

За период 2018–2019 гг. основным выделенным микроорганизмом был *S. aureus* (26,7 и 56,5 % соответственно). Кроме этого за 2019 г. часто встречались *P. mirabilis* (56,5 %).

Выводы

При микробиологическом исследовании отделяемого из ран у пациентов травматологического стационара после перенесенного открытого перелома высеваются различные микроорганизмы. Чаще всего встречается *S. aureus* с тенденцией к количественному росту, а также *P. mirabilis*.

В зависимости от типа, наличия гнойно-воспалительного процесса у больных с открытыми переломами на фоне сопутствующей патологии резко удлиняется срок лечения и в отдаленном периоде повышается количество неудовлетворительных результатов. Таким образом вопросы инфекционных осложнений после перенесенных открытых переломов и совершенствование тактики ведения таких пациентов — важная и серьезная задача в системе оказания травматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации / С. Ф. Багненко [и др.]. — М., 2009. — 89 с.
2. *Абаев, Ю. К.* Раневая инфекция в хирургии / Ю. К. Абаев. — Минск: Беларусь, 2003. — 293 с.
3. *Абаев, Ю. К.* Хирургическая инфекция мягких тканей: современные особенности и оптимизация методов лечения / Ю. К. Абаев, В. Е. Капуцкий, А. А. Адарченко // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. Новые направления в медицине: матер. всероссийской междунар. конф., посвящ. 200-летию ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь». — Минск, 2005. — С. 20–21.

УДК 616.728.3:616.758.3-001

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПЛАСТИКИ

Михалёва К. В., Волчек В. С., Тимашков О. В.

Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель А. А. Третьяков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в травматологии и ортопедии субъективные опросники считаются одним из наиболее достоверных способов оценки успешности проводимого лечения, функционального статуса и качества жизни пациента [1].

Известно, что данные клинического осмотра или инструментальных методов диагностики не всегда коррелируют с функциональным результатом лечения и субъективными ощущениями самого пациента [2, 3]. В связи с этим субъективные шкалы активно применяют для объективизации результатов и сравнения разных групп пациентов (по возрасту, полу, виду травмы, типу хирургического вмешательства).

Развитие современной артроскопической технологии вывело проблему лечения больных с повреждениями передней крестообразной связки (ПКС) на качественно новый уровень. Безусловно, такого рода оперативные вмешательства требуют накопления опыта и оптимизации техники. Именно благодаря развитию современной артроскопической технологии лечение повреждений ПКС стало таким многообразным, ведь известно, что достижение успеха возможно при минимальной травматичности выполнения пластики ПКС и адекватном восстановлении анатомии связки. Неудачный выбор метода операции обуславливает удлинение сроков лечения, усложняет повторное вме-

шатательство, а в ряде случаев вызывает стойкую нетрудоспособность и инвалидизацию больного [4–7].

Цель

Выполнить оценку функционального состояния КС у пациентов с изолированным повреждением ПКС после ранней артроскопической реконструкции в зависимости от типа пластики.

Материал и методы исследования

В исследование включены 36 пациентов (30 мужчины и 6 женщин), проходивших лечение в учреждении «Гомельская городская клиническая больница № 4», с повреждением ПКС в анамнезе. Основными «донорами» замещения ПКС использованы сухожилия полусухожильной мышц (ST), средняя порция собственной связки надколенника (ВТВ) и сухожилие длинной малоберцовой мышцы (PL).

Оценка результатов пластики ПКС выполнена с использованием стандартизированных оценочных шкал Knee and osteoarthritis outcome score (KOOS), International knee documentation committee (IKDC) и Anterior cruciate ligament return to sport after injury scale (ACL-RSI). Опросники включают в себя ряд вопросов, результаты представлены в баллах от 0 до 100. Чем выше балл, тем меньше выраженность жалоб при травме и более высокая оценка уровня восстановления пациента после пластики по отношению к первоначальному уровню активности до получения травмы. Результаты опроса оценивались по сумме баллов: 90–100 — отлично; 80–89 — хорошо; 70–79 — удовлетворительно; <70 баллов — неудовлетворительно.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы «Statistica» 12.0, Stat Soft, Inc. Для проверки нормальности распределения использовали тест Колмогорова — Смирнова. При нормальном распределении количественные данные представлены в виде среднего значения со стандартной девиацией, при распределении, отличном от нормального, количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (25-го и 75-го перцентилей).

Для оценки внутреннего соответствия опросника использовали внутриклассовый коэффициент корреляции. Для оценки валидности применяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Критический уровень статистической значимости принимали 5% ($p \leq 0,05$). Все обследуемые ранее не имели повреждений КС.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст опрошенных пациентов составил $32,28 \pm 6,21$ года (от 21 до 48 лет). Основными «донорами» замещения ПКС использованы сухожилия полусухожильной мышц (ST), средняя порция собственной связки надколенника (ВТВ) и сухожилие длинной малоберцовой мышцы (PL).

Результаты оценки исходов пластики ПКС при использовании сухожилия полусухожильной мышц (ST), средней порции собственной связки надколенника (ВТВ) и сухожилия длинной малоберцовой мышцы (PL) с использованием стандартизированных оценочных шкал KOOS, IKDC и ACL-RSI представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка результатов лечения пациентов по критериям оценочных шкал KOOS, IKDS и ACL-RSI в зависимости от типа пластики ПКС

Тип пластики ПКС	Оценочная шкала		
	KOOS	IKDC	ACL-RSI
Сухожилием полусухожильной мышц (ST)	22,33 ± 22,36	65,33 ± 12,72	76,41 ± 33,63
Средней порцией собственной связки надколенника (ВТВ)	24 ± 10,82	67,33 ± 10,41	67,75 ± 45,79
Сухожилием длинной малоберцовой мышцы (PL)	38,63 ± 16,89	57,38 ± 7,91	86,63 ± 10,24

Оценка функций КС у обследуемых после изолированного разрыва ПКС с помощью опросника KOOS показала, что более высокая оценка уровня восстановления пациента после пластики по отношению к первоначальному уровню активности до получения травмы была достигнута при помощи пластики ПКС средней порцией собственной связки надколенника (ВТВ) и сухожилием полусухожильной мышц (ST).

Оценка функций коленного сустава у обследуемых после изолированного разрыва ПКС с помощью опросника IKDC показала, что более высокая оценка уровня восстановления пациента после пластики по отношению к первоначальному уровню активности до получения травмы была достигнута при помощи пластики ПКС сухожилием длинной малоберцовой мышцы (PL).

Оценка функций коленного сустава у обследуемых после изолированного разрыва ПКС с помощью опросника ACL-RSI(RU) показала, что более высокая оценка уровня восстановления пациента после пластики по отношению к первоначальному уровню активности до получения травмы была достигнута при помощи пластики ПКС средней порцией собственной связки надколенника (ВТВ).

Выводы

Применение пластики ПКС аутотрансплантатом средней порцией собственной связки надколенника (ВТВ) позволяет без статистически значимых различий между исследуемыми группами одинаково полноценно восстанавливать стабильность поврежденного коленного сустава у подавляющего большинства пациентов, что подтверждается нормализацией функции коленного сустава, отсутствием клинических признаков несостоятельности ПКС и двигательной патологии, определяемой оценочными шкалами KOOS, IKDS и ACL-RSI.

ЛИТЕРАТУРА

1. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score or International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form: which questionnaire is most useful to monitor patients with an anterior cruciate ligament rupture in the short term? / B. L. van Meer [et al.] // Arthroscopy. — 2013. — Vol. 29, № 4. — P. 701–715.
2. Determinants of patient satisfaction with outcome after anterior cruciate ligament reconstruction / M. S. Kocher [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. — 2002. — Vol. 84, № 9. — P. 1560–1572.
3. Wright, R. W. Knee injury outcomes measures / R. W. Wright // J. Am. Acad. Orthop. Surg. — 2009. — Vol. 17, № 1. — P. 31–39.
4. The Scandinavian ACL registries 2004–2007: baseline epidemiology / L. P. Granan [et al.] // Acta Orthop. — 2009. — Vol. 80, № 5. — P. 563–567.
5. Иржанский, А. А. Валидация и культурная адаптация шкал оценки исходов заболеваний, повреждений и результатов лечения коленного сустава WOMAS, KSS и FJS-12 / А. А. Иржанский, Т. А. Куляба, Н. Н. Корнилов // Травматология и ортопедия России. — 2018. — Т. 24, № 2. — С. 70–79.
7. Языковая, культурная адаптация и валидация опросника ACL-RSI (возвращение в спорт после повреждения передней крестообразной связки) / А. С. Сапрыкин [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — № 5. — С. 93.

УДК 617.582.5

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНОГО ФОНА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА

Шепелев Д. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Мартинович

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема лечения пациентов с чрезвертельными переломами бедренной кости до настоящего времени не потеряла своей актуальности. Это обусловлено неуклонным ростом частоты переломов данной локализации и расширением показаний к выполнению хирургического лечения.