

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ДУ «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУТЛОБИЙ
ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА НАМНІ УКРАЇНИ»**

**ДУ «ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ
НАМНІ УКРАЇНИ»**

АТ «МОТОР-СТІЧ»

УКРАЇНЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ

ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ – ТРАВМАТОЛОГІВ



**МАТЕРІАЛ ЧЕТВЕРТОЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ СУТЛОБИЙ
ТА ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ»**



Запоріжжя-Приморськ, 2019

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ИЛИ «IN-LAY» И ТРАНСКОНДАЛЬНОМ
ПРОЦЕДУРЕМ КАНАЛА**..... 17

Григоренко О.М., Смирнов Д.В., Родченко В.С., Гайда О.А.
ПЕРИФЕРИЙНОЕ ЛЕЖАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ УВОДОЖИВ КОЛЕННОГО СУТЛОБИЯ
ЗА ДОПОМОГОЮ АРТРОСКОПИЧНОГО ПОРІВНЯЧЬ..... 24

Дубинин С.В., Герасим Г.І., Чирков В.А.
ТРЕХКОМПОНЕНТНА ТА ДИНАМІЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО
КОНТРОЛЮ ПІСЛЯ ЧИСТКИ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ..... 26

Долженко О.В., Ярем М.І., Ісупович С.О.
ХІРУРГИЧНО-ЛЕЖАНИЕ ЗАСТАВЛЯЮЩОГО АРОМАЛЬНОГО КИЛКА КЛЮЧИЦЬ..... 34

Смирнов Д.В., Максимович І.О., Григоренко О.М.
КІРПИ РЕЗУЛЬТАТИ ПІВКОНТАКТИ АПАРАТА ЗОВНЕШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ НА ЗАХ
КОМІ ВІДПОВІДНО ПАЦІЄНТІВ ДІЯ КОРРЕКЦІ КОМБІНОВАНИХ ДЕФОРМАЦІЙ КІСТОК
КІНЦЬ КІНЦЬОВІ У ДІТЕЙ..... 35

Калаченко А.В., Сидоренко Ю.О., Подкопач К.В., Зігур Ю.М., Кіселевич О.А.
СИНХРОНОЗНЕ ІНДІКАТОРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУТЛОБИЯ..... 38

Калаченко О.В., Калаченко А.В., Сидоренко Ю.О., Кіселевич К.В.
МУЛЬТИМЕДІАЛЬНА АНАЛІЗОВАНА ІНТЕРІОГРАФІЧНОГО ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОРТОПЕДІ-ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕДУР..... 39

Катюба А.І., Калаченко В.Г., Хайда П.А., Копишанець П.І.
ПЕРІОДИЧНО-ЛЕЖАНИЕ ІНТЕРІОГРАФІЧНОГО ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
КІРПИ КОЛЕННОГО СУТЛОБИЯ ТА СТАРІЙОГО ВІВУ..... 40

Катюба А.І., Калаченко В.Г.
ПІДЛУЧАННЯ І ОСОБЛИВОСТІ ТОПІКАЛЬНІ АРТРОПЛАСТИКИ ПРИ
ДИСТРАКЦІЙНОМУ ІНТЕРІОГРАФІЧНОМУ..... 41

Калаченко В.Г., Ткаченко А.А., Сиваченко З.Е., Калаченко Р.В.
НАВІДНО-КОНТРАСТНИЙ ТАКІМ ДІЯЛЬНОГО СУСТАВА НА ПОДБОР КОМБІНОВАНИХ
ІНТЕРІОГРАФІЧНО-ЛЕЖАНИЕ РЕАБІЛІТАЦІЙНО ПІДЛІВАННЯ..... 42

Кіселевич О.А., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРІОГРАФІЧНОГО ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ..... 43

Кіселевич К.В., Ярем М.І.
НОВИЙ МЕТОД ІНТЕРІОГРАФІЧНО ПІДЛІВАННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ СТАН ХРОНИЧ
ІНТЕРІОГРАФІЧНО-ЛЕЖАНИЕ КОЛЕННОГО СУТЛОБИЯ..... 44

Кіселевич К.В., Ярем М.І.
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНИЧ НА ОСТЕОТОМІЯТИВНО ПІСЛЯ ПЕРІОДУ
СТАНОВЛЕННЯ..... 45

ВІДНОСНОСТІ ХРЕБТА І ПОРУШЕННЯМИ РУХОВОГО СТЕРЖНЯ..... 44

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
ІНТЕРІОГРАФІЧНО-ЛЕЖАНИЕ ІНТЕРІОГРАФІЧНО ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 45

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 46

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 47

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 48

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 49

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 50

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 51

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 52

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 53

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 54

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 55

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 56

Кіселевич К.В., Ярем М.І., Ткаченко А.А., Зігур Ю.М., Кіселевич К.В.
РОЗПОЗНАВАННЯ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ ТРЕТІЙ ПЕРІОДУ ХРОНИЧ
ОСТЕОТОМІЯТИВНО-ЛЕЖАНИЕ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ СТАНОВЛЕННЯ У
ХРОНИЧ ОСТЕОТОМІЯТИВНО..... 57

всіма напрямками: відведення – до $20 \pm 0,5^\circ$, приведення – до $15,0 \pm 0,8^\circ$ *, але найбільш суттєві зміни рухливості відбулися в напрямку згинання стегна ($85 \pm 2,5^\circ$ ***).

Результати ММТ у хворих на коксартроз в доопераційному періоді показали значно знижену силу м'язів згиначів стегна (клубово-попереконий і мотариголовий м'язи), яка в середньому становила $2,8 \pm 0,5$ бала, абдукторів стегна (середній, малий сідничні м'язи і м'яз натягач широкій фасції) – $2,0 \pm 0,0$ бала, приведіння м'язів стегна (великий, довгий, короткий приведінні м'язи, тонкий і гребінистий м'язи) – $2,6 \pm 0,3$ бала, і розгиначів гомілки – $2,8 \pm 0,4$ бала, що вказувала на ригідну м'язову атрофію. Після ендопротезування і курсу фізичної реабілітації показники сили м'язів стегна достовірно покращилися до $3,9 \pm 0,8^*$ балів – для м'язів згиначів стегна, $3,0 \pm 0,0^*$ балів – для відвідних м'язів стегна, $2,9 \pm 0,4$ балів – для приведіння м'язів стегна і $4,0 \pm 0,0^*$ балів – для розгиначів гомілки.

Таким чином можна стверджувати, що за допомогою вдосконаленої програми фізичної реабілітації суттєво збільшувалась амплітуда рухів у кульшовому суглобі, підвищувалась сила м'язів ураженої кінцівки, зменшувалась больова відчуття, тим самим покращуючи якість життя хворих, що в повному обсязі виправдує раннє післяопераційне навантаження нижньої кінцівки в допустимих межах і безбольовій зоні.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З ПОРУШЕННЯМИ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ

*Колесніченко В.А., **Гресько І.В.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
Харків, Україна

**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

Вступ. Одним з традиційних засобів відновлення функціональних можливостей м'язів у хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта з міотонічними синдромами та порушенням рухового стереотипу є лікувальна фізична культура (ЛФК). Існуючі програми ЛФК дозволяють знизити інтенсивність больового синдрому, рівень дисабілітації, збільшити рухливість хребта і, таким чином, сприють корекції рухових патернів (Naag TB et al., 2016, Schröder RG et al., 2016). Однак в ряді випадків усунути міотонічні синдроми шляхом використання ЛФК не вдається. У зв'язку з цим вважаємо за доцільне застосування у даній категорії хворих ударно-хвильової терапії (УХТ), яка знижує інтенсивність болю, зменшує запалення, сприяє регенерації за рахунок стимуляції неовасіогенезу і активності стовбурових клітин (Hyeonjee H et al., 2015).

Мета – оцінити ефективність ударно-хвильової терапії у хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта з порушеннями рухового стереотипу і міотонічними синдромами на основі вивчення особливостей їх ортопедичного статусу.

Матеріал та методи. Матеріал дослідження – протоколи клініко-рентгенологічного обстеження 80 хворих на поперековий остеохондроз з порушеннями рухового стереотипу і міотонічними реакціями м'язів попереково-тазової області. Всі пацієнти чоловічої статі у віці 22 - 44 ($31,7 \pm 4,4$) роки спостерігалися в медичному центрі «Інтерсон» м.Львова в 2017 - 2018 р.р.

Критерії включення в дослідження – відсутність радікулярних розладів з нижнім парезом або парезом. Критерії виключення з дослідження – системні захворювання, деформуючий артроз суглобів нижніх кінцівок, переломи хребців і кісток нижніх кінцівок, а також операції на хребті і нижніх кінцівках в анамнезі, наявність спондилолізу і спондилолістаза.

Хворі випадково вибіркою були розділені на дві групи – основну ($n = 40$) і контрольну ($n = 40$). В обох групах пацієнти через день протягом 3 тижнів виконували програму розроблених ними релаксуювальних вправ для м'язів попереково-тазової області. В основній групі додатково застосовували 5 процедур УХТ з періодичністю проведення 5 - 7 днів.

Використовували клінічні (в тому числі тести контролю активних рухів в попереково-тазовій області за результатами відповідних тестів), рентгенологічні (в тому числі магнітно-резонансну томографію (МРТ), статистичні дослідження; оцінювали VAS, ODI, SKT (рівень кінезофобії).

Клінічні дослідження виконувалися двічі – при первинному обстеженні та після закінчення лікувальної програми.

Результати. Ортопедичний статус хворих основної та контрольної груп при первинному огляді не мав достовірних відмінностей і характеризувався ураженнями функціональних порушеннями в опорно-руховій системі з інтенсивним поперековим болем, високим рівнем дисабілітації і кінезофобії, обмеженнями функціональних можливостей м'язів попереково-тазової області внаслідок гіпертонусу і зниження сили, переважанням патологічних флексійних патернів, хворобливостю при пальпації кісткових орієнтирів – м'язів початку і прикріплення досліджуваних м'язів (остисті відростки поперекових орієнтирів – м'язів початку і прикріплення поверхні крижів, великий вертлуг).

Результати променевої діагностики поперекового відділу хребта дозволили встановити структуру асиметрії LIII, LIV, LV хребців внаслідок несиметричної величини суглобових і поперечних відростків, дисконгруентності суглобових фасеток, аномалії тропізму, роташі остистих відростків. У всіх хворих визначалися помірно виражені ознаки дегенерації нижньоперекового сегментів.

За результатами міжгрупового порівняння показників контрольних досліджень, проведених після закінчення лікувальної програми, виявлена більша ефективність подання УХТ і релаксуювальних вправ. У порівнянні з контрольною групою з ізолюванням застосуванням ЛФК в основній групі відзначалося покращення практично всіх параметрів, з яких значущі відмінності відзначалися для VAS ($p < 0,05$), ODI ($p < 0,05$) і SKT ($p < 0,05$), а також виявлена нормалізація тонусу досліджених м'язів більш ніж у третині хворих, відновлення рухового стереотипу – в 55,0% спостережень в основній і в 20,0% – у контрольній групах.

Висновки.

1. У хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта з порушеннями рухового стереотипу і міотонічними синдромами виявлено зниження функціональних можливостей м'язів попереково-тазової області внаслідок гіпертонусу і зниження сили м'язів-згиначів і розгиначів поперекового відділу хребта, сідничної, грушоподібної і клубово-поперекової м'язів.
2. Застосування лікувальної програми – релаксуювальні вправи самотейно та у поданні з УХТ – дозволило покращити досліджені клінічні показники в обох групах хворих. У той же час ступінь відновлення функціональних можливостей опорно-рухової системи в основній і контрольній групах була різною; виявлено більш ефективний вплив подання УХТ з ЛФК.

ВИКОРИСТАННЯ 3D ІМПЛАНТАТІВ ІЗ ПОЛІЛАКТИДУ В ФОКУСІ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ЖІНОК З ОСТЕОПОРОЗОМ

*Корж М.О., **Макаров В.Б., *Танькут О.В.