Цель исследования – показать важность экспресс-оценки соотношения ЧСС и показателей ВСР в покое и ортостазе с учетом типа регуляции для диагностики перетренированности на разных этапах тренировочной и соревновательной деятельности.

Материалы и методы исследования. Проанализировано более 8 тысяч исследований ВСР в течение 7 лет у спортсменов 16-19 лет циклических видов спорта сборных команд Удмуртии. Исследования ВСР проводились перед первой тренировкой после предыдущего тренировочного дня на аппарате Варикард 2.51 с помощью программ Варикард-МП и ISKIM-6 (Рязань), 5 минут в положении лежа и 6 минут стоя.

Полученные результаты. При экспресс-анализе показателей ВСР определялся ряд важных аспектов, которые имеют фундаментальный характер при диагностике перетренированности:

— преобладающий тип регуляции в покое (классификация Шлык Н.И., 2009-2024);
— характер приспособительной реакции на ортостаз;
— соотношение между ЧСС и показателями ВСР с учетом типа регуляции;
— уровень восстановления в показателях ВСР в покое и ортостазе;
— отсутствие или наличие патологического феномена брадикардии в покое и ортостазе.

Такой подход дает представление не только о функциональном состоянии и резервных возможностях кардиорегуляторных систем и организма в целом, но и позволяет своевременно выявлять первые признаки нарушения процессов восстановления и перетренированности, прогнозирующих успешность в тренировочной и соревновательной деятельности. Каждому преобладающему типу регуляции соответствует определенный размах MxDMn. Неблагоприятными являются типы с выраженным преобладанием центрального или автономного контуров регуляции и наличием патологических реакций на ортостаз. Более благоприятный тип с умеренным преобладанием автономной регуляции в покое и отсутствием парадоксальных реакций на ортостаз, с диапазоном MxDMn 351-550 мс и наличием умеренной физиологической брадикардии.

Показано, что при одинаковой ЧСС встречается разный вариационный размах MxDMn в покое и вегетативная реактивность. Впервые установлено, что нарушения соотношения между ЧСС и MxDMn в покое и ортостазе важны для оценки различий физиологической и патологической брадикардии (Шлык Н.И., Гаврилова Е.Н., 2023).

Заключение. Внедрение в практику спорта экспресс-метода анализа ВСР с учетом типа регуляции, соотношением ЧСС и MxDMn, парадоксальных реакций на ортостаз и патологической брадикардии способствует быстрому и достаточно точному определению функционального состояния резервных возможностей работы синусового узла, первых признаков перетренированности и нарушения здоровья спортсменов.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А. Р., Абдиев Ш. Э.
Национальный Центр Реабилитации и Протезировании лиц с инвалидностью. Ташкент. Узбекистан.

Аннотация: Материалом нашей работы послужили пациенты, прооперированные по поводу последствий воспалительных заболеваний позвоночника, в том числе дегенеративно-дистрофических изменений, в хозрасчетном отделении НЦРиПЛсИ в период с 2018 по 2022 год. Всем пациентам были проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции с использованием транспедикулярных фиксирующих систем из титана. Декомпрессивно-стабилизирующие операции позволили пациентам рано активизироваться и сократить время пребывания в стационаре.

Ключевые слова: декомпрессивно-стабилизирующие операции, ТПФ системы.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника развивающейся вследствие воспалительных процессов с использованием транспедикулярных фиксирующих систем.

Материалы и методы- материал нашей работы составили 31 больных, оперированных в НЦРиПЛсИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в 2018-2022гг по поводу нестабильности позвоночника. В материале было 14(45,1%) женщин и 17(54.8%) мужчин. Средний возраст больных составил 36,1+1,8 лет. Показаниями к хирургическому лечению явились наличие болевого синдрома, проводниковых и сегментарных нарушений и наличии костных деструкций тел позвонков и результатами неврологического обследования, анализов нейровизуализационных показателей позвоночника. У 31 пациента наблюдалась пост-воспалительная нестабильность позвоночника. Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего доступа поясничного отдела позвоночника. По уровням больные распределились следующим образом:

L1-L2=1 больной, L2-L3=2 больных, L3-L4=5 больных, L4-L5=13 больных, L5-S1=10 больных соответственно. С целью диагностики нестабильности позвоночника, развивающейся, вследствие

воспалительных процессов мы воспользовались обзорной и функциональной рентгенографией позвоночника, МРТ, МСКТ исследования, ЭНМГ.

Корешковая боль отмечалась у 19 больных, выраженная боль в поясничной области (с антальгической позой) у 21 больных, нейрогенная перемежающая хромота у 14 больных чувствительные нарушения у 19 больных и нарушение функции тазовых органов у 9 больных соответственно. Декомпрессия с последующей стабилизацией проведена во всех случаях. Показатели ВАШ до операции 9,2+2,4, ВАШ после операции 3,2+1,5 и ВАШ через 1 год после операции 1,7+1,3 балл составили.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции. Из заднего доступа ламинэктомия задним срединным доступом, декомпрессия спинного мозга, пластика межтелового пространства позвонков с использованием bonegraft, стабилизация системой ТПФ-14(13.2%), гемиламинэктомия задним срединным доступом, декомпрессия спинного мозга, пластика межтелового пространства позвонков с использованием bonegraft, стабилизация системой ТПФ-8(7.6%), интерламинэктомия задним срединным доступом, декомпрессия спинного мозга, пластика с использованием bonegraft, стабилизация системой ТПФ-9(8.5%). Все операции проведены под контролем С дуги. У всех больных получена прочная стабилизация, которая дала нам возможность ранней активизации в послеоперационном периоде. Больные со стабилизацией с ТПФ системой активизированы на третьи сутки после операции. При контрольных послеоперационных рентгенологических снимках мы обнаружили прочную стабилизацию без миграции имплантов.

Полученные результаты у всех больных – в послеоперационном периоде били хорошими. В неврологии после операции у всех больных корешковые боли регрессировались. Остаточные рефлекторные явления сохранились у двоих больных. У всех больных восстановлена опорная функция позвоночника, которая дала больным вернутся к активному образу жизни. Результаты в послеоперационном периоде: у 10(32.2%) больных отличные результаты, у 18(58%) больных хорошие и 3(9.6%) больных удовлетворительные результаты соответственно.

Мы воспользовались системами «Medyssey-KORA» (Корея) так как данная система очень прочна, удобна в установлении и соответствует требованиям современной спинальной

хирургии. В наборе имеются все необходимые опции для различных маневрирований и создания различных конфигураций.

Заключение. Декомпрессивно-стабилизирующие операции дают нам возможность ранней активизации и сокращения койко дней в стационаре.

Применение ТПФ системы при нестабильности позвоночника, развивающейся, вследствие воспалительных процессов расширяет возможности опороспособности позвоночника.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

Ирисметов М.Э., Ҳамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии.

Введение. Повреждения сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча (LHBT) являются частой причиной боли и ограничения функции плечевого сустава. Они встречаются как у пациентов среднего и пожилого возраста с дегенеративными изменениями, так и у молодых людей, включая профессиональных спортсменов, при травматических повреждениях. По данным разных авторов, частота повреждений LHBT составляет от 5% до 15% среди всех патологий плечевого сустава (Ahrens et al., 2004; Murthi et al., 2010). Основная цель хирургического лечения (тенодез или тенотомия) заключается в устранении болевого синдрома и восстановлении стабильности плечевого сустава. Однако только оперативное вмешательство не гарантирует полного восстановления функции. Важнейшую роль играет поэтапная реабилитация, которая позволяет предупредить развитие контрактур, атрофии мышц, а также ускоряет возвращение пациента к привычной физической активности. Современные подходы акцентируют внимание на ранней активизации, постепенном увеличении амплитуды движений и индивидуализации нагрузки. Исследования последних лет показывают, что грамотно построенный протокол реабилитации сокращает сроки восстановления на 20–30% и снижает частоту осложнений почти в 2 раза (Boileau et al., 2009; Werner et al., 2014). Таким образом, разработка и внедрение оптимизированной программы реабилитации после хирургического лечения LHBT является одним из ключевых условий достижения высоких функциональных результатов.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 82 пациента после артроскопического тенодеза LHBT. Пациенты были разделены на две группы: Основная (n=22): проходили поэтапную оптимизированную программу реабилитации. Контрольная (n=30): получали стандартные протоколы восстановления. Программа реабилитации включала 4 этапа: Ранний (0–2 недели): иммобилизация конечности, пассивные движения в пределах безопасной амплитуды, криотерапия, физиотерапия. Подострый (2–6 недель): постепенное расширение амплитуды, активные движения без нагрузки на бицепс, упражнения на стабилизацию лопатки. Функциональный (6–12 недель): подключение упражнений с лёгкой отягощённой нагрузкой, развитие координации, укрепление плечевого пояса. Поздний (3–6 месяцев):