

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РАЗМЕТКИ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ СТАБИЛИЗАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МЕТОДОМ TPLO

Введение. Среди домашних животных разрыв передней крестовидной связки встречается чаще всего у собак и составляет около 60-70% от общего числа патологий коленного сустава. Причинами разрыва ПКС являются: дегенеративные изменения самой связки; лишний вес (ожирение); вывих коленной чашечки, вальгусная деформация; коллагенозы; инфекционная воспалительная артропатия. Основные клинические признаки – это резко возникающая хромота, болевой синдром при движении и наличие нестабильности в коленном суставе. В дальнейшем данная патология может привести к развитию хронического воспаления и остеоартрозу, что в свою очередь ведёт к нарушению функции задней конечности [1, 3].

Чтобы избежать этого необходимо стабилизировать коленный сустав. Наиболее оптимальными методами стабилизации у собак, весом более 15 кг являются TPLO (смещение плато большеберцовой кости по радиальному распилу, уменьшая угол ее наклона, тем самым уменьшая соскальзывание с плато мыщелков бедренной кости при опоре на конечность) и TTA (методика, разработанная Слободаном Тепичем, при которой проводится распил параллельно шероховатости большеберцовой кости, которая потом смещается вперед, напрягая прямую связку надколенника, что и стабилизирует сустав. Шероховатость фиксируется на новом месте при помощи специального клина) [1, 2].

Диагноз ставится на основании:

1. Компрессионного теста Хендерсона: собаку укладывают на бок, больную лапу вытягивают, одной рукой фиксировали коленный сустав, при этом размещая указательный палец на бугристость большеберцовой кости, а другой рукой выполняли сгибание в скакательном суставе. Во время сгибания голень смещалась вперед.

2. Теста краниального «выдвижного ящика»: собаку укладывают на бок, при этом больная конечность располагается сверху. Одной рукой фиксировали бедренную кость, а другой фиксировали голень и пытались сместить её в краниальном направлении. Смещение голени присутствовало.

3. Рентгенографического исследования.

4. Артроскопическое исследование коленного сустава (необходимо при надрыве передней крестовидной связки, при котором оба теста будут отрицательны) [2].

Материалы и методы исследований. В клинике УО ВГАВМ мы провели стабилизацию коленного сустава по методу TPLO у двенадцати собак, весом от 17 до 35 кг. Перед операцией необходимо провести разметку на рентгеновском снимке для подбора пластины, длины винтов и диаметра пилы. Для этого мы отмечали следующие ориентиры:

- *Линия поверхности плато большеберцовой кости* – проводится от самого краниального края медиального мыщелка, до самого каудального.

- *Линия механической оси голени* – проводится от центра таранной кости до межмышцелкового возвышения на плато большеберцовой кости.

- *Перпендикуляр к механической оси голени* – линия, проведённая перпендикулярно механической оси голени в месте её пересечения с линией поверхности плато большеберцовой кости. Угол между линией, проведённой по поверхности плато, и линией, являющейся перпендикуляром к механической оси голени будет углом наклона плато.

Окружность остеотомии – необходима для подбора диаметра пилы. Её проводят так, чтобы каудальная часть распила была как можно более перпендикулярна голени и при этом осталась достаточная часть шероховатости большеберцовой кости во избежание ее перелома

(не менее 8 мм). По правилам разметки центр окружности должен соответствовать месту пересечения *линии поверхности плато большеберцовой кости и линии механической оси голени*.

После измерения угла наклона плато и подбора размер пилы определяли по таблице, на какое расстояние нужно повернуть плато после остеотомии.

Далее на снимке определяли самую выступающую часть шероховатости большеберцовой кости и от нее проводили два замера:

Первый - перпендикулярно голени до линии, через которую будет проходить пила.

Второй - к месту, где пила будет выходить из кости в области коленного сустава.

Через эти точки будет проходить пильное полотно.

Результаты исследований. Исходя из нашего опыта, при соблюдении правила определения центра окружности в соответствии месту пересечения линии поверхности плато большеберцовой кости и линии механической оси голени, линия распила проходит слишком близко к шероховатости большеберцовой кости (менее 8 мм). Кроме того, при соблюдении данной методики зачастую остеотомированный участок в проксимальном эпифизе большеберцовой кости имеет малую площадь для надежной фиксации пластины. Поэтому центр остеотомии мы намечали ниже вышеупомянутых линий. Помимо этого в процессе проведения расчетов перед операцией установили необходимость дополнительного, третьего замера от самой выступающей части шероховатости большеберцовой кости к точке пересечения окружности пилы с каудальным краем большеберцовой кости.

Заключение. Четкая и скрупулезная предоперационная разметка необходима не только для подбора размера пластины, винтов, диаметра пилы и её правильного позиционирования в операционной ране, но и дает меньше права на ошибку во время остеотомии.

Литература. 1. Slocum B. & Devine Slocum T. (1993). *Tibial plateau leveling osteotomy for repair of cranial cruciate ligament rupture in the canine. Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 23(4), 777–795. 2. TPLO как метод лечения передней крестовидной связки [Электронный ресурс] // Журнал Ветеринарный Петербург. – Режим доступа: <https://www.spbvet.info/arh/detail.php?ID=131>. 3. Лечение разрыва передней крестовидной связки методом выравнивающей остеотомии плато большеберцовой кости (TPLO): принципы и результаты лечения (293 случая) [Электронный ресурс] // ЗООинформ. – Режим доступа: https://zooinform.ru/vete/articles/lechenie_razryva_perednej_krestovidnoj_svyazki_metodom_vyravnivayushej_osteotomii_plato_bolshebertsovoj_kosti_tplo_printsipy_i_rezultaty_lecheniya_293_sluchaya/

УДК619:616-006.326-089.87:636.7

КИРДАН О.В., БОГДАНОВИЧ А.С., студенты

Научный руководитель - **ЖУРБА В.А.,** канд. вет. наук, доцент

УО «Витебская ордена «Знак Почета» государственная академия ветеринарной медицины», г. Витебск, Республика Беларусь

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УДАЛЕНИИ ЛИПОМ У СОБАК

Введение. Липома - опухоль, образующаяся при патологическом увеличении в объеме жировой ткани (жировик) - соединительнотканная опухоль доброкачественного характера; развивается чаще в слое подкожной соединительной рыхлой ткани и в процессе васкуляции проникает через мышечную ткань и до надкостницы.

В доброкачественном состоянии неподвижна и безболезненна. Растёт медленно. Липома чаще встречается в местах, бедных жировой тканью: в области спины, боковой грудной стенке, плечевом поясе, наружной поверхности плеча и бедра. Чаще всего липомы не представляют угрозу для здоровья и находятся длительное время в доброкачественном состоянии, однако в подкожно-жировой клетчатке, хотя и достаточно редко, перерождаются в