-стабилизирующие операции и проводилось при нестабильных повреждениях позвоночника.

Доля нестабильных повреждений грудного отдела позвоночника составила 37,5 % (33 пациента), из них переломы типа А 3 наблюдались в 51,5 % случаев, А 4 — в 12,1 %, В 1 — в 3 %, В 2 — в 12,1 %, С — в 21,2 %. Декомпрессионные операции проводились в 11,2 %, стабилизирующие — в 44,4 %, декомпрессионно-стабилизирующие — также в 44,4 % случаев.

На долю нестабильных повреждений поясничного отдела приходится 41,3 % случаев (59 пациентов, из них подтип А 3 был в 57,6 % случаев, А 4 — 23,7 %, В 1 — 1,7 %, В 2 — 11,9 %, В 3 — 1,7 %, С — в 3,4 %). Декомпрессионные операции проводились в 2,4 % случаев, стабилизирующие — в 41,5 %, декомпрессионно-стабилизирующие — в 56,6 %.

Пациенты с неврологическими осложнениями были прооперированы в 100 % случаев.

Выводы

При стабильных травматических повреждениях грудного и поясничного отделов позвоночника (А 0 – А 2) проводилось консервативное лечение (ограничение нагрузки, ходьба с дополнительной опорой, использование корсета). Пациенты с нестабильными повреждениями позвоночника (А 3 – С) были прооперированы в 63 % случаев. При повреждении грудного отдела преобладают стабилизирующие и декомпрессионно-стабилизирующие операции (по 44,4 %), при повреждении поясничного — декомпрессионно-стабилизирующие (56 %), а доля стабилизирующих снижается до 41,5 % операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fracture and Dislocation Classification Compendium / E. Meinberg [et al.] // Journal of Orthopaedic Trauma. — 2018. — Vol. 32, № 1. — 173 p.
2. Controversies in spine surgery, MIS versus open: best evidence recommendations / A. R. Vaccaro [et al.]. — 2-nd ed. — New York: Thieme, 2018. — 264 p.
3. Клинические протоколы диагностики и хирургического лечения больных с повреждениями позвоночника (шейный, грудной, поясничный отделы): Приложение 11 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 13.06.2006 г., № 484.
4. Титановые имплантаты в вертебрологии: перспективные направления / А. А. Вишневецкий [и др.] // Хирургия позвоночника. — 2015. — Т. 12, № 4. — С. 49–55.

УДК 616.71 – 089.844

КОМБИНИРОВАННЫЙ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Хотим О. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. С. Аносов

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Костная киста — это псевдокиста, остеолитическое образование, возникающее преимущественно в детском возрасте. Костные кисты занимают 3 место среди всех первичных костных образований. Любая кость может быть вовлечена в патологический