

THE COURSE OF PARKINSON'S DISEASE AFTER USAGE OF A BIOMEDICAL CELL PRODUCT

Chyzhyk V.A.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

chyzhykva@gmail.com

The use of a biomedical cell product based on autologous multipotent bone marrow mesenchymal stromal cells is considered a promising direction of therapy capable to modify the course of PD. The presence of a positive effect on the dynamics of motor symptoms of Parkinson's disease after the stem cell therapy has been established.

ОЦЕНКА ЭФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА

Чилимцев А.М.¹, Богданович И.И.², Чилимцева М.Л.³

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

²*Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь*

³*Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации,*

Гродно, Беларусь

chilimtsev@mail.ru

Введение. Спастический вывих бедра является вторым по частоте ортопедическим проявлением детского церебрального паралича (ДЦП) после эквинусной деформации стопы. Частота вывиха в тазобедренном суставе прямо пропорциональна тяжести поражения нервной системы, которую можно классифицировать согласно с Gross Motor Function Classification System (GMFCS) - система классификации больших моторных функций. У пациентов с GMFCS V уровня может составлять 90%. Вывих бедра у лиц, не способных самостоятельно передвигаться, может привести к хронической боли, нарушению равновесия в положении сидя, перекосу таза и сколиозу. Родители или опекуны часто жалуются на проблемы с гигиеной и уходом за промежностью [1]. Основной целью лечения детей со спастическим вывихом бедра является создание стабильного, центрированного, безболезненного и подвижного сустава. Хирургическое лечение нестабильности тазобедренного сустава при детском церебральном параличе развивалось с годами. По мере развития взглядов на это состояние менялись и варианты лечения [2]. Одним из самых популярных, на данный момент, методов лечения спастического вывиха бедра, является реконструкция тазобедренного сустава с методом укорачивающей деротационно-варизирующей остеотомии бедренной кости и трансподвздошной остеотомии таза [3]. Однако, перед ортопедами до настоящего времени стоит серьезная задача в выборе оптимального метода

лечения спастического вывиха бедра у детей с ДЦП, так как сохраняются высокая травматичность и длительность классических операций, высокий риск кровопотери, ограниченное использование методик у детей старшего возраста [4].

Цель исследования. Ретроспективная оценка средне- и долгосрочных результатов применения малоинвазивной надацетабулярной остеотомии таза в сочетании с укорачивающей деротационно-варизирующей остеотомии бедренной кости у детей с тяжелой формой ДЦП.

Материалы и методы. В нашем исследовании оценивались результаты хирургического лечения пациентов с тяжелыми формами ДЦП (GMFCS IV и V) с подвывихами и вывихами бедра после проведенных одновременно малоинвазивной остеотомии таза и деротационно-варизирующей укорачивающей остеотомии бедра в период с 2016 по 2025 годы. За данный период оперативное вмешательство было выполнено 16 пациентам (21 тазобедренный сустав), в возрасте от 5 до 17,5 лет, при среднем периоде наблюдения 28 месяцев. Максимальный срок наблюдения 9 лет. Все операции выполнялись на базе отделения травматологии и ортопедии УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

Каждый пациент до операции осматривался клинически. Для оценки тазобедренных суставов до и после операции выполняется рентгенография таза в прямой проекции, на которой определялись ацетабулярный индекс и процент миграции Reimers'.

Этап малоинвазивной надацетабулярной остеотомии таза выполнялся после укорачивающей деротационно-варизирующей остеотомии бедренной кости, во время которой из подвертельной области бедренной кости удаляется фрагмент клиновидной формы, размеры которого рассчитываются с учетом коррекции и необходимой декомпрессии тазобедренного сустава. Тазовый этап операции длился в среднем 25 минут. Выполнялся через короткий доступ 2-3 см под контролем электронно-оптического преобразователя. С использованием оригинальных инструментов в область остеотомии выполнялась установка костного трансплантата, взятого при выполнении остеотомии бедренной кости. После операции нижние конечности фиксировались аксиальной гипсовой повязкой или абдукционной подушкой в положении отведения бедер 30°. Длительность иммобилизации – 6 недель. Учитывая пористую структуру подвздошной кости у детей с ДЦП, данную операцию возможно выполнить детям после окончания роста.

Результаты исследования. В результате оперативного лечения по данной методике индекс миграции головки бедренной кости улучшился в среднем с 73,3% до 6,5%. Ацетабулярный индекс улучшился 36,2 до 15,1.

Длительность пребывания в стационаре после оперативного лечения составила от 5 до 12 суток в тех случаях, когда операция была показана только на одном тазобедренном суставе. Двум пациентам выполнены два последовательных оперативных вмешательства во время одной госпитализации. Таким детям операция на втором тазобедренном суставе была

выполнена на 9 и 15 сутки после первого вмешательства, а длительность пребывания в стационаре составила 21 и 31 день соответственно. Интраоперационная кровопотеря при малоинвазивной остеотомии таза составила от 50 до 100 мл. Длительность наркотической анальгезии составила в среднем 2 дня, а длительность применения нестероидных противовоспалительных препаратов 5 дней.

Использование мягкой отводящей подушки или аксиальной гипсовой повязки для иммобилизации нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде сделала пребывание пациента в постели более комфортным, обеспечила возможной ранней реабилитации, облегчила гигиенический уход, позволила избежать осложнений, связанных с длительной иммобилизацией в классической гипсовой повязке. Реабилитация пациентов в позднем послеоперационном периоде проходила быстрее и более комфортно. За время наблюдений мы не обнаружили ни одного осложнения, связанного иммобилизацией данного вида.

По мнению родителей, 15 пациентов (исключение составляет 1 ребенок с рецидивом вывиха) отмечается улучшение качества жизни детей после оперативного вмешательства: уменьшилось либо полностью исчезло беспокойство детей, тазобедренные суставы стали более мобильными, поза ребенка стала симметричной. Полученный результат остался стабильным на протяжении всего периода наблюдения пациентов.

Выводы. Учитывая особенности подвздошной кости детей с ДЦП, даже после окончания костного роста, малоинвазивная остеотомия таза предлагает ценную альтернативу стандартным методам, так как даёт схожий рентгенологический и клинический результаты при меньшем повреждении мягких тканей, меньшей кровопотере, более коротком времени оперативного вмешательства, а также, дает возможность начать раннюю и интенсивную реабилитацию.

Литература

1. Parents and Caregivers Satisfaction After Palliative Treatment of Spastic Hip Dislocation in Cerebral Palsy / A. Koch, J. Krasny, M. Dziurda [et al.] // Front Neurol. – 2021. – Vol. 18, № 12 – P. 315–321.
2. Sketchler, B. Intraileac Osteotomy With Superior Lateral Outcropping Bone: A Previously Undescribed Procedure for Hip Subluxation in Cerebral Palsy / B. Sketchler, D.A. Yngve // Cureus. – 2023. – Vol. 18, № 7. – P. 1–9.
3. Kraus, M. J. Risk profile of bony intervention for hip displacement in our youngest cohort of children with cerebral palsy / M. J. Kraus // Biomed J Sci Tech Res. – 2019. – Vol. 17, № 1. – P. 12523–12532.
4. Percutaneous pelvic osteotomy and intertrochanteric varus shortening osteotomy in nonambulatory GMFCS level IV and V cerebral palsy patients: preliminary report on 30 operated hips / F. Canavese, H. Gomez, A. Kaelin [et al.] // Journal of Pediatric Orthopaedics B. – 2013. – № 22. – P. 1–7.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF MINIMALLY INVASIVE PELVIC OSTEOTOMY IN THE TREATMENT OF SPASTIC HIP DISLOCATION

Chilimtsev A.M.¹, Bogdanovich I.I.², Chilimtseva M.L.³

¹*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

²*Grodno University Clinic, Grodno, Belarus*

³*Grodno Regional Clinical Hospital for Medical Rehabilitation, Grodno, Belarus
chilimtsev@mail.ru*

Given the significant shortcomings of pelvic osteotomy techniques, orthopedists face a significant challenge in choosing the optimal treatment for spastic hip dislocation in children with spastic paralysis. This article describes the treatment outcomes of 16 patients with spastic hip dislocations associated with cerebral palsy using a shortening derotational-varisating osteotomy of the femur and a minimally invasive supraacetabular osteotomy of the pelvis. This surgical technique resulted in hip stabilization with normalization of key radiographic and clinical parameters, reduced soft tissue damage, decreased blood loss, and a shorter operative time.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ

Чуракова Е.А.

*ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава
России, Ижевск, Россия
chu.zhe23@gmail.com*

Введение. В современном мире возрастает частота преиндукции и индукции родов, что связано с возрастанием числа беременных женщин с отягощенной акушерской, гинекологической и соматической патологией. Частота акушерских вмешательств в виде преиндукции и индукции родов составляет от 6,8 до 35,5% [2,4].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ применения мифепристона и катетера Фолея в качестве методов преиндукции родов.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Перинатального Центра БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». Было изучено и проанализировано 320 историй родов, индивидуальных карт беременных женщин, результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, УЗДГ, КТГ), родоразрешенных в перинатальном центре за период 2023-2024 гг.

208 пациенткам преиндукция родов осуществлялась с применением антипрогестеронового препарата мифепристон (1 группа наблюдения); 112 – с применением катетера Фолея (2 группа наблюдения). Перед выбором метода преиндукционной подготовки была проведена оценка «зрелости» шейки матки по Бишоп. Оценка эффективности методов проводилась по количеству женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути. По возрасту, социальному положению, образованию группы были сопоставимы.