

### ***Материал и методы исследования***

Проанализированы результаты лечения 415 пациентов, оперированных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний и травматических повреждений позвоночного столба в возрасте от 40 лет и старше либо с установленным диагнозом «остеопороз» за 10 лет с применением различных классических методик межтелового спондилодеза позвоночника, а также результаты лечения пациентов, оперированных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний и травматических повреждений позвоночника на фоне остеопороза с применением разработанного алгоритма выполнения межтелового спондилодеза позвоночника.

Всего с применением разработанного алгоритма оперировано 9 пациентов женского пола и 6 пациентов мужского пола с различной патологией позвоночного столба на фоне остеопороза в возрасте от 47 до 70 лет. Использовались различные импланты для переднего спондилодеза. Проведение вертебропластики смежных импланту сегментов позвоночника являлось одним из этапов разработанного алгоритма. Превалировала патология шейного отдела позвоночника — 13 случаев. В основу оценки состоятельности межтелового спондилодеза легли результаты проведения рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, а также результаты функциональной спондилографии.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

У всех пациентов исследуемой группы, оперированных с использованием разработанного алгоритма, в сроки наблюдения от 3 до 5 месяцев сформировался первичный спондилодез, тогда как у пациентов группы сравнения в 9 % случаев наблюдалось отсутствие формирования первичного костного блока.

### ***Выводы***

Применение разработанного алгоритма переднего межтелового спондилодеза у пациентов с остеопорозом позволяет снизить риск развития нестабильности устанавливаемых металлоконструкций и потери коррекции позвоночно-двигательного сегмента.

УДК 616.728.13-073.756.8

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЛОКАДЫ КРЕСТЦОВО-БУГОРНОЙ СВЯЗКИ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ**

***Юрковский А. М.<sup>1</sup>, Назаренко И. В.<sup>1</sup>, Ачинович С. Л.<sup>2</sup>***

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Цель***

Повысить эффективность диагностической блокады при лигаментопатии крестцово-бугорной связки путем разработки стандартизированной методики ее проведения

### ***Материал и методы исследования***

В исследование были включены результаты сонографически контролируемых блокад крестцово-бугорной связки (КБС) у 25 пациентов, имевших проявления КБС-индуцированного синдрома боли в нижней части спины. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась непосредственно перед процедурой и через 5 минут после (использовалась визуальная аналоговая шкала с диапазоном значений 0–10 баллов). Оценка точности введения препарата при использовании предложенных методик про-

водилась во время аутопсии путем введения 2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего в область дистального энтеза КБС.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Использовался конвексный датчик с диапазоном частот от 3,8 МГц (при ИМТ > 30) до 5 МГц (при ИМТ < 29 МГц). В 17 (68 %) случаях оптимальным оказалось положение пациента на животе (под таз подкладывался валик), в 6 (24 %) случаях — положение стоя в полуфлексии (при ИМТ ≥ 30), в 2 (8 %) случаях — положение на боку (также при ИМТ > 30). Оптимальной для начала сканирования оказалась точка, отстоящая на 20 мм от седалищного бугра (дистальная треть КБС). Ориентирование сканирующей поверхности по линии, соединяющей седалищный бугор и крестец (каудальные крестцовые позвонки) под углом  $23 \pm 3,5^\circ$  относительно линии остистых отростков, во всех случаях обеспечило визуализацию КБС (критерий правильности позиции — визуализация линейной экзогенной структуры длиной  $86 \pm 25$  мм и толщиной в области дистальной трети  $3,3 \pm 0,7$  мм).

Точка введения и объем анестетика: оптимальным оказалось введение в область дистальной трети КБС ближе к зоне дистального энтеза (область прикрепления к седалищному бугру). В 23 (92 %) случаях уменьшение боли было отмечено при объеме анестетика (2 % р-р лидокаина) до 2 мл и только в двух случаях — 3 мл.

#### **Выводы**

Предложенные методики сонографически контролируемых блокад крестцово-бугорной связки (КБС) обеспечивают адресное введение анестетика в зону интереса.

УДК 616.728.14-073.756.8

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЛОКАДЫ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ СВЯЗКИ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ**

*Юрковский А. М.<sup>1</sup>, Назаренко И. В.<sup>1</sup>, Ачинович С. Л.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Цель**

Повысить эффективность диагностической блокады при лигаментопатии подвздошно-поясничной связки путем разработки стандартизированной методики ее проведения.

#### **Материал и методы исследования**

В исследование были включены результаты сонографически контролируемых блокад подвздошно-поясничной связки (ППС) у 66 пациентов, имевших проявления ППС-индуцированного синдрома боли в нижней части спины. Возраст пациентов, включенных в исследование, составлял 43,2 года (95 % ДИ (24–58)), ИМТ — 24,9 (95 % ДИ (21–29,7)). Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась непосредственно перед процедурой и через 5 мин после (использовалась визуальная аналоговая шкала с диапазоном значений 0–10 баллов). Оценка точности введения препарата при использовании предложенных методик проводилась во время аутопсии путем введения 2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего в область латерального энтеза ППС.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Оптимальным вариантом оказалось использование конвексного датчика с диапазоном частот 3,8–5,0 МГц. Положение пациента на животе (для выпрямления пояснично-