

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МАТЕРИАЛЫ VII МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АСТАОР 13–14 апреля 2023 года Москва

M., 2023 – 30 c.



АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО КРУЗАРТРОЗА ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

Юрмина Н.С.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы», 123423, г. Москва, ул. Саляма Адиля 2/44. г. Москва. Россия

Введение

Одной из важнейших проблемой российского здравоохранения за последние десятилетия стал прогрессирующий рост числа случаев временной и стойкой нетрудоспособности среди работающего населения с посттравматическим деформирующим остеоартрозом, особенно после переломов лодыжек.

Цель

Сравнить результаты лечения пациентов с начальными стадиями посттравматического крузартроза после переломов лодыжек с помощью опросников AOFAS, BAШ и SF36.

Материалы и методы

Исследование проводилось с 2013 по 2017 год на базе Центра травматологии и ортопедии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. Пациентов, которым выполнялся остеосинтез по поводу переломов лодыжек, рандомным образом разделили на 2 группы в зависимости от дальнейшей тактики лечения. Основной группе через 6-12 месяцев после остеосинтеза выполнялось удаление металлоконструкций в сочетании с лечебно-диагностической артроскопией (ЛДА) голеностопного сустава. Пациентам контрольной группы после удаления металлоконструкции проводились занятия ЛФК по индивидуальному плану, физиотерапевтическое лечение в сочетании с хондропротекторами и НПВС. Интенсивность боли определялась по шкале ВАШ, качество жизни - по опроснику SF36, а биомеханические параметры голеностопного сустава - по AOFAS до начала исследования 3,6 и 12 месяцев.

Результаты

У всех пациентов на 3 месяц после артроскопии и консервативной терапии уровень боли по ВАШ ниже, качество жизни по опроснику SF36 выше, чем до начала лечения. Через 6 и 12 месяцев, получено статистически достоверное увеличение интенсивности боли (р<0,05) в контрольной группе. Выявлено сниженное физической функции и психоэмоциональной сферы по опроснику SF36 (p<0,05) у больных после консервативной терапии. После артроскопического лечения через 6, 12 месяцев в группе сохранялись низкие баллы по шкале ВАШ и достоверно высокие показатели качества жизни по SF36 весь период наблюдения. По AOFAS в двух группах спустя 3 месяц после начала лечения зафиксированы хорошие результаты. В контрольной группе к концу исследования суммарный балл соответствовал неудовлетворительному значению. У пациентов после ЛДА до конца наблюдения сохранялся неизменно хороший результат.

Выводы

ЛДА в сочетании с удалением металлоконструкции после переломов лодыжек уменьшает воспаление в голеностопном суставе, что позволяет снизить интенсивность боли по ВАШ, повысить качество жизни по опроснику SF36, сохранить хороший функциональный результат по AOFAS (p<0,05).

СПОРТИВНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ

ТРАВМЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Гулиева С.Г.

Кафедра физиотерапии и спортивной медицины Азербайджанского медицинского университета г. Баку, Азербайджан

Во всех вузах Азербайджана студенты имеют возможность заниматься на досуге в различных спортивных секциях и участвовать в соревнованиях различного масштаба, вплоть до Олимпийских игр. Занятия в этих секциях проводят профессиональные тренеры, имеющие достаточный опыт педагогической работы. Спортивные тренировки оказывают положительное влияние на физическое развитие, функциональное состояние органов и систем, способствуют повышению физической и умственной работоспособности студентов. Однако, как показали наши многолетние наблюдения, в большинстве спортивных секций, несмотря на любительский уровень нагрузки, наблюдаются травмы опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести.

Цель данной работы- изучить сравнительную частоту и тяжесть травм, полученных студентами, занимающимися травмоопасными видами спорта, а также установить продолжительность временной утраты спортивной работоспособности вследствие полученной травмы.

Нами были обследованы 160 студентов (112 мужчин и 48 женцин) 1-6 курсов в возрасте от 17 до 32 лет, занимавшихся в секциях волейбола (86 человек), футзала (59 человек) и карате (15 человек). В начале учебного года при первичном обследовании всем студентам проведена оценка физического развития, с помощью антропометрии и соматоскопии, и состояния здоровья по данным общеклинического обследования, функциональных проб дыхательной и сердечно-сосудистой

систем, и все они были допущены к занятиям спортом. В конце учебного года при повторном обследовании студентам было предложено анкетирование, включавшее вопросы о полученных в течение года травмах, их локализации, степени тяжести, методах проведенного лечения, его эффективности и продолжительности, а также длительности перерывов в тренировках в связи с полученными травмами и их причинах по самооценке студентов.

Анализ полученных ответов показал, что в течение учебного года всего было травмировано 28 студентов, при этом в секции футзала они отмечены у 30,5%, в секции карате – 13,3%, а в волейбольной секции лишь у 9,3% занимающихся. Все полученные травмы были легкой (85,7%) и средней тяжести (14,3%), 39,3% травм были получены во время соревнований, а остальные непосредственно во время тренировок.

Проведена систематизация травм по их локализации, причинам, последствиям, эффективности лечения, и все эти данные были доведены до сведения тренеров и студентов, которым были даны соответствующие рекомендации по предупреждению травм во время тренировок и соревнований и их последующему лечению.



РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТРАВМАХ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Колесникова И.С., Кушнаренко В.С., Пантелеева Н.В., Гвоздева Л.М., Полуновский В.В.

Национальный Центр Генетических Исследований г. Новосибирск, Россия

Цель работы

Целью исследования была оценка встречаемости вариантов rs1800012 гена COL1A1, rs1544410 гена VDR, rs1800795 гена IL6, rs1800629 гена TNFA и rs16944 гена IL1B, связанных с предрасположенностью к травматизму и выраженностью воспалительных процессов при тьравмах на территории Российской Федерации, а также сравнение полученных частот с общеевропейскими показателями.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовали буккальный эпителий 43773 (VDR), 11864 (COL1A1), 2743 (IL6), 5669 (TNFA) и 5007 (IL1B) человек со всех регионов России. ДНК выделяли методом адсорбции на кристаллах диоксида кремния. Генотипирование проводили методом ПЦР в реальном времени с гибридизационно-флуоресцентной детекцией результатов.

Полученные результаты

Частота генотипов VDR среди исследуемых составила 42,7% (GG), 44,8% (AG) и 12,5% (AA) vs соответственно 37%, 45,3% и 17,77% в общеевропейской, носителей аллеля А было выявлено достоверно меньше, чем в общеевропейской. Частота генотипов COL1A1 среди исследуемых составила 70% (GG), 26.9% (GT) и 3.1% (TT) vs соответственно 66,6%, 29% и 4,4%, то есть тенденция

к снижению представленности аллеля Т среди исследуемых по сравнению с общеевропейской популяцией. Для генов провоспалительных цитокинов IL6, TNFA и IL1В разницы в распределении генотипов между исследуемыми и общеевропейской популяцией не выявлено.

Заключение и выводы

В Российской популяции по сравнению с общеевропейской наблюдается более низкая представленность некоторых генетических вариантов, ассоциированных с повышенной хрупкостью костей и риском переломов. Представленность наиболее известных генетических факторов, связанных с выраженностью воспалительных процессов при спортивных травмах, в Российской популяции не отличается от общеевропейской. Это ещё раз подчёркивает генетические отличия Российской популяции от общеевропейской и необходимость индивидуального генетического тестирования спортсменов для выявления генетической предрасположенности к травматизму.



ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЧАСТИЧНОМ РАЗРЫВЕ ЧЕТЫРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ БЕДРА

Королев М.А., Медведев И.Б., Спасский А.А.

Международный Центр Охраны Здоровья г. Москва, Россия

Цель

Провести анализ консервативного и оперативного метода лечения частичных разрывов четырехглавой мышцы бедра у спортсменов, методов диагностики, восстановительного лечения.

Материалы и методы исследования

В течение 3-х лет нами была оказана помощь 26 спортсменам в возрасте 22±5,5 лет (от 20 до 27 лет) по поводу частичных разрывов четырехглавой мышцы бедра. У всех разрыв произошел в результате занятий силовым, командным спортом (хоккей с шайбой). Все пациенты занимаются профессионально, и являются спортсменами Континентальной хоккейной лиги (КХЛ). Все 26 спортсменов, до получения травмы проходили Углубленное медицинское обследование в Международном Центре Охраны Здоровья (МЦОЗ). После полученной травмы период обращения в клинику составил в первые двое суток. Применяемые методы диагностики разрыва мышцы: УЗИ, МРТ исследования. Разделение по методики лечения составило: 7 пациентов оперированы, остальным проведено консервативное лечение. Техника оперативного лечения заключалась в анатомическом восстановлении мышечных волокон и фиксацией 2-3 якорными фиксаторами-биодеградируемыми, мягкая иммобилизацией в течении 2-3 х недель и последующей реабилитацией в активном режиме. Консервативное лечение заключалось в применении фонофореза, магнито лазерной терапии, мягкой иммобилизации, применения PRP технологии в позднем восстановительном периоде, ЛФК, массаж. Оценка мышечной силы оценивалась по Шкале MRC: до получения повреждения -0-2 балла, после оперативного лечение 4-5 баллов, консервативная терапия-3-4 балла. И данных при контрольном УЗИ, MPT исследований.

Полученные результаты и заключение-первичные эффекты повышения работоспособности, выносливости, увеличения мышечной силы отмечены у 5 спортсменов на 10-й день после операции, у второй группы, которым проведена консервативная терапия на 18-20 день после обращения и наибольшая интенсивность – при сочетании PRP терапии.

Таким образом нами отмечена тенденция к более ранним срокам восстановления мышечной силы и способности к ранним тренировочным процессам у спортсменов, которым оказана своевременная оперативная помощь и проведении восстановительной терапии в активном нагрузочном режиме.

<u>astaor.mediexpo.ru</u> 6



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗРЫВОМ ДИСТАЛЬНОГО СУХОЖИЛИЯ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА: ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ, СПОСОБЫ РЕИНСЕРЦИИ И ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ

Медведчиков А.Е., Кирилова И.А.

ФГБУ «Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России г. Новосибирск, Россия

Слайд 1: Актуальность и эпидемиология

- 1. Травматизм данной локализации является относительно редким явлением и встречается в популяции от 2,55 до 5,35 на 100 000 в год.
- 2. Отсутствие гендерной модальности (мужчины >95%)
- 3. Повреждения наблюдаются у пациентов со средним возрастом 46,3 года (ранжирование от 40 до 50 лет)
- 4. Вероятность травматизма доминантой конечности >86%
- 5. 3% от всех травм сухожилий двуглавой мышцы плеча* (ДМП)
- 6. Снижение максимальной силы супинации на 40% (диапазон 26-60%), сгибания на 20% (диапазон 0-40%), пронации 24% и 10% в нейтральном положении, что актуально в работе с активными категориями населения: спортсмены, военнослужащие, рабочие.
 - + (фото материал)

Слайд 2: Анатомия

- 1. Выделяют две головки ДСДМП, объединённые единым паратеноном: длинную и короткую.
- 2. "Foot-print" располагается вариабельно на бугристости проксимальной трети лучевой кости
- 3. Повреждение одной головки ДСДМП парциальное (Р), полный разрыв обеих авульсивное (А).
 - + (фото материал)

Слайд 3: Анатомия нейровазальных структур

- 1. Частота развития общих осложнений после хирургического лечения 25% (стойкая гипотрофия, контрактура) и 4,6% серьезных осложнений.
 - + (фото материал)

Слайд 4: Диагностика: физикальная и инструментальная

- 1. МРТ позволяет верифицировать степень повреждения сухожильной ткани (</>50%), мышечной ретракции и жировой дегенерации.
- 2. УЗД распространённый и экономически обоснованный метод, однако зависимый от навыков диагноста.
 - 3. Физикальные тесты.
 - + (фото материал)

Слайд 5: Классификации +(фото материал) Слайд 6: Цель.

Повышение эффективности лечения пациентов с повреждением дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча на основе изучения методов, доступов, способов реинсерции и видов имплантатов.

Слайд 7: Исследование:

- 1. Хирургические доступы: тактика.
- 2. Открытые доступы "One incision approach",
- 3. Малоинвазивные доступы "Double incision approach
 - 4. Способы реинсерции
- 5. Виды имплантатов: Интраканальный тип, Анкерный тип, Лигатурный тип
 - + (фото материал)

Слайд 8: Оптимальная техника (анестезия, планирование, укладка)

- 1. Планирование доступов (Навигация)
- 2. Анестезия
- 3. Укладка пациента.
- 4. ЭтапЫ хирургического лечения (фото материал)
 - + (фото материал)

Слайд 9: Реабилитация больных после хирургического лечения

+ (фото материал)

Слайд 10: Выводы.

УЗ АССИСТИРОВАННАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕХНИКА

Попогребский М.А.

ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России. Отделение реабилитационно-восстановительного лечения. г. Москва, Россия

Цель

Повышение эффективности реабилитационно-восстановительного лечения благодаря использованию ультразвуковой навигации при инъекционной терапии.

Материалы и методы

В нашем центре ежедневно проводится в среднем от 3 до 8 внутритканевых и внутрисуставных инъекций спортсменам высшего класса с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата, примерно половина из которых выполняется с УЗИ ассистенцией. Анализ результатов лечения указывает на более высокую эффективность инъекционной терапии под контролем УЗИ, что обусловлено точностью выполнения инъекции.

Полученные результаты

В результате применения техники инъекций с ультразвуковой навигацией спортсменам сборных команд России нами отмечено увеличение эффективности терапии по сравнению с безнавигационными методиками, также в практику введены техники, не возможные, или сложно выполнимые без использования УЗ визуализации (инъекции в тазобедренный сустав, блокада грушевидной мышцы, инъекции в полость сухожильной сумки, точное введение препаратов в места энтезопатий, блокады нервов и др.) Используемая техника позволяет проводить инъекции более безопасно, точно и менее болезненно.

Обсуждение

В век развития ультразвуковых сканеров до уровня, позволяющего качественно визуализировать тонкие мягкотканые структуры, инъекционная терапия претерпевает новый этап эволюции. Оставляя за рамками данного материала преимущества и недостатки той, или иной лекарственной формы, можно констатировать, что за высокоточными манипуляциями под визуальным УЗ контролем будущее. Простота и эффективность методики при определенном уровне овладения специалистом не вызывает сомнений, из чего следует необходимость ее дальнейшего изучения и практического совершенствования.

Заключение

Не смотря на широкое распространение ультразвуковых сканеров, отмечается недостаток информации о способах и особенностях проведения подобных манипуляций, особенно ощутимый в русскоязычной литературе. Сложно представить себе инъекции в тазобедренный сустав, грушевидную мышцу, крепления ротаторов бедра, парасухожильные интрасиновиальные инъекции без использования УЗ ассистенции. Такие технологии безусловно необходимы для работы в спортивной медицине и в травматологии – ортопедии.



ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК ВЫСОКОЙ ВАЛЬГИЗИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Красильников В.С., Пантелеев Л.Н.

ГБУЗ ВО ОКБ г. Владимир, Россия

В последние 5 лет вновь приобретает популярность такая органосохраняющая операция в ортопедии, как высокая вальгизирующая остеотомия большеберцовой кости. Благодаря своей малоинвазивности, отсутствию артротомии, сохранение собственной биомеханики данная операция является важным методом борьбы с гонартрозом. Существует множество методик. Наиболее популярны методики открытого клина, закрытого клина и остеотомия ниже бугристости. Важно, что каждая из методик не противоречит использованию других. Каждая из них имеет свой пласт пациентов. За последние три года нами выполнено более 100 операций по трем данным методикам. Отобраны показания и особенности использования каждой из них. Только владение всеми тремя процедурами, и грамотное их использование позволит достичь максимальной пользы для пациента. В докладе приведениы анализ и характеристика каждой из данных методик.



МЫШЕЧНО-СУХОЖИЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКВИНУСНОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ, СВЯЗАННОЙ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Сапежников В.А., Шершнев М.В., Сапежников В.В., Украинчук О.Я.

КГБУЗ «ККБ» имени профессора О.В. Владимирцева министерства здравоохранения Хабаровского края г. Хабаровск, Россия

Травма малоберцового нерва встречаются у спортсменов в виде растяжения или разрыва. Основной трудностью является установление характера повреждения (нейропраксия или нейропатия). Выяснение этого вопроса даёт возможность выбрать средства лечения, в частности хирургического. Основной причиной, вызывающей образование ЭПД стопы, является парез или паралич разгибателей стопы.

Цель исследования

Определить подходы к диагностике и лечению травматических повреждений малоберцового нерва, и ЭПД стопы. Оценить результаты МСП с использованием мышц антагонистов.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации по результатам работы ортопедического и нейрохирургического отделений. Изучили особенности анатомического строения малоберцового нерва, причины его повышенной уязвимости. Наибольшую диагностическую ценность представляет УЗИ, ЭНМГ. В диагностике и лечении мы условно выделяем нейрохирургический и ортопедический этапы. Во втором проводятся тесты на жизнеспособность мышц антагони-

стов и мышечно-сухожильная пластика. За период с 2021 по 2022 годы пролечено трое пациентов в возрасте от 26 до 55 лет по поводу ЭПД стопы. Механизм травмы тракционный вовремя занятиями спортом. Пациентам выполнялось УЗИ, ЭНМГ, невролиз малоберцового нерва, консервативное лечение. В дальнейшем все пациенты оперированы. У одного пациента выполнена транспозиция длинной м\берцовой и задней б\берцовой мышц по Т.С.Зацепину. Двум другим операция «Брайдл». Срок послеоперационной иммобилизации составил шесть недель.

Результаты

Достигнут объем движений от 130 сгибания до 90 градусов разгибания. Устранен степпаж.

Заключение

Операция МСП при лечении ЭПД стопы дает хорошие функциональные результаты и удовлетворяет ожидания пациентов.

<u>astaor.mediexpo.ru</u> 10



ХИРУРГИЯ КИСТИ И МИКРОХИРУРГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ТРАВМЕ

Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» г. Уфа, Россия

Аннотация

Неуклонно возрастающее количество тяжелых травм дистальных отделов верхней конечности, увеличение доли сочетанности и многокомпонентности при этом, усугубление инвалидности требуют совершенствования способов и методов оказания квалифицированной хирургической помощи, полноценной и своевременной реабилитации и экспертизы трудоспособности пациентов.

Цель

Демонстрация на клиническом примере функциональный результат одномоментного восстановления всех поврежденных анатомических структур кисти при многокомпонентной травме.

Материал и методы

Пациент С., 24 лет доставлен в клинику травматологии и ортопедии Башкирского государственного медицинского университета 14.04.2010 года после получения производственной травмы левой кисти. Перед операцией проведены общеклинические исследования, рентгенография травмированной кисти.

Пациенту выполнена операция: остеосинтез 2,5 пястных костей и основных фаланг 3,4 пальцев, шов сухожилий сгибателей и разгибателей 2-5 пальцев, шов общепальцевых ветвей срединного нерва и пальцевого нерва 2 пальца. В раннем послеоперационном периоде проводилась инфузионная, спазмолитическая, дезагрегантная и анти-

биотикотерапии. Пассивные движения в пальцах начаты через 5 суток после травмы, а активные – через 3 недели. Через 2 недели после операции начат курс ранней функциональной нагрузки путем пассивной механотерапии на аппарате «Артромот» лучезапястного сустава и пальцев кисти. Пассивная механотерапия продолжалась в течение 1,5 месяцев с постепенным увеличением амплитуды движений в суставах. Через 2 месяца после операции на контрольной рентгенограмме отмечалось сращение костных отломков. Полное реабилитационное лечение проводилось еще 2 месяца.

Результаты и обсуждение

Пациент осмотрен через 9 лет после травмы. Форма кисти эстетически приемлема, движения в суставах пальцев кисти и лучезапястном суставе в полном объеме. Сила захвата кисти одинакова с не травмированной кистью. Пациент вернулся к полноценной трудовой деятельности. Только скорейшее и одномоментное восстановление всех поврежденных анатомических структур и раннее функциональное лечение при многокомпонентной травме целесообразно и наиболее эффективно. Подобная тактика позволяет добиться наилучших функциональных и эстетических результатов.



РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» г. Уфа, Россия

Несмотря на использование в широкой клинической практике традиционные методы кожной пластики не могут быть использованы при обширных дефектах мягких тканей кисти, в том числе первого пальца, так как не позволяют полноценно заместить пораженную зону, и ограничивают функциональное и эстетическое восстановление пораженной кисти.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения пациентов с обширными дефектами мягких тканей первого пальца кисти.

Материал и методы

Основу настоящей работы составили наблюдения за 96 пациентами с обширными дефектами мягких тканей первого пальца кисти. Из общего числа пациентов мужчин было 78 (81,3%), женщин - 18 (18,7%). Возраст варьировал от 2 месяцев до 73 лет. Причинами образования обширных дефектов мягких тканей первого пальца кисти были непосредственное травматическое воздействие в виде травматической отслойки мягких тканей (27) и скальпированных ран (18), некрозы мягких тканей (35), инфекционные осложнения первичной хирургической обработки ран, шва сухожилий и остеосинтеза костей (16 случаев). Размеры использованных лоскутов составили от 3,0 на 2,0 см до 8,0 на 5,0 см. Длина сосудистой ножки составила от 3,0 см до 8,0 см. В 27 случаях закрытие донорских ран осуществляли способом свободной кожной пластики полнослойным лоскутом, которые прижились во всех случаях.

Для реконструкции обширных дефектов мягких тканей первого пальца кисти использовали островковый кожно-фасциальный лоскут из бассейна лучевой артерии предплечья. Лоскуты формировали на дистальной сосудистой ножке с ретроградным кровотоком.

Результаты

Положительные результаты лечения отмечены у 87 больных (91%). Во всех случаях аутотрансплантаты полностью прижились. В 12 случаях имелись расхождения краев раны и незначительные краевые некрозы аутотрансплантатов, что не повлияло на исход лечения. В 16 случаях донорские раны зажили вторичным натяжением, что не повлияло на функционирование оперированной конечности. Функциональный и эстетический результат удовлетворяет пациентов.

Заключение

Островковые лоскуты с антеградным и ретроградным кровотоком часто используются для замещения обширных дефектов мягких тканей различных сегментов конечностей ввиду того, что не требуют с целью васкуляризации навыков микрохирургической техники. Поэтому в последние годы многие хирурги при реконструкции мягких тканей различных сегментов предпочитают в качестве пластического материала использовать ротированные островковые лоскуты с осевым типом кровоснабжения. На кисти наиболее часто используется кожно-фасциальный лоскут на основе лучевой артерии предплечья.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КИСТИ: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» г. Уфа, Россия

Аннотация

Проблема диагностики и восстановления после повреждений кисти обретает особую значимость и остроту в настоящее время. Одной из главенствующих составляющих этой проблемы являются обширные травматические разрушения мягких тканей кисти.

Цель

Провести анализ неудовлетворительных исходов и осложнений лечения пациентов с обширными дефектами мягких тканей кисти.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ повреждений у 138 пациентов в виде обширного дефекта мягких тканей кисти. В структуре пострадавших преобладали мужчины – 64 человека (82,0%). В 52 случаях пострадала доминантная кисть (66,7%).

Исследуемые пациенты в зависимости от способа кожной пластики были разделены на две группы. В первую группу (основная) включены 60 пациентов (43,5%), которым восстановление покровных тканей травмированной кисти проводилось с использованием кровоснабжаемых лоскутов с осевым типом кровоснабжения. Вторая группа (группа сравнения 1) представлена 44 (31,9%) пациентами, которым для закрытия общирных дефектов покровных тканей кисти применялись пластика местными тканями и свободная кожная пластика (расщепленная или полнослойная). В 34 (24,6%) случаях заживление раневого дефекта проводилось консервативными методами (группа сравнения 2).

Результаты и обсуждение

Функциональное состояние верхней конечности по шкалам DASH до операции было сопоставимым между группами - 59,34±9,37 (1 группа), 59,4±9,25 балла (1-я группа сравнения) и 58,11±9,08 балла (2-я группа сравнения). Через 1 год показатели достоверно улучшились в обеих группах (р<0,01). Сравнительная оценка исходов реконструкции покровных тканей кисти по шкале DASH через один год после реконструкции также выявила статистически значимую разницу между группами в пользу группы пациентов, оперированных с использованием васкуляризованных лоскутов с осевым типом кровоснабжения. Функциональное состояние пациентов по шкале DASH через 1 год после хирургического лечения в основной группе составило 32,57±5,14, в 1-й группе сравнения 34,78±5,2 балла (p=0,03), во 2-й группе сравнения 35,71±5,28 (p=0,006).

Исходя из этого, оперативные вмешательства с использованием некровоснабжаемых кожных трансплантатов и консервативное закрытие раневых дефектов не приносят желаемого функционального эффекта. В свою очередь, использование для закрытия обширного раневого дефекта кровоснабжаемых лоскутов дает возможность в один этап выполнить при необходимости остеосинтез, восстановить сухожилия и нервные стволы, что, позволяет начать реабилитационное лечение.

<u>astaor.mediexpo.ru</u> 13



НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

СОЧЕТАННЫЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДОРСОПАТИЙ У БОРЦОВ

Беспалова А.В., Белова А.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» г. Нижний Новгород, Россия

Дорсопатии пояснично-крестцового уровня являются самыми распространенными заболеваниями в структуре неврологической патологии спортсменов. С нашей точки зрения, оптимальным комплексом реабилитации дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника спортсменам является применение кинезиотейпирования и сочетанных рефлексотерапевтических технологий.

Цель работы

Изучить клиническую эффективность кинезиотейпирования и сочетанных рефлексотерапевтических технологий в медицинской реабилитации спортсменов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы

Проведено обследование и комплексная медицинская реабилитация 60 спортсменов, занимающихся борьбой, с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Пациенты, получавшие комплексную медицинскую реабилитацию, были распределены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту и клинике. Первую группу составили 20 человек с противопоказаниями для физиотерапевтического лечения (непереносимость электротерапевтического лечения, варикозная болезнь, тромбофлебиты). Данная группа пациентов получала только стандартную медикаментозную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), спазмолитики, анальгетики, миорелаксанты, витамины группы В. Вторую группу составили пациенты (20 человек), которым проводили стандартную медикаментозную терапию в сочетании со стандартной физиотерапией: синусоидальные модулированные токи от аппарата «Амплипульс-5». Медикаментозная терапия не отличалась от лечения в первой группе. В третью группу вошли 20 пациентов с непереносимостью электротерапии и противопоказаниями для назначения НПВП. Данной группе пациентов в качестве реабилитационной терапии применяли кинезиотейпирование, стандартную рефлексотерапию корпоральную и аурикулярную, скальптерапию, фармакопунктуру биорегуляционными системными препаратами в корпоральные акупунктурные точки.

VII Международный Конгресс АСТАОР

Результаты и обсуждения

Максимальный, статистически значимый полный регресс объективной неврологической симптоматики был получен у пациентов II и III групп: 80% и 72,5% соответственно (р=0,001), минимальный 60% – в I группе. У спорстменов, получавших сочетанную рефлекостерапию побочных эффектов не отмечали. Кроме того, в этой группе наблюдали более выраженную положительную динамику симптомов вегетативной дисфункции и показателей электромиографического исследования.

Выводы

Доказана клиническая эффективность сочетанных методик рефлексотерапии, сопоставимая со стандартной терапией, в медицинской реабилитации спортсменов с дорсопатиями поясничнокрестцового уровня.



ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Акопян М.С¹., Гусева Т.С.²

¹000 «Ваш доктор»

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России г. Одинцово¹, Москва ², Россия

Цель исследования

Изучить методы диагностики синдрома грушевидной мышцы.

Синдром грушевидной мышцы (СГМ) — это компрессия седалищного нерва грушевидной мышцей в подгрушевидном пространстве, вызывающая боль в области таза с/без иррадиацией (- ии) в ногу.

СГМ может возникать при боли в нижней части спины, травмах крестцово-подвздошного сочленения и ягодичной области, опухолях области таза и желудочно-кишечного тракта и т.д. Отсутствие четких диагностических критериев не позволяет своевременно выявить СГМ, что в последствии может приводить к хронизации боли, и в ряде случаев к возникновению осложнений.

Для выявления СГМ необходимо проводить как инструментальные, так и неинструментальное методы обследования. К основным инструментальным методам диагностики СГМ относятся:

1. Магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ). Данные методы позволяют провести дифференциальную диагностику и определить структуру, размеры грушевидной мышцы;

- 2. Ультразвуковое исследования (УЗИ) седалищного нерва и грушевидной мышцы. Исследование позволяет определить структуру, толщину и контуры седалищного нерва и грушевидной мышцы, наличие отека;
- 3. Электронейромиография (ЭНМГ). Метод оценивает нервную проводимость по седалищному нерву и его ветвям;
- 4. Игольчатая электромиография (ЭМГ). Данная методика позволяет выявить тоническое напряжение грушевидной мышцы.

Неинструментальные методы диагностики СГМ, включают:

- 1. Проведение клинических тестов Фрайберга, Пейса, Бонне-Бобровниковой, Лассега;
- 2. Проведение мануальной диагностики грушевидной мышцы.

Своевременная диагностика СГМ поможет повысить эффективность лечения основного заболевания, улучшит прогноз и качество жизни пациентов.

МЕТОДИКА МАНУАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ С ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Акопян М.С¹., Гусева Т.С.²

¹000 «Ваш доктор» ²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России г. Одинцово¹, Москва ², Россия

Актуальность

На сегодняшний день, боль в нижней части спины (БНС) является широко распространенным заболеванием и встречается у 60-90% населения. БНС может сопровождаться синдромом грушевидной мышцы (СГМ) в 35% случаев, и приводить к временной нетрудоспособности и снижению качества жизни пациента. Несмотря на наличие большого количества методов реабилитации, уровень заболеваемости БНС не снижается, что требует поиска наиболее эффективных методов лечения.

Цель исследования

Изучить эффективность применения метода мануального лечения у пациентов с болью в нижней части спины, проявляющуюся синдромом грушевидной мышцы

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 35 пациентов обоих полов, с установленным диагнозом «боль внизу спины, М54.5», с наличием синдрома грушевидной мышцы. Пациентам проводили курс мануальной терапии 2 раза в неделю №10, с продолжительностью от 45 до 60 минут. Методика включала применение постизометрической релаксации (ПИР), миофасциального релиза, мобилизации следующих структур: паравертебральных мышц, мышц поясницы, квадратной, большой ягодичной, грушевидной, камбаловидной мышц, мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, крестцово-подвздошного сочленения, позвоночно-двигательных сегментов L1-L5 позвонков, по-

яснично-крестцового перехода, крестца, крестцово-бугорной связки, фасции ягодичной мышцы.

Эффективность лечения оценивали при помощи цифровой рейтинговой шкалы боли NRS и методом ультразвуковой диагностики седалищного нерва и грушевидной мышцы в ягодичной области до начала лечения и через 5 недель после окончания реабилитации. Проводили оценку эхогенности, толщины, контуров седалищного нерва, грушевидной мышцы, а также выявляли наличие отека.

Результаты

После окончания курса мануальной терапии наблюдалось снижение уровня боли, улучшение состояния и восстановление функции мышц. Данные ультразвуковой диагностики отражали нормализацию эхогенности, контуров и толщины седалищного нерва и грушевидной мышцы, уменьшение отека.

Заключение

Внедрение метода мануального лечения позволяет улучшить систему реабилитации пациентов с болью в нижней спины, с проявлением синдрома грушевидной мышцы.



КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Беспалова А.В., Белова А.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» г. Нижний Новгород, Россия

Травмы и болезни опорно-двигательного аппарата спортсменов составляют основную массу обращений в реабилитационные отделения лечебных учреждений. С нашей точки зрения, оптимальным в медицинской реабилитации спортсменов, после травм коленного сустава, с непереносимостью и противопоказаниями к стандартным методикам лечения, является комплексное применение низкочастотной магнитосветотерапия (НМСТ), тейпирования, классической рефлексотерапии и биорегуляционной системной терапии, т.к. сочетание этих методов обладает всеми необходимыми механизмами лечебного действия: обезболивающим, противовоспалительным, седативным, иммуномодулирующим, трофико-стимулирующим, соответствует правилам допингового контроля и не имеет побочных явлений.

Цель работы

Изучить клиническую эффективность применения комплексного лечения низкочастотной магнитотерапии, тейпирования и рефлексотерапевтических методик у спортсменов после травм коленных суставов по сравнению со стандартными методиками лечения.

Материалы и методы

Проводилось обследование и восстановительное лечение 28 хоккеистов после травм коленного сустава. Клинически у всех больных наблюдался разной степени выраженности болевой синдром, усиливающийся при нагрузке, ограничение подвижности в суставе. Спортсмены, получавшие комплексное восстановительное лечение,

были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и клинике. В первой группе (n = 12) спортсмены после травмы коленного сустава получали стандартную медикаментозную терапию в сочетании со стандартной физиотерапией (синусоидальные модулированные токи (СМТ) от аппарата «Амплипульс-5» и тейпированием. Во второй группе (n =16) спортсмены после травм коленного сустава ввиду непереносимости электротерапии и противопоказаний для назначения НПВП получали низкочастотную магнитотерапию (НЧМТ) по локальным методикам от аппарата «Алмаг +», тейпирование, классическую рефлексотерапию, биорегуляционную системную терапию по акупунктурным точкам.

Результаты и обсуждение

После курса терапии положительная динамика наблюдалась в обеих группах в виде купирования болевого синдрома при движении и нагрузке, увеличении объема движений в суставах, нормализации походки. Более статистически достоверный эффект наблюдали во II группе. У пациентов II группы, побочных эффектов не отмечали, в отличие от первой группы.

Выводы

Доказана клиническая эффективность комплесного применения низкочастотной магнитотерапии, тейпирования и рефлексотерапевтических методик, сопоставимая со стандартной терапией, в медицинской реабилитации спортсменов послетравм коленных суставов.



РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА КУРОРТЕ «ЕРИНО»

Гейдарова Е.Н.

АО «Санаторий «Ерино», Лечебно-диагностический центр г. Москва, Россия

Успешно проведенная операция эндопротезирования сустава, требует дальнейших действий – прохождения качественного реабилитационного курса. Реабилитация после эндопротезирования – жизненно важный этап лечения.

Введение

- 1. Исследование проблематики реабилитации и восстановления после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательный аппарат, имеет значимый интерес не только в научных кругах специалистов в данной области, но и в пациентском сообществе.
- 2. Обзор литературы, связанной с исследованием показал недостаточно проработанную проблематику реабилитации на всех этапах после хирургических вмешательств, в том числе после эндопротезирования.
- 3. На наш взгляд, недостаточно проработан вопрос по восстановлению и реабилитации пациентов в санаторно-курортном сегменте лечебных учреждений.
- 4. Цель исследования изучить суммарный эффект применения физиотерапевтических методов лечения и восстановления, на всех этапах реабилитации. Одна из важнейших задач, разработка оптимального алгоритма взаимодействия лечебных организаций хирургического профиля и санаторно-курортных организаций для помощи в реабилитации и полном восстановлении пациентов.

5. Важность исследования заключается в помощи пациентам и медицинским работникам совместно прийти к полной реабилитации и восстановлению здоровья после равм и хирургических вмешательств.

Заключение

В процессе изучения проблематики вопроса, мы пришли к следующем выводам:

- реабилитация и лечение проблематики опорно-двигательного аппарата с применением восстановительного лечения в санаторно-курортном сегменте имеет положительную динамику и практически исключает инвалидизацию;
- разработка программ реабилитации и восстановления должна иметь комплексный подход не только со стороны травматологов-ортопедов, но и физиотерапевтов, неврологов, специалистов адаптивной медицины, врачей ЛФК, психологов и реабилитологов.



МЕТОДИКА МАНУАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Гусева Т.С¹., Артюков О.П.²

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России ²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» г. Москва. Россия

Реабилитация головной боли напряжения (ГБН) играет ключевую роль в улучшении качества жизни и социальной адаптации пациентов. В настоящее время, все больший интерес начинают приобретать нелекарственные методы лечения ГБН.

Цель исследования

Изучить эффективность применения метода мануального лечения у пациентов с головной болью напряжения.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 30 пациентов обоих полов, с установленным диагнозом «головная боль напряженного типа (хроническая), G44.2». Пациентам проводили курс мануального лечения из 10 процедур 2 раза в неделю. Методика включала применение постизометрической релаксации (ПИР), миофасциального релиза, ишемической компрессии триггерных точек и других техник следующих мышц: затылочно-лобной, височной, жевательной, латеральной крыловидной, двубрюшной, трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной, подключичной мышц, нижней косой и ременной мышц головы, мышц разгибателей шеи и мышцы, поднимающей лопатку.

Сеанс включал:

- выполнение мануальных диагностических тестов по стандартной методике
- проведение мануальных техник ПИР мышц, ишемической компрессии по триггерным точкам, миофасциального релиза и др.

• повторное тестирование

Время одного сеанса составило от 45-60 минут в зависимости от степени напряжения мышц.

Эффективность лечения дополнительно оценивалась методом чрескожной электромиографии до начала лечения и через 5 недель после окончания реабилитации. Проводили оценку общей биоэлектрической активности перикраниальных мышц: височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных.

Результаты

После завершения курса мануального лечения наблюдалось снижение болевого синдрома и улучшение состояния мышц (уменьшение напряжения, исчезновение триггерных точек и ограничений в мягких тканях). Данные чрескожной электромиографии также продемонстрировали снижение общей биоэлектрической активности перикраниальных мышц, что свидетельствовало о нормализации тонуса и улучшении функции мышц.

Внедрение методики мануального лечения позволяет оптимизировать систему реабилитации пациентов с головной болью напряжения.



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Гусева Т.С¹., Артюков О.П.²

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России ²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» г. Москва. Россия

Цель исследования: изучить патогенетические особенности головной боли напряжения.

Головная боль напряжения (ГБН) представляет вид первичной цефалгии и сопровождается высокой степенью дезадаптации и социально-экономическим ущербом. Согласно общероссийским исследованиям по головным болям, проведенным в 2008 году, головная боль встречалась у 62,9% опрошенных людей, из которых на долю ГБН приходилось 30,8%. Основными теориями возникновения ГБН, являются: сосудистая, миогенная, психогенная и нейробиологическая.

Согласно сосудистой теории, напряжение мышц приводит к экстравазальной компрессии сосудов головы и шеи, и сопровождается венозным застоем, тем самым формируя порочный круг: мышечное напряжение-нарушение микроциркуляции-боль.

Миогенная теория основана на тоническом напряжении мышц, которые приводят к ишемии, вазоспазму и отеку, с последующей активацией ноцицептивной системы и развитию головной боли.

Психогенная теория отражает роль стресса в патогенезе ГБН. Наличие постоянного эмоционального напряжения, депрессии приводит к формированию и поддержанию мышечного напряжения. Возникает замкнутый круг: стресс-мышечное напряжение-боль.

Нейробиологический механизм включает дисбаланс центральных и периферических звеньев ноцицептивной и антиноцицептивной систем. За счет длительного напряжения мышц, со временем, происходит формирование болезненных мышечных уплотнений и усиление афферентного потока ноцицептивных импульсов в структуры центральной нервной системы (ЦНС). Как следствие, происходит центральная сенситизация ноцицепторов, снижение болевого порога и активности антиноцицептивной системы, играющих ключевую роль в хронизации боли. Формируется патологический круг: боль-мышечное напряжение-боль.

Несмотря на то, что ГБН является широко распространенным заболеванием и проводится большое количество исследований, с целью изучения патогенетических механизмов развития боли, многие данные остаются противоречивыми и точная причина развития ГБН все еще не ясна. По всей вероятности, присутствует сочетанный характер патогенетических механизмов развития ГБН, включающий сложные взаимодействия между биопсихосоциальными, генетическими и нервно-мышечными факторами, приводящими к активации ноцицептивной системы.

<u>astaor.mediexpo.ru</u> 20



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ДИНАМОМЕТРИИ НА АППАРАТЕ CON-TREX MULTI JOINT У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Прокопенко С.В., Портнягин Е.В., Павлов А.О., Мичуров Е.И., Комарова Н.К.

ФГБУ Федеральный Сибирский научно - клинический центр ФМБА России, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого Минздрава России г. Красноярск, Россия

Актуальность

Согласно различным исследованиям (Wiggins et al. 2016, Leys et al. 2012, Engelman et al. 2014, Kyritsis et al. 2016) риск повторной травмы передней крестообразной связки (далее – ПКС) составляет от 6 до 34%, в среднем 21%. По данным Каролинского университета 65.4% футболистов не возвращаются к спортивной деятельности на тот же уровень профессионального мастерства после пластики ПКС. Таким образом, вопрос совершенствования восстановительных методик остаётся актуальным.

Цель

Изучить влияние регулярных занятий механотерапией в изокинетических режимах мышечного сокращения у пациентов после пластики ПКС на показатели динамометрии на комплексе Con – Trex Multi Joint.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 32 пациента (62.5% - мужчины) в возрасте от 20 до 40 лет, которые были разделены на две группы: основную и контрольную, по 16 человек в каждой. Из общего числа обследуемых - 28,1% это спортсмены, которые входили в состав спортивных сборных команд Российской Федерации, 40,6% - спортсмены - любители. В основной группе пациенты после сеанса лечебной физической культуры занимались на роботизированном биомеханическом диагностическом тренажёрном комплексе Con-Trex Multi Joint в изокинетическом баллистическом режиме на разных скоростях 3 раза в неделю. В контрольной группе пациенты получали аналогичное лечение, но без применения аппаратной

механотерапии с биологической обратной связью. Тестирование проводилось через 3 и 6 месяцев после артроскопической реконструкции ПКС и заключалось в выполнении 5 повторений сгибания/ разгибания в коленном суставе с максимальной силой в заданной амплитуде движения на разных скоростях.

Полученные результаты

При изучении электронных протоколов комплекса Con-Trex Multi Joint сравнивались следующие показатели: максимальный крутящий момент сгибания и разгибания в коленном суставе, среднее время достижения максимального крутящего момента, средняя мощность, общая работа. Анализ полученных данных показал увеличение в основной группе максимального крутящего момента сгибания на 25.4% в срок 3 месяца и на 33.6% в 6 месяцев, а увеличение при разгибании составило 19,3% и 29.8% соответственно. Снижение времени достижения максимального крутящего момента при сгибании составило 16.7% и 35.2%, а при разгибании 24.4% и 38.6%. Показатель средней мощности к 6 месяцам увеличился на треть, а общая работа в 1.5 раза.

Выводы

Полученные результаты восстановительного лечения показывают высокую эффективность использования тренажёрного комплекса Con-Trex Multi Joint, что даёт основания для включения данной методики в состав комплексной программы реабилитации пациентов раннего и позднего восстановительного периода после травм и операций по поводу разрыва ПКС.



НОВЫЕ ПАРАДИГМЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. ВИТАЛЬНОСТЬ ЦНС И ЭЭГ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Юдин Д.К.

ФГБУ НМИЦО ФМБА РОССИИ г. Москва, Россия

Реабилитация пациента определяется витальностью его нервной системы.

Для определения витальности его нервной системы используется электроэнцефалография и как критерий оценки оперативность перехода из одного ритма мозга в другой.

При выявлении проблемы в план реабилитации включается префабрикация головного мозга путём назначения фармацевтических препаратов и только по контрольной энцефалографии принимаем решение об использовании различных видов импульсных токов и тех или иных видов ЛФК модифицированных системой биологической обратной связи.



ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА

ПРОФИЛАКТИКА МЕНИСКОГЕННОГО АРТРОЗА

Бабуркина Е.П.

Место работы: ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им.проф. М, И. Ситенко НАМН Украины» г. Харьков, Украина

Цель

Показать как влияет варусная деформация на развитие менискогенного артроза

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находился 85 пациентов с менискогенным синдромом, обусловленным наследственной предрасположенностью (МСОНП), который характеризовался патологией менисков на фоне наследственно-предрасположенных заболеваний коленного сустава. Результаты обследования 85 больных статистически обработаны с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) и апостериорных тестов Шеффе и Дункана. Стадию остеоартроза у исследуемых пациентов оценивали по классификации Kellgren-Lawrince (1957 г.).

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ наличия остеоартроза тибио-феморального сочленения (ТФС) у больных после хирургических вмешательств на менисках в сроки от 5 до 36 лет показал, что у пациентов с патологией менисков в сочетании с фронтальными деформациями коленного сустава выявлен остеоартроз III-IV стадии. Установлено, что самая неблагоприятная ситуация в ТФС развивается при сочетании патологии менисков и фронтальных деформаций. Выявлено, что при угле варусной деформации на уровне коленного сустава в 8° давление на внутренний мениск увеличивается на 30,8 %, вызывая его разрушение.

Для выяснения роли удаленного мениска в развитии варусной деформации на уровне коленного сустава у 22 пациентов с указанной деформацией оценены анатомические изменения прооперированного (состояние после менискэктомии в отдаленном периоде от 4 мес. до 30 лет) и неоперированного коленных суставов. Фронтальная деформация на уровне коленного сустава у этих пациентов была двусторонняя и статистически значимых отличий не выявлено.

Что касается остеоартроза ТФС, то на прооперированном коленном суставе преимущественно отмечали остеоартроз III стадии, а на неоперованном — II. Для этого параметра отличия были статистически значимыми (р < 0,01).

Заключение Неблагоприятные результаты при вмешательствах на менисках отмечены при наличии фронтальных деформаций на уровне коленного сустава. Поэтому при варусной или вальгусной деформации коленного сустава перед вмешательствами на мениске необходимо устранить деформацию на уровне коленного сустава. А только потом, при необходимости, производить вмешательство на мениске. Для выявления аномалий строения коленного сустава при патологии менисков рентгенографию коленного сустава необходимо произ-водить в трех проекциях — фасной (в положении стоя), профильной и аксиальной, что позволяет оценить строение коленного сустава в целом. МРТ - и КТ-диагностика позволяют оценить только повреждение мениска.

КОРРИГИРУЮЩИЕ ОСТЕОТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО ГОНАРТРОЗА

Бабуркина Е.П.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им.проф. М, И. Ситенко НАМН Украины» г. Харьков, Украина

Цель

Показать место корригирующей остеотомии для профилактики и лечения диспластического гонартроза

Материалы и методы

Нами выполнено 736 операций, с 1986г по 2019г, из них 681 — на большеберцовой (ББК), 55 — на бедренной костях (БК). Возраст пациентов от 18 до 75 лет. Результаты обследования 232 больных статистически обработаны с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) и апостериорных тестов Шеффе и Дункана. Стадию остеоартроза у исследуемых пациентов оценивали по классификации Kellgren-Lawrince (1957 г.).

Результаты и обсуждение

В развитии проблемы остеотомии, как способа лечения диспластического артроза, определяющее значение, по нашему мнению, имели:

- раскрытие закономерностей биомеханики коленного сустава, после чего остеотомии стали биомеханически обоснованными вмешательствами:
- построение концепции о ЗСОНП, с позиции которой деформации рассматриваются, как «побочный продукт» генетически закрепленного онтогенеза.

Именно эта концепция обосновала целесообразность профилактических остеотомий, которые исключают или значительно уменьшают риск развития диспластического артроза.

Надбугорковые остеотомии ББК технически сложнее, чем операции на уровне диафиза кости, для их выполнения необходим специальный инструментарий, однако все это полностью окупается их преимуществами.

Особенности надбугорковой остеотомии ББК:

- лучшие условия для образования костной мозоли:
- расположение линии остеотомии наиболее близко к вершине деформации, что в биомеханическом плане особенно целесообразно;

- возможность коррекции деформации в любой плоскости, что достигается подбором формы пересечения кости (куполообразный, шарнирный);
- возможность применения любых методик послеоперационной фиксации, однако, преимущество отдается внеочаговым компрессионнодистракционным аппаратам;
- возможность использования мускульного аппарата, как активного и естественного фиксатоna

Нами были оценены такие параметры: боль, ограничение движений в коленном суставе, артроз тибио-феморального сочленения. В результате лечения боль оставалась у 15 %. больных (p<0.001).

После хирургической коррекции ограничение подвижности в коленном суставе отмечают только 2,5 % больных.

Артроз тибио-феморального сочленения у больных с варусным или вальгусным гонартрозом был в 23 % — второй стадии, 70 % — третьей стадии и до 10 % четвертой стадии. После хирургического вмешательства стадия артроза тибиофеморального сочленения уменьшается статистически значимо (p<0,05).

Выводы

Корригирующие остеотомии при фронтальных деформациях коленного сустава эффективны и продолжают оставаться операцией выбора



СОДЕРЖАНИЕ

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

3 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО КРУЗАРТРОЗА ПОСЛЕ
ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

Юрмина Н.С.

СПОРТИВНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ

4 ТРАВМЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Гулиева С.Г.

5 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТРАВМАХ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Колесникова И.С., Кушнаренко В.С., Пантелеева Н.В., Гвоздева Л.М., Полуновский В.В.

6 ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЧАСТИЧНОМ РАЗРЫВЕ ЧЕТЫРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ БЕДРА

Королев М.А., Медведев И.Б., Спасский А.А.

<u>astaor.mediexpo.ru</u> 25



7 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАЗРЫВОМ ДИСТАЛЬНОГО СУХОЖИЛИЯ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА: ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ, СПОСОБЫ РЕИНСЕРЦИИ И ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ

Медведчиков А.Е., Кирилова И.А.

8 УЗ АССИСТИРОВАННАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕХНИКА

Попогребский М.А.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

9 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК ВЫСОКОЙ ВАЛЬГИЗИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Красильников В.С., Пантелеев Л.Н.

10 МЫШЕЧНО-СУХОЖИЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКВИНУСНОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ, СВЯЗАННОЙ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Сапежников В.А., Шершнев М.В., Сапежников В.В., Украинчук О.Я.



ХИРУРГИЯ КИСТИ И МИКРОХИРУРГИЯ

11 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ТРАВМЕ

Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р.

12 РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р.

13 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КИСТИ: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

14 СОЧЕТАННЫЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДОРСОПАТИЙ У БОРЦОВ

Беспалова А.В., Белова А.Н.



ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

15 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Акопян М.С¹., Гусева Т.С.²

16 МЕТОДИКА МАНУАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ С ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Акопян М.С¹., Гусева Т.С.²

17 КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Беспалова А.В., Белова А.Н.

- 18 РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА КУРОРТЕ «ЕРИНО» Гейдарова Е.Н.
- 19 МЕТОДИКА МАНУАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Гусева Т.С¹., Артюков О.П.²

20 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Гусева Т.С¹., Артюков О.П.²



21 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ДИНАМОМЕТРИИ НА АППАРАТЕ CON-TREX MULTI JOINT У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Прокопенко С.В., Портнягин Е.В., Павлов А.О., Мичуров Е.И., Комарова Н.К.

22 НОВЫЕ ПАРАДИГМЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. ВИТАЛЬНОСТЬ ЦНС И ЭЭГ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЮДИН Д.К.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА

- 23 ПРОФИЛАКТИКА МЕНИСКОГЕННОГО АРТРОЗА Бабуркина Е.П.
- 24 КОРРИГИРУЮЩИЕ ОСТЕОТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО ГОНАРТРОЗА

Бабуркина Е.П.

СПИСОК АВТОРОВ

Ассоциация Спортивных Травматологов, Артроскопических и Ортопедических хирургов, Реабилитологов

Association of Sports Traumatology, Arthroscopy, Orthopaedic surgery, Rehabilitation

Акопян М.С¹., Гусева Т.С.²	15
Акопян М.С¹., Гусева Т.С.²	16
Бабуркина Е.П.	23
Бабуркина Е.П.	24
Беспалова А.В., Белова А.Н.	14
Беспалова А.В., Белова А.Н.	17
Гейдарова Е.Н.	18
Гулиева С.Г.	4
Гусева Т.С¹., Артюков О.П.²	19
Гусева Т.С¹., Артюков О.П.²	20
Колесникова И.С., Кушнаренко В.С., Пантелеева Н.В., Гвоздева Л.М., Полуновский В.В.	5
Королев М.А., Медведев И.Б., Спасский А.А.	6
Красильников В.С., Пантелеев Л.Н.	9
Медведчиков А.Е., Кирилова И.А.	7
Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р	11
Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р	12
Минасов Б.Ш., Бикташева Э.М., Валеев М.М., Якупов Р.Р., Минасов Т.Б., Мавлютов Т.Р	13
Попогребский М.А.	8
Прокопенко С.В., Портнягин Е.В., Павлов А.О., Мичуров Е.И., Комарова Н.К.	21
Сапежников В.А., Шершнев М.В., Сапежников В.В., Украинчук О.Я.	10
Юдин Д.К.	22
Юрмина Н.С.	3