

до 132,2) мм $p=0,0000$ Угол Clarke 29,8° (размах от 0 до 50,2) и 47,8° (размах от 31,4 до 56,0) $p = 0,00001$. Оценка отдаленных результатов выявила улучшение практически по всем изучаемым показателям.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности артрориза подтаранного сустава при лечении нефиксированной формы плоскостопия у детей.

Литература.

1. Малахов, О.А. Особенности хирургического лечения плосковальгусной деформации стоп у детей / О.А. Малахов, В.В. Лола // Рос. педиатр. журнал 2011 № 4. С. 49–51.

ДИАГНОСТИКА КОКСАРТРОЗА

Прокопенко И.Н., Димов И.Д., 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 часто встречающимся полиэтиологическим заболеванием опорно-двигательной системы, чем обуславливается сложность диагностики [1;2].

Цель исследования: Изучить современные методы диагностики коксартроза.

Материалы и методы: Анализ отечественной и зарубежной литературы.

Результаты: Все пациенты с коксартрозом могут быть разделены на две группы: 1) пациенты с рентгенологическим коксартрозом, которые не имеют симптомов и обнаружены случайно на основании результатов рентгенологического исследования пораженного сустава и 2) пациентов с симптоматическим коксартрозом, чьи жалобы, такие как боль, ограниченная подвижность и снижение или потеря функции пораженного сустава (суставов), приводит их к врачу [3]. Диагностика коксартроза производится на основании истории болезни, клинических проявлений, физического обследования, а также основных и (при необходимости) дополнительных диагностических методов визуализации. Те наиболее часто используемые клинические критерии диагностики коксартроза являются критериями Американского колледжа ревматологии для диагностики и классификации коксартроза.

Выводы: Диагноз коксартроза выставляется на основании клинических признаков и данных дополнительных исследований, основным из которых является рентгенография. В качестве других методов инструментальной диагностики коксартроза могут использоваться КТ и МРТ, а также УЗИ для выявления воспаления в суставах или окружающих их тканях.

Литература

1. Кикачешвили Т.Т., Соболев И.П., Безгодков Ю.А. Эндопротезирование тазобедренного сустава конструкцией Кикачешвили: анализ 13-летнего опыта / Травматология и ортопедия России. 1996. № 3. С. 17–22.
2. Тихилов Р.М., Корышков Н.А., Привалов А.М., Безгодков Ю.А. Вариант выполнения артротомии подтаранного сустава / Травматология и ортопедия России. 2009. № 2(52). С. 127–129.
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.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Румянцева О.О., Филиппова К.С.

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

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет