

(33,3 %), что обусловлено развитием остеопороза. Следует отметить, что количество переломов шейки бедренной кости у женщин в 2 раза больше, чем у мужчин, в связи с особенностями структуры костной ткани в постменопаузальный период.

Перелом шейки бедра сопровождался смещением костных отломков в 63,33 % случаях.

Пациентам возрастной группы от 18 до 59 лет чаще проводили остеосинтез шейки бедра DHS системой и тотальное эндопротезирование с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости с одинаковой частотой. Преобладающей операцией в возрасте 60-74 года было тотальное эндопротезирование с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости (50,0 %), а в возрастной группе старше 75 лет — тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава без трансплантации аутокости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Risk factors for hip fractures in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group / S. R. Cummings [et al.] // N Engl J Med. — 1995. — Vol. 322. — P. 767-773.

2. Cummings, S. R. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures / S. R. Cummings, L. J. Melton // Lancet. — 2002. — Vol. 359. — P. 1761-1767.

УДК 617.576-001-08

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ

Короедов П. Н.

Научный руководитель: ассистент О. П. Савчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Повреждения кисти встречаются достаточно часто. Согласно имеющимся данным, среди травм опорно-двигательного аппарата они составляют до 30 %. В клинической практике открытые повреждения кисти составляют от 46 до 65 % от общего числа травм. Большинство повреждений включают в себя ранения нескольких анатомических структур кисти. Травмы, могут приводить к различным изменениям тканей, вплоть до растяжения связок и переломов. Наиболее опасны открытые повреждения, которые могут осложняться присоединением инфекции и протекать с выраженным нарушением кровоснабжения. Особенность повреждений состоит в том, что лишь резаные, рубленые, а также некоторые лоскутные и ушибленные раны после обработки могут быть ушиты первичными швами. При скальпированных, размозженных и многих лоскутных ранах после иссечения заведомо нежизнеспособных тканей остаются дефекты, которые являются серьезной проблемой для лечения и восстановления нормальной функции кисти [1].

Для оптимизации выбора способа хирургического вмешательства и прогноза восстановления функции кисти требуется стандартизация в терминологии и классификации повреждений в сравнительно однородные группы, отражающие общие подходы к оценке тяжести травмы и лечению [2].

В рамках исследования нами был проведен анализ существующих классификаций травм кисти, количество которых в настоящее время составляет около 30 и для оценки информативности мы выбрали наиболее приемлемые, это классификации, предложенные И. Г. Гришиным, О. А. Штутиным, В. П. Дейкало.

Цель

Оценить информативность различных классификаций повреждений кисти для планирования алгоритма лечебных действий.

Материал и методы исследования

Нами был проведён сравнительный анализ 104 историй болезней пациентов с травмами кисти проходящих лечение в ГУЗ ГГКБ № 1 с 2016 по 2019 гг. и систематизация различных повреждений кисти согласно выбранным классификациям. И. Г. Гришиным была предложена классификация, согласно которой он выделил четыре степени повреждения кисти: легкую, средней тяжести, тяжелую и крайне тяжелую [3]. Среди классификаций, сочетающих описательные характеристики открытых механических травм кисти с выделением повреждённых анатомических структур заслуживает внимание классификация, предложенная О. А. Штутиным [1]. Широкое распространение получила система классификации и алфавитно-цифрового кодирования диагноза при повреждениях кисти разработанная В. П. Дейкало. Предложенная классификация повреждений кисти позволяет оценить тяжесть полученной травмы, повреждения мышц и сухожилий, степень нарушения кровообращения, выбрать правильную тактику лечения и последовательность хирургической операции [2].

Результаты исследования и их обсуждения

В исследуемую группу, были включены пациенты в возрасте от 5 до 73 лет. Среди пациентов преобладали мужчины 93 человека, что составило (89,4 %). Количество женщин было в 8,5 раз меньше и составило 11 (10,5 %) человек. Наибольшее количество пациентов с повреждениями кисти было в возрастном промежутке от 40 до 60 лет, что составило 44,2 %. На этапе стационарного лечения всем пациентам проводилась медикаментозная терапия в полном объёме в соответствии с рекомендациями и протоколами.

Для практической работы хирурга можно использовать классификацию повреждений кисти, предложенную И. Г. Гришиным. В соответствии с ней данные о наших пациентах представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с повреждением кисти, согласно классификации И.Г. Гришина

Степени повреждений	Количество пациентов	% поражения
I	72	69,4 %
II	27	25,9 %
III	3	2,8 %
IV	2	1,9 %

Данная классификация охватывает основные разновидности травм, но полностью не отражает характер повреждений, однако помогает ориентироваться в лечебной тактике.

Были проанализировали группы пациентов имеющие повреждения кисти согласно классификации, предложенной О. А. Штутиным, результаты представлены в таблице 2.

Предложенная классификация полностью охватывает круг возможных повреждений кисти и их комбинаций отражает механогенез травмы, размер и локализацию раны и позволяет оценить характер травмы на ранних этапах до момента хирургического лечения.

Были проанализировали группы пациентов имеющие повреждения кисти согласно классификации В. П. Дейкало, результаты представлены в таблице 3.

Таблица 2 — Распределение пациентов с повреждением кисти, согласно классификации О. А. Штутина

Группы повреждений	Подгруппы повреждений	% поражения
Повреждения пальцев	Повреждение одного из трехфаланговых пальцев	26,9 %
	Повреждение первого пальца	9,6 %
	Повреждение пястных костей	8,6 %
	Множественные повреждения пальцев	12,5 %
	Повреждение костей запястья, кистевого сустава	3,8 %
	Повреждение сухожилий, нервов, сосудов	38,6 %
Локализация повреждений	От конца пальца до средней трети средней фаланги	61,7 %
	От средней трети фаланги до пястно-фаланговых суставов	15,4 %
	От пястно-фаланговых суставов до запястья	3,8 %
	На уровне запястья и нижней трети предплечья	19,1 %
Характеристика повреждений кожи	Малые (до 1 см)	4,8 %
	Средние (до 9 см или 1/2 окружности)	74,1 %
	Большие (более 9 см, множественные)	7,6 %
	Раздавливание или отчленение фрагмента	13,5 %
Характер раны	Ограниченные (колотые, резаные)	28,8 %
	Ранения средней тяжести (ушибленные, рваные)	25,9 %
	Тяжелые (раздавливание)	2%
	Раны с дефектами подлежащих тканей	56,7%

Таблица 3 — Распределение пациентов с повреждением кисти, согласно классификации В. П. Дейкало

Группы повреждений	Подгруппы повреждений	% поражений
Повреждение кожи	Кожные повреждения отсутствуют	1,9 %
	Кожа не разорвана, но ушиблена	8,7 %
	Ограниченная отслойка	68,9 %
	Распространенная, закрытая отслойка кожи	10,8 %
	Некроз от ушиба	9,7 %
Характер и размер раны	Резаная (рубленая) рана до 5 см	37,7 %
	Резаная (рубленая) рана более 5 см	5,7 %
	Рваная (размозженная) рана до 5 см	31,75 %
	Рваная (размозженная) рана более 5 см	10,5 %
	Скальпированная, с дефектом кожи, обширная	14,4 %
Повреждения мышц и сухожилий	Повреждения мышц и сухожилий отсутствовали	5,7 %
	Повреждения мышц тенора	9,6 %
	Повреждения мышц гипотенара	18,2 %
	Повреждения сухожилий сгибателей	30,2 %
	Повреждения сухожилий разгибателей	25,9 %
	Сочетанные повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей	7,6 %
	Повреждения связок	2,8 %
Нейроваскулярные повреждения	Повреждения нервов и артерий отсутствовали	6,6 %
	Срединного нерва	3,8 %
	Локтевого нерва	12,5 %
	Срединного и ветви лучевого нервов	1,9 %
	Лучевой артерии	6,7 %
	Локтевой артерии	5,7 %
	Срединного нерва и артерии	12,5 %
	Локтевого нерва и артерии (ий)	18,2 %
Пальцевого (ых) нерва (ов) и артерии (ий)	32,1 %	

Выводы

По данным нашего исследования установлено, что проведение сравнительного анализа выбранных классификаций при клиническом применении наиболее полно отражает и адекватно оценивает степень и характер повреждения мягких и твердых тканей, нарушения кровообращения, травмы сосудов и нервов кисти, позволяет сделать правильный выбор хирургической тактики лечения, классификация, предложенная В. П. Дейкало.

Учитывая разнообразие повреждений при травмах кисти, вряд ли возможно создание единой классификации, полностью отражающей все требования в лечении, одинаково подходящей для практического применения. Однако без унификации в терминологии и выделения из общей массы сравнительно однородных групп повреждений кисти трудно определить тактику лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Миронова, С. П.* Травматология: Национальное руководство / С. П. Миронова; под ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 808 с.
2. *Дейкало, В. П.* Клинико-статистические аспекты и медицинская реабилитация повреждений кисти: учеб. пособие / В. П. Дейкало. — Витебск, 2003. — 125 с.
3. *Гришин, И. Г.* Лечение повреждений кисти на этапах медицинской эвакуации / И. Г. Гришин, В. В. Азолов, Н. М. Водянов. — М.: Медицина, 1985. — 192 с.

УДК 616.71-002.4-02:[616.98:578.834.1]

**ОСТЕОНЕКРОЗ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-ИНФЕКЦИИ.
РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Костенко В. А.

**Научные руководители: ассистент О. А. Речкунова;
к.м.н., доцент А. М. Гурьянов**

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Оренбург, Российская Федерация**

Введение

Остеонекроз — тяжелое заболевание, вызванное нарушением кровоснабжения участка кости, с последующим развитием деформации суставных поверхностей в местах поражения. Наиболее частой локализацией является головка бедренной кости, на втором месте по распространению находятся мышцелки бедренной и большеберцовой костей, реже головка плечевой кости, таранная кость и т. д. В России асептический некроз в структуре заболеваемости костно-мышечной системы взрослого населения не выделен, но согласно расчетам и экстраполяции зарубежных данных ежегодно должно выявляться от 5 до 8 тыс. новых случаев заболевания. Чаще страдают пациенты старше 45 лет, соотношение мужчин и женщин — 1:3. В настоящее время доказана эффективность междисциплинарного подхода к лечению остеонекроза костей, так как составной частью лечения является фармакотерапия, направленная на нормализацию нарушенного метаболизма костной ткани, улучшение кровоснабжения пораженного участка, но при необходимости осуществляется оперативное вмешательство. Учитывая многофакторность развития заболевания, консервативная терапия включает в себя разгрузку прилежащего сустава в комбинации с назначением нестероидных противовоспалительных препаратов, остеотропной и сосудистой терапии, внутрисуставного введения лекарственных средств и физиотерапии [1, 2, 3].

За последнее полугодие увеличилось число обращений пациентов с болью в суставах, возникшей на фоне недавно перенесенной COVID-инфекции. Сообщений в специальной литературе по данному поводу нам не встретилось. Однако, точно можно сказать, что осложнения после COVID-инфекции (важный патофизиологический триггер которой — «цитокиновый шторм») являются следствием дисфункции иммунной системы, чрезмерного выделения провоспалительных цитокинов становятся диффузное альвеолярное повреждение, образование гиалиновых мембран, экссудация фибрина и другие проявления травмы