

нице нормы — 6 (20 %). В биохимическом анализе крови повышен уровень калия у 22 %, снижен уровень кальция и общего белка, повышен уровень щелочной фосфатазы — 13 %, у 55 % — биохимические показатели в пределах возрастной нормы. Показатели коагулограммы у 63 % в пределах возрастной нормы.

Выводы

Особенностью клинической картины костных кист у детей является их бессимптомное течение. Начало заболевания пациенты связывают с болевым синдромом. Чаще возникают патологические переломы. Специфического лабораторного показателя для данного заболевания не выявлено. Методом верификации является рентгенография. С помощью дополнительных методов исследования (компьютерная томография) можно лучше визуализировать кисту, провести дифференциальную диагностику, определить локализацию и четкость границы костной кисты, наличие микрополостей, распространение в костномозговой канал.

ЛИТЕРАТУРА

1. Травматология и ортопедия: учеб. пособие / В. В. Лашковский [и др.]; под ред. В. В. Лашковского. — Минск: Новое знание, 2018. — 520 с.
2. Canale, S. T. Campbell's operative orthopedics / S. T. Canale, J. H. Beaty; ed. K. Daugherty. — 12th edition. — Philadelphia: Elsevier Mosby, 2013. — 4637 p.
3. Herring, J. A. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children / J. A. Herring; ed. J. A. Herring. — 5th. edition. — Philadelphia: Elsevier saunders, 2014. — 2479 p.

УДК 616.718.42-001.5-08-052-053

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Захарова Е. Д., Ковалёва Ю. А.

Научный руководитель: ассистент И. М. Абед

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время отмечается неуклонный рост количества переломов шейки бедренной кости, что можно связать с увеличением продолжительности жизни с одной стороны и развитием системного остеопороза с другой [1].

Лечение переломов шейки бедренной кости имеет ряд особенностей и представляет собой серьезную социально-экономическую проблему. Особенности лечения обусловлены возрастом пациентов, сопутствующей патологией и остеопорозом [2].

Таким образом, основным методом лечения переломов шейки бедренной кости в настоящее время признается тот или иной способ оперативного лечения.

Цель

Выявить особенности лечения пациентов с диагнозом перелом шейки бедренной кости.

Материал и методы исследования

Была проведена ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов с диагнозом перелом шейки бедра, находившихся на лечении в травматологическом отделении ГУ «Гомельской областной клинической больнице» за период с января по декабрь 2020 г.

Обработку данных, полученных в результате исследований, проводили с использованием программы «Excel 2010» и «StatSoft Statistica 10.0» (Microsoft, USA). Количественные признаки описывали с помощью медианы (Me) и интерквартильного размаха (25;75 процентиля).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных пациентов было 20 лиц женского пола (63,33 %) и 10 лиц мужского (36,7 %). Средний возраст женщин составил 66,7 (48,1; 85,2), мужчин — 56,4 (48,1; 85,2).

Поло-возрастная характеристика пациентов с медиальным переломом шейки бедренной кости представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Поло-возрастная характеристика пациентов с медиальным переломом шейки бедренной кости

Возраст, годы	Общее количество пациентов		Мужчины		Женщины	
	человек	проценты	человек	проценты	человек	проценты
18–44	4	13,3 %	2	20 %	2	10 %
45–59	7	23,3 %	3	30 %	4	20 %
60–74	10	33,3 %	4	40 %	6	30 %
75–90	7	23,3 %	1	10 %	6	30 %
90+	2	6,8 %	0	0 %	2	10 %

Медиальный перелом шейки правой бедренной кости со смещением костных отломков диагностирован в 33,33 % случаев (n = 10), медиальный перелом шейки левой бедренной кости со смещением костных отломков — 30 % (n = 9), медиальный перелом шейки левой бедренной кости без смещения костных отломков — 26,67 % случаев (n = 8) и медиальный перелом шейки правой бедренной кости без смещения костных отломков — 10 % случаев (n = 3).

Основным методом лечения является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава — 73,3 % (n = 22), на втором месте стоит остеосинтез шейки бедренной кости — 26,7 % (n = 8).

Остеосинтез шейки бедра проводился двумя способами: DHS системой — 6 операций (20 %) и трансплантация фрагмента кости с кортикальным слоем в область шейки бедренной кости — 2 (6,65 %).

Первичное тотальное эндопротезирование проводилось с трансплантацией аутокости в 12 случаях (45,45 %) и без трансплантации — 10 случаев (54,55 %). Трансплантация аутокости производилась в двух областях: область дефекта бедренной кости — 70 % (n = 7) и область дефекта вертлужной впадины — 30 % (n = 3).

В зависимости от возраста операции распределились следующим образом: в группе 18–44 года проводили остеосинтез шейки бедра DHS системой и тотальное эндопротезирование с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости с одинаковой частотой (по 50 % каждая), в возрастной группе 45–59 лет остеосинтез шейки бедра DHS системой и тотальное эндопротезирование без и с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости с одинаковой частотой (по 28,57 % каждая операция), в возрасте 60–74 чаще всего проводили тотальное эндопротезирование с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости (50 %), самой частой операцией в возрасте 75–90 лет было тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава без трансплантации аутокости, в возрасте старше 90 двум пациентам было проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава без трансплантации кости.

Среди мужчин наиболее частой операцией являлась тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости — 45,45 %, среди женщин — тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава без трансплантацией кости (47,37 %) и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с трансплантацией аутокости в область шейки бедренной кости (26,32 %).

Выводы

На основании данного исследования установлено, что переломы шейки бедренной кости чаще всего диагностируются в возрастной группе 60–74 года

(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.