



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (51) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (51)

2023

Received: 20.12.2022
Accepted: 29.12.2022
Published: 20.01.2023

УДК 616-001.6.340.6

КЛИНИЧЕСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Жураев И.Г., Индияминов С.И.

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан
Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РУз,
Ташкент, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

В целях выявления характера, особенности течения, последствий и критериев судебно-медицинской квалификация степени тяжести внутрисуставных переломов, изучены результаты лечения 400 больных с внутрисуставными переломами. Установлено, что внутрисуставные переломы у больных чаще всего отмечены в голеностопных и тазобедренных суставах (44,0 и 20,0% соответственно), затем - в лучезапястных (12,0%) и плечевых суставах (11,5%). В коленных и локтевых суставах подобные травмы отмечались сравнительно реже (7,7% и 4,75% соответственно). Наиболее часто отмечены внутрисуставные переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (66,7%), затем-оскольчатые внутрисуставные переломы (28,8%). Наименьшее количество составили (4,5%) переломы с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей. При всех видах внутрисуставных переломов в большинстве случаев проведены хирургические лечения. Переломы, осложненные анкилозом, асептическим некрозом и дегенеративно-дистрофическими процессами, были квалифицированы к разряду тяжких телесных повреждений, а неосложненные переломы отнесены к разряду средней степени травмы. Исходя из положений «Правил» внутрисуставной перелом головки плеча, а также перелом проксимального отдела бедренной кости и переломы лодыжек обеих берцовых костей были квалифицированы по признаку опасности для жизни к тяжким телесным повреждениям. Установлено, что в происхождении внутрисуставных переломов преобладает прямой механизм травмы.

Ключевые слова: переломы, околоуставные, последствия, механизм, тяжесть.

БЎҒИМ ИЧИ СИНИШЛАРНИНГ КЛИНИК ВА СУД-ТИББИЙ АСПЕКТЛАРИ

Жураев И.Г., Индияминов С.И.

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон,
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика суд-тиббий экспертиза
илмий-амалий маркази, Тошкент, Ўзбекистон
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон

✓ Резюме

Бўғим ичи синишларнинг табиати, хусусиятлари, оқибатлари ва суд-тиббий малака мезонларини аниқлаш учун бўғим ичи синишлари бўлган 400 беморнинг даволаш натижалари ўрганилди. Беморларда бўғим ичи синишлари кўпинча ошиқ болдир ва чанок сон бўғимларда (мос равишда 44,0 ва 20,0%), кейин билак кафт бўғимида (12,0%) ва елка бўғимларида (11,5%) қайд этилганлиги аниқланди. Тизза ва тирсак бўғимларида бундай жароҳатлар нисбатан камроқ кузатилган (мос равишда 7,7% ва 4,75%). Кўпинча бўғим

юзаларининг мослиги бузилган бўғим ичи синишлари (66,7%), сўнгра парчаланган бўғим ичи синишлари (28,8%) қайд этилган. Бўғим юзаларининг мослиги бузилмаган синишлари камроқ (4,5%) ни таъкил этди. Кўпгина ҳолларда бўғим ичи синишларининг барча турлари учун жарроҳлик муолажалар қилинган. Анкилоз, асептик некроз ва дегенератив-дистрофик жараёнлар билан асоратланган синишлар оғир тан жароҳатлари, асоратланмаган синишлар эса ўртача даражадаги тан жароҳатлари деб таснифланган. Бўғим ичи синишлари қондаларига асосланиб, елка бошининг бўғим ичи синиши, шунингдек, сон суягининг проксимал қисм синиши ва иккала тўпиқларининг синиши, ҳаёт учун хавfli тан жароҳат сифатида таснифланган. Бўғим ичи синишларининг келиб чиқишида шикастланишнинг бевосита механизми устунлик қилиши аниқланди.

Калит сўзлар: синишлар, бўғим олди, оқибатлар, механизм, оғирлик.

CLINICAL AND FORENSIC ASPECTS OF INTRA-ARTICULAR FRACTURES

Zhuraev I.G., Indiaminov S.I.

Samarkand State Medical University, Uzbekistan
Republican Scientific and Practical Center of Forensic Medical Examination of the
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

✓ Resume

In order to identify the nature, features of the course, consequences and criteria of forensic qualification of the severity of intra-articular fractures, the results of treatment of 400 patients with intra-articular fractures were studied. It was found that intra-articular fractures in patients were most often noted in the ankle and hip joints (44.0 and 20.0%, respectively), then in the wrist (12.0%) and shoulder joints (11.5%). In the knee and elbow joints, such injuries were relatively less frequent (7.7% and 4.75%, respectively). Intra-articular fractures with a violation of the congruence of articular surfaces were most often noted (66.7%), followed by comminuted intra-articular fractures (28.8%). The smallest number (4.5%) were fractures with preservation of congruence of articular surfaces. In most cases, surgical treatments have been performed for all types of intra-articular fractures. Fractures complicated by ankylosis, aseptic necrosis and degenerative-dystrophic processes were classified as serious bodily injuries, and uncomplicated fractures were classified as moderate trauma. Based on the provisions of the "Rule", an intra-articular fracture of the head of the shoulder, as well as a fracture of the proximal femur and fractures of the ankles of both tibia were qualified for serious bodily injury on the basis of danger to life. It has been established that the direct mechanism of trauma prevails in the origin of intra-articular fractures.

Key words: fractures, periarticular, consequences, mechanism, severity.

Актуальность

В структуре травм опорно-двигательной системы повреждения структур суставов составляет 40-50%. Происхождения травм структур суставов могут быть обусловлены различными обстоятельствами, среди которых преобладают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), падения с высоты, а также падения на плоскость [Антониади Ю.В., 2018; Волокитина, Е.А., 2016].

Повреждения структур суставов могут быть изолированными- в пределах одной или же нескольких суставов, а также сочетанными, с травмой других структур или же частой тела. Среди суставных травм наиболее часто наблюдаются внутрисуставные переломы, которые являются одним из тяжелых травм этих структур. Показатели инвалидности пострадавших при осложненных внутрисуставных переломах до настоящего времени остается довольно высокой [Волокитина, Е. А., М. В. Гилев, Ю. В. Антониади, 2016; ZalavrasCG, PapasoulisE., 2018; Жуликов А.Л., Сучилин И.А., Харютин А.С. [и др.], 2020; Kumar J, Siddiqui AA, Katto MS, Jamil M, Wasim MA, Yaqoob U., 2021., Давыдов А.П, Петров А.Б., 2021; Ульянов И.В., 2022; Davis J T, RudloffMI, 2019; Klifto KM, HeinRE, KliftoCS, PidgeonTS, RichardMJ, RuchDS., 2020].

Суставные травмы являются довольно частыми объектами процесса судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) в отношении живых лиц, так как происхождения этих травм чаще всего связаны с различными видами ДТП или же другими противоправными действиями. Основными задачами СМЭ являются установление механизма формирования, квалификация степени тяжести и определение давности повреждений. Эти и другие судебно-медицинские аспекты повреждений структур суставов, в литературе весьма фрагментированы [Чирков Н.Н. с соавт, 2021; Радыш И.И., 2022]. В действующих «Правилах» имеются общие указания по квалификации степени тяжести и объем стойкой утраты общей трудоспособности при осложненных внутрисуставных травмах [Приложений №№2 и 9 к приказу №153 Министра Здравоохранения Республики Узбекистан от 01.06.2012]. В тоже время в «Стандартах» практически отсутствует алгоритм производство СМЭ при этих видах травм [стандарты производства судебно-медицинских экспертиз и исследований. Приказ МЗ РУз №82 от 04.03.2015].

Цель исследования - выявление характера, особенности течения, последствий и критериев судебно-медицинской квалификации степени тяжести внутрисуставных переломов.

Материал и методы

Изучены результаты лечения 400 больных с внутрисуставными переломами находившихся на лечение в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии за 2021 год.

Наибольшее количество больных с внутрисуставными переломами составляют люди трудоспособного возраста (18-60 лет) - 74,8% и среди пострадавших преобладают лица мужского пола (58,7%). Сроки обращения больных за медицинской помощи с травмами суставов составили от 1 часа до 3 недели. Обследование и лечение больных проведены в соответствии со стандартом (Клинический протокол, Ташкент, 2018).

Обстоятельства травм уточнены по анамнезу больных, по записям вызывных карт скорой медицинской помощи, регистрационных журналов и медицинских карт стационарного больного. Установлено, что в происхождении внутрисуставных переломов преобладают случаев падений на плоскость (71,25%), затем – падение с высоты (12,0%) и столкновений пешеходов с движущимися автомобилями (7,75%). Другие обстоятельства травм составили от 0,75% до 3,0%.

Провели анализ частоты встречаемости внутрисуставных переломов в разрезе суставов с установлением характера травмы – таблица №1

Таблица 1

Частота встречаемости внутрисуставных переломов в разрезе суставов и их характер

Суставы	Характер внутрисуставных переломов				
	С нарушением конгруэнтности суставных поверхностей	С сохранением конгруэнтности суставных поверхностей	Оскольчатые внутрисуставные переломы	Абс	%
Плечевой	23	2	21	46	11,5
Локтевой	17		2	19	4,75
Лучезапястный	13	3	32	48	12
Тазобедренный	67	3	10	80	20
Коленный	17	1	13	31	7,75
Голеностопный	130	9	37	176	44
Всего	267 (66,7%)	18 (4,5%)	115 (28,8%)	400	100

Выявлено, что внутрисуставные переломы чаще всего отмечены в голеностопных и тазобедренных суставах (44,0 и 20,0% соответственно), затем- в лучезапястных (12,0%) и плечевых суставах (11,5%). В коленных и локтевых суставах подобные травмы отмечались

сравнительно реже (7,7% и 4,75% соответственно). Эти данные согласуются с данными литературы [Котельников Г.П., Миронов С.П. 3, 2018; Шапошников Ю.Г., 1997]. Следует отметить что, у больных наиболее часто отмечены внутрисуставные переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (66,7%), затем оскольчатые внутрисуставные переломы (28,8%). Наименьшее количество больных (4,5%) составили переломы с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей.

При всех видах внутрисуставных переломов большинства больным проведены стационарные хирургические лечения с последующей иммобилизацией конечности, которые составили: при переломах с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей – 78,6%, при сохранении конгруэнтности суставных поверхностей – 72,2% и при оскольчатых переломах – 81,7%. Остальным больным проведены амбулаторные лечения (21,4%, 27,8% и 18,3% соответственно) с иммобилизацией пораженной конечности. Сроки иммобилизации конечностей при повреждениях структуры суставов, в зависимости от характера травмы, составили от 5-6 до 9-10 недель.

Следует отметить, что при внутрисуставных переломах сроки иммобилизации конечностей по стандарту составляет 7-8 недель. В наших наблюдениях в большинстве случаев, независимо от характера переломов, иммобилизационный период соответствовал этому сроку. Превышение указанного срока иммобилизации у части больных на 9-10 недель, в основном обусловлено длительностью заживления переломов, а в ряде случаев запоздалыми обращениями больных для снятия гипсовой лонгеты и повязки. Исходя из этого наибольшие сроки иммобилизации были отмечены у 43-х из 267-больных при переломах с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей, и у 3-х больных из 18-при сохранении конгруэнтности суставных поверхностей, а также у 16-ти больных из 115-при оскольчатых внутрисуставных переломах.

Анализ осложнений внутрисуставных переломов показал, что в ближайшие сроки травмы почти у всех больных в пораженном суставе наблюдались отечность, болевой синдром, а также разгибательная и сгибательная контрактуры.

Отмечено, что в отдаленном периоде при переломах с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей у 79 больных (из 183) сохранились контрактуры суставов, у 21- отмечены состояния анкилоза, у 27-асептический некроз и у 56-больных выявлены дегенеративно-дистрофические процессы в суставах. При переломах с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей у 6-ти из 14-тибольных отмечены контрактура, у 2-асептический некроз, у 6-дегенеративно-дистрофический процесс суставов. При оскольчатых переломах из 72-х больных аналогичные осложнения были отмечены у 5-ти, 3-х и у 29-больных соответственно. После проведенной реабилитации в течении 2-2,5 месяцев, у большинства больных (80%) сохранились состояния контрактуры, асептического некроза и дегенеративно-дистрофические заболевания. Этим больным назначено проведение физиотерапевтическое лечение в амбулаторных условиях, отдельным больным рекомендовано эндопротезирование в коленном и тазобедренном суставах. Таким образом, у больных с осложненными оскольчатыми внутрисуставными переломами длительность расстройства здоровья составляла 5-6 месяцев, а объем стойкой утраты общей трудоспособности составил от 35 до 45 %.

Судебно-медицинскими критериями определения степени тяжести повреждений в Узбекистане являются: опасность для жизни травмы; длительность расстройства здоровья; объем (в %) стойкой утраты общей трудоспособности; потеря органа или его функции; развитие душевной болезни; прерывание беременности; наличия признаков неизгладимости лица (Приложений №№2 и 9 к приказу МЗ РУз №153 от 01.06.2012). Исходя из этого, с учетом отдаленных осложнений внутрисуставных переломов, при судебно-медицинской квалификации степени тяжести травмы были учтены критерии опасности для жизни, длительность расстройства здоровья и объем (в %) стойкой утраты общей трудоспособности.

С учетом этих данных, внутрисуставной перелом головки плеча, а также перелом проксимального отдела бедренной кости и переломы лодыжек обеих берцовых костей были квалифицированы по признаку опасности для жизни к тяжким телесным повреждениям. Другие виды осложненных внутрисуставных переломов, вызывавших длительность расстройства здоровья, более 5-6 месяцев и приведших к стойкой утрате общей трудоспособности в объеме от

35% до 45% квалифицированы к разряду тяжких, а остальные неосложненные виды внутрисуставных переломов к средней степени тяжести.

Для решения судебно-медицинской задачи важное значение имеет, установление механизма травмы различных видов внутрисуставных переломов. Анализ литературы показывает, что надбугорковые или внутрисуставные переломы проксимального конца плечевой кости обычно возникает вследствие непосредственного удара по наружной поверхности сустава (прямой механизм) и в ряде случаев они могут формироваться при падении на локтевой сустав отведенной руки (непрямой механизм). В этих условиях головка плечевой кости раскалывается на несколько фрагментов, иногда разрушается весь проксимальный отдел эпиметафиза. Наиболее характерным признаком для внутрисуставных переломов проксимальной части плечевой кости является невозможность отведения плеча в связи с нарушением опора о суставную поверхность лопатки, диагноз обосновывается рентгенографией в аксиальной проекции. При переломах с повреждением сосудисто-нервного пучка, а также при открытых и оскольчатых переломах-вывихах проводится хирургическое лечение. После вмешательства конечность фиксируют гипсовой повязкой на 6 недель, трудоспособность обычно восстанавливается в течение 8-10 недель.

Переломы головки мыщелка и блока плечевой кости также являются внутрисуставными, которые чаще всего сопровождается гемартрозом. В происхождении этих переломов также преобладает прямой механизм травмы. Если переломы без смещения, то производят пункцию локтевого сустава, эвакуируют кровь и проводят обезболивание, конечность фиксируют гипсовой повязкой в функционально выгодном положении на 2-3 недели, затем проводят реабилитацию в течение до 4 недель со съемной иммобилизацией.

Многооскольчатые переломы головки мыщелка плечевой кости считается наиболее тяжелым повреждением, приводящим к ограничению или потери функции локтевого сустава. Эти переломы возникают в результате как прямого, так и непрямого механизма травм. При переломах без смещения отломков лечение заключается в устранении гемартроза и обезболивание сочленение. При переломах со смещением проводить закрытую репозицию, конечность фиксируют гипсовой лонгетой на 4-6 недель, затем накладывает съемную повязку на 2-3 недели. При многооскольчатых переломах требуется резекция раздробленной головки мыщелка плеча. Необходимо учесть, что при травмах локтевого сустава наиболее часто повреждаются капсулы и мышц, что приводит к формированию гематомы и последующем развитии оссификации. Плотность фасции локтевого сустава затрудняют рассасыванию посттравматических гематом и в связи с этим, чаще всего формируется оссификаты и дегенеративные изменения параартикулярных тканей [Шаповалова В.М., Грицанова А.И., Ерохова А.Н., 2004; Жуликов А.Л., с соавт, 2020; Zalavras CG, 2018].

Переломы локтевого отростка (кроме перелома верхушки отростка) также относятся к внутрисуставным, которые составляют около 3,5% от всех переломов костей скелета. Они наиболее часто возникают при прямом механизме травмы (падение на локоть, удар по отростку), редко отрывные переломы могут формироваться в условиях резкого сокращения трехглавой мышцы плеча (непрямой механизм). Переломы могут быть со смещением и без смещения. При переломах со смещениями и без смещения проводится консервативное лечение. Срок фиксации конечности составляет 3-4 недели. Однако, при переломах с выраженным смещением отломков проводится оперативное лечение, которое показано при смещении отломков на 2-3 мм и более с нарушением конгруэнтности суставной поверхности, а также при наличии достаточно крупных фрагментов. Полный объем движений в суставе восстанавливается через 3-5 недель, однако проволочную петлю и спицы удаляют через 3-4 месяцев.

Внутрисуставные переломы головки лучевой кости обычно возникают при непрямом механизме травмы. При переломах без смещения гипсовую повязку от пястно-фаланговых суставов до верхней трети плеча накладывают на сроки 1-1,5 недель, после чего лонгеты снимают и проводят реабилитацию в течение 1 неделю.

Внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза лучевой кости является наиболее частым видом переломов конечностей. Они возникают при падении на вытянутую руку (прямой механизм) и чаще всего сопровождаются отрывом шиловидного отростка локтевой кости с поражением дистального лучелоктевого сустава, переломами головки локтевой кости, костей

запястья. При всех видах переломов дистального эпиметафизии лучевой кости проводят консервативное лечение. Сроки иммобилизации и реабилитации при переломах дистального эпиметафиза лучевой кости составляет 2,5-3,0 месяцев.

При внутрисуставных переломах мыщелков бедра и большеберцовой кости проводится консервативное лечение с репозицией и последующей иммобилизацией и наложением скелетного вытяжения, либо остеосинтез шурупом, болтом или гвоздем. При повреждениях менисков необходимо проведение хирургического вмешательства. Сроки иммобилизации и реабилитации при внутрисуставных переломах мыщелков бедра и большеберцовой кости составляет не менее 12 недель.

Переломы лодыжек являются довольно частым видом внутрисуставных травм, которые может быть одно лодыжечным, двухлодыжечным и трехлодыжечным то есть с повреждением обеих лодыжек и переднего, заднего краев большеберцовой кости. Они могут быть со смещением и без смещения отломков, а также с подвывихом и без подвывиха. При всех видах переломов обычно проводится консервативное лечение. При необходимости выполняют репозицию и накладывают гипс. Срок иммобилизации – по 4 недели на каждую сломанную лодыжку: для однолодыжечного перелома – 4 недели, для двухлодыжечного – 8 недель, для трехлодыжечного – 12 недель. [Шапошников Ю.Г., 1997; Егоров Д.И., Комогорцев И.Е., Домашевский В.А., 2006].

Выводы

1. Внутрисуставные переломы у больных чаще всего отмечены в голеностопных и тазобедренных суставах (44,0 и 20,0% соответственно), затем – в лучезапястных (12,0%) и плечевых суставах (11,5%). В коленных и локтевых суставах подобные травмы отмечались сравнительно реже (7,7% и 4,75% соответственно). Наиболее часто отмечены внутрисуставные переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (66,7%), затем – оскольчатые внутрисуставные переломы (28,8%). Наименьшее количество составили (4,5%) переломы с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей. При всех видах внутрисуставных переломов в большинстве случаев проведены хирургические лечения.

2. Сроки иммобилизации конечностей при повреждениях структуры суставов, в зависимости от характера травмы, обычно составляет от 5-6 до 9-10 недель. В наших наблюдениях в большинстве случаев, независимо от характера переломов, иммобилизационный период соответствовал этому сроку. Превышение отмеченного срока иммобилизации у части больных до 9-10 недель, были обусловлены длительностью заживления переломов, и в ряде случаев – запоздалыми обращениями больных для снятия гипсовой лонгеты и повязки.

3. В отдаленном периоде травмы при других видах переломов с сохранением и нарушением конгруэнтности суставных поверхностей и в большей части при оскольчатых внутрисуставных переломах отмечены осложнения в виде анкилоза, асептического некроза и дегенеративно-дистрофических процессов в суставах. В этих условиях длительность расстройства здоровья составляла до 5-6 месяцев, а объем стойкой утраты общей трудоспособности составил от 35 до 45 %. Подобное состояние было квалифицировано к разряду тяжелых телесных повреждений, а неосложненные переломы отнесены к разряду средней степени травмы. Установлено, что в происхождении внутрисуставных переломов преобладает прямой механизм травмы.

4. Исходя из положений «Правил» внутрисуставной перелом головки плеча, а также перелом проксимального отдела бедренной кости и переломы лодыжек обеих берцовых костей были квалифицированы по признаку опасности для жизни к тяжелым телесным повреждениям.

5. Приведенные данные могут быть учтены при оказании необходимой медицинской помощи больным, а также в процессе судебно-медицинской квалификации степени тяжести и установления механизма различных видов внутрисуставных переломов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алгоритм диагностического обследования пациента с травмой коленного сустава / Егоров Д. И., Комогорцев И. Е., Домашевский В. А. //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН - 2006 - №5
2. Антониади Ю.В. Организация специализированной хирургической помощи пациентам с около- и внутрисуставными переломами костей нижних конечностей. //Гений Ортопедии том 24, № 2, 2018. С. 126-133

3. Жуликов А.Л. и др. Благодаря разработки методов ранней диагностики и эффективных методов лечения внутрисуставных переломов костей конечностей, значительно повешалась качество и система оказания специализированной помощи больным [дистального отдела большеберцовой кости (переломы "пилона"): учебное пособие / А.Л. Жуликов, О.Г. Тетерин, А.С. Харютин [и др.]. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2020. – 48 с. – EDN ZTVUDQ.
4. Волокитина Е.А. Повышение качества и система оказания специализированной помощи при внутрисуставных переломах костей нижних конечностей / Е.А. Волокитина, М.В. Гилев, Ю.В. Антониади //Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2016. – № 4. – С. 22-24. – EDN YTKSHB.
5. Нормативные документы, регламентирующие судебно-медицинскую экспертную деятельность в республике Узбекистан. Ташкент. 2012. Приложение № 2 к приказу №153 от «1» июня 2012 года. Министра здравоохранения Республики Узбекистан С. 52.
6. Радыш И.И. и др. Оценка эффективности проведения физической реабилитации у пациентов после ранней и отсроченной артроскопической реконструкции передней крестообразной связки коленного сустава / И.И. Радыш, Л.С. Круглова, В.В. Бояринцев //Курортная медицина. – 2022. – № 3. – С. 121-126. – DOI 10.51871/2304-0343_2022_3_121.
7. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2021620750 Российская Федерация. База данных отдаленных результатов лечения пациентов с внутрисуставными оскольчатыми переломами дистального отдела плечевой кости: № 2021620660: заявл. 14.04.2021; опубл. 16.04.2021 / А. П. Давыдов, А. Б. Петров; заявитель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – EDN VGISFZ.
8. Стандарты производства судебно-медицинских экспертиз и исследований. Приказ МЗ РУз №82 от 04.03.2015
9. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей в 3 томах. Под ред. Ю.Г. Шапошников. «Медицина», 1997, с.624
10. Травматология и ортопедия: Учебник / Под ред. проф. В. М. Шаповалова, проф. А. И. Грицанова, доц. А. Н. Ерохова. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004. С.311-349
11. Травматология. Национальное руководство/ под ред. Г.П. Котельникова, Миронова С.П. 3-е изда. М. ГЭОТАР. Медиа, 2018. 776 с.
12. Ульянов И.В. Реабилитация пациентов после внутрисуставных переломов локтевого сустава / И.В. Ульянов // Символ науки: международный научный журнал. – 2022. – № 8-1. – С. 52-53. – EDN VHGLJE.
13. Чирков Н.Н., Николаев Н.С., Алексеева А.В., Яковлев В.Н., Лушин А.В. Эффективность современных методик оперативного лечения передней рецидивирующей нестабильности плечевого сустава в зависимости от анатомо-функциональных изменений. //Гений Ортопедии, том 27, № 3, 2021, с.337-344
14. Davis J.T., Rudloff M.I. Posttraumatic Arthritis After Intra-Articular Distal Femur and Proximal Tibia Fractures. Orthop Clin North Am. 2019 Oct; 50(4):445-459. doi: 10.1016/j.ocl.2019.06.002. PMID: 31466661.
15. Klifto K.M., Hein R.E, Klifto C.S., Pidgeon T.S., Richard M.J., Ruch D.S. Outcomes Associated With Scapholunate Ligament Injury Following Intra-Articular Distal Radius Fractures. //J Hand Surg Am. 2021 Apr;46(4):309-318. doi: 10.1016/j.jhsa.2020.12.005. Epub 2021 Jan 30. PMID: 33526293.
16. Kumar J., Siddiqui A.A., Katto M.S., Jamil M., Wasim M.A., Yaqoob U. Treatment of high-energy intra-articular fractures of tibia with Ilizarov external fixator in adults: A tertiary centre experience. Int J Clin Pract. 2021 Sep;75(9):e14488. doi: 10.1111/ijcp.14488. //Epub 2021 Jun 21. PMID: 34115438.
17. Zalavras C.G., Papasoulis E. Intra-articular fractures of the distal humerus-a review of the current practice. Int Orthop. 2018 Nov; 42(11):2653-2662. doi: 10.1007/s00264-017-3719-4. //Epub 2018 Feb 5. PMID: 29404666.

Поступила 20.12.2023

