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):

возвращение к спортивным и профессиональным нагрузкам, упражнения на силу и выносливость. Эффективность оценивалась по шкалам VAS, Constant–Murley, UCLA Shoulder Score, а также по времени восстановления амплитуды движений.

Результаты. Купирование боли (VAS): через 1 месяц в основной группе показатель составил 2,1±0,7, в контрольной — 3,4±0,9 ($p<0,05$). Восстановление амплитуды движений: к 6-й неделе полная подвижность восстановилась у 73% пациентов основной группы и только у 48% контрольной; к 12-й неделе — у 95% против 82%. Функция плечевого сустава (Constant–Murley): через 6 месяцев основной показатель составил 92,6±3,5, в контрольной — 85,1±4,7 ($p<0,01$). Частота осложнений: контрактуры и хронический болевой синдром встречались у 4,7% пациентов основной группы и у 12,5% контрольной.

Обсуждение. Результаты демонстрируют, что оптимизированный протокол реабилитации обеспечивает более быстрое восстановление амплитуды движений и снижение болевого синдрома. Ранняя активизация и постепенное увеличение нагрузки предотвращают развитие вторичных осложнений, в то время как избыточная иммобилизация и отсутствие индивидуализации увеличивают риск тугоподвижности. Полученные данные подтверждают необходимость интеграции реабилитационных мероприятий в единый алгоритм хирургического лечения LHBT. Таким образом, именно комбинация малоинвазивного вмешательства и современной реабилитации позволяет достичь максимальных функциональных результатов.

Вывод. Оптимизированная поэтапная программа реабилитации после артроскопического тенодеза LHBT: способствует более быстрому купированию боли и восстановлению подвижности; ускоряет достижение полной амплитуды движений в среднем на 2–3 недели; повышает функциональные исходы по шкале Constant–Murley на 7–10 баллов; снижает риск осложнений почти в 2,5 раза.

Таким образом, реабилитация является неотъемлемым этапом хирургического лечения повреждений LHBT и должна проводиться по индивидуализированным протоколам с учётом возраста, профессии и уровня физической активности пациента.

БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У СПОРТСМЕНОВ РАЗНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

Иванова Ю.М., Павлов В.И., Бадтиева В.А., Трухачева Н.В., Куликова В.А.
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И.Спасокукоцкого Департамента здравоохранения г. Москвы».

Актуальность: Большие размеры левого желудочка чаще встречаются у спортсменов в сравнении с популяцией. Но большое разнообразие видов спорта с различными типами нагрузок вызывают затруднения в понимании адекватности ремоделирования сердца в каждом отдельном случае.

Цель работы: оценить влияние линейных размеров ЛЖ на частоту кардиальной патологии у спортсменов.

Материалы и методы исследования: за 2024 год в нашей клинике углубленное медицинское обследование (УМО) прошли 13600 спортсменов. Среди них, на ЭХОКГ выявили 239 атлетов (1,76%) с линейными размерами ЛЖ> 60мм, которые были включены в исследование. Это были спортсмены мужчины старше 15 лет (26,08±9,41). Рост 187,89±8,03, вес 97,75±17,38, ППТ 2,23±0,19.

Мы разделили 239 спортсменов на 4 группы по видам спорта в соответствии с классификацией, рекомендованной европейским обществом кардиологов (Pelliccia A. et al 2017). Классификация включает четыре основные группы спортивных дисциплин, требующих: сложно-координационных навыков (гольф, карате, керлинг, настольный теннис, стрельба из лука и др.) – группа 1 (29 спортсменов), силы (борьба, гимнастика художественная, метание диска/копья, толкание ядра, тяжелая атлетика и др.) – группа 2 (64 спортсмена) , смешанных качеств (баскетбол, водное поло, волейбол, футбол, хоккей и др.) – группа 3 (88 спортсменов), выносливости (бег на средние или длинные дистанции, биатлон, велоспорт, гонки на лыжах, гребля академическая и др.) – группа 4 (29 спортсменов). Группы достоверно не различались по возрасту, росту, весу и ППТ.

Результаты: Конечно-диастолический размер левого желудочка и конечно-диастолический объем достоверно не различались между групп. В 1 группе у 3 спортсменов (10,3%) выявлена кардиальная патология: в 1 случае дилатационная кардиомиопатия, у 2 спортсменов желудочковая экстрасистолия. Во 2 группе у 3 (4,68%) спортсменов, тренирующих силу: у 2 спортсменов на высоте нагрузке выявлены единичные экстрасистолы, у одного спортсмена инверсия зубца “Т” в 2 отведениях. В 3 группе смешанных видов спорта, нарушения ритма по типу желудочковой экстрасистолии было выявлено у 7 (7,95%) спортсменов. В 4 группе спортсменов, тренирующих выносливость - у одного спортсмена (1,72%) на высоте нагрузки выявлена желудочковая экстрасистолия. Таким образом, во время нагрузочного тестирования, у 14 спортсменов (5,86%) были выявлены изменения, такие как экстрасистолия и изменения конечной части желудочкового комплекса, которые не регистрировались в покое и требовали дополнительного наблюдения кардиолога и проведения дообследования (суточное мониторирование ЭКГ, МРТ, ВЭМ). В целом среди 13600 обследованных спортсменов за 2024г, частота выявления кардиальной патологии составила 5,14%