

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-

го лордоза под живот подкладывался валик), в 20 (35 %) случаях — положение пациента стоя в полуфлексии (при ИМТ  $\geq 30$ ). Оптимальной для начала сканирования оказалась точка, отстоящая на  $70 \pm 5$  мм от линии остистых отростков на уровне верхушки остистого отростка L<sub>IV</sub> (зона латерального энтеза ППС) и верхушка поперечного отростка L<sub>V</sub> (зона медиального энтеза ППС). Практически у всех пациентов оптимальной точкой введения анестетика оказалась область латеральной трети ближе к зоне энтеза, а объем анестетика (2 % р-р лидокаина) при введении в указанную зону не превышал 3 мл (то есть при адресном введении этого количества вполне хватало для купирования болевого синдрома). Точность введения препарата при использовании предложенной методики во время аутопсии было отмечено попадание в зону интереса 2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего.

#### ***Выводы***

Предложенные методики сонографически контролируемых блокад подвздошно-поясничной связки обеспечивают адресное введение анестетика в зону интереса.

УДК 616.711.5+616.711.6]-089.81-74.

### **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА**

***Юрченко С. М.***

**Государственное учреждение**

**«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»  
г. Минск, Республика Беларусь**

#### ***Цель***

На основании описанных зарубежных методик опробовать малоинвазивную методику в отечественной клинической практике с использованием имплантатов отечественного производства, имеющегося в наличии монтажного и вспомогательного инструментария. Оценить результаты хирургических вмешательств, на основании чего определить преимущества, недостатки и направления в дальнейшей работе по улучшению конструкции фиксатора, монтажного инструментария и используемой малоинвазивной методики.

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

В нашем исследовании рассмотрены результаты хирургического лечения 14 пациентов с травматическим повреждением позвоночника. Средний возраст прооперированных пациентов 45 лет, от 20 до 65 лет. Соотношение мужчин к женщинам составило 11 к 3. Все пациенты без неврологических расстройств. Одной пациентке выполнялся второй этап хирургического лечения — передняя декомпрессия, спондилодез и одному пациенту задняя фиксация проводилась после выполнения передней декомпрессии. Тип повреждения по АО ASIF: A2 — 3, A3 — 4, A4 — 5, B1 — 2.

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

Средняя продолжительность операции составила 1ч 30 мин, во всех случаях винты находились в пределах корней дуг, через месяц у одной пациентки выявлен разmontаж одного из узлов конструкции с одной стороны, у одного пациента были разmontированы оба верхних узла, что потребовало повторных хирургических вмешательств по ремонту конструкции.

Все операции имеют ряд положительных моментов: уменьшение травмы паравертебральной мускулатуры, возможность установки винтов из максимально латеральной точки по отношению к межпозвонковому суставу, сокращение объемов кровопотери.