

2. Безгодков Ю.А., Аль Двеймер И.Х. Совершенствование хирургического лечения hallux valgus / Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 194.
3. Яценко А.В., Аль Двеймер И.Х. Биомеханические особенности патогенеза статических деформаций стоп / В книге: Студенческая наука 2016. Материалы форума, посвященного 80 летию со дня рождения з.д.н. РФ, проф. А.В. Папаяна. 2016. С. 106.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПАТОГЕНЕЗ КОКСАРТРОЗА

Димов И.Д., Прокопенко И.Н., Зайцева А.В.

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: Коксартроз является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательной системы и занимает второе место после гонартроза [1; 2]. Встречается у каждого 3-го пациента 45–64 лет и у 60–70% больных старше 65 лет.

Цель исследования: Изучить причины и механизм развития коксартроза, путем анализа опубликованных данных.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ отечественной и зарубежной литературы.

Результаты: Результаты исследования влияния гормональных факторов (эндогенного или экзогенного эстрогена) на возникновение коксартроза у женщин противоречивы. Механические факторы способствуют прогрессированию артроза [3]. По данным The Johnston County Osteoarthritis Project: Arthritis & Disability, распространенность коксартроза у афроамериканок (23%) и кавказских женщин (22%) схожа, в то время как у мужчин была несколько выше у афроамериканцев (21%), чем у кавказцев (17%). Рентгенологические особенности тазобедренного сустава у афроамериканцев и кавказцев различается. А именно, остеофиты в боковой части тазобедренного сустава чаще встречаются у афроамериканцев, чем у кавказцев.

Выводы: Частота развития и тяжесть заболевания у женщин выше, чем у мужчин. Генетические факторы имеют важное значение в развитии коксартроза.

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. Федотов А.Л., Безгодков Ю.А., Воронцова Т.Н. Современное состояние вопроса оказания помощи пациентам с переломами и переломовывихами в голеностопном суставе / Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2014. Т. 173. № 3. С. 107–110.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО ИЛИЗАРОВУ И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ГЕКСАПОДА

Забалуев М.В., Баклагин А.Е., Иванов В.В., Малиновская Д.П., Тягунова В.Д.

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: Несколько десятилетий для коррекции деформации бедренной кости успешно применяется аппарат Илизарова, в последнее время — Орто-СУВ. Вопрос о выборе метода лечения обсуждается [1; 2].

Цели исследования: Сравнить и обосновать использование аппарата Илизарова и ортопедического гексапода при деформациях бедренной кости.

Материалы и методы: Произведен анализ публикаций в доступных информационных системах (PubMed, MedLine, Scopus, E-Library).

Результаты: Время коррекции деформации по Илизарову составило от 9–20 дней для простых деформаций, 18–37 дней — для деформаций средней сложности, 25–80 — для сложных. На протяжении коррекции деформации аппарат подлежал частичному перемонтажу для смены репозиционного узла от одного (простые деформации) до пяти раз (сложные деформации). При применении аппарата Орто-СУВ расчет коррекции деформации выполняли в прилагаемой к аппарату компьютерной программе. При этом только в случае коррекции ротационного компонента требовался перерасчет по вновь выполненным рентгенограммам. Коррекцию деформации выполняли в большинстве случаев (74%) одноэтапно. Время, необходимое для коррекции простых деформаций, занимало от 7 до 16 дней, для деформаций средней сложности — 10–23 дней, а для коррекции сложных деформаций — 15–47 дней.

Выводы: Коррекция апп. Илизарова эффективна и может использоваться при всех типах деформаций. Применение аппарата Орто-СУВ позволяет сократить время коррекции средних и сложных деформаций в 1,4–2,4 раза и уменьшить число рентген-контроля.

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., Ауди К., Дмитриевич Г.Д., Кормилицын О.П., Марков М.В. Исследование и моделирование биомеханических процессов в тазобедренных суставах / Известия СПбГЭТУ ЛЭТИ. 2012. № 2. С. 88–91.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОКСАРТРОЗА

Зайцева А.В., Димов И.Д., Прокопенко И.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 исследования: Коксартроз — очень распространенное и связанное с увеличением возраста пациентов заболевание. В связи с чем возрастает необходимость консервативного лечения.

Цель исследования: Изучить методы консервативного лечения коксартроза.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ отечественной и зарубежной литературы за последние 5 лет.

Результаты: Лечение пациентов с коксартрозом зависит от интенсивности симптомов, ограничения подвижности тазобедренного сустава, степени ограничения в повседневной жизни и нарушения сна [1;2]. Использование нехирургического лечения всегда показано на начальных стадиях заболевания. На поздних стадиях применение консервативного лечения не дало удовлетворительных результатов [3]. Главным компонентом, отвечающим за вязкоэластичные свойства суставной жидкости, является гиалуронан — полисахарид из группы гликозаминогликанов. Качественное улучшение синовиальной жидкости в поврежденном, суставе можно обеспечить, путем внутрисуставного введения протеза синовиальной жидкости — экзогенного гиалуроната натрия высокой степени очистки с очень хорошими вязкоупругими свойствами.

Выводы: Введение синовиальных протезов уменьшает болевой синдром, улучшает подвижность суставов, позволяет пациентам сократить употребление нестероидных противовоспалительных препаратов, а также отсрочить проведение ортопедической операции протезирования сустава.