

происходит неодинаково в зависимости от соматотипа. Активность КФ лейкоцитов крови при стрессе у женщин с высоким жировым компонентом тела – эурипластический соматотип – не изменялась. У представительниц всех других соматотипов при стрессе наблюдалось повышение активности КФЛ, сопровождающееся угнетением активности КФГр. Наибольшее снижение ак-

тивности КФГр было отмечено у представительниц атлетического соматотипа ( $129,76 \pm 3,44$ ).

Таким образом, реакция иммунокомпетентных клеток на стресс конституционально обусловлена. Лица с высоким жировым компонентом отличаются большей стабильностью и инертностью к стрессовым ситуациям.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕЖТЕЛОВОГО ПОПЛАВКОВООБРАЗНОГО СПОНДИЛОДЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ**

*А. В. Калайтанов, О. В. Парахин, А. Н. Журбенко*

4-я горбольница, г. Ставрополь

По общепринятой методике спондилодезов для их выполнения требуется обширное выделение тел позвонков, выше и ниже лежащих от пораженного, для формирования паза по передним отделам тел для введения фиксации аутоотрансплантата, для чего производится дистония аорты и ее ветвей, что удлиняет время проведения операции. По нашей методике поплавковообразного спондилодеза (самонарезного) аутоотрансплантат формирует канал выше и ниже лежащих тел позвонков благодаря специально обработанным концам аутоотрансплантата трехгранником с режущими поверхностями, что не требует выделения передних отделов позвонков выше и ниже лежащих от поврежденного тела, так как внутренняя поверхность тел позвонков всегда видна.

Бифуркация аорты в большинстве случаев соответствует средней, затем нижней и верхней трети тела LIV. Однако встречается расположение на уровне диска между LIV и LV позвонками, между LIII-LIV на уровне тела LIII. В таких случаях угол бифуркации был острым, а общие подвздошные артерии проходили по передне-латеральной поверхности тела LIV, как правило, на уровне тела LV делились на наружную и внутреннюю подвздошные артерии. В случаях бифуркации аорты в области нижней трети тела LIV

и ниже угол приближается к прямому, а деление общих подвздошных артерий на наружную и внутреннюю соответствует диску между LV и SI крестцовых позвонков, находясь латерально от него на 1-2 см.

Когда угол деления острый, а длина общих подвздошных артерий достаточно большая, как правило, удается сместить артериальные стволы более вправо, тем самым открывается доступ к передним поверхностям тел LIII-LIV-LV при помощи лигатур из термопластической резины.

В области передней поверхности тел сосуды всегда отделены были от тел позвонков незначительным слоем клетчатки. При низком положении бифуркации аорты под углом  $90^\circ$  клетчатка во всех случаях практически не выражена. В данном случае приходится отделять сосуды вместе с тонким слоем кортикальной пластинки тела позвонка при помощи ушного долота желобоватого с удлиненной ручкой.

Сокращается операционное время, сводятся к минимуму манипуляции на магистральных сосудах, становится более прочной фиксация позвоночного столба.

При данном методе не нарушается целостность передней поверхности выше и ниже лежащих от поврежденного тел позвонков.