

Актуальность исследования: Кисть является тончайшим инструментом общения человека с миром. Повреждение одного из ее элементов вызывает нарушение сбалансированного механизма движений всей кисти. ладьевидная кость в силу своих анатомо-биомеханических особенностей занимает первое место среди повреждений лучезапястного сустава

Цель исследования: Изучить эффективность различных методов оперативного и консервативного лечения асептического некроза ладьевидной кости.

Материалы и методы: Изучены отечественные и иностранные литературные источники — 9 научных статей, а также клинические наблюдения больных, пролеченных в стационарах СПб — 34 истории болезни.

Результаты: После консервативного лечения асептического некроза ладьевидной кости запястья полное излечение с возможностью полного возвращения работоспособности достигалось в 22–63% случаев в зависимости от стадии течения процесса и своевременности начала соответствующего лечения. После использования методов оперативного лечения, таких как туннелизация по Беку, удаление кости или ее элемента, артрорез, костно-пластические операции, эндопротезирование наблюдалось большое количество неудовлетворительных результатов — до 70%. Однако, при использовании метода чрескостного дистракционного остеосинтеза, хорошие результаты с возвращением работоспособности и уменьшением объема сгибательно-разгибательных движений не более чем на 25% достигались в 73% случаев, но имелись такие осложнения как спицевой остеомиелит в 42% наблюдений, вторичная травма полученная вследствие излишней нагрузки сразу после снятия дистракционного аппарата у 4% больных.

Выводы: На основании изученных данных и использования современных подходов [1–3] целесообразно использовать алгоритм ведения пациентов с асептическим некрозом ладьевидной кости запястья в зависимости от стадии процесса и времени начала лечения.

Литература

1. Ауди К., Безгодков Ю.А., Дмитриевич Г.Д., Марков М.В. Применение биомеханической САПР в практике обучения / Современное образование: содержание, технологии, качество. 2011. Т. 2. С. 222–223.
2. Безгодков Ю.А., Дмитриевич Г.Д., Марков М.В., Аболин А.Б., Нгуен Н.М. Современный подход к биомеханической оценке эффективности применения эндопротезов / Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2012. Т. 19. № 4. С. 68–72.
3. Кикачеишвили Т.Т., Безгодков Ю.А., Соболев И.П. Система документации в международном обществе травматологов и ортопедов / Травматология и ортопедия России. 1998. № 1. С. 79–81.

ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Бахмацкая М.С., Шерфединов А.С.

Научный руководитель: д. м. н. профессор Безгодков Ю.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: По данным ВОЗ частота остеопороза занимает 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Остеопороз часто диагностируется лишь после переломов, приводящих к потере трудоспособности и способности к самообслуживанию [1–3].

Цели исследования: Изучить патогенез постменопаузального остеопороза и меры его профилактики и лечения.

Материалы и методы: Проведен анализ исследований, опубликованных в печатных изданиях и базах данных Web of Science, PubMed, Scopus, e-Library.

Результаты: Эстрогены положительно влияют на минеральный обмен посредством сложного биохимического механизма. На развитие остеопороза влияет образ жизни. Для фармакологической коррекции предложены препараты кальция и витамина D, бисфосфонаты, каль-

цитонин. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) обладает прямым патогенетическим действием, однако, прием больше 5 лет ассоциируется с риском развития рака молочной железы, ИБС, инсульта и венозного тромбоза. Селективные модуляторы рецепторов эстрогена обладают эффектом агониста эстрогенов в отношении кости и липидного обмена, и антагонистом эстрогенов в отношении матки и молочной железы.

Выводы: Женщины в менопаузе имеют эстрогенную недостаточность и риск осложнений остеопороза, поэтому для них важна пропаганда здорового образа жизни, информирование о факторах риска. Им показана медикаментозная поддержка препаратами Ca и витамина Д, бифосфонатами. ЗГТ возможна по показаниям (симптомы климактерических расстройств) и под строгим контролем.

Литература

1. Богопольская А.С., Воронцова Т.Н., Вебер Е.В., Безгодков Ю.А. Современное состояние проблемы лечения пострадавших с переломами в области проксимального отдела бедренной кости / Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. С. 17.
2. Вебер Е.В., Воронцова Т.Н., Богопольская А.С., Безгодков Ю.А. Маршрутизация взрослых пациентов с патологией тазобедренного и коленного суставов / Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. С. 94.
3. Кикачешвили Т.Т., Соболев И.П., Безгодков Ю.А. Эндопротезирование тазобедренного сустава конструкцией Кикачеишвили: анализ 13-летнего опыта / Травматология и ортопедия России. 1996. № 3. С. 17–22.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МОЛОТКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОП

Глазков Л.Н.

Научный руководитель: д. м. н. профессор Безгодков Ю.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: Значение молоткообразной деформации пальцев стоп в сфере ортопедической патологии обусловлено рядом причин: высокой частотой встречаемости; развитием осложнений, ухудшающих не только функцию, но и качество жизни, необходимостью хирургического вмешательства [1;2;3].

Цель исследования: Определить наиболее рациональную тактику хирургического лечения молоткообразной деформации пальцев стоп.

Материалы и методы: Анализ публикаций в доступных информационных системах (PubMed, MedLine, Scopus, E-Library). Оценка результатов основывалась на использовании шкалы AOFAS, данных функциональных исследований, субъективных критериев (выраженность болевого синдрома, косметический дефект).

Результаты: Установлено, что эффективность традиционных методов оперативной коррекции молоткообразной деформации пальцев стоп (по Gocht и Hohmann) ниже по сравнению с использованием подхода, который предполагает первостепенное устранение причин возникновения деформации с последующей её коррекцией.

Выводы: 1) При выборе хирургической коррекции необходимо опираться на анатомическую классификацию молоткообразной деформации пальцев стопы и сочетание её с другими видами деформаций. 2) Целесообразно применять определённый порядок при хирургической коррекции молоткообразной деформации пальцев стопы: сперва устраняются этиологические факторы, способствующие развитию этой патологии, после чего производится коррекция молоткообразной деформации на завершающем этапе операции. 3) Использование гипсовой иммобилизации в послеоперационном периоде увеличивает сроки реабилитации и восстановления трудоспособности.

Литература

1. Безгодков Ю.А., Аль Двеймер И.Х., Осланова А.Г., Саидова К.М. Хирургическое лечение статических деформаций стоп / Современные проблемы науки и образования. 2014. № 3. С. 528.