



МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЛІКОПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЇ ЗА МЕТОДИКОЮ B.NUSS
 Дітлар В.А., Квициєва М.О. 27

ПОРУШЕННЯ БІОМЕХАНІКИ, ЯК ПРИЧИННІ РЕВІЗІЙНИХ ОПЕРАЦІЙ ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ З'ЄДНКИ
 Коструб О.О., Коток В.В., Блонський Р.І., Вадюк Н.С. 29

POSITION OF HIP ROTATION CENTER IN DEVELOPMENTAL DYSPLASTIC HIP
 Гиб Т., Рудченко С. 32

**РОЗДІЛ II
 ОСТЕОСИНТЕЗ КІСТОК: ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОСТІ**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛОТНОЙ КОСТИ
 Сивинкин А.В., Барсук Ю.Ю., Галкина А.Л. 36

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЗІФІФІЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ
 Овчинников А.В., Титов К.Ю., Гасков А.Р. 38

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДОТРИВНОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА
 Довганюк А.М., Давидюк С.С., Мірзакієв Ш. 40

**РОЗДІЛ III
 ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ**

ВІСЛИВІСЬКІ ПАТЕНТИ РОБ ОРТОПЕДИЧЕЧОМУ ТА ГІСТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИМ ФАКТОРАМ У САРДЕНСЬКОМУ СІМВОЛІЗМІ (ОС ТЕХНОПРОМ)
 Косиниченко В.А., Гребель І.В. 44

І. СУЧАСНІ ІННІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВОЗМОЖНОСТІ ПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО ЕНДОСТЕЮ ВІСЛИВІСЬКОГО ОРТОПЕДИЧЕСЬКОГО ОПЕРАЦІЙНО ТЕХНОЛОГІЇ УСКОРЕНОГО ПОС.ВОССТАНОВЛЕННЯ ВОССТАНОВЛЕННЯ (SIBAS)
 Рудченко В.Р., Адамюк В., Голубович В.А. 47

ОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТАТУСА КОГНИТИВНЫХ ФАКТОРОВ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Ковесниченко В.А.¹, Гресько И.В.²

¹Хмельницкий национальный университет имени В.Н. Каразина, Харьков,
Украина

²Хмельницкий национальный медицинский университет имени Даниила
Галицкого, Львов, Украина

Актуальность. Одним из главных показателей эффективности лечения пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в течение года является динамика результатов различных опросников, которые заполняются пациентом и отражают интенсивность боли, уровень инвалидности, качества жизни, удовлетворенность результатом лечения и т.д. Однако результаты такого анкетирования в ряде случаев существенно отличаются от объективной оценки эффективности проведенного лечения, основанной на показателях функционального анализа опорно-двигательной системы - оптимизации взаимодействия мышечных, связочно-тканевых, коррекции анатомических установок мышц, увеличения подвижности позвоночника и тазобедренных суставов. Мы полагаем, что различия в оценке результатов лечения пациентом и врачом в значительной степени обусловлены психологическими факторами боли.

Цель - изучить взаимосвязь параметров ортопедического статуса и когнитивных факторов боли у пациентов с поясничным остеохондрозом и мышечными реакциями мышц пояснично-тазовой области.

Материалы и методы. Материал исследования - протоколы радио-рентгенологического обследования 80 больных поясничным остеохондрозом с мультимышечными реакциями мышц пояснично-тазовой области. Все пациенты мужского пола в возрасте 22 - 44 лет наблюдались в неврологическом центре «Интерсон» г. Львова в 2017 - 2018 г.г. Случайной группой больные были разделены на 2 группы (n=40): основная и контрольная.

Критерии включения в исследование - отсутствие радикальных процедур с целью операции и/или плеврэктомии. Критерии исключения из исследования - системные заболевания, деформирующий артроз суставов нижних конечностей, переломы позвоночника и костей нижних конечностей, а также операции на позвоночнике и нижних конечностях в анамнезе, наличие спондилолиза и спондилолистеза.

Методы исследования: клинический с определением ортопедического статуса (объем подвижности позвоночника по тесту пальцы-подол; грудного и поясничного отделов по тестам Schober Th и Schober L соответственно), амплитуда движений в тазобедренных суставах)

использованием основных мышц пояснично-тазовой области, децентрация интенсивности позвонковой боли по VAS, уровень дисфункции Oswestry по индексу инвалидизации ODI, уровень кинезофобии (SKT по шкале кинезофобии Тэйла, уровень тревоги и беспокойства, связанного с ожиданием боли по шкале PASS-20, рентгенологический (объемная спондилография пояс с определенными значениями позвонкового вертела), статистический.

Результаты и их обсуждение. При исследовании ортопедического статуса больных основной и контрольной групп отмечалась гипертонус паравертебральных мышц; выявлено ограниченное сгибание в позвоночном столбе (тест «пальцы - подол» составил (24,5± 4,9) см и (27,4± 5,6) см соответственно) и поясничном отделе позвоночника (тест Schober L (2,3± 1,4) см и (2,2± 1,8) см соответственно), ограничение движений в тазобедренных суставах (ТБС) в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Ротационные движения в ТБС, как и амплитуда сгибания в грудном отделе позвоночника, в среднем были в пределах нормы. Следует отметить однородность основной и контрольной групп по всем сравниваемым показателям различия между группами статистически незначительны (p>0,05).

Показатели VAS в основной и контрольной группах достигли в среднем (61,5 ± 7,8) мм и (64,0 ± 7,6) мм соответственно; ODI - (54,7 ± 9,6) баллов и (52,5 ± 10,7) баллов соответственно; PASS - (45,2 ± 4,8) балла и (44,7 ± 4,2) балла, уровень кинезофобии SKT ((42,5 ± 3,8) балла и (41,7 ± 4,0) балла соответственно).

Исследования взаимосвязи между параметрами ортопедического статуса и показателями опросников позволило установить, что наиболее сильные прямые корреляции наблюдались между ODI и PASS (коэффициент корреляции r = 0,9), PASS и SKT (r = 0,8), VAS и ODI (r = 0,7), SKT и ODI (r = 0,7), VAS и SKT (r = 0,6). Из параметров ортопедического статуса с показателями опросников сильно и обратно пропорционально коррелировали лишь величина теста «пальцы-подол» (r = -0,8 для VAS; r = -0,7 для ODI; r = -0,6 для PASS) и амплитуда приведения ТБС (r = -0,6 для VAS). Показатели теста Schober L, величина сгибания и разгибания ТБС коррелировали умеренно и обратно пропорционально с показателями опросников. Из параметров ортопедического статуса сильные корреляции выявлены между также умеренные корреляционные связи прослеживались между движениями ТБС: величинами внутренней и внешней ротации (r = 1,0), величиной ротационных движений и сгибании (r = 0,6), показателями теста «пальцы-подол» и величиной разгибания и приведения в ТБС (r = -0,2 и r = -0,7 соответственно).

Выводы. Выявленные корреляционные связи между интенсивностью боли, уровнями дисабилитации, кинезофобии, тревоги и беспокойства, связанным с ожиданием боли, показателями подвижности позвоночника и тазобедренных суставов отражают существенное влияние когнитивных факторов боли на течение остеохондроза поясничного отдела позвоночника.