

до 132,2) мм $p=0,0000$ Угол Clarke $29,8^\circ$ (размах от 0 до 50,2) и $47,8^\circ$ (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

Актуальность исследования: Частота контрактуры Дюпюитрена составляет около 3% в мировой популяции и 11,8% среди всех зарегистрированных заболеваний кисти. Прогрессирующее течение болезни приводит к значительному нарушению функции кисти, а в конечном итоге может приводить к инвалидности [1;2].

Цель исследования: Оценить эффективность разных методик хирургического лечения заболевания путем иссечения участков рубцово измененного ладонного апоневроза.

Материалы и методы: Анализ опубликованных данных отечественных и зарубежных авторов.

Результаты: Фасциэктомия: рецидив — 12,5%, повреждение нерва — 3%, инфекция — 8,5%. Игольная апоневротомия: рецидив — 17%, повреждение нерва — 0,4%, инфекция — 2%. Инъекции коллагеназы: рецидив — 17%, повреждение нерва — 0%, инфекция — 0%. По данным анализа различных авторов частота рецидивов заболевания для различных методов лечения контрактуры Дюпюитрена представляется относительно одинаковой, но стоит отметить, что рецидивы возникают у больных с 3 и 4 стадией заболевания. Но при этом частота осложнений при использовании малоинвазивных методов и консервативного лечения значительно ниже, чем при выполнении открытой операции. Также стоит отметить, что открытая радикальная операция технически очень сложна, а следовательно требует больших финансовых затрат и более длительного периода восстановления после операции. Малоинвазивная методика позволяет провести операцию в амбулаторных условиях, а также позволяет пациенту вернуться к активной жизни в течение пары дней, в отличие от консервативного лечения, где восстановительный период может достигать недели и сопровождаться осложнениями в окружающих тканях при проникновении туда препарата.

Выводы: Для лечения контрактуры Дюпюитрена успешно используются малоинвазивные и консервативные методы лечения, позволяющие в короткий срок увеличить объем разгибательных движений пораженного участка кисти. При этом данные методики все еще уступают радикальному оперативному лечению по частоте рецидивирования заболевания.

Литература

1. Страфун С.С., Уровский А.А. Чрескожная фасциотомия при контрактуре Дюпюитрена / Рецидив контрактуры Дюпюитрена и факторы, которые на него влияют, при применении оперативного метода лечения. 2013. 99 с.
2. Eaton C. Review. J. hand surg. am. 2011. N 2. P. 11–13.

УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬЮ ПРИ ТРАВМЕ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ташходжаев А.А., Тиляков А.Б., Шарипов А.М.

Научные руководители: д.м.н. профессор Шарипов А.М., к.м.н. ассистент Тиляков А.Б.
Кафедра неотложной педиатрии и медицины катастроф
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: Выполнение надлежащего и своевременного лечения боли, является не только правом пациента, но и более ранним его выздоровлением, уменьшением стрессовой реакции, сокращением пребывания в больнице, снижением затрат, уменьшением риском хронической боли, снижением уровня заболеваемости и смертности [1; 2].

Цель исследования: Разработать оптимальный подход по уменьшению интенсивности боли у детей с травмой конечностей.

Материалы и методы: Для исследования наблюдалось 216 пациентов в возрасте до 18 лет в течении 2018 года на базе Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи. Оценка боли осуществлялась по шкале KUSS. Дизайн исследования произведен когортным проспективным методом.

Результаты: Согласно статистике, на 2018 год, по линии СМП с изолированными повреждениями трубчатых костей верхней и нижней конечности на базу РНЦЭМП были доставлены всего 32% пациентов, 68% больных обратились самотеком. У всех пациентов, обратившихся самотеком (147 детей), была выражена болевая симптоматика. У пациентов, доставленных по