

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Рецензия на реферат-презентацию

ординатора 1 года обучения по специальности «Травматология и ортопедия»

Головина Виталия Ивановича по теме:

Оперативное лечение сколиоза

В реферате-презентации В.И. Головина представлены основные показания для оперативного лечения сколиоза, так же рассмотрены основные методики проведения оперативных вмешательств с указанием на плюсы и минусы каждой из методик.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Список литературы представлен 6 источниками, выпущенных не позднее 5 лет.

Работа выполнена по типу реферата-презентации, оформлена в соответствии с требованиями.

Основные оценочные критерии:

| Оценочный критерий | Положительный/отрицательный |
|---|-----------------------------|
| 1. Структурированность | + |
| 2. Наличие орфографических ошибок | - |
| 3. Соответствие текста реферата его теме | + |
| 4. Владение терминологией | + |
| 5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы | + |
| 6. Логичность доказательной базы | + |
| 7. Умение аргументировать основные положения и выводы | + |
| 8. Круг использования известных научных источников | + |
| 9. Умение сделать общий вывод | + |

Итоговая оценка: Положительная / Отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Бессер (Бессерова ОВ)
И

Оперативное лечение сколиоза

Показания к оперативному лечению

- III-IV степень сколиоза (не менее 40°)
- Прогрессирование сколиоза не менее 10° в год
- Сдавление и нарушение функции органов средостения
- Сдавление спинного мозга

Метод Харрингтона (Harrington)

- Суть метода заключается в использовании металлической конструкции, которая состоит из стержня и крючков, которые свободно перемещаются и крепятся к задней поверхности позвоночника.
- Стержень-дистрактор устанавливают на вогнутой стороне искривления, закрепляя крючками на суставном отростке грудного и поясничного позвонков. На противоположную сторону устанавливают контрактор
- Послеоперационный период сопровождается ношением гипсового корсета сроком до двух недель. Последующее ношение специального корсета – от полугода до года.
- Степень коррекции до 60%.



Недостатки:

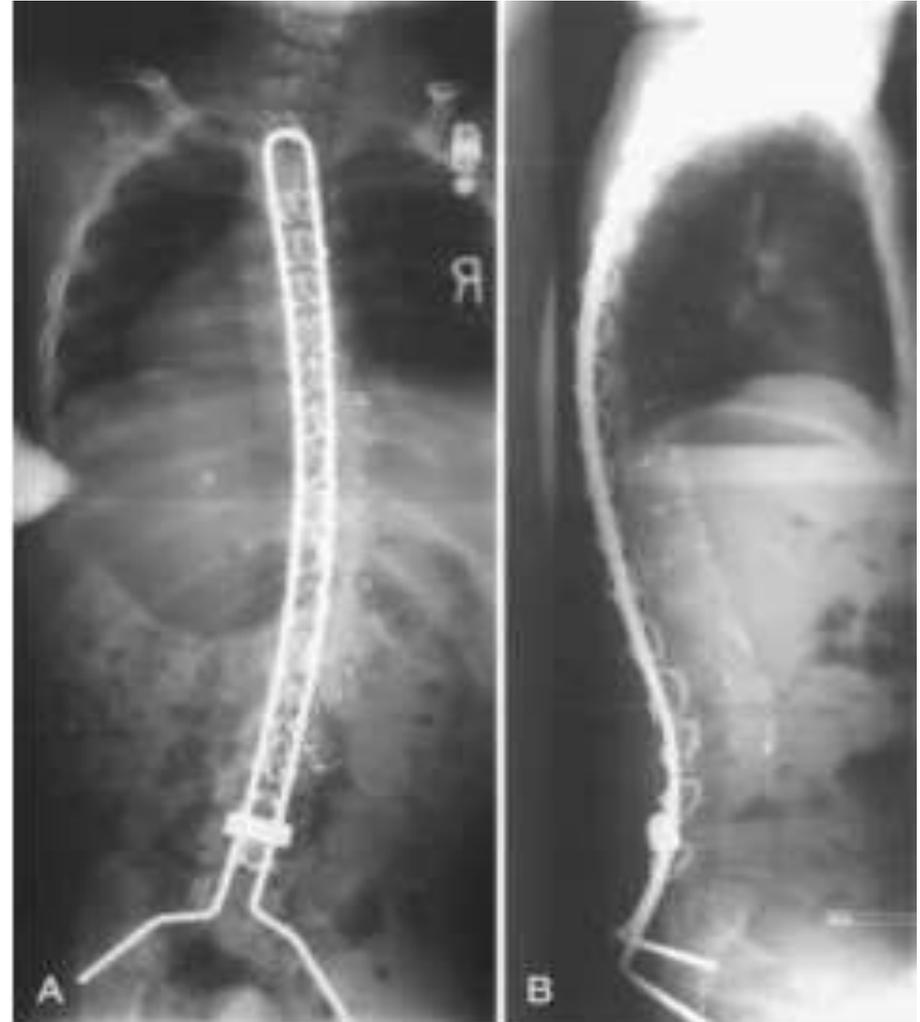
- одноплоскостная коррекция деформаций позвоночника
- высокая частота формирования груднопоясничного кифоза
- высокую частота вывихивания крючков и переломов дуг позвонков
- высокий риск неврологических осложнений при гипердистракции
- выпрямление физиологических изгибов с формированием синдрома плоской спины
- невозможен при продолжающемся росте



a

Метод Люке (Luque)

- Имплантат состоит из двух L-образных цилиндрических прутьев, укладываемых с двух сторон позвоночной дуги.
- Каждый элемент позвоночника вдоль всей деформации скрепляют с прутьями не крючками, а проволочными швами субламинарно.
- Данная операция позволяет достичь коррекции оси от 50% до 90%.
- Постоперационное ношение корсета, не требуется.



Недостатки:

- Поскольку большое количество фиксационных проволочных швов пропускают через позвоночный канал, этот метод сопряжен высокими рисками повреждения спинномозговых образований и развития неврологической симптоматики.
- Учитывая тот факт, что для надежной фиксации требуется наложить много швов, этим способом может выполняться только оперативное лечение сколиоза у взрослых

Дистрактор Казьмина

- Применяется для коррекции искривления поясничного отдела позвоночника.
- Дистрактор устанавливается так, чтобы своими концами он упирался в поперечные отростки позвонков и подвздошную кость.
- Путем вращения цилиндра дистрактора его удлиняют, создавая коррекцию кривизны.



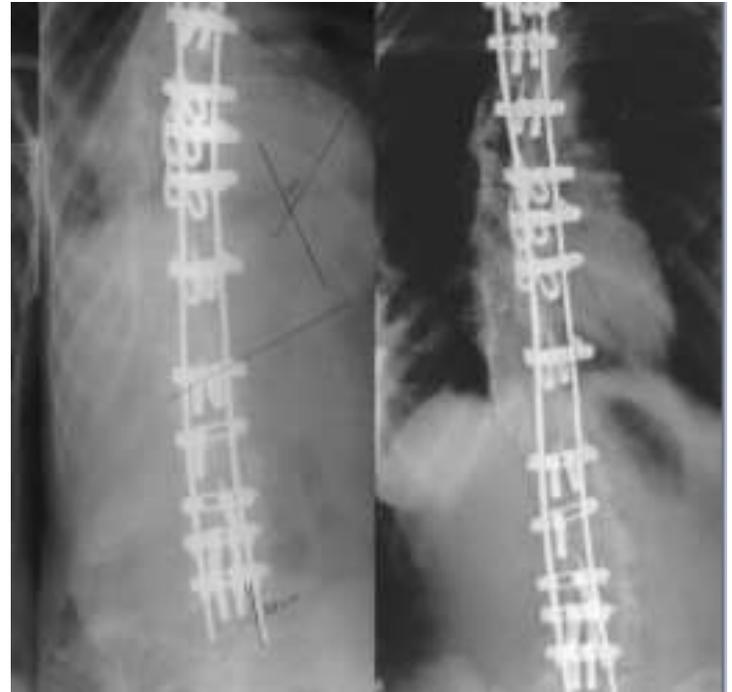
Недостатки:

- Их основным недостатком является то, что это резьбовая конструкция с замкнутыми полостями с опорой на губчатые элементы кости (поперечные отростки позвонков), которые могут стать источником таких осложнений как: самораскручивание конструкции, образование свищей из-за возникшей нестабильности от пролежней опорных элементов, вторичные инфекционные осложнения.
- Коррекция только поясничного сколиоза, но за счет коррекции поясничной дуги, самостоятельно может произойти исправление грудного искривления.
- Значительная травматизация (резекции поперечных отростков, клиновидные резекции тел позвонков).
- Требуется гипсовая иммобилизация
- Невозможен при продолжающемся росте.



Двупластинчатый эндокорректор

- Состоит из 2-х пластин, специальных крючков и крепежных блоков. Крючки подводятся под дужку позвонка с двух сторон и монтируются на 2 титановых направляющих, с возможностью перемещения. За счет упругости материала, продольные пластины проводят коррекцию кривизны, а крючки обеспечивают стабильность конструкции, не мешая росту.



Преимущества:

- Устранение деформации в 3-х плоскостях
- Можно считать операцией выбора у детей с незавершенным ростом при прогрессирующем течении деформации позвоночника

Недостатки:

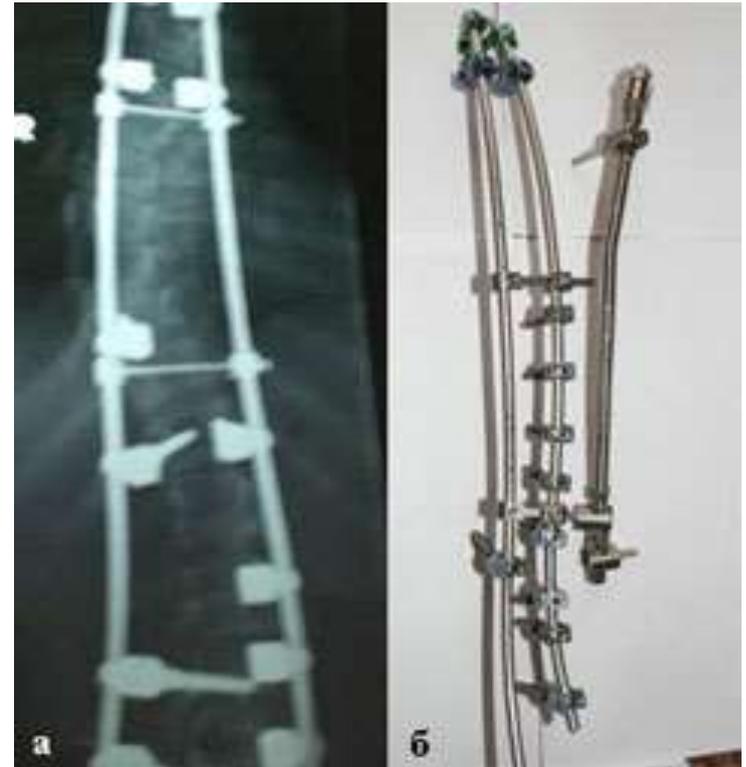
- К недостаткам двухпластинчатой металлоконструкции относится большое количество стыковочных блоков, в области которых со временем могут возникать металлоз, серомы

Котрель-Дебюсси

- Состоит из 2-х стержней, крючков транспедикулярных винтов.

Недостатки:

- Стержни лишены гибкости. Во время операции их изгибают соответственно изгибам позвоночника, и эта форма измениться уже не может.
- Стержни не могут амортизировать, поэтому довольно часто ломаются.
- Винты, как и всякое другое инородное тело, выталкиваются из кости. Вокруг винтов кость подвергается рассасыванию, поэтому конструкция может попросту разболтаться. Для укрепления её укрывают сверху аутокостью, используя, чаще всего, кость самих позвонков (остистые отростки).
- Конструкция совершенно неподвижна, поэтому непригодна для использования у растущих детей.



Список литературы

- Клинические рекомендации
- «Хирургическая коррекция идиопатического сколиоза у взрослых больных молодого и среднего возраста» М.В. Михайловский, А.С. Васюра, В.В. Новиков, В.Н. Сарнадский, Е.В. Губина, М.А. Чернядьева
1Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна, Новосибирск, Россия 2000 «Метос», Новосибирск, Россия
- «Лечение пациента с прогрессирующим грудопоясничным кифозом после операции по методике Харрингтона» А.К. Дулаев, К.А. Надулич, А.В. Теремшонок Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
- «Результаты хирургического лечения детей с прогрессирующим идиопатическим сколиозом» М.В. Фоменко, Г.Ш. Голубев, А.А. Лака, А.Э. Купленский Городская больница № 20, Ростов-на-Дону
2Ростовский государственный медицинский университет 3Российский университет дружбы народов, Москва