

ми выше параметрами в области проекции органа. Животных всех серий выводили из эксперимента на 7 и 14 сутки после операции. Оценку результатов проводили с помощью гистологических методов исследования (окраска препаратов гематоксилином и эозином и по Ван Гизону).

**Результаты.** На 7 сутки после операции существенных различий в обеих сериях эксперимента не наблюдалось: между склерой и печенью определялось небольшое количество вновь образованных коллагеновых волокон, умеренно выраженная полиморфно-клеточная лейкоцитарная инфильтрация. К 14 суткам в серии без облучения определялось разрастание соединительной ткани в виде узкой полоски. Воспалительная инфильтрация была скудной, представленная фибробластами, фиброцитами, небольшим количеством лимфоцитов и плазматических клеток. На 14 сутки эксперимента после воздействия НИЛИ воспалительный процесс оказался не выраженным, отличался преобладанием пролиферативных и пластических процессов над экссудативными и деструктивными.

**Выводы.** Аллопластика ранений печени склерой кролика показала свою состоятельность наряду с традиционными методами укрытия дефектов в экспериментальной хирургии, а использование НИЛИ позволило ускорить процессы репаративной регенерации и уменьшить выраженность воспалительного процесса.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗРЫВАМИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Ракович Д.Ю., Сытый А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – ассист. Бритель А.А.

**Актуальность.** Согласно данным статистики частота разрывов передней крестообразной связки (ПКС) коленного сустава составляет 1:3500 пациентов в год, при этом на долю спортивной травмы приходится не менее 70%. Наиболее подверженной группой населения являются молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет вовлеченные в игровые виды спорта. Многие ученые отмечают, что риск получения травмы ПКС при одних и тех же условиях спортивной деятельности у женщин в 4-6 раз выше [1]. В подавляющем большинстве случаев при разрыве передней крестообразной связки требуется оперативное вмешательство. Показания для реконструктивно-пластической операции ставятся с учетом степени нестабильности голени, уровня физической активности пациента и потенциала реабилитации.

В настоящее время предложено большое количество способов пластики ПКС с использованием как ауто-, так и аллотрансплантатов. Независимо от методики оперативного вмешательства не менее чем в 90% случаев удается добиться хороших и отличных отдаленных результатов лечения. Показатели удовлетворенности коленным суставом выше у пациентов без сопутствующих повреждений суставного хряща, менисков и коллатеральных связок. Период реабилитации после оперативного вмешательства может составлять от 3 до 9 месяцев и зависит от биологических особенностей пациента и метода оперативного лечения, а также степени подготовки и сотрудничества между ортопедом и реабилитологом.

**Цель:** анализ историй болезней пациентов УЗ «ГКБСМП г. Гродно», которым была выполнена пластика ПКС, в связи с хронической передней нестабильностью голени.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезней пациентов, которые были госпитализированы в отделения травматологии УЗ «ГКБСМП г.Гродно» с 2013 по 2015 год с диагнозом «повреждение ПКС коленного сустава» (S 83.5 по МКБ-Х) и «хроническая нестабильность голени» (M 23.5 по МКБ-Х).

**Результаты.** Всего в стационар госпитализировано 157 пациентов с повреждениями ПКС коленного сустава, из них 28,7% имели хроническую переднюю нестабильность голени. 92,4% (146 пациентов) из поступивших были прооперированы. Из последних у 46 – была выполнена пластика ПКС собственной связкой надколенника по методике “press-fit” одной и той же бригадой хирургов-ортопедов. Среднее время оперативного вмешательства – 88 ми-

нут. Среднее время пребывания в стационаре для прооперированных пациентов – 8,4 койко-дня, при этом в 2013 год пациенты находились в стационаре 9,3 койко-дня, а в 2015 – 8,05. Частота осложнений составляла 2,1%.

**Выводы.** Высокая частота травматических разрывов связок коленного сустава обуславливает потребность пациентов в оказании специализированной ортопедо-травматологической помощи. С целью восстановления стабильности голени при разрывах ПКС коленного сустава выполняется ее пластическое замещение. Операция связана с большим временем ее проведения и длительным нахождением пациента в стационаре. Однако совершенствование навыков хирургической техники вмешательства и взаимопонимания в бригаде оперирующих хирургов позволяет уменьшить эти показатели с течением времени.

#### **Литература:**

1. Shelbourne D., Gray T. / Minimum 10-year results after anterior cruciate ligament reconstruction: how the loss of normal knee motion compounds other factors related to the development of osteoarthritis after surgery // Shelbourne D., Gray T. / Am J Sports Med. – 2009. – №37. – PP. 471-480

### **ГИПОТЕНЗИЯ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

Старченко П.В., Берёзова А.А., Мудрагелов Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии и реанимации

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Якубцевич Р.Э.

**Актуальность.** Эндопротезирование тазобедренного сустава в последние годы получило широкое распространение в практике. Операция позволяет заменить функцию поражённого сустава путём его замены на эндопротез, что позволяет пациентам поддерживать физическую активность и сохранять высокое качество жизни. Однако высока доля интраоперационных осложнений, одним из которых является неконтролируемая гипотензия, приводящая в ряде случаев к летальному исходу.

**Цель работы:** изучить проблему возникновения гипотензии при эндопротезировании тазобедренного сустава как причину летальности при данном оперативном вмешательстве.

**Задачи.** 1. Изучить литературные источники, содержащие информацию о гипотензии при эндопротезировании тазобедренного сустава. 2. Изучить статистику встречаемости данного осложнения в г.Гродно на базе УЗ «Больница скорой медицинской помощи».

**Методы исследования.** Ретроспективный анализ историй болезни.

**Результаты исследования.** Большинство авторов считают, что причина возникновения гипотензии во время эндопротезирования тазобедренного сустава кроется непосредственно в механизме операции и является одним из проявлений «синдрома имплантации костного цемента». Основными теориями происхождения синдрома являются: микроэмболизация сосудов малого круга кровообращения; сердечно-сосудистые эффекты в результате всасывания мономеров метилметакрилата, используемого при эндопротезировании; реакция гиперчувствительности и многофакторная теория развития. Тем или иным образом все теории связаны с воздействием на организм элементов цемента, используемого при операции, либо с механизмом установки протеза.

Мы проанализировали пациентов травматологического отделения УЗ «Больница скорой медицинской помощи» за 2010-2015 года, у которых имелись те или иные показания к оперативному вмешательству по эндопротезированию тазобедренного сустава. Данные пациенты находились на стационарном лечении с диагнозами перелом шейки бедра, чрезвычайный перелом, артроз тазобедренного сустава. Всего за период с 2010 по 2015 год число таких пациентов составило 4343. Из них прооперировано было 2935 человек (67,6%). Из числа прооперированных было 8 случаев с летальным исходом, что составило 0,3%. Средний возраст умерших пациентов составил 68,9 лет.

**Выводы.** Интраоперационная гипотензия, возникающая при эндопротезировании тазобедренного сустава, является грозным, трудноуправляемым осложнением операции и мо-