

синовиальной жидкости, обладающие вискоиндуктивными свойствами, а при 3 стадии применять препараты с более высоким молекулярным весом. Что нельзя сказать при лечении коксартроза. На наш взгляд для введения в тазобедренный сустав больше подходят препараты ГК со средним молекулярным весом. Наблюдается меньше побочных явлений, пациенты лучше переносят лечение.

Выводы.

1. Гиалуроновая кислота для суставов имеет первостепенное значение, так как в высокой концентрации входит в состав синовиальной жидкости, где проявляет свои уникальные вязкоупругие свойства.

2. Введение в больной сустав протезов синовиальной жидкости ведет к улучшению его функции на протяжении как минимум одного года, а также снимает воспаление и уменьшает боль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Saris DB et al, J Bone Joint Surg Br. 2003 Sep; 85(7):1067-76.
2. Wong BL et al, Osteoarthritis and cartilage. 2010 Mar;18(3):464-71.
3. Vitanzo PC Jr. Sennett BJ. Am J Orthop. 2006 Sep; 35(9):421-8.

РЕВИЗИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ

Богданович И.П., Тодрик А.Т., Кобрин А.В., Конечский А.А.

Гродненский государственный медицинский университет

По мере того, как увеличивается количество имплантированных эндопротезов, а также продолжительность их эксплуатации, часть искусственных суставов начинает изнашиваться, или приходит в негодность. При этом необходима операция по замене эндопротеза, которое носит название ревизионного эндопротезирования.

Ревизионное эндопротезирование – это хирургическое вмешательство, направленное на замену любой части протеза или удаление имплантата. Если первичное тотальное замещение тазобедренного сустава является стандартной операцией, то ревизионная артропластика – это всегда серьезный вызов даже для самых опытных ортопедов. Трудности диагностики и предоперационного планирования, нарушение нормальной анатомии сустава, обширные дефекты вертлужной впадины и бедренной кости делают каждое подобное вмешательство строго индивидуальным. Приходится решать технически сложные задачи по удалению

несостоятельного протеза, достижению первичной стабильности нового имплантата и восстановлению биомеханики конечности. Ревизионное эндопротезирование является достаточно непредсказуемой операцией, требующей от хирурга творческого подхода и большого профессионализма.

Материал и методы исследования. За 2014-2016 год нами было выполнено 51 операция ревизионного характера при различных видах эндопротезирования тазобедренного сустава. В данную группу вошли пациенты, которым ранее производилось первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу коксартроза (42), диспластического коксартроза (4), перелома шейки бедра (5). Среди них женщин было 30, мужчин – 21 пациент. Наибольшее количество случаев, 33 пациента, наблюдалось в группе 60 лет и старше. В возрасте от 40 до 60 лет ревизия выполнялась в 17 случаях. И лишь у 1 пациента ревизионное эндопротезирование производилось до 40 лет.

Причинами повторного оперативного вмешательства было развитие ранней и поздней нестабильности компонентов эндопротеза: чашки (17), ножки (23), а в 11 случаях мы наблюдали нестабильность обоих компонентов эндопротеза. Наибольшее количество нестабильных чашек (10) были винтовыми, цементной фиксации – 7. Нестабильность чашки после прессфит фиксации не наблюдалось. Нестабильность ножки протеза наблюдали в основном при безцементной фиксации (22).

Перед операцией проводились дополнительные обследования, направленные на оценку общего состояния здоровья, а также состояние костей и мягких тканей в месте предполагаемой операции: МРТ, КТ, сцинтиграфия, микробиологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. При нестабильности вертлужного компонента нами применялись как бесцементные, так и цементные чашки с укрепляющими кольцами типа Мюллера (13). Для ревизионного замещения ножек эндопротезов применялись конструкции отечественных и зарубежных производителей. В частности внедрена ревизионная МР-ножка (16) фирмы W.Link. Важным элементом при удалении ножки эндопротеза и остатков цементной мантии, являлась продольная окончатая трепанация метадиафиза бедренной кости.

Для пластики дефектов вертлужной впадины и метадиафиза бедренной кости применялись аллоостеоматрикс и аутооттрансплантаты.

В некоторых случаях вышедший из строя искусственный сустав не мог быть заменен. Это происходило в случае инфицирования эндопротеза, при сильном разрушении костной ткани в месте фиксации эндопротеза, а также при общем тяжелом состоянии пациента. В этом случае удаляли эндопротез без установки нового, что было наилучшим выбором, так как повторное эндопротезирование может закончиться неудачей или значительно утяжелить состояние здоровья пациента, а в редких случаях привести к смертельному исходу. Удаление эндопротеза не означает, что пациент обречен на соблюдение постельного режима всю оставшуюся жизнь. Без эндопротеза сустава можно передвигаться, правда с затруднениями, так как нога становится короче, и сила в ней снижается.

Техника ревизионного эндопротезирования сильно отличается от первичной установки эндопротеза. Одной из причин этого, является значительная потеря костной ткани вокруг первично установленного эндопротеза. Для фиксации компонентов эндопротеза может понадобиться забор фрагмента собственной кости пациента, например из тазовой кости, и установка его взамен разрушенной кости. При фиксации первичного эндопротеза цементом, перед установкой нового искусственного сустава, остатки цемента в бедренном канале и ацетабулярной впадине удалялись. После подготовки костных поверхностей суставной впадины и бедренного канала, устанавливались компоненты нового эндопротеза.

Как после всех больших хирургических вмешательств, после ревизионного эндопротезирования встречаются осложнения. Типичными осложнениями этой операции являются: тромбофлебит, инфекция, вывих головки эндопротеза, оссифицирующий миозит.

Инфекция являлась очень серьёзным поражением при ревизионном эндопротезировании. Для профилактики этого осложнения назначались антибиотики до операции (перед анестезией) и в течение 2-3 дней после неё.

Риск инфицирования при ревизионном эндопротезировании был выше у пациентов имеющих избыточный вес.

Вывих головки эндопротеза достаточно редкое осложнение, которое чаще возникало в раннем послеоперационном периоде, когда ещё не произошло восстановление целостности тканей, окружающих установленный эндопротез. Причиной ранних вывихов головок эндопротезов являлись ротационные погрешности в установке чашек

или ножек эндопротезов, а так же слабость или дефект мышц в области доступа к тазобедренному суставу и недисциплинированность пациентов. Погрешности устранялись путем раннего повторного оперативного вмешательства и переустановкой компонентов в правильное положение.

Развитие оссифицирующего миозита чаще происходило у пациентов, долгое время страдающих остеоартрозом и у которых имелись выраженные костные разрастания около пораженных суставов.

Причиной ревизии эндопротезов «Алтимед» явилось асептическое расшатывание как ножки, так и вертлужного компонента, признаков остеоинтеграции, удаленных эндопротезов, ни ножки, ни чашки мы также не отмечали.

Установлено, что при первичном эндопротезировании суставами «Алтимед» допущены дефекты в предоперационном планировании, установка имплантантов выполнялась без должного учета топографо-анатомических параметров тазобедренного сустава.

После ревизионного эндопротезирования необходимо диспансерное наблюдение у ортопеда-травматолога, которое заключалось в периодических профилактических осмотрах и проведении диагностических исследований.

Бурно развивающиеся методики эндопротезирования позволяют в значительной степени улучшить качество жизни больных с заболеваниями и повреждениями крупных суставов конечностей. Однако даже для самых совершенных, с технологической точки зрения, имплантатов возможны осложнения, которые требуют ревизионного эндопротезирования.

Выводы.

1. Причинами нестабильности, повлекшими выполнение ревизионного эндопротезирования, явились: неполноценное качество материала эндопротеза, дефекты в конструкции и дизайне, погрешности в установке компонентов эндопротеза, недооценка состояния костной ткани на момент имплантации, а так же, возрастных и индивидуальных соматических особенностей пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнилов Н. В. Состояние эндопротезирования крупных суставов в Российской Федерации // В сб.: «Эндопротезирование крупных суставов». - Москва, 2000. С. 49 - 52.

2. Надеев Ал. А., Надеев А. А., Иванников С. В., Шестерня Н. А. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава. - М.:БИНОМ, 2004. 239 с.

3. Нуждин В.И. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава / В.И.Нуждин, В.В.Троценко, Т.П.Попова, С.В.Каграмонов // Вести, травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. - 2001. - №2. -С.66-71.

4. Nazarian S., Tisserand Ph., Brunet Ch., Muller M.E. // Margo anterior. - 2005. - № 2.

5. Эндопротезирование крупных суставов: тезисы конференции: / Под ред. Акад. РАН и РАМН, проф. Миронова СП. -СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2009. -158 с.

6. Sylvia Usbeck, F.Scheuber // CeraNews.-2014.-№2.

ВЛИЯНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НА СИНАПТОГЕНЕЗ ФРОНТАЛЬНОЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС

Бонь Е.И., Зиматкин С.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Антенатальная алкоголизация приводит к развитию ряда специфических нарушений в организме потомства, объединяемых в спектр нарушений плода, вызванных алкоголем (fetal alcohol spectrum disorders, FASD). Как было описано нами ранее, после 20-х суток постнатального развития потомства крыс, получавших алкоголь во время беременности, происходит остановка роста и сморщивание нейронов внутреннего пирамидного слоя коры мозга, а также значительные ультраструктурные нарушения нейронов [5,6]. Вместе с тем, оценка динамики синаптогенеза в коре мозга после антенатальной алкоголизации с помощью молекулярных маркеров не проводилась.

Синаптофизин (СФ) – это трансмембранный гликопротеин мелких синаптических пузырьков нейронов. Основные функции СФ связывают с формированием синаптических пузырьков, выделением из них нейромедиаторов и синаптогенезом [3].

Целью настоящей работы была оценка влияния антенатальной алкоголизации на синаптогенез во внутреннем пирамидном слое фронтальной коры головного мозга крыс в постнатальном онтогенезе иммуногистохимически с помощью маркера синаптических пузырьков синаптофизина и электронно-микроскопически.

Методы исследования. Исследования выполнены на самках беспородных белых крыс с начальной массой 230±20 г и их потомстве. Все опыты проведены с учетом «правил проведения работ