



Рисунок 1 – Результат оценки SERI и Шедде-МакБрайд

По длительности лечения в стационаре преобладали пациенты, которым проводилась операция Шедде – МакБрайд – $8,9 \pm 2,6$ дня, в то время как у пациентов с SERI – $7,5 \pm 2,3$ дня.

Выводы

При оценке субъективного метода анкетирования по двум шкалам (AOFAS, MOXFQ) послеоперационного состояния стоп у пациентов после операций по устранению поперечного плоскостопия и вальгусной деформации 1 пальца стоп по SERI и Шедде – МакБрайд не выявлено статистически значимого отличия в клиническом исходе в обоих случаях. Основная разница заключается в сокращении длительности стационарного лечения после операции SERI и соответствующего снижения финансовой нагрузки на лечебное учреждение и систему здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. SERI–остеотомия как один из методов оперативного лечения вальгусной деформации первого пальца стопы / С.У. Убайева [и др.] // Гений ортопедии. – 2016. – № 3. – С. 27–31.
2. Современные взгляды на хирургическое лечение hallux valgus / И. Г. Беленький [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – Т. 2021. – С. 7.
3. Сорокин, Е. П. Хирургическое лечение вальгусного отклонения первого пальца стопы и его возможные осложнения (обзор литературы) / Е. П. Сорокин // Травматология и ортопедия России. – 2011. – № 4. – С. 123–130.
4. Ежов, М. Ю. Особенности мини-инвазивной коррекции первого луча стопы при лечении пациентов с hallux valgus / М. Ю. Ежов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3. – С. 109–109.
5. Magnan, B. Minimally invasive retrocapital osteotomy of the first metatarsal in hallux valgus deformity / B. Magnan, E. Samaila, P. Bartolozzi // Operative Orthopadie und Traumatologie. – 2008. – Т. 20. – № 1. – С. 89–96.

УДК 616.72-018.598-089.38-036.82:796

Д. В. Ляховченко, Е. О. Климова

Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Третьяков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У НЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Введение

Одним из самых распространенных и, при этом, сложных повреждений коленного сустава является разрыв передней крестообразной связки (ПКС). Данная травма особенно часто встречается у спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей и др.),

горнолыжников и борцов, и нередко сопровождается повреждением других структур коленного сустава, таких как мениски, боковые связки и хрящевые поверхности [1].

ПКС является ключевым стабилизатором коленного сустава, препятствующим переднему смещению большеберцовой кости относительно бедра, а также ротационной нестабильности коленного сустава. Следовательно, к числу специфических жалоб у спортсменов с разрывами ПКС относится наличие нестабильности коленного сустава. Подобное состояние ограничивает физические возможности пациентов, приводит к существенному снижению качества жизни и не позволяет заниматься активными видами спорта на привычном уровне. Таким образом, основной целью реконструкции ПКС у физически активных молодых людей является полноценное восстановление функции коленного сустава и возвращение к прежнему уровню спортивных нагрузок.

Для решения данной проблемы первое, с чем сталкивается любой оперирующий ортопед – это выбор трансплантата для реконструкции ПКС. В настоящее время наиболее распространенными «донорами» замещения ПКС являются средняя порция собственной связки надколенника с фрагментами большеберцовой кости и надколенника (ВТВ), сухожилие полусухожильной мышцы (ST) и сухожилие длинной малоберцовой мышцы (PL) [2].

Одним из наиболее достоверных способов оценки успешности проводимого лечения в травматологии и ортопедии, функционального статуса и качества жизни пациента считаются функциональные опросники. Известно, что данные клинического осмотра или инструментальных методов диагностики не всегда коррелируют с функциональным результатом лечения и субъективными ощущениями самого пациента. В связи с этим субъективные шкалы активно применяют для объективизации результатов и сравнения разных групп пациентов.

Среди существующих опросников для коленного сустава наиболее предпочтительными для оценки состояния пациентов с повреждениями связочного аппарата коленного сустава были признаны «International knee documentation committee» (IKDC) и «Anterior cruciate ligament return to sport after injury scale» (ACL-RSI) [3].

Цель

Провести сравнительный анализ различных типов пластики ПКС для определения оптимального типа оперативного вмешательства и восстановления функциональной активности у непрофессиональных спортсменов с разрывом ПКС.

Материал и методы исследования

В исследование включены 36 пациентов (30 мужчин и 6 женщин), занимающихся различными видами спорта и проходивших лечение в учреждении «Гомельская городская клиническая больница № 4», с повреждением ПКС в анамнезе. В качестве «доноров» для замещения ПКС были использованы ВТВ, ST и PL. Оценка результатов пластики ПКС выполнена с использованием стандартизированных оценочных шкал IKDC и ACL-RSI, была проведена выборка вопросов в соответствии с целью исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ функции коленного сустава у обследуемых пациентов при высокой физической нагрузке после изолированного разрыва ПКС с помощью опросника IKDC показал, что при пластике ВТВ наблюдались лучшие результаты при нагрузке бегом, прыжками и приседаниями (таблица 1).

Таблица 1 – Опросник IKDC (неполный)

Вид физической нагрузки	PL, баллы	ST, баллы	ВТВ, баллы
Бег	3,50 ± 1,69	4,00 ± 0,99	4,00 ± 0
Прыжки	1,50 ± 1,30	3,00 ± 1,22	3,00 ± 0
Приседания	2,50 ± 1,30	3,00 ± 0,92	3,00 ± 0,57

Более высокий уровень восстановления пациента после оперативного лечения по отношению к первоначальному уровню активности до получения травмы был достигнут при помощи пластики PL (таблица 2).

Таблица 2 – Опросник ACL-RSI

Вопросы	PL, баллы	ST, баллы	ВТВ, баллы
1. Вы нервничаете во время занятий спортом?	6,00 ± 3,18	6,50 ± 3,64	4,50 ± 3,79
2. Расстраивает ли Вас, что приходится учитывать состояние Вашего коленного сустава?	8,00 ± 1,92	7,00 ± 3,48	7,50 ± 3,89
3. Вы чувствуете себя расслабленным во время занятий спортом?	4,50 ± 3,29	5,00 ± 3,37	6,00 ± 3,24
4. Вы боитесь повторно повредить коленный сустав во время выполнения спортивных?	9,50 ± 1,58	9,00 ± 2,88	9,00 ± 3,62
5. Вы боитесь случайно повредить коленный сустав во время занятий спортом?	9,50 ± 2,26	9,00 ± 2,95	9,00 ± 3,4
6. Уверены ли Вы, что Ваш коленный сустав не мешает выполнять спортивные нагрузки?	7,50 ± 2,79	6,50 ± 3,04	7,00 ± 2,86
7. Уверены ли Вы, что сможете заниматься спортом, если коленный сустав не будет Вас беспокоить?	10,00 ± 1,38	10,00 ± 2,86	9,50 ± 2,8
8. Уверены ли Вы, что Ваш коленный сустав сохраняет стабильность при нагрузках?	9,00 ± 3,97	8,00 ± 1,84	8,50 ± 1,43
9. Уверены ли Вы, что сможете достичь прежнего уровня в спорте?	9,00 ± 1,92	8,00 ± 2,79	8,00 ± 1,91
10. Уверены ли Вы в своей способности хорошо выполнять спортивные нагрузки?	6,00 ± 3,24	8,00 ± 2,34	9,00 ± 1,43
11. Считаете ли Вы, что возможно повредить коленный сустав при занятиях спортом?	9,50 ± 3,39	9,00 ± 2,43	9,00 ± 1,10
12. Готовы ли Вы к тому, что Вам в случае повторной травмы снова придется пройти оперативное лечение и курс реабилитации, в связи с чем у Вас не будет возможности заниматься спортом?	6,50 ± 2,76	7,00 ± 3,24	9,00 ± 2,59
Результат	89,50 ± 10,23	82,00 ± 33,63	86,00 ± 30,74

При оценке эмоционального состояния и расслабленности во время занятий спортом (таблица 2, вопросы № 1, 2, 3) и уверенности в достижении прежнего уровня в спортивных состязаниях (таблица 2, вопросы № 6, 7, 8, 9, 10) пластика PL оказалась более предпочтительна, чем пластики ST и ВТВ.

При оценке риска повторной травмы (повреждения ПКС) (таблица 2, вопросы № 4, 5, 11, 12) пластика ВТВ показывает наиболее высокие результаты в опросе.

Выводы

При оценке таких показателей активности как бег, прыжки, приседания и оценке риска повторной травмы пластика ПКС средней порцией собственной связки надколенника является более комфортной для пациентов, чем пластика сухожилием полусухожильной мышцы. Пластика сухожилием длинной малоберцовой мышцы является наименее удовлетворительным вариантом.

При оценке возвращения к первоначальному уровню активности, эмоционального состояния, уверенности и расслабленности во время занятий спортом пластика ПКС сухожилием длинной малоберцовой мышцы имела наилучшие результаты.

Полученные данные позволяют рекомендовать пациентам, ориентированным на интенсивные и силовые физические нагрузки, выполнять пластику повреждения ПКС средней порцией собственной связки надколенника. Пациентам, ориентированным на восстановление активности и уверенного управления суставами, рекомендуется выполнять пластику повреждения ПКС сухожилием длинной малоберцовой мышцы.

Реконструкция ПКС представляет собой успешное оперативное вмешательство, которое позволяет улучшить функцию коленного сустава, устранить нестабильность и вернуть пациента к активной деятельности при оптимальном выборе стратегии восстановления поврежденной связки с учетом выбора трансплантата и функциональных запросов спортсменов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еремин, Д. Н. Физическая реабилитация футболистов с разрывом передней крестообразной связки / Д. Н. Еремин, Е. О. Архипенкова // StudNet. – 2020. – № 3 (10). – С. 150.
2. Михалёва, К. В. Функциональное состояние коленного сустава у пациентов с изолированным повреждением передней крестообразной связки в зависимости от типа пластики / К. В. Михалёва, В. С. Волчек, О. В. Тимашков // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. XII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 8 окт. 2020 г. : в 8 т. – 2020. – № 3 (10). – С. 169–171.
3. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score or International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form: which questionnaire is most useful to monitor patients with an anterior cruciate ligament rupture in the short term? / B. L. van Meer [et al.] // Arthroscopy. – 2013. – №2 9 (4). – P. 701–715.

УДК 616.716.4-001.5-089

Н. В. Рождаев, В. И. Туренков

Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Третьяков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА И СОПУТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ

Введение

Переломы костей лицевого черепа встречаются у 17–29 % взрослого населения, переломы скуловой кости составляют около 20 % [1]. Особенностью переломов скуловой кости является частое сочетание с переломами скулоорбитального, скуловерхнечелюстного и назоорбитального комплекса [2]. Лишь изредка переломы скуловой кости или костей орбиты, ввиду сложного строения висцерального черепа, малой толщины костей и наличия периферических пазух носа, являются изолированными, из-за чего возникает потребность в поиске других повреждений при осмотре пациента и для планирования его дальнейшего лечения.

Анализ частоты встречаемости переломов костей скулоорбитального комплекса позволяет получить информацию о сопутствующих патологиях, фокусируя внимание челюстно-лицевого хирурга на наиболее уязвимых и анатомически значимых локализациях [3].

Цель

Провести сравнительный анализ частоты переломов костей скулоорбитального комплекса и сопутствующих состояний при переломах скуловой кости.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 80 медицинских карт пациентов с диагностированными переломами скулоорбитального комплекса, которым было проведено КТ-исследование области головы на базе учреждения «Гомельская областная клиническая боль-