

КЛАССИФИКАЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТЕЙ

Шопулатов И.Б., Бойманов Ф.Х.,

Самаркандский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В статье авторами проведен обзор и анализ наиболее значимых классификаций повреждений кистей. Показано, что до настоящего времени не разработана унифицированная классификация травм кистей. Для целей судебно-медицинской экспертизы (освидетельствований) живых лиц, по мнению авторов, наиболее приемлемыми являются классификации О.А. Штутин (1999) и Nelson D.L. (1999)

Ключевые слова: повреждения кистей, классификация, судебно-медицинская экспертиза.

ҚЎЛ ПАНЖА СУЯКЛАРИНИНГ ТРАВМАТИК ЖАРОҲАТЛАНИШИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Шопулатов И.Б., Бойманов Ф.Х.,

Самарқанд давлат тиббиёт институти,

✓ Резюме,

Мақолада муаллифлар томонидан кафт-панжа жароҳатланишларга доир муҳим аҳамиятли таснифлари шарҳланган ва таҳлил қилинган. Ҳозирги вақтга қадар кафт-панжа жароҳатланишларининг ягона таснифи ишлаб чиқилмаганлиги таъкидланган. Тирик шахслар суд-тиббий экспертизаси (текишуви) мақсадлари учун, муаллифлар фикрига кўра, О.А. Штутин (1999) ва D.L.Nelson (1999) таснифларини қўлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Калит сўзлар: қўл-панжа жароҳатлари, таснифи, суд тиббий экспертиза.

CLASSIFICATION OF TRAUMATIC INJURIES OF BRUSHES

Shopulatov I.B., Boymanov F.Kh.,

Samarkand State Medical Institute, 140100 Uzbekistan Samarkand Amir Timur str 18 <https://sammi.uz/ru>.

✓ Resume,

In the article, the authors reviewed and analyzed the most significant classifications of brush injuries. It has been shown that a unified classification of hand injuries has not yet been developed. For the purposes of forensic medical examination (surveys) of living persons, according to the authors, the most acceptable classifications are O.A. Stutin (1999) and Nelson D.L. classification (1999)

Key words: brush injuries, classification, forensic examination.

Актуальность

Травмы кистей составляют 25,4-28,4% от общего числа повреждений, 55,1% из них - открытые [Волкова А.М., 1991]. У детей повреждения этого органа занимают одно из первых мест среди травм опорно-двигательного аппарата и достигают до 50% [Ахматов М.Р. с соавт., 2015]. Травмы кистей характеризуются полиморфизмом повреждений, что обусловлено особенностями строения органа - высокой концентрацией и тесной связью большого количества функционально важных структур.

Несмотря на возросший объем повреждений кистей, до настоящего времени не разработана единая классификация среди этих структур, учитывающих все клинические аспекты повреждений кистей. Унифицированная классификация повреждений кистей необходима и для проведения судебно-медицинской экспертизы (освидетельствований) живых лиц, связанных с повреждениями этого органа.

Для достижения целей судебно-медицинской экспертизы (освидетельствований) живых лиц проведен обзор наиболее значимых классификаций повреждений кистей.

По степени функциональных расстройств повреждения кистей подразделяются на: ограниченные повреждения, затрагивающие часть одного из отделов

кисти (65-70%), функция кисти при этом обычно сохранена; обширные повреждения (25-30%) кисти, как орган после подобных ранений становится неполноценной; разрушения кисти - наиболее тяжелый вид повреждений (2-5%), последствия - полная утрата функции кисти. Классификации открытых повреждений кисти можно условно разделить на 3 группы: 1. классификации, построенные на описательных признаках, например, повреждения сухожилий или травматические отчленения сегментов кисти; 2. классификации, построенные по принципу шкалирования (в баллах); 3. классификации открытых травм кисти, объединяющие указанные принципы [Р.П. Матвеев, А.Л. Петрушин, 2010].

Существует классификация открытых травм кистей, учитывающая характер повреждений отдельных её структур - покровных, сухожильного аппарата, переломы, вывихи, сочетание повреждений сухожилий и костей, переломы с покровными дефектами, травматические ампутации и огнестрельные ранения [Сартан В.А., 1975]. М.В. Громов, с соавторами дополнив эту классификацию, предложили включать травмы сосудов, нервов и мышц кисти, - переломы костей запястья, дистального отдела лучевой кости и размоложения пальцев кисти [Громов М.В., 1977]. По мнению Н.П. Демичева к изолированным травмам следует относить повреждения одной ткани или функционально

важной структуры кисти. Множественные травмы кисти – это одновременное повреждение двух или нескольких однородных функциональных структур, сочетанные – одновременное повреждение нескольких разнородных тканей или функционально важных структур, а комбинированные – сочетание механических повреждений с радиационными, термическими и химическими [Демичев Н.П., 1979].

К.П. Пшениснова с соавторами тяжелой считают травмы кистей, сопровождающихся повреждением трех и более ее анатомических структур на уровне пясти с дефектом кожи и (или) полное отчленение I и II пальцев, либо любых трех пальцев, либо скальпирование более 50% площади кисти [К.П. Пшениснова, 2010]. В зарубежной литературе для подобных повреждений используются термины "mangled hand" или "mutilated hand" – искаленная, обезображенная кисть [Berger R.A. Hand Surgery / R.A. Berger, A.-P., C. Weiss, 2004; Green, D. Green's operative hand surgery / D. Green [et al.], 2005; Ring D., 1999]. R.A. Berger и A.-P.C. Weiss выделяя в структуре кисти 5 анатомических образований (покровные ткани, сухожилия, нервы, сосуды, кости) открытые травмы кисти подразделяют на 2 большие группы: 1. с пересечением тканей и с дефектами тканей (пересечение одной из тканей, пересечение нескольких тканей и пересечение всех тканей кисти (травматические ампутации) дефекты одной из тканей, дефекты нескольких тканей и дефекты всех тканей); 2. тяжелая травма кисти (mutilated hand) [Berger, R.A., 2004].

В последние годы в клинической практике отдельно рассматривается классификация повреждений дистальных отделов пальцев. Под дистальным отделом пальца понимают часть дистальной фаланги от кончика до места прикрепления глубокого сгибателя и общего разгибателя пальца, т.е. комплекс повреждений терминального отдела пальца (fingertip injury), включающий в себя повреждения мягких тканей, костной фаланги и ногтевого комплекса [Chittoria R., 1999]. Я.О. Крыжановский считает границу отдела пальца до дистального межфалангового сустава [Крыжановский Я.И., 2009]. Одну из наиболее распространенных классификаций повреждений дистальных отделов пальцев, включающую 5 типов торцовых и косых дефектов, предложил D.I. Nelson: 1. кожные дефекты дистальной части пальца; 2. дефекты кожи и подкожной клетчатки этой же локализации; 3. дефекты на уровне бугристости костной фаланги; 4. дефект на уровне диафиза фаланги; 5. дефект на уровне межфалангового сустава [Nelson D.L., 1999]. T.J. Zuber различает 3 зоны дефектов дистального отдела пальца 1. красную (дефект кончика пальца), 2. синюю (дефект дистальные лунулы ногтя), 3. зеленую (дефект проксимальнее лунулы) [Zuber T.J., 1999].

Для целей микрохирургической техники классифицируют повреждения кисти по типу перчаточного скальпирования (degloving injury) и травматических ампутаций сегментов кисти. Под термином "перчаточное скальпирование" понимается травма дистальных отделов конечностей, при которой происходит отрыв мягких тканей вместе с сосудисто-нервными пучками и сухожилиями от подлежащих костно-суставных структур по типу "снятой перчатки" [Mostby's Medical Dictionary, 2008]. Наиболее известными классификациями данных повреждений являются те, что предложены J. Urbaniak [Urbaniak, J.R., 1981] и S. Kay [Kay S. 1989].

J. Urbaniak выделяет 3 класса данных травм: класс 1 – повреждения с адекватным кровоснабжением травмированных структур, возможно использование стандартных методик лечения покровных и костных повреждений; класс 2 – повреждения, сопровождающиеся нарушением кровотока с возможным микрососудистым восстановлением; класс 3 – нарушения кровотока при невозможности микрососудистого восстановления. В тоже время S. Kay выделял 4 типа повреждений: – повреждения с адекватным кровоснабжением, наличием или отсутствием переломов костей скелета; – повреждения с расстройством кровоснабжения при отсутствии переломов костей скелета [Kay S., 1989].

В МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 1995) в блок травмы запястья и кисти (S60-S69) из открытых повреждений вошли открытая рана (укушенная, резаная, рваная, колотая, множественная), открытый перелом (запястья, пясти, фаланг пальцев, множественный), огнестрельный перелом, размождение (раздавливание), травматическая ампутация (полная, частичная, сочетанная). Термин "отчленение" отсутствует. [Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 2005].

О.А. Штутин предложил классификацию открытых механических травм кисти с выделением поврежденных анатомических структур (I-VI), локализации повреждения (T1-T4), степени нарушения кровообращения (компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная) и вида имеющейся кожной раны. Анатомические варианты повреждений: I. Повреждение одного из трехфаланговых пальцев. II. Повреждение первого пальца. III. Повреждение пястных костей. IV. Множественные повреждения пальцев. V. Повреждение костей запястья, кистевого сустава, а также тотальное или субтотальное повреждение на протяжении одной или обеих кистей. VI. Повреждение мягких тканей (сухожилий, нервов, сосудов, дефекты мягких тканей). Локализацию повреждений автор определяет следующим образом: T1 – от конца пальца до средней трети средней фаланги; T2 – от средней трети средней фаланги до пястно-фаланговых суставов; T3 – от пястно-фаланговых суставов до запястья; T4 – на уровне запястья и нижней трети предплечья. Для характеристики повреждения кожи используется таблица, по горизонтали которой обозначены размеры раны: По вертикали отмечают характер раны: А – ограниченные (колотые, резаные, рубленые) [О.А. Штутин, 1999].

Р.П. Матвеев и А.Л. Петрушин (2011) подводя итог обзору классификаций повреждений кисти подчеркивают, что имеющиеся классификации открытых повреждений кисти превышает 50. По их мнению, практически не возможно создание единой классификации открытой травмы кисти, полностью отражающей все требования, одинаково подходящей для практического применения и исследовательских целей. В тоже время отсутствие единой классификации вызывает затруднения при определении лечебных мероприятий [Р.П. Матвеев, А.Л. Петрушин, 2011].

Вывод

Судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование) живых лиц при различных внешних воздействиях проводится для установления характера, механизма, степени тяжести и давности повреждений. На наш

взгляд, для решения этих задач при повреждениях кистей наиболее приемлемым является классификация О.А. Штутина (1999), учитывающая анатомический вариант и локализации повреждений.

Для установления объема утраты трудоспособности по последствиям повреждений дистальных отделов кисти можно использовать классификацию Nelson D.L. (1999).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Волкова А.М. Хирургия кисти / А.М. Волкова. - Екатеринбург: Средне-Уральское книжное издательство, 1991. - Т. 1. - 304 с.
2. Громов М.В. К вопросу о классификации открытых повреждений кисти / М.В. Громов, А.А. Лазарев, В.Ф. Коршунов // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1977. - № 6. - С. 84-85.
3. Демичев Н.П. К итогам дискуссии о клинической классификации открытых повреждений кисти / Н.П. Демичев. // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1979. - № 11. - С. 68-72.
4. Крижановский Я.Й. Хирургічне лікування термінальних дефектів пальців кисті / Я.Й. Крижановський, Й.П. Черенок // КиЧв : Маркос, 2009. - 142 с.
5. Курс пластической хирургии / под ред. К.П. Пшениснова. - Ярославль : Рыбинский дом печати, 2010. - 1418 с.
6. Роговой М.А. Статистика травм кисти / М.А.Роговой // Современные методы лечения повреждений кисти : матер. конф. - М., 1975. - С. 13-15.
7. Сартан В.А. О рациональной клинической классификации открытых повреждений кисти / В.А. Обзоры и рецензии 198 2011 - 2 (60)
8. Травматология и ортопедия России Сартан // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1975. - № 5. - С. 81-83.
9. Усольцева Е.В. Хирургия заболеваний и повреждений кисти / Е.В. Усольцева, Ш. Машкара. - Л. : Медицина, 1978. - 348 с.
10. Матвеев Р.П., Петрушин А.Л. Вопросы классификации и терминологии открытых повреждений кисти (обзор литературы), 2011, с.191-198
11. 10.Berger R.A. Hand Surgery / R.A. Berger, A.-P., C. Weiss. - N-Y.: Lippincott Williams and Wilkins, 2004. - 552 p.
12. Green D. Green's operative hand surgery / D. Green [et al.]. - Churchill Livingstone, 2005. - 2424 p.
13. Kay S. Ring avulsion injury: Kay's classification / S. Kay, J. Wernitz, T.W. Wolff // J. Hand Surg. - 1989. - Vol. 14-A. - P. 204-213.
14. Chittoria R. Management of fingertip injuries / R. Chittoria, S. Arora // Br. J. Plast. Surg. - 1999. - Vol. 99, N 1. - P. 127-130. 39, N 6. - P. 396-402.
15. Nelson D.L. International fingertip amputation project database template [WWW document] URL http://www.davidnelson.md/Fingertip_template.htm (version march 19 1999).
16. Ring D. Mangle upper limb injury in industry / D. Ring, J.B. Jupiter // Injury. - 1999. - Vol. 30. - P. 5-12
17. Zuber T.J. Advanced soft tissue surgery: the illustrated manual and videotapes of soft-tissue surgery techniques / T.J. Zuber / Kansas city : American Academy of Family Physician, 1999. - P. 46-51.

Поступила 09.03. 2020