

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4



Фото 4. Вид кожного лоскута головы от трупа гр-на Б. со скальпированной раной

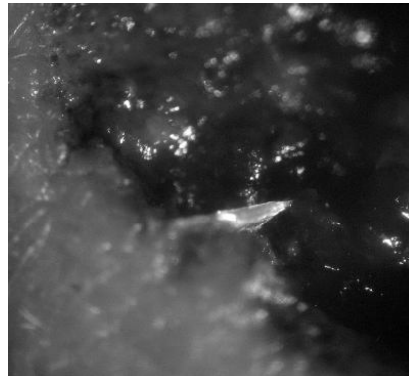


Фото 5. Вид осколка стекла, обнаруженного в ране

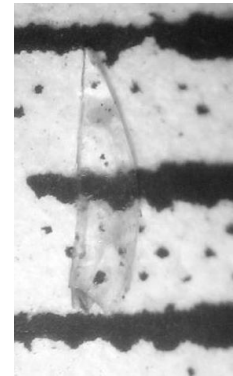


Фото 6. Обнаруженный осколок, расположенный на миллиметровой линейке

Фото 5 и 6 получены через окуляр стереомикроскопа, ув. 20х

обладающим колюще-режущими свойствами. Таким образом, при исследовании повреждающего предмета и кожного лоскута удалось выявить детальные их сходства, которые не исключают того, что осколки стекла, образующие фрагменты верхней части поврежденного бокала, могли быть травмирующим предметом в данном случае.

Во втором случае на исследование был представлен кожный лоскут с поверхностным повреждением, изъятый с области лба (труп гр-на Б, 20 лет). По обстоятельствам дела возникли подозрения, что рана была причинена в результате нанесения удара стеклянной бутылкой, которая от этого удара разбилась. На представленном лоскуте имелся поверхностный дефект мягких тканей неправильной геометрической формы (фото 4), в которой можно выделить шесть относительно ровных граней, сходящихся в ребра, с нечетко выраженным закругленным дном. Повреждение углублялось от периферии к центру. Края повреждения ровные. От трех ребер отходили дополнительные повреждения в виде прямолинейных царапин с ровными краями и острыми концами. При исследовании под большим увеличением на дне одной из царапин обнаружен осколок инородного вещества, неправильной геометрической формы

(фото 5). При детальном изучении данного осколка установлено, что он состоит из прозрачного твердого материала, и имеет четко выраженные грани, отражающие и преломляющие свет. При исследовании в косо-падающем свете наблюдалась характерная дуговидная исчерченность граней излома (фото 6). В поляризованном свете он, как оптически неактивный, выглядел темно-серым.

Описанный поверхностный дефект на кожном лоскуте имел свойства скальпированной раны, образовавшейся от действия острого предмета. Обнаружение осколка стекла свидетельствовало о возможности образования этой раны при обстоятельствах, описанных в материалах дела (от удара стеклянной бутылкой)

Выводы.

1. Характерными особенностями кожных ран, причиненных осколками стекла, можно считать неровность краев ран, дополнительные надрезы и осаднения в области концов повреждений, скошенность концов ран, неоднородность картины разных участков одного повреждения.

2. В момент ранения от стеклянного предмета откалываются мелкие частицы стекла, которые, внедряются в мягкие ткани и могут быть обнаружены в ране при стереомикроскопическом исследовании.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ МЫШЦЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Сергеев А.Ю., Клюквин И.Ю.

Научно исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, г. Москва

Актуальность. За период с 2002 по 2010 гг. в отделении неотложной травматологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского оперативное лечение переломов мышцелка плечевой кости проведено 53 пациентам в возрасте от 17 до 60 лет. Преобладали женщины - 38 человек, причем у большинства была травмирована

левая верхняя конечность. Основным обстоятельством травмы было падение и ДТП. Все пациенты имели оскольчатый внутрисуставной перелом дистального метаэпифиза плечевой кости (переломы типа В и С по классификации АО).

Показанием к оперативному лечению является

оскольчатый внутрисуставной перелом с выраженным смещением отломков, угрозой перфорации костным фрагментом кожных покровов, интерпозиция мягкими тканями, молодой и средний возраст пациентов.

В период подготовки к операции с 3 дня больные начинают заниматься ЛГ и получают физиотерапевтические процедуры направленные на уменьшение отека мягких тканей параартикулярной зоны. Это значительно улучшает функциональные результаты в послеоперационном периоде за счет увеличения амплитуды движений в локтевом суставе и снижения функциональной атрофии мышц травмированной конечности. В комплекс лечебной физкультуры вошли пассивные движения в травмированном локтевом суставе и активные движения в смежных плечевом и лучезапястном суставах.

Оперативное лечение проводили в отсроченном периоде. Средний срок до операции составляет 9 дней. Мы использовали стандартное положение больного на здоровом боку. Хирургический доступ проводился из продольного срединного разреза, от локтевого отростка до средней трети плеча, с Z-образным рассечением сухожилия трехглавой мышцы плеча. Рекомендательная АО техника остеосинтеза с использованием остеотомии локтевого отростка, нами применялась в редких случаях, так как мы считаем, что нанесение дополнительных костных травм отрицательно сказывается на дальнейшей реабилитации пациентов.

Эта методика не проводилась еще и потому, что во всех случаях открытой репозиции нам удалось добиться восстановления анатомических особенностей сустава без пересечения локтевого отростка. Остеотомию локтевого отростка проводили только в случаях отрывов костных фрагментов от головки мыщелка и блока мыщелка, а так же при оскольчатых переломах мыщелка в сочетании с переломом надмыщелковой

зоны. (перелом типа В3 и С3 по АО). Данная тактика оправдана только тем, что возможна адекватная визуализация передних отделов мыщелка плечевой кости и соответственно удобнее проводить остеосинтез отломков мыщелка. Остеосинтез производили винтами и пластинами. Первым этапом операции является восстановление анатомической целостности мыщелка плечевой кости, т.е. скрепление винтами блока и головки мыщелка. Вторым этапом операции осуществляется остеосинтез мыщелка с проксимальным костным отломком с помощью пластин и винтов. В некоторых случаях на завершающем этапе нами применяется удлинение сухожилия трехглавой мышцы плеча. Такая тактика нами применялась у пациентов с выраженной сгибательной контрактурой. После операции, если была достигнута стабильная фиксация, возможна немедленная активная мобилизация с движениями в локтевом плечевом и лучезапястном суставах. Фиксация локтевого сустава для адекватного послеоперационного реабилитационного периода осуществляется шарнирным ортезом т.к. данная конструкция позволяет заниматься ЛФК не снимая ее. Это способствует стабилизации поврежденного интраоперационно связочного аппарата локтевого сустава. Продолжительность фиксации в шарнирном ортезе составляет 3-4 недели. В послеоперационном периоде больные продолжают заниматься ЛФК, получают ГБО, медикаментозную терапию направленную на улучшение микроциркуляции.

Период эффективной и плодотворной реабилитации занимает в среднем 3 месяца с момента травмы.

Выводы.

Отдаленный результат изучен у 38 пациентов. Хороший результат у 28 пациентов, удовлетворительный у 6, неудовлетворительный у 4. Результаты оценивались по универсальной шкале балл Свансона для плеча.

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Сиротко В.В.¹, Никольский М.А.¹, Церковский А.Е.²

УО «Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет»¹
УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»²

Актуальность. История травматологии – это, по своей сути, «история сломанной большой берцовой кости» (M.Allgower, F.Spiegel, 1979). Переломы костей голени одно из наиболее часто встречаемых повреждений скелета, и в настоящее время частота составляет от 14 до 25% от всех повреждений (Анкин Н.Л., 1988; Волошин И. Ю., 1996; Гайдуков В.М., 2003). Оптимальное лечение переломов костей голени остается предметом споров. Консервативное и оперативное лечение часто приводит к серьезным осложнениям, причиной чему служит неадекватная репозиция и

нестабильная фиксация. Стабильно высоким остается процент больных с первичным выходом на инвалидность при данной патологии, который составляет 28% - 35% (Бэц Г.В. и соавт., 1988; Беляков А.А. и соавт., 1991; Корнилов Н.В., 2000). Изложенное выше делает актуальным совершенствование технологий лечения переломов рассматриваемой локализации.

Цель исследования: оптимизация методов лечения пациентов с переломами костей голени.

Материал и методы. За период с 2007 по 2009 г.г. под нашим наблюдением находились 384 пациента с