



National Scientific Center of Traumatology
and Orthopaedics named after
Academician N.D. Batpenov

Traumatology and Orthopaedics of Kazakhstan

Scientific & Practical Journal of the
Kazakhstan Association of Trauma Orthopaedists

Volume 3. Number 59 (2021)

РЕДАКЦИЯ/EDITORIAL

Бас редактор:

Бекарисов Олжас Сапарғалиұлы
Қауымдастырылған редакторлар:
Бәтпен Арман Нұрланұлы
Mahmut Nedim Doral
Абдрахманов Әлібек Жанпейісұлы
Атқарушы редактор:
Оразова Ғалия Ұзаққызы
Жауапты хатшы:
Гурбанова Эльнара Иншаллаховна

Главный редактор:

Бекарисов Олжас Сапарғалиевич
Ассоциированные редакторы:
Бәтпен Арман Нұрланұлы
Mahmut Nedim Doral
Абдрахманов Алибек Жанпеисович
Исполнительный редактор:
Оразова Ғалия Ұзаққызы
Ответственный секретарь:
Гурбанова Эльнара Иншаллаховна

Editor-in-Chief:

Olzhas Bekarissov
Associate Editors:
Arman Batpen
Mahmut Nedim Doral
Alibek Abdrakhmanov
Executive Editor:
Galiya Orazova
Executive Secretary:
Gurbanova Elnara

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС/ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ/ EDITORIAL BOARD

Kotz Rainer (Австрия)
Schnettler Reinhard (Германия)
Zeichen J. (Германия)
Sehirlioglu Ali (Түркия)
Tarasevicius Sarunas (Литва)
Hayati Durmaz (Түркия)
Häring Ewald (Австрия)
Абдуразаков У.А. (Қазақстан)
Ахтямов И.Ф. (Ресей)
Виссарионов С.В. (Ресей)
Гахраманов А. (Әзірбайжан)
Есиркепов М.М. (Қазақстан)
Жанаспаев М.А. (Қазақстан)
Михайловский М.В. (Ресей)
Минасов Б.Ш. (Ресей)
Мурылев В.Ю. (Ресей)
Раманкулов Е.М. (Қазақстан)
Рерих В.В. (Ресей)
Римашевский Д.В. (Ресей)
Тихилов Р.М. (Ресей)

Kotz Rainer (Австрия)
Schnettler Reinhard (Германия)
Zeichen J. (Германия)
Sehirlioglu Ali (Турция)
Tarasevicius Sarunas (Литва)
Hayati Durmaz (Турция)
Häring Ewald (Австрия)
Абдуразаков У.А. (Казахстан)
Ахтямов И.Ф. (Россия)
Виссарионов С.В. (Россия)
Гахраманов А. (Азербайджан)
Есиркепов М.М. (Казахстан)
Жанаспаев М.А. (Казахстан)
Михайловский М.В. (Россия)
Минасов Б.Ш. (Россия)
Мурылев В.Ю. (Россия)
Раманкулов Е.М. (Казахстан)
Рерих В.В. (Россия)
Римашевский Д.В. (Россия)
Тихилов Р.М. (Россия)

Kotz Rainer (Austria)
Schnettler Reinhard (Germany)
Zeichen J. (Germany)
Sehirlioglu Ali (Turkey)
Tarasevicius Sarunas (Lithuania)
Hayati Durmaz (Turkey)
Häring Ewald (Austria)
Urabay Abdurazakov (Kazakhstan)
Ildar Akhtyamov (Russia)
Sergey Vissarionov (Russia)
Aydin Gahramanov (Azerbaijan)
Marlen Yesirkepov (Kazakhstan)
Marat Zhanaspayev (Kazakhstan)
Mikhail Mikhailovsky (Russia)
Bulat Minasov (Russia)
Valery Murylev (Russia)
Yerlan Ramankulov (Kazakhstan)
Victor Rimach (Russia)
Denis Rimashevsky (Russia)
Rashid Tikhilov (Russia)

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КОЛЛЕГИЯ/ РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ / FOUNDING EDITORIAL BOARD

Абдрахманова А.С. (Қазақстан)
Абильмажинов М.Т. (Қазақстан)
Анашев Т.С. (Қазақстан)
Баубеков М.Б. (Қазақстан)
Байдәрбеков М.У. (Қазақстан)
Белокобылов А.А. (Қазақстан)
Джаксыбекова Г.К. (Қазақстан)
Жанаспаева Г.А. (Қазақстан)
Искаков Е.С. (Қазақстан)
Мурсалов Н.К. (Қазақстан)
Махамбетчин М.М. (Қазақстан)
Мухаметжанов Х.М. (Қазақстан)
Нағыманов Б.А. (Қазақстан)
Набиев Е.Н. (Қазақстан)
Оспанов К.Т. (Қазақстан)
Раймағамбетов Е.К. (Қазақстан)
Спичак Л.В. (Қазақстан)
Тажин К.Б. (Қазақстан)
Түлеубаев Б.Е. (Қазақстан)

Абдрахманова А.С. (Казахстан)
Абильмажинов М.Т. (Казахстан)
Анашев Т.С. (Казахстан)
Баубеков М.Б. (Казахстан)
Байдәрбеков М.У. (Казахстан)
Белокобылов А.А. (Казахстан)
Джаксыбекова Г.К. (Казахстан)
Жанаспаева Г.А. (Казахстан)
Искаков Е.С. (Казахстан)
Мурсалов Н.К. (Казахстан)
Махамбетчин М.М. (Казахстан)
Мухаметжанов Х.М. (Казахстан)
Нағыманов Б.А. (Казахстан)
Набиев Е.Н. (Казахстан)
Оспанов К.Т. (Казахстан)
Раймағамбетов Е.К. (Казахстан)
Спичак Л.В. (Казахстан)
Тажин К.Б. (Казахстан)
Түлеубаев Б.Е. (Казахстан)

Aliya Abdrakhmanova (Kazakhstan)
Mukhtar Abilmazhinov (Kazakhstan)
Talgat Anashev (Kazakhstan)
Meyram Baubekov (Kazakhstan)
Murat Baidarbekov (Kazakhstan)
Alexey Belokobylov (Kazakhstan)
Galina Jaxybekova (Kazakhstan)
Galiya Zhanaspayeva (Kazakhstan)
Yerzhan Isakov (Kazakhstan)
Nagmet Mursalov (Kazakhstan)
Murat Makhambetchin (Kazakhstan)
Khanat Mukhametzanov (Kazakhstan)
Bolat Nagymanov (Kazakhstan)
Yergaly Nabiyeu (Kazakhstan)
Kuanyshe Ospanov (Kazakhstan)
Yerik Raimagambetov (Kazakhstan)
Lyudmila Spichak (Kazakhstan)
Kairat Tazhin (Kazakhstan)
Berik Tuleubayev (Kazakhstan)

Редакцияның мекен-жайы:

Traumatology and Orthopaedics
of Kazakhstan
Z00P5Y4
Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.
Абылай хан даңғ. 15/А
Тел.: +7 (7172) 547 717
E-mail: editor.journalto@gmail.com
Веб-сайт: www.journaltokaz.org

Адрес редакции:

Traumatology and Orthopaedics
of Kazakhstan
Z00P5Y4
Казахстан, г. Нур-Султан
пр. Абылай хана, 15/А
Тел.: +7 (7172) 547 717
E-mail: editor.journalto@gmail.com
Веб-сайт: www.journaltokaz.org

Editorial Office:

Traumatology and Orthopaedics
of Kazakhstan
Z00P5Y4
Kazakhstan, Nur-Sultan city
Abylai Khan Ave, 15A
Tel.: +7 (7172) 547 717
E-mail: editor.journalto@gmail.com
Website: www.journaltokaz.org



National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician N.D. Batpenov

Traumatology and Orthopaedics of Kazakhstan

Scientific & Practical journal of the Kazakhstan Association of Trauma Orthopaedists

Authors are responsible for reliability of information published in the journal. Reprinting of articles published in this journal and their use in any form, including e- media, without the consent of the publisher is prohibited

Nur-Sultan, 2021

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-4-8>
УДК 617.3; 616-089.23; 616-001; 615.477.2
МРПТИ: 76.29.41

Review article

Epidemiological Medical-Social Aspects of Developmental Dysplastic Coxarthrosis

Durdana Oktyabrova³, Kairat Ashimov², Timur Baidalin³, Bekzhan Suleimenov⁴, Askar Beknazarov⁵

¹ Traumatologist-orthopedist of the Department of orthopedics No.3, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D., PhD student of the Astana medical university, Nur-Sultan, Kazakstan.

E-mail: oktyabrovadana@gmail.com

² Head of the Department orthopedics No.3, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: kairat_ashimov@mail.ru

³ Head of the Department orthopedics No.7, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: t.baidalin@gmail.com

⁴ Traumatologist-orthopedist of the Department of orthopedics No.3, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: bekjan-suleimen@mail.ru

⁵ Traumatologist-orthopedist of the Department of orthopedics No.3, National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: askar_big_man@mail.ru

Abstract

Dysplastic coxarthrosis incidence rates in the world differ due to geographic location and racial groups variety. Rates are higher for female, than they are for male. The number of patients with dysplastic coxarthrosis who are waiting for conducting total hip arthroplasty is increasing every day.

There is a necessity of detailed research of prevalence, as well as conducting medical and social evaluation of consequences among patients with dysplastic coxarthrosis in Kazakhstan.

Key words: developmental dysplasia of the hip, dysplastic coxarthrosis, life quality, disablement, young age.

Corresponding author: Durdana Oktyabrova, Doctor-resident of the National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician N.D. Batpenov, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: Z00P5Y4

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Abylai Khan Avenue, 15A

Phone: +77479894746

E-mail: oktyabrovadana@gmail.com

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 4-8

Received: 24-07-2021

Accepted: 15-08-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Introduction

Developmental dysplasia of the hip (DDH) occurs among 2-3 in 1000 of infants. DDH influences to the biomechanics of the hip and leads to early development of coxarthrosis [1,2]. Dysplastic coxarthrosis among adults develops in 21-80% rate in case of congenital pathology of the hip and is the most common surgery pathology among kids and teenagers, that occurs, according to different resources, at 0,7-2,5% case in 1000 of infants [3-5]. According to Guo C.Y. et al., (2015), approximately 40% of dysplastic coxarthrosis of the hip among adults is the consequence of joint development defects untreated in childhood [6].

Dysplastic coxarthrosis is the basic reason of total hip arthroplasty (THA) among young people (from 21% to 29%) [7].

The degree of femur displacement is specified by different classifications Crowe J.F. (1979) [8], Hartofilakidis G (1988) [9], Eftekhari N.S. (1978) [10]. In these classifications, the final stages of the displacement of the femoral head corresponds to a developmental displacement of the hip. Consequently G. Hartofilakidis at his work in 2004, describes two subcategories at types of high dislocation to clarify the relationship between the femoral head and the formed false trough on the wing of the iliac bone – supporting (Crowe IV, Hartofilakidis C1) or unsupported (Crowe IV, Hartofilakidis C2).

Medical-social side of the question, connected with the life quality of given patients group is also the major problem for healthcare systems of different countries in

the world. Each year, the number of patients with dysplastic coxarthrosis who require expensive THA with further long-term rehabilitation is growing gradually [12,13]. Zhaksybaev M.H. et al., (2016) noted that in Kazakhstan, as well as in the rest of the world, the number of surgery on replacement of major joints is increasing. There is a necessity of 24500 surgeries of THA on hip and knee joints annually in the country [14].

The features of THA at dysplastic coxarthrosis depends on the degree of dysplasia and is followed by the possibility of several issues development. However, at the dysplastic coxarthrosis, as a rule, THA gives worse results of curing, as well as at post-traumatic coxarthrosis. Surgery in this case is more complex and the and disruption of normal anatomy leads to an increased incidence of surgical errors [15-17]. According to literature, in 10% cases, the THA can lead to periprosthetic infections, deep vein thrombophlebitis of the operated limb. In the postoperative period, dislocation of the head of the endoprosthesis can take place, instability of prosthesis, which subsequently requires re-arthroplasty.

Taking into consideration the frequency and impact on the quality of life of patients of working age, dysplastic coxarthrosis is indeed relevant issue for modern orthopedics and is required to be studied in Kazakhstan.

The aim of the review – to research the prevalence and medical-social aspects of dysplastic coxarthrosis as consequence of developmental dysplasia of the hip in the world and Kazakhstan.

The prevalence of dysplastic coxarthrosis

The frequency of coxarthrosis in the world is distributed unequally. As a result of Randall T. Loder et al. (2011) systematic review, the prevalence of coxarthrosis is different: In Europe, 7-25% of people older than 55 years are suffering from coxarthrosis at different etiology, as well these indicators as lower for Asian and Afro-American [19].

This opinion is justified by results of our literature search. Based on analyzed literature resources, South Korea showed the lowest results of coxarthrosis (78,5⁰/₀₀₀₀) in last ten years. The highest results are in Switzerland - 356,5⁰/₀₀₀₀, Germany - 299,1⁰/₀₀₀₀, France - 277,7⁰/₀₀₀₀, UK - 214,4⁰/₀₀₀₀, Poland - 142⁰/₀₀₀₀, Turkey- 99,4⁰/₀₀₀₀. In Russia, this is resulted at 17.8-20.0 cases in 10 000 adults [20-22].

The DDH cases among racial groups also differs based on geographical location. It is noted, that tight swaddling of infants has a non-balgoric effect on the condition of the hip joint [19].

According to foreign literature, dysplastic coxarthrosis takes from 25% to 77% at the structure of degenerative-dystrophic diseases of the hip joint [23-25]. In average, the dysplastic affection of the hip accounts for 16.5% of all pathology of the organs of support and motion [25].

Medical-social questions on dysplastic coxarthrosis

Progressive feature of hip joint destruction is leading to decreased working abilities in 60% and to disablement in 11,5% [27,28]. We decided to research the medical-social side of the question from perspective of non-surgical and patient that went through arthroplasty.

Concluding, the coxarthrosis of dysplastic genesis is accounting for 50% of osteoarthritis of large joints. The prevalence of pathology and the clinical severity at II

According to Batpen A. et al., (2013), the prevalence of coxarthrosis in Kazakhstan is also unequally distributed. The lowest coefficient is in Atyrau state (1,7%), the highest in Mangystau state (47,0%) and Almaty state (40,9%) [26]. The found unequal distribution of rates is connected with the level of healthcare support, specifically with effective registration and patient screening and later finding DDH. Unfortunately, the distribution of dysplastic form of coxarthrosis in Kazakhstan is not yet researched in detail.

According to conducted analysis of patients with dysplastic coxarthrosis through National Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D. (Former name - Scientific Center of Traumatology and Orthopaedics) in the period of 2015-2020, the distribution of dysplastic coxarthrosis is from 25% to 30% in the structure of degenerative-dystrophic illnesses of the hip among adult population of Kazakhstan. In Crowe classification, I-II type - 72,2%, III-IV type - 27,8%.

and III stages of dysplastic coxarthrosis defines the high medical-social important of its prevention and treatment. The developmental inferiority of the hip joint tissues and overloading of the joint components due to a deficiency in coverage of the femoral head by the acetabulum play major at pathogenesis of dysplastic coxarthrosis [29].

The severance and disability occurred by DDH and hip joints is influenced by late diagnosis and starting

point of treatment, unjustified long treatment through conservative methods, application of repeated closed femoral head repositioning. As a result of numerous corrections of femoral head, the deformation and dystrophia of femoral head is developed. The late DDH process is also defined by palliative characteristics, and it improves the ability to support the limb for a short period of time [29].

According to the literature, the group of disabled children with Congenital dislocation of the hip is dominated by girls (1:3). The average age of disabled children affected by dysplastic coxarthrosis is 11,6 years. Among adult population, there is a domination of women (1:4,3). The average age of disabled people with dysplastic coxarthrosis is 40 years. The average weight of disabled after congenital dislocation of the hip that undertook conservative treatments is higher (70,1%) than those after THA [27,28].

Results of life quality evaluation of patients with dysplastic coxarthrosis is decreasing as the child gets older.

Conclusions

Dysplastic coxarthrosis incidence rate in the world differs depending on the geographical and racial groups, while it is lower among males than females. The number of dysplastic coxarthrosis patients that are waiting for full arthroplasty with further long-term rehabilitation is increasing gradually.

It is connected with the increase in weight, deformation, and decreased functionality of hip joints from one or both sides [29]. After conducting THA, the life quality increases dramatically. It was widely believed that the effective tool for measuring the life quality of such group was the scale and test of Chanley and Harris et al., that are focused on clinical-functional condition of surgical joint. However, several authors believe that given scale and tests are not also effective tool for concluding the impact of treatment on the quality of life [29-31]. According to our evaluation results, the quality of life after THA is indeed higher than those non-surgical. However, it is important to note that the quality of life that undergo THA is directly depending on the effective and relevant rehabilitation [32,33]. Because of this, providing accessible rehabilitation actions is still an important question at most of developing countries, as well as Kazakhstan.

There is a necessity in research of the prevalence, as well as conducting the medical-social evaluation of the consequences among those with dysplastic coxarthrosis in Kazakhstan.

References

1. Vaquero-Picado A., González-Morán G., Garay E.G., Moraleta L. *Developmental dysplasia of the hip: update of management. EFORT open reviews.* 2019; 4(9): 548-556. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.4.180019>.
2. Shaw B.A., Segal L.S. *Evaluation and Referral for Developmental Dysplasia of the Hip in Infants. Pediatrics.* 2016; 138(6): e20163107. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3107>.
3. Harsanyi S., Zamborsky R., Krajciová L., Kokavec M. et al. *Developmental dysplasia of the hip: a review of etiopathogenesis, risk factors, and genetic aspects. Medicina.* 2020; 56(4): 153. <https://doi.org/10.3390/medicina56040153>.
4. Eftekhari N.S. *Congenital dysplasia and dislocation in total hip arthroplasty. St. Louis: Mosby.* 1993. P. 925-963.
5. Boháček I., Plečko M., Duvančić T., Smoljanović T. et al. *Current knowledge on the genetic background of developmental dysplasia of the hip and the histomorphological status of the cartilage. Croatian Medical Journal.* 2020; 61(3): 260-270. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.260>.
6. Guo C.Y., Liang B.W., Sha M., Kang L.Q. et al. *Cementless arthroplasty with a distal femoral shortening for the treatment of Crowe type IV developmental hip dysplasia. Indian journal of orthopaedics.* 2015; 49(4): 442-446. <https://doi.org/10.4103/0019-5413.159652>.
7. Gkiatas I., Boptsi A., Tserga, D., Gelalis I. et al. *Developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review of the genes related with its occurrence. EFORT open reviews,* 2019; 4(10): 595-601. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.4.190006>
8. Crowe J.F., Mani V.J., Ranawat C.S. *Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Am.* 1979; 6(1): 15-23.
9. Hartofilakidis G., Stamos K., Ioannidis T.T. *Low friction arthroplasty for old untreated congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Br.* 1988; 70(2): 182-186. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.70B2.3346284>.
10. Eftekhari N.S. *Congenital dysplasia and dislocation in total hip arthroplasty. St. Louis: Mosby.* 1993. P. 925-963.
11. Hartofilakidis G., Karachalios T. *Total hip arthroplasty for congenital hip disease. JBJS.* 2004; 86(2): 242-250. <https://doi.org/10.2106/00004623-200402000-00005>.
12. Kawasaki M., Hasegawa Y., Okura T., Ochiai S. et al. *Muscle damage after total hip arthroplasty through the direct anterior approach for developmental dysplasia of the hip. J Arthroplasty.* 2017; 32(8): 2466-2473. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.03.043>.
13. Шнайдер Л.С., Голеньков О.И., Тургунов Э.У., Ефименко М.В. и др. *Укорачивающая подвартельная остеотомия бедренной кости при эндопротезировании тазобедренного сустава у пациентов с врожденным вывихом бедра // Генный ортопедии. – 2020. – Т. 26. – №3. – С. 340-346.* <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2020-26-3-340-346>.
14. Shnaider L.S., Golenkov O.I., Turgunov E.U., Efimenko M.V. i dr. *Ukorachivaiushchaia podvertel'naia osteotomiia bedrennoi kosti pri endoprotezirovanii tazobedrennogo sustava u patsientov s vrozhdenным vyvikhom bedra (Shortening collapsed osteotomy of the femur for hip arthroplasty in patients with congenital hip dislocation) [in Russian]. Genii ortopedii.* 2020; 26(3): 340-346. <https://doi.org/10.18019/1028-4427-2020-26-3-340-346>.
14. Джаксыбаев М.Н., Оразхан Ж., Нурлыбекова Е.Н., Ушуров А.А. и др. *Анализ эндопротезирования по поводу дисплазии тазобедренного сустава // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – №3-1. – С. 245-249.*
14. Dzhakysybaev M.N., Orazkhan Zh., Nurlybekova E.N., Ushurov A.A. i dr. *Analiz endoprotezirovaniia po povodu displazii tazobedrennogo sustava (Analysis of arthroplasty for hip dysplasia) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta.* 2016; 3-1: 245-249.

15. Волокитина Е.А. Эндопротезирование тазобедренного сустава после опорных остеотомий бедренной кости // Современное искусство медицины. – 2013. – №6(14). – С. 10–15.
 Volokitina E.A. Endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava posle опорных osteotomii bedrennoi kosti (Endoprosthetics of the hip joint after supporting osteotomies of the femur) [in Russian]. *Sovremennoe iskusstvo meditsiny*. 2013; 6(14): 10–15.
16. Гольник В.Н., Григоричева Л.Г., Джухаев Д.А., Меркулов С.А. и др. Реконструкция вертлужной впадины при сложных случаях первичного эндопротезирования тазобедренного сустава // Основные направления отечественной травматологии и ортопедии: Материалы Крымского форума травматологов-ортопедов. – 2016. – С. 137–140.
 Gol'nik V.N., Grigoricheva L.G., Dzhukhaev D.A., Merkulov S.A. i dr. Rekonstruktsiia vertluzhnoi vpadiny pri slozhnykh sluchaiakh pervichnogo endoprotezirovaniia tazobedrennogo sustava (Reconstruction of the acetabulum in complex cases of primary hip arthroplasty) [in Russian]. *Osnovnye napravleniia otechestvennoi travmatologii i ortopedii: Materialy Krymskogo foruma travmatologov-ortopedov*. 2016; 137–140.
17. Negrin L.L., Seligson D. Results of 167 consecutive cases of acetabular fractures using the Kocher-Langenbeck approach: a case series. *J Orthop Surg Res*. 2017; 12(1): 66. <https://doi.org/10.1186/s13018-017-0563-6>.
18. Решетников А.Н., Павленко Н.Н., Зайцев В.А., Фроленков А.В. и др. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе // Вестник Тамбовского университета. Серия: естественные и технические науки. – 2012. – Т. 17. – №3. – С. 901–603.
 Reshetnikov A.N., Pavlenko N.N., Zaitsev V.A., Frolenkov A.V. i dr. Total'noe endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava pri displasticheskom koksartroze (Total hip arthroplasty for dysplastic coxarthrosis) [in Russian]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Serii: estestvennye i tekhnicheskie nauki*. 2012; 17(3): 901–603.
19. Loder R.T., Skopelja E.N. The epidemiology and demographics of hip dysplasia. *International Scholarly Research Notices*. 2011; 2011: 238607. <https://doi.org/10.5402/2011/238607>.
20. Swain S., Sarmanova A., Mallen C., Kuo C.F. et al. Trends in incidence and prevalence of osteoarthritis in the United Kingdom: findings from the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). *Osteoarthritis and cartilage*. 2020; 28(6): 792–801. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.03.004>.
21. Saltychev M., Perna K., Seppänen M., Mäkelä K. et al. Pelvic incidence and hip disorders: A systematic review and quantitative analysis. *Acta orthopaedica*. 2018; 89(1): 66–70. <https://doi.org/10.1080/17453674.2017.1377017>.
22. Королько А.С. Суцевич В.В., Евко Я.И., Кезля О.П. Популяционная характеристика пациентов с коксартрозом // Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2019. – Т. 16. – №2. – С. 156–165. <https://doi.org/10.29235/1814-6023-2019-16-2-156-165>.
23. Корьяк В.А., Сороковиков В.А., Свистунов В.В., Шарова Т.В. Эпидемиология коксартроза // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 123. – №8. – С. 39–44.
 Kor'iak V.A., Sorokovikov V.A., Svistunov V.V., Sharova T.V. Epidemiologiya koksartroza (Epidemiology of coxarthrosis) [in Russian]. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)*. 2013; 123(8): 39–44.
24. Сергеев С.В., Жмотова Е.А., Киммельфельд И.М., Золотухина И.Д. и др. Эволюция коксартроза в свете экспертизы трудоспособности // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 1996. – Т. 3. – №2. – С. 3–10.
 Sergeev S.V., Zhmotova E.A., Kimmel'fel'd I.M., Zolotukhina I.D. i dr. Evoliutsiia koksartroza v svete ekspertizy trudospobnosti (The evolution of coxarthrosis in the light of the examination of the ability to work) [in Russian]. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 1996; 3(2): 3–10.
25. Eskelinen A. Total hip arthroplasty in young patients - with special references to patients under 55 years of age and to patients with developmental dysplasia of the hip. Helsinki. 2006; 128.
26. Brunner B., Ulmar H., Reichel R., Decking R. Decking The Eftekhar and Kerboul classification in assessment of developmental dysplasia of the hip in adult patients. Measurement of inter- and intraobserver reliability. *HSS Journal: the Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery*. 2007; 4(1): 25–31. <https://doi.org/10.1007/s11420-007-9066-z>.
27. Igissinov N., Baimagambetov S., Batpen A. Evolutionary epidemiological assessment of coxarthrosis incidence among adults population in Kazakhstan. *World Appl Sci J*. 2013; 24(9): 1271–1275. <https://doi.org/10.5829/idosi.wasj.2013.24.09.13276>.
28. Savchenko V., Maykova T., Afanasiev S., Kashuba V. et al. Disorders of the mineral exchange and metabolism of bone tissue as a pathogenetic basis of physical rehabilitation patients with coxartrosis. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020; 20(1): 447–451. <https://doi.org/10.7752/jpes.2020.s1065>.
29. Dogaru G. The importance of the elemental functional mobility coefficient in assessing the functional status of the coxofemoral joint. *Balneo Research Journal*. 2018; 9(1): 38–42. <https://doi.org/10.12680/balneo.2018.169>.
30. Akberdina D.L. Etiology and pathogenesis of coxarthrosis and methods of its treatment. *Kazan medical journal*. 1983; 64(6): 404–408. <https://doi.org/10.17816/kazmj83602>.
31. Świtoń A., Wodka-Natkaniec E., Niedźwiedzki Ł., Gaździk T. et al. Activity and Quality of Life after Total Hip Arthroplasty. *Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja*. 2017; 19(5): 441–450. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5823>.
32. Balik M.S., Hocaoglu Ç., Erkut A., Güvercin Y. et al. Evaluation of the quality of life and psychiatric symptoms of patients with primary coxarthrosis after total hip arthroplasty. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*. 2017; 84(6): 436–40.
33. Kraydjikova L., Nikolovska L., Krstev T., Stratorska T. Physiotherapy program for improving the quality of life in patients with coxarthroses. *Journal of Biomedical and Clinical Research*. 2015; 8(1): 69–70.

Диспластикалық коксартроздың эпидемиологиялық және медициналық-әлеуметтік аспектілері

Октяброва Д.Г.³, Әшімов Қ.Д.², Байдалин Т.Т.³, Сүлейменов Б.Т.⁴, Бекназаров А.И.⁵

¹ №3 ортопедия бөлімшесінің дәрігер травматолог-ортопеді, Академик Батпенев Н.Д. атындағы Травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы, Астана медицина университетінің PhD докторанты, Нұр-Сұлтан, Қазақстан.

E-mail: oktyabrovadana@gmail.com

² №3 ортопедия бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Батпенев Н.Д. атындағы Травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: kairat_ashimov@mail.ru

³ №7 ортопедия бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Батпенев Н.Д. атындағы Травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: t.baidalin@gmail.com

⁴ №3 ортопедия бөлімшесінің дәрігер травматолог-ортопеді, Академик Батпенев Н.Д. атындағы Травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: bekjan-suleimen@mail.ru

⁵ №3 ортопедия бөлімшесінің дәрігер травматолог-ортопеді, Академик Батпенев Н.Д. атындағы Травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: askar_big_tan@mail.ru

Түйіндеме

Әлемдегі диспластикалық коксартрозбен аурушаңдық жиілігі географиялық орналасуына және нәсілдік топқа байланысты айтарлықтай өзгереді. Ерлер мен әйелдердегі аурушаңдық көрсеткіші шамамен бірдей деңгейде екені байқалады. Диспластикалық коксартрозбен ауыратын науқастардың әрі қарай ұзақ мерзімді оңалтуды қажет ететін толық артропластика жасауды күтетін саны тұрақты өсіп келеді.

Қазақстанда диспластикалық коксартрозбен ауыратын науқастардың таралуын егжей-тегжейлі зерттеу, сондай-ақ аурудың салдарын медициналық-әлеуметтік бағалау қажет.

Түйін сөздер: жамбастың туа біткен дисплазиясы, диспластикалық коксартроз, өмір сапасы, мүгедектік, жас науқастар.

Эпидемиологические и медико-социальные аспекты диспластического коксартроза

Октяброва Д.Г.³, Ашимов К.Д.², Байдалин Т.Т.³, Сулейменов Б.Т.⁴, Бекназаров А.И.⁵

¹ Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №3, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенева Н.Д., PhD докторант Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан.

E-mail: oktyabrovadana@gmail.com

² Заведующий отделением ортопедии №3, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенева Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: kairat_ashimov@mail.ru

³ Заведующий отделением ортопедии №7, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенева Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: t.baidalin@gmail.com

⁴ Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №3, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенева Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: bekjan-suleimen@mail.ru

⁵ Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №3, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенева Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: askar_big_tan@mail.ru

Резюме

Показатели заболеваемости диспластическим коксартрозом в мире значительно различаются в зависимости от географического положения и расовой группы. Показатели заболеваемости у мужчин и женщин примерно на одном уровне. Количество пациентов с диспластическим коксартрозом, ожидающих проведение тотального эндопротезирования с дальнейшей длительной реабилитацией неуклонно растет.

Есть необходимость детального изучения распространенности, а также проведения медико-социальной оценки последствий заболевания у больных диспластическим коксартрозом в Казахстане.

Ключевые слова: врожденная дисплазия бедра, диспластический коксартроз, качество жизни, инвалидность, молодой возраст.

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-9-14>
ӘОЖ 614; 614.2; 614.33; 61.331.108; 614.253
ҒТАХР: 76.75.75; 76.01.79

Төл мақала

COVID-19 пандемиясы жағдайында провизорлық стационарда жұмыс жасайтын травматология және ортопедия саласы мамандарының психоэмоционалдық статусын бағалау

Ахмедьярова Н.А.¹, Оразова Ғ.Ұ.², Бәтпен А.Н.³

¹ Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және менеджмент факультетінің бакалавры, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: askhrvna@gmail.com

² Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: galiyaorazova@gmail.com

³ Академик Батпенев Н.Ж. атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы директорының ғылыми жұмыстар және стратегия жөніндегі орынбасары, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: batpen_a@nscto.kz

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: COVID-19 пандемиясы жағдайында провизорлық стационарда жұмыс жасаған травматология-ортопедия саласының мамандарының психоэмоционалдық статусын бағалау.

Әдістері. Бұл бір реттік көлденең зерттеу жұмысы 2021 жылдың жаз айларында Академик Н.Ж. Батпенев атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығының жанынан құрылған провизорлық стационарда жүргізілді. Сауалнамаға қатысқан респонденттердің (n=42) орташа жасы – 32,2 (SD=12,5) құрады. Сауалнама сұрақтары HADS және кәсіби күйзелісті анықтауға бағытталған Маслач сауалнамасына сүйене отырып Google платформасында авторлар құрастырылған 12 сұрақтан тұрды.

Нәтижесі. Провизорлық стационарда жұмыс жасайтын орта медициналық қызметкерлер психоэмоционалды күйзеліске жиі түсетіні анықталды. Күйзеліс белгілердің кездесу жиілігі медициналық қызметкерлердің жынысына байланысты болмады, дегенмен әйелдерде жиірек байқалды ($\chi^2=14,6, p<0,001$).

Қорытынды. COVID-19 пандемиясы жағдайында жұмыс жасайтын дәрігерлер және кіші медициналық қызметкерлермен салыстырғанда орта медициналық қызметкерлер психоэмоционалды күйзеліске бейім болуы ықтимал. Жұмыс барысында жеке қорғаныс құралдарын қолданудан туындаған қолайсыздықтар, өзіне немесе отбасы мүшелеріне COVID-19 инфекциясын жұқтырып алу қаупінің жоғары екендігін түсіну психоэмоционалды күйзеліске алып келетін басты факторлар ретінде танылды.

Түйін сөздер: COVID-19 пандемиясы, әлеуметтік сауалнама, психоэмоционалды статус, медициналық қызметкерлер.

Corresponding author: Nargiz Akhmediyarova, Bachelor of Public Health and Management Faculty, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z10K8Y7
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Nur-Sultan, Beibitshilik str., 49 а
Phone: +7 705 537 66 10
Email: askhrvna@gmail.com

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 9-14
Received: 16-06-2021
Accepted: 23-06-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Кіріспе

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы SARS-CoV-2 коронавирусынан туындаған індетті 2020 жылдың 30 қаңтарында халықаралық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдай, ал 11 наурызда пандемия деп жариялады [1,2].

Аталмыш пандемия әлем елдерінің денсаулық сақтау жүйесіне ерекше әсер етіп, орын алған жағдайға тез бейімделуге мәжбүр етті. Бұл өз кезегінде медициналық қызметкерлердің жұмысына физикалық және психикалық тұрғыда ауыр жүктеме болды [3,4]. Ал психологиялық шиеленіс факторларының алдын алу және оларды басқару мәселесіне жеткіліксіз назар аудару провизорлық стационарларда жұмыс атқаратын медициналық қызметкерлер арасында психоэмоционалды күйзеліске, ал ұжымда психологиялық климаттың нашарлауына әкеліп соғады [5,6].

Медициналық қызметкерлердің кәсіби күйзеліс мәселесі пандемия жағдайларына дейін де өткір мәселе болды. Түрлі ғалымдардың 2020 жылдан бастап жүргізген зерттеу нәтижелеріне сәйкес, медициналық қызметкерлердің кәсіби күйзелісі жоғары деңгейде және басқа сала мамандарында кездесетін сәйкес көрсеткіштермен салыстырғанда екі есе көп екені байқалады [7-11]. Дәрігерлер арасында кәсіби күйзеліске ұшырау қаупі медициналық қателіктер,

емдеу болжамының нашарлауы, абсентеизмнің өсуімен сипатталады.

Еліміздің медициналық мекемелерінде пандемиямен күресуде ат салысып жүрген медицина қызметкерлерінің психикалық денсаулығына төнетін қауіптің деңгейін түсіну, сондай-ақ оның салдарын басқару шараларын анықтау өте маңызды.

Қолжетімді әдебиет көздерінде COVID-19 пандемиясы жағдайының қазақстандық медициналық қызметкерлер мен медициналық жоғарғы оқу орындары студенттерінің психоэмоционалды жағдайына тигізетін әсерін зерттеген бірер зерттеу жұмысы болғанымен [12,13], профильді емес медициналық орталықтардың жанынан төтенше жағдайды ескере отырып ашылған провизорлық стационарларда жұмыс атқарған түрлі профиль мамандарына, оның ішінде травматология және ортопедия саласының мамандарына пандемияның тигізген әсері зерттелген емес.

Зерттеудің мақсаты – COVID-19 пандемиясы кезінде Академик Батпенев Н.Ж. атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығының жанынан құрылған провизорлық стационардың медициналық қызметкерлерінің психоэмоционалды жағдайына тигізетін әсерін бағалау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері

Бұл бір реттік көлденең зерттеу жұмысы болып табылады. Әлеуметтік зерттеуге Академик Батпенев Н.Ж. атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығының жанынан құрылған провизорлық стационардың медициналық қызметкері қатысты. Респонденттердің жалпы саны 42 адамды (18 ер, 24 әйел адам) құрады. Респонденттер лауазымы бойынша салыстыру мақсатында біркелкі деңгейде жинақтауға тырысқанымызбен, орта және кіші медициналық қызметкерлердің саны басымырақ болды. Сауалнамаға 11 дәрігер, 15 орта медициналық қызметкер және 16 кіші медициналық қызметкер қатысты. Респонденттердің орташа жасы 32,2 жасты ($SD=12,5$) құрады (сурет 1). Әйелдердің орташа жасы ерлерге қарағанда айқын жоғары болды (әйелдерде - 32,8 ($SD=12,5$), ерлерде - 28,1 ($SD=11,7$), $p<0,05$).

Сауалнама сұрақтары HADS және кәсіби күйзелісті анықтауға бағытталған Маслач сауалнамасына сүйене отырып құрастырылған 12 сұрақтан тұрды. Google платформасында құрастырылған қазақ және орыс тілдеріндегі сауалнамаға сілтеме Whatsapp әлеуметтік желісі

арқылы онлайн таратылып, анонимді түрде жүргізілді.

Сипаттамалық статистика сандық айнымалыларға арналған орта (M) және стандартты (SD) ауытқуларды есептеуге, ал пайыздық өлшемдер сапалық ауытқуларды есептеуге бағытталды. Ауытқулар арасындағы айырмашылықты бағалау үшін хи-квадрат критерийі немесе тәуелсіз іріктеудің t-критерийі қолданылды. Тәуелсіз айнымалылардың ассоциациясын бағалау үшін логистикалық регрессиялық талдау жасалды. Статистикалық талдауда Microsoft Excel және IBM SPSS Statistics 20.0 бағдарламалары қолданылды. Статистикалық тұрғыдағы маңызды айырмашылық мәні $p < 0,05$ -тен кем болмаған жағдайда алынды.

Бұл зерттеу жұмысы Астана медициналық университетінің 6B110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығының бакалавры Ахмедьярова Наргиз Асқарқызының сәйкес тақырыптағы дипломдық зерттеу жұмысының аясында жүргізілген.

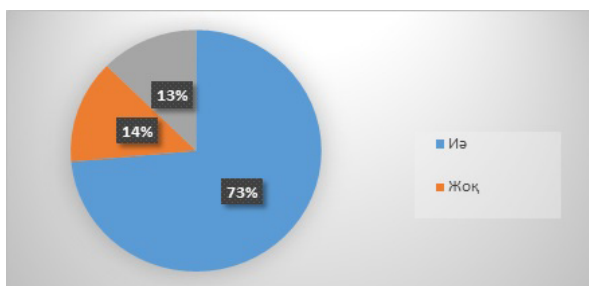
Нәтижелері

COVID-19 пандемиясы кезінде провизорлық медициналық қызметкерлердің жұмыс жүктемесі айтарлықтай көбейгені байқалды (сурет 1).

Пандемия жағдайында провизорлық стационардағы жұмыс жүктемесінің ауырлағанын респонденттердің басым бөлігі белгіледі. Алайда орта медициналық қызметкерлердің арасында жұмыс жүктемесінің артқанын белгілегендер саны көбірек болды (14 (87,5%)).

Респонденттердің басым бөлігінің (74%) психоэмоционалды жағдайына әсер еткен фактор ретінде олардың жұмыс пен жеке өмір

арасындағы тепе-теңдікті бұзатын психоәлеуметтік қысымды сезінуі көрсетілді. Қалған медициналық қызметкерлердің 12%-ы нақты жауап бермесе, ал 14%-ы ешқандай психоәлеуметтік қысым сезінбейтінін растады. Ал, респонденттердің лауазымы бойынша психоәлеуметтік қысымды дәрігерлер (65%) мен орта медициналық қызметкер (68,2%) кіші медициналық қызметкерлермен салыстырғанда бір деңгейде сезінген. Регрессиялық талдау кезінде бұл көрсеткіштің респонденттердің жынысына байланысты емес екендігі анықталды ($p=0,200$).



Сурет 1 - Респонденттердің COVID-19 пандемиясы кезінде жұмыс жүктемесінің көбею жағдайын сипаттауы, %

Зерттеу барысында психоэмоционалдық күйзеліске медициналық қызметкерлер арасынан жиі жағдайда мейіргерлер ұшырайтындығы байқалды (66,4%). Дәрігерлер және кіші медициналық қызметкерлерде кейде ғана орын алатындығын мәлімдеді. Күйзеліс белгілердің кездесу жиілігі

медициналық қызметкерлердің жынысына байланысты болмады, дегенмен әйелдерде жиірек байқалды ($\chi^2=14,6$, $p<0,001$). Респонденттердің психоэмоционалдық мәселелерді өздігінен шешуінде аса қиындық тудырмағаны байқалады (кесте 1).

Кесте 1 - Жұмыс уақытында туындаған психоэмоционалдық мәселелер орын алған жағдайда қиындықты өздігінен шешу деңгейі

Жұмыс уақытында психоэмоционалдық мәселелер орын алған жағдайда оларды оңай шешесіз бе?	Абс., %
Жоқ, қиынға соғады	5 (11,9%)
Әр кезде әрқалай	11 (26,2%)
Иә, оңай шешемін	26 (61,9%)

Провизорлық стационар жұмысына тартылған медициналық қызметкерлердің жеке қорғаныс құралдарын пайдалануының жұмыс жасау барысында жайсыздық тудыруы олардың психоэмоционалдық күйіне әсер еткен тағы бір фактор ретінде қарастырылды. Зерттеуге қатысушылардың барлығы дерлік (91%) жеке қорғаныс құралдарын ұзақ уақыт пайдаланғанда физикалық әрі психоэмоционалды қолайсыздықтың күнделікті орын алғандығын хабарлады.

Медициналық қызметкердің науқастармен тығыз байланыста болуы олардың өз денсаулығына да алаңдаушылықты еріксіз тудырған. Респонденттер үнемі ішкі қорқыныштың болуы тек қана өз денсаулығына алаңдаушылықтан емес, сонымен

қатар отбасы мүшелеріне жұқтыру қаупін арттыру ықтималдығының көбеюінен деп атап көрсетті. Сауалнама нәтижесінде жоғарғыда аталған үрей болуы туралы респонденттердің 91%-ы «иә»; 5%-ы «жоқ»; 4%-ы «жауап беруге қиналамын» деп жауап берді.

COVID-19 пандемиясы жағдайында провизорлық стационарда науқастармен тікелей жұмыс жасайтын медицина қызметкерлерінің көпшілігінде эмоционалды сарқылудың айқын белгілері байқалды.

Жоғарыда аталған факторлардың кездесу жиілігі мен оларды медициналық қызметкерлердің өздігінен шеше алуға қабілеттілігі респонденттердің жұмыс өтіліне байланысты болмады ($p=0,200$).

Талқылау

Сонымен, пандемия жағдайының профильді емес травматология және ортопедия орталығының жанынан төтенше жағдайды ескере отырып ашылған провизорлық стационарларда коронавирусты науқастарды емдеуге қатысқан медициналық қызметкерлердің психоэмоционалды денсаулығына кері әсер еткендігі анықталды. Бұл әсіресе мамандардың жұмыс жүктемесінің өсуіне, өзіне немесе туысына ауру жұқтыру қаупін сезінуіне және үнемі жеке қорғаныс құралдарын тұтынуға қатысты қолайсыз сезімге байланысты болды.

Біздің нәтижеміз психоэмоционалды күйзелістің белгілі бір деңгейінің орта медициналық қызметкерлерде көбірек байқалғанын көрсетті. Эмоционалды күйзеліс синдромы 2016 жылы Кореяда болған коронавирустың басқа түрінен туындаған эпидемия кезінде науқастарға көмек көрсететін орта медицина қызметкерлерінде де тіркелген. Авторлардың мәлімдеуінше, бұл жағдай әдетте ұйымдастырушылық факторларға байланысты

(мысалы, институционалды климат, моральдық қысым, шамадан тыс жұмыс жүктемесі, жалақының төмендігі және т.б.), эпидемияның ауырлығы эмоционалды сарқылуды тудырған [14].

Түрлі авторлардың зерттеулерінің нәтижесі көрсеткендей, COVID-19 жұқтырған науқастарды емдеуде ат салысқан дәрігерлерге қарағанда мейіргерлерде, әсіресе әйел жынысты мамандарда стресстің, мазасыздықтың және PTSD-нің жоғары деңгейін анықтады [14-18]. Мұны мейіргерлердің ұзақ жұмыс ауысымдары және науқастармен тығыз байланыста болуымен түсіндіруге болады. Ұқсас үлгідегі тағы бір зерттеу дәрігерлердің әлеуметтік қолдау деңгейі ұйқының тиімділігі мен сапасына айтарлықтай байланысты және мазасыздық пен стресспен теріс байланысты екенін көрсетті [4,5,14,19].

Дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлер қытайлық әріптестердің жақында жүргізген зерттеуінің нәтижелері бойынша 2020 жылдың басында COVID-19 жұқтырған науқастармен

жұмыс жасаған дәрігерлер мен мейіргерлер депрессия (50,4%), мазасыздық (44,6%), ұйқының бұзылуы (34%) және күйзеліс (71,5%) белгілері туралы хабарлады. Симптомдардың жоғары қарқындылығы:

- ерлермен салыстырғанда әйелдерде;

- медициналық қызметкерлердің басқа санаттарымен салыстырғанда мейіргерлерде;

- басқа аудандарда жұмыс істейтін медицина қызметкерлерімен салыстырғанда Уханьда жұмыс істейтін медицина қызметкерлерінде көбірек байқалды [4,5,7].

COVID-19 контекстіндегі медицина қызметкерлерінің психикалық денсаулығына келетін болсақ, стресс тудыруы мүмкін қайталама психоәлеуметтік факторларды, мысалы, жас балалармен немесе қарт отбасы мүшелерімен бірге тұратын созылмалы аурулары бар мамандарды анықтау маңызды [20,21].

Ауру жұқтырған науқастармен тікелей байланыста болған медицина қызметкерлерінің, әсіресе депрессия, мазасыздық және суицидтік ойлардың туындау мүмкіндігіне байланысты, олардың психикалық денсаулығын үнемі тексеріп бақылау қажет. Денсаулық сақтау органдары үшін

Қорытынды

COVID-19 пандемиясы жағдайында провизорлық стационарда жұмыс жасайтын дәрігерлер және кіші медициналық қызметкерлермен салыстырғанда орта медициналық қызметкерлер психосоциалды күйзеліске жиі түседі. Жұмыс барысында жеке қорғаныс құралдарын қолданудан туындаған қолайсыздықтар, өзіне немесе отбасы мүшелеріне COVID-19 инфекциясын жұқтырып алу қаупінің жоғары екендігін түсіну психосоциалды күйзеліске алып келетін басты факторлар ретінде

сала мамандарының психикалық денсаулығын зерттеуде, қажеттілік туындаған жағдайларда ерте психологиялық немесе психиатриялық араласулар жүргізу үшін эмоционалды проблемалардың даму қаупі жоғары топтардың, яғни, медициналық қызметкерлердің психикалық денсаулығын мониторингтеу өте маңызды [22-24].

Атап көрсету қажет, біздің зерттеуіміздің әлсіз тұсы – провизорлық стационардағы жұмысқа кірістірілген мамандардың санының аз болуы. Бұл өз кезегінде алынған нәтижелерден сенімді қорытынды жасауға мүмкіндік бермеді. Алайда біз қол жеткізілген нәтижелер жоғарыда көрсетілген ғылыми зерттеулердің нәтижелеріне сәйкес келгендігі назар аударды.

Дегенмен, біздің зерттеудің түпкі мақсаты – орталықтың өз мамандарының психосоциалды ахуалын бағалау әрі оларды қолдауға бағытталған тиімді іс-шаралар жоспарлауға мүмкіндік ашты.

Зерттеу жұмысын болашақта жалғастырып, қатысушылардың санын ұлғайту және сауалнаманы оңтайландыру арқылы терең зерттеу жүргізу қажет деп санаймыз.

танылды. Жұмыс уақытында психосоциалдық мәселелер орын алған жағдайды шешуге қабілеттілік деңгейі барлық лауазым иелерінде бірдей.

Мүдделер қақтығысы. Авторлар жұмыс жасау барысында мүдделер қақтығысының орын алмағанын растайды. Зерттеу нәтижелері тәуелсіз болуы үшін провизорлық стационардың жұмысын тікелей бақылауға жауапты тұлғалар сауалнама өткізуді ұйымдастыруға қатысқан жоқ.

Әдебиет

1. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). ArcGIS. Johns Hopkins University. Website. [Cited 25 Feb 2020]. Available from URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
2. Pneumonia of unknown cause – China. World Health Organization. Website. [Cited 25 Feb 2021]. Available from URL: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>.
3. Nicholas J.B., Fletcher T.E., Fowler R. COVID 19. BMJ Best Practices. BMJ Publishing Group. 2020; Electronic resource. [Cited 25 Feb 2021]. URL: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>.
4. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. JAMA network open. 2020; 3(3): e203976-e203976. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
5. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395(10223): 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
6. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 39. World Health Organization. Website. [Cited 25 Feb 2021]. Available from URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d_4Tedros Adhanom Ghebreyesus.
7. Hu B., Guo H., Zhou P., Shi Z. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nature Reviews Microbiology. 2020; 10(06): 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>.
8. Semenova Y., Glushkova N., Pivina L., Khismetova Z. et al. Epidemiological characteristics and forecast of COVID-19 outbreak in the Republic of Kazakhstan. Journal of Korean medical science. 2020; 35(24): e227. <https://dx.doi.org/10.3346%2Fjkms.2020.35.e227>.
9. Do T.D., Gui M.M., Ng K.Y. Assessing the effects of time-dependent restrictions and control actions to flatten the curve of COVID-19 in Kazakhstan. Peer J. 2021; 9: e10806. <https://doi.org/10.7717/peerj.10806>.
10. Mukusheva Z., Assylbekova M., Poddighe D. Management of pediatric rheumatic patients in Kazakhstan during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Rheumatology International. 2020; 40: 1351-1352. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs00296-020-04613-5>.
11. Bokayev B., Torebekova Z., Abdykalikova M., Davletbayeva Z. Exposing policy gaps: the experience of Kazakhstan in implementing distance learning during the COVID-19 pandemic. Transforming Government: People, Process and Policy. 2021; 15(2): 275-290. <https://doi.org/10.1108/TG-07-2020-0147>.
12. Джарбусынова Б.Б., Хасанова М.Х., Гумар А.Р., Алмабекова М.В. Тревога и депрессия у врачей в период пандемии COVID-19 // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2020.- №4. - 239-244.

Dzharbusynova B.B., Hasanova M.H., Gumar A.R., Almabekova M.V. Trevoga i depressija u vrachej v period pandemii COVID-19 (Anxiety and depression among doctors during the COVID-19 pandemic) [in Russian]. Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta. 2020; 4: 239-244.

13. Попова Д.А., Давлетгильдеев Э.Р., Ерланова Е.Е., Абикулова А.К. Психоэмоциональное состояние студентов Казахского Национального медицинского университета во время пандемии COVID-19 // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2021.- №2.- С. 306-311.

Popova D.A., Davletgil'deev Je.R., Erlanova E.E., Abikulova A.K. Psihojemocional'noe sostojanie studentov Kazahskogo Nacional'nogo medicinskogo universiteta vo vremja pandemii COVID-19 (Psycho-emotional state of students of the Kazakh National Medical University during the COVID-19 pandemic) [in Russian]. Vestnik Kazahskogo Nacional'nogo medicinskogo universiteta. 2021; 2: 306-311.

14. Kim J.S., Choi J.S. (2016). Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea. Asian nursing research, 2016;10(4): 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.10.002>.

15. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю. и др. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. – № 2. – С. 8–45. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>.

Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Iu., Mikita O.Iu. i dr. Professional'noe vygoranie, simptomu emotsional'nogo neblagopoluchija i distressa u meditsinskikh rabotnikov vo vremia epidemii COVID-19 (Burnout, symptoms of emotional distress and distress among healthcare workers during the COVID-19 epidemic) [in Russian]. Konsul'tativnaia psikhologija i psikhoterapiia. 2020; 28(2): 8–45. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>.

16. Падун М.А. COVID-19: риски психической травматизации среди медицинских работников. Институт психологии Российской академии наук. Электронный ресурс [Дата обращения: 11 Мар 2021] Режим доступа: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/m-a-padun-covid-19-riski-psihich.html.

Padun M.A. COVID-19: riski psikhicheskoj travmatizatsii sredi meditsinskikh rabotnikov (COVID-19: Mental Trauma Risks Among Health Care Workers) [in Russian]. Institut psikhologii Rossijskoj akademii nauk. Elektronnyi resurs [Data obrashcheniia: 11 Mar 2021] Rezhim dostupa: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/m-a-padun-covid-19-riski-psihich.html.

17. Семенова Н.В., Вьяльцин А.С., Авдеев Д.Б., Кузюкова А.В. и др. Эмоциональное выгорание у медицинских работников // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №2. – С. 37-37.

Semenova N.V., Vial'tsin A.S., Avdeev D.B., Kuziukova A.V i dr. Emotsional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov (Burnout in healthcare professionals) [in Russian]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia. 2017; 2: 37-37.

18. Верна В.В., Иззетдинова А.А. Профилактика профессионального выгорания медицинских работников в период распространения пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9. – №4(33). - С. 91-94. <https://doi.org/10.26140/anie-2020-0904-0019>.

Verna V.V., Izzetdinova A.A. Profilaktika professional'nogo vygoraniia meditsinskikh rabotnikov v period rasprostraneniia pandemii koronavirusnoi infektsii COVID-19 (Prevention of professional burnout of medical workers during the spread of the coronavirus infection COVID-19 pandemic) [in Russian]. Azimut nauchnykh issledovani: ekonomika i upravlenie. 2020; 9(4 (33)): 91-94. <https://doi.org/10.26140/anie-2020-0904-0019>.

19. Холмогорова А. Б., Петриков С.С., Суроегина А.Е., Микита О.Ю. и др. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2020. – Т. 9. – №3. – С. 321-336. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337>.

Kholmogorova A. B., Petrikov S.S., Suroegina A.E., Mikita O.Iu. i dr. Professional'noe vygoranie i ego faktory u meditsinskikh rabotnikov, uchastvuiushchikh v okazanii pomoshchi bol'nyh COVID-19 na raznykh etapakh pandemii (Occupational burnout and its factors in healthcare workers involved in caring for patients with COVID-19 at different stages of the pandemic) [in Russian]. Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo Neotlozhnaia meditsinskaia pomoshch'. 2020; 9(3): 321-337. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337>.

20. Schoonover K.L., Hall-Flavin D., Whitford K., Lussierevin M. et al. Impact of poetry on empathy and professional burnout of health-care workers: a systematic review. Journal of palliative care. 2020; 35(2): 127-132. <https://doi.org/10.1177%2F0825859719865545>.

21. Plan for the Health Sector, Annex P: Pandemic influenza psychosocial annex. Website. [Cited 25 Feb 2021]. Available from URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/flu-influenza/canadian-pandemic-influenza-preparedness-planning-guidance-health-sector/pandemic-influenza-psycho-social-annex.html>.

22. World Health Organization. Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak. Geneva: WHO; 2020. Website. [Cited 25 Feb 2021]. Available from URL: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw1JeJhB9EiwAV612y8MX9SEpxDtIj2CHi5sklmdQJMsZRhH1yjCcNvtRhMyZn0m9givwhx0CdZ8QAvD_BwE.

23. Inter-Agency Standing Committee. Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak-Version 1.1. 2020. Website. [Cited 25 Feb 2021]. Available from URL: https://reliefweb.int/report/world/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psycho-social-aspects-covid-19?gclid=CjwKCAjw1JeJhB9EiwAV612y_CzqCQKA2JkG_wt6HiDeKEGQUTXgWus88b9fSUjoc9aAHFXUnZsBoCimYQAvD_BwE.

24. González-Rodríguez R., López-Castedo A., Seller E.P., Verde-Diego C. Burnout syndrome in the Health System: The case of social health workers. Enfermería Glob. 2020; 58: 152-161. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.382631>.

Assessment of the Psychoemotional status of Specialists in the Field of Traumatology and Orthopedics Working in a Provisional Hospital During the COVID-19 Pandemic

Nargiz Akhmediyarova¹, Galiya Orazova², Arman Batpen³

¹ Student of the Public Health and Management Faculty, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: askhrvna@gmail.com

² Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: galiyaorazova@gmail.com

³ Deputy Director of the National Research Center for Trauma and Orthopaedics named after Academician Batpenov N.D. for Academic Affairs and Strategy, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: batpen_a@nscto.kz

Abstract

The purpose of the study: to assess the psychoemotional status of specialists in the field of traumatology and orthopedics working in a provisional hospital during the COVID-19 pandemic.

Methods. This one-stage cross-sectional study was conducted in the summer of 2021 in a provisional hospital created at the National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D. The average age of respondents (n = 42) was 32,2 years (SD = 12.5). The online questionnaire consisted of 12 questions compiled by the authors on the basis of the HADS and Maslach questionnaires aimed at identifying occupational stress.

Results. It turned out that the average medical staff working in a provisional hospital is more often subjected to psychoemotional stress. The prevalence of stress symptoms did not depend on the gender of medical workers, but was more common in women ($\chi^2 = 14.6$, $p < 0.001$).

Conclusions. We believe that during the COVID-19 pandemic, the average medical staff is more susceptible to psychoemotional stress than doctors and nurses. Discomfort from the use of personal protective equipment at work and the realization that the medical worker himself or his family members are at high risk of contracting COVID-19 were recognized as the main factors leading to psychoemotional stress.

Keywords: COVID-19 pandemic, sociological research, psychoemotional status, medical personnel.

Оценка психоэмоционального статуса специалистов в области травматологии и ортопедии, работающих в провизорном стационаре во время пандемии COVID-19

Ахмедьярова Н.А.¹, Оразова Г.Ұ.², Бәтпен А.Н.³

¹ Бакалавр факультета общественного здоровья и менеджмента, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: askhrvna@gmail.com

² Доцент кафедры общественного здоровья и гигиены, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан.

E-mail: galiyaorazova@gmail.com

³ Заместитель директора Национального научного центра травматологии и ортопедии имени Академика Батпеннова Н.Д. по научной работе и стратегии, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: batpen_a@nscto.kz

Резюме

Цель исследования: оценить психоэмоциональный статус специалистов в области травматологии и ортопедии, работающих в провизорном стационаре во время пандемии COVID-19.

Методы. Данное одномоментное поперечное исследование было проведено летом 2021 года в провизорном стационаре, созданного при Национальном научном центре травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д. Средний возраст респондентов (n = 42) составил - 32,2 (SD=12,5). Онлайн анкета состояла из 12 вопросов, составленных авторами на основе опросников HADS и Маслач, направленных на выявление профессионального стресса.

Результаты. Выяснилось, что средний медицинский персонал, работающий в условиях провизорного стационара чаще подвергается психоэмоциональному стрессу. Распространенность симптомов стресса не зависела от пола медицинских работников, но чаще встречалась у женщин ($\chi^2 = 14,6$, $p < 0,001$).

Выводы. Мы полагаем, что во время пандемии COVID-19 средний медицинский персонал более подвержен психоэмоциональному стрессу, чем врачи и младшие медицинские работники. Дискомфорт от использования средств индивидуальной защиты на работе и осознание того, что сам медицинский работник или члены его семьи подвергаются высокому риску заражения COVID-19 были признаны основными факторами, ведущими к психоэмоциональному стрессу.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, социологическое исследование, психоэмоциональный статус, медицинский персонал.

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-15-20>
 УДК 617.3; 616-089.23; 616-001; 615.47-114:616-07-08
 МРНТИ 76.29.41; 76.13.25

Оригинальная статья

Малоинвазивное оперативное лечение переломов костей переднего тазового полукольца

Абдуразаков У.А.¹, Абдуразаков А.У.², Аскеров Р.А.³, Ткаченко А.Е.⁴

¹ Профессор кафедры травматологии и ортопедии, Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан. E-mail: urazabdu@mail.ru.

² Заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан. E-mail: abdurazakov@mail.ru

³ Заведующий отделением политравмы Городской клинической больницы №7 города Алматы, Казахстан. E-mail: askerov.ramazan@mail.ru

⁴ Врач-травматолог отделения политравмы городской клинической больницы №7 города Алматы, Казахстан. E-mail: info@gkb7.kz

Резюме

Цель исследования: Оценить эффективность применения малоинвазивного метода хирургического лечения переломов костей переднего тазового полукольца.

Методы. В исследовании участвовали 70 пациентов с переломами переднего тазового полукольца, которым выполнено оперативное лечение в отделении политравмы Городской клинической больницы №7 города Алматы за период с 2018 по 2020 год. В основную группу вошли 35 пациентов, оперированных по малоинвазивной методике остеосинтеза блокирующей пластиной. В контрольную группу также вошли 35 пациентов, оперированных по классической открытой методике погружным остеосинтезом. Большую часть пострадавших составили мужчины – 43 (61,5%), женщин – 27 (38,5%), в том числе работающих – 39 (55,7%), неработающих лиц – 23 (32,8%), учащихся и студентов – 8 (11,4%). Причинами возникновения переломов костей таза являлась дорожно-транспортная травма у 46 (65,7%), кататравма у 24 (34,2%) пациентов. Среди наблюдавшихся пациентов изолированная травма таза была у 32, сочетанная травма – у 28, политравма – у 10 пострадавших.

Результаты. У 23 пациентов (32,8%) в послеоперационном периоде наблюдались осложнения. Наиболее часто отмечалось образование пролежней в области крестца – 12,8%, воспаление мягких тканей в области послеоперационной раны – 9,9%. В основной группе доля осложнений составила 7%, в группе контроля – 27%. Неврологические осложнения наблюдались в основной группе в 1,4%, а в контрольной – в 5,7%. Эти данные показывают, что развитие различных осложнений связано, не только с тяжестью полученной травмы, но и тяжестью проведенной операции. Сращение переломов достигнуто у всех пациентов в обеих группах.

Выводы. Мы полагаем, что метод малоинвазивного остеосинтеза переломов переднего тазового полукольца позволяет проводить лечение в ранние сроки, уменьшить кровопотерю, метод менее травматичен, снижает риск развития инфекционных и неврологических осложнений, способствует заживлению послеоперационных ран в ранние сроки по сравнению с открытым методом.

Ключевые слова: кости переднего тазового полукольца, переломы, хирургическое лечение, малоинвазивные вмешательства.

Corresponding author: Arman Abdurazakov, Head of the Department of Traumatology and Orthopedics. Kazakh medical university of continuing education, Almaty, Kazakhstan
 Postal code: Postal code: 050026
 Address: Kazakhstan, Almaty, Nurmakov Str, 79-13
 Phone: +7 701 736 3016
 E-mail: abdurazakov@mail.ru

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 15-20
 Received: 12-06-2021
 Accepted: 18-07-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

В экономически развитых странах частота переломов таза составляет 3-11% среди общего числа травм и не имеет тенденции к снижению [1,2]. Несмотря на достигнутые успехи в современной травматологии, проблема лечения больных с повреждениями таза остается в центре внимания травматологов в связи с довольно высокой летальностью и инвалидизацией пострадавших [3]. По данным литературы, неудовлетворительные исходы лечения таких пациентов отмечаются в 20-25% случаев. Высокий процент неудовлетворительных результатов лечения требует проведения длительной реабилитации, не всегда обеспечивающей восстановления трудоспособности пациентов, а это способствует развитию стойкой инвалидизации и снижению качества их жизни [3,4]. Все это определяет не только клинические, но и социальные компоненты особенности лечения переломов костей таза.

Материалы и методы исследования

Под нашим клиническим наблюдением находились 70 пациентов с переломами переднего тазового полукольца, подвергавшихся оперативному лечению в отделении политравмы Городской клинической больницы №7 г. Алматы за период с 2018 по 2020 года. В основную группу вошли 35 пациентов, оперированных по малоинвазивной методике остеосинтеза накостным блокирующим имплантатом. В контрольную группу также вошли 35 пациентов, оперированных по классической открытой методике погружным остеосинтезом. Большую часть пострадавших составили мужчины – 43 (61,5%), женщин – 27 (38,5%), в том числе работающих – 39 (55,7%), неработающих лиц – 23 (32,8%), учащихся и студентов — 8 (11,4%). Причинами возникновения переломов костей таза являлась дорожно-транспортная травма у 46 (65,7%), кататравма у 24 (34,2%) пациентов. Среди наблюдавшихся пациентов изолированная травма таза была у 32, сочетанная травма - у 28, политравма - у 10 пострадавших.

Для характеристики переломов переднего тазового полукольца пациенты были разделены на 8

До сих пор нерешенным остается вопрос о выборе эффективного метода лечения переломов таза. Необходим такой оптимальный метод, который будет учитывать, как характер перелома, степени смещения костных отломков, так и тяжесть травмы. Часть травматологов продолжают отдавать предпочтение консервативным методам лечения пациентов, а другие предлагают раннее оперативное лечение, что диктует необходимость выбора оптимального метода остеосинтеза переломов костей таза.

Цель данного исследования: оценить результаты оптимизации хирургического лечения переломов костей переднего тазового полукольца с применением остеосинтеза накостным блокирующим имплантатом.

подгрупп в зависимости от вида диагноза. Основное количество пациентов пришлось на односторонние контрлатеральные переломы ветвей лонной кости (25,7%) и односторонний ипсилатеральный перелом лонной кости (28,5%). Наименьшее количество составили пациенты с разрывами лобкового симфиза в сочетании с односторонним (1,4%) и двусторонним (1,4%) переломами ветвей лонных костей.

Метод малоинвазивного остеосинтеза использован при лечении 25 пострадавших (1-я основная группа). Оперативное вмешательство было произведено как пациентам с изолированной травмой у 18 пациентов (56,2%), так и пациентам с политравмой у 3 пациента и сочетанной травмой у 4 пациента. Фиксация костных отломков нами осуществлялась блокирующим, накостным имплантатом, реконструктивной J-образной пластиной ChARPEL, фирмы ChM, который представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 - ChARPEL пластина реконструктивная J-образная, ChM

При изолированных травмах таза, не требующих лечения на реанимационном этапе, остеосинтез производили на 3-4 сутки госпитализации. У пациентов с политравмой и сочетанной травмой

osteosynthesis был произведен на 6-7 сутки, после стабилизации гемодинамических показателей, общего состояния и перевода из отделения реанимации.

Результаты

В первую очередь мы хотели бы описать ход хирургического вмешательства. Согласно разработанному методу малоинвазивного остеосинтеза оперативное вмешательство производилось под общим обезболиванием, после соответствующей обработки операционного поля,

через два разреза. Первый поперечный разрез размером до 2 см, производился над верхней ветвью лобковой кости, отступив от лонного сочленения на два сантиметра, как показано на рисунок 2. Второй разрез производится над крылом подвздошной кости размером до 2 см. (рисунок 2).



Рисунок 2. а, б - доступы к месту перелома при малоинвазивном методе остеосинтеза

Затем через первый разрез достигали место перелома и производили репозицию отломков и временную фиксацию их при помощи зажимов Кохера. При помощи распаторов подготавливали канал для установки пластины. Канал формировался поднадкостнично. Надевали на реконструктивную пластину лавсановый проводник, через крайнее отверстие. Проводили зажим Кохера через

латеральный разрез, по заранее подготовленному каналу. Фиксировали к зажиму лавсановый проводник и устанавливали пластину на место перелома (рисунок 3). Установка пластины проводилась под контролем электронно-оптического преобразователя. Фиксировали пластину по краевым отверстиям, кортикальными винтами, достигнут стабильный остеосинтез.

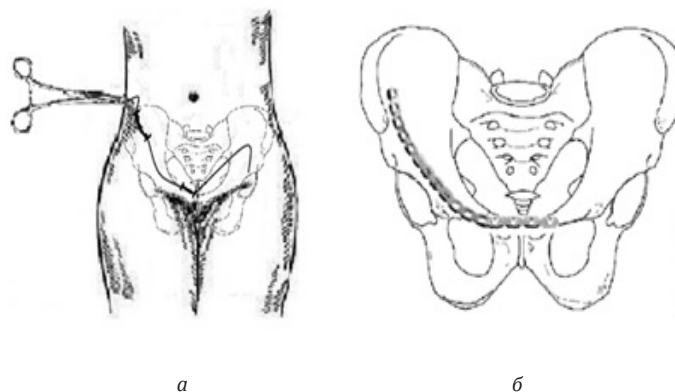


Рисунок 3. а - проведение лавсанового проводника, б- установка реконструктивной пластины

После чего производился гемостаз и ушивание послеоперационных ран. Кровопотеря во время операции в среднем составляла от 50 до 150 мл, что в

меньшей степени отражалось на состоянии пациента в послеоперационном периоде. Результат операции предоставлен на рисунке 4.

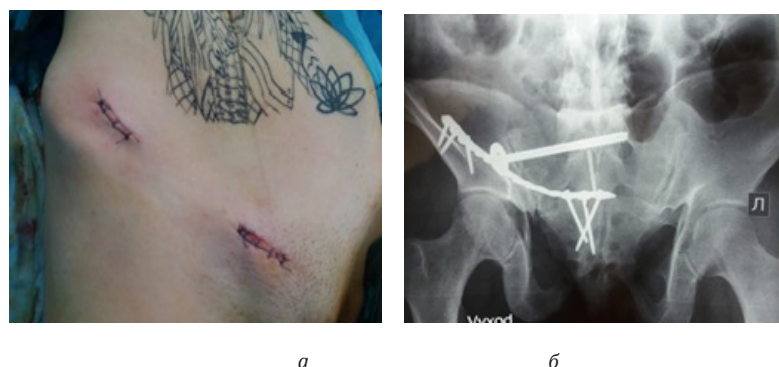


Рисунок 4. а - вид раны после малоинвазивного остеосинтеза костей таза, б - обзорная рентгенография костей таза, после операции с фиксацией перелома в условиях металлоконструкции

Необходимо отметить, что при малоинвазивном остеосинтезе повреждение окружающих мягких тканей минимизировано, сохранены источники кровоснабжения, за счет чего обеспечивалось лучшее питание костной ткани. Данный факт способствовал заживлению ран и позволил начать ранее реабилитационное лечение

пациента. Внешний вид хирургических доступов при классическом виде остеосинтеза и малоинвазивном остеосинтезе представлен на рисунке 5.



Рисунок 5. а - вид хирургического доступа при классическом виде остеосинтезе костей таза, б - вид хирургического доступа при малоинвазивном виде остеосинтеза

После операционное течение у всех пациентов было относительно гладкое. У 23 пациентов (32,8%) в послеоперационном периоде наблюдались осложнения, наиболее часто отмечалось образование пролежней в области крестца (12,8%), значительную часть осложнений составили инфекционные осложнения, воспаление мягких тканей в области

послеоперационной раны (9,9%). В основной группе доля осложнений составила 7%, в группе контроля 27%. Послеоперационное осложнение в виде неврологических осложнений наблюдалось в основной группе 1,4%, а в контрольной - 5,7%.

Обсуждение

Вышеуказанные данные показывают, что развитие различных осложнений связано, не только с тяжестью полученной травмы, но и тяжестью проведенной операции. При малоинвазивной операции вероятность развития осложнений на много меньше, чем при классическом открытом остеосинтезе переломов костей таза [3]. Благодаря своевременному лечению достигнуто устранение этих осложнений, которые не отразились на сращении переломов костей таза и функциональной деятельности тазового пояса.

На основании результатов клинического исследования можно сделать следующие выводы: лечение травм тазового кольца является сложной

задачей. Решение данной задачи требует комплексного подхода, не только для травматологов и ортопедов, но и смежных специалистов. Поэтому травматологическому сообществу следует обратить внимание на методы малоинвазивного остеосинтеза переломов переднего тазового полукольца [3,4]. Данный метод позволяет проводить лечение в краткие сроки, малотравматичны, уменьшить кровопотерю, снижается риск развития инфекционных осложнений, способствует заживлению послеоперационных ран и сращению переломов костей таза, и восстановлению опороспособности пациентов в ранние сроки.

Выводы

Малоинвазивный метод оперативного лечения, применяемый при лечении переломов костей переднего тазового полукольца позволяет значительно снизить долю послеоперационных осложнений операции, косвенно влияет на ускоренное сращение перелома, позволяет улучшить качество жизни пациентов на более поздних этапах лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. При проведении исследования источников внешнего финансирования не было.

Литература

1. Богаткин А.А., Рунков А.В., Близнац Д.Г. Ретроградное введение винтов при околоуставных переломах лонных костей с разрывом лонного сочленения / X юбилейный всероссийский съезд травматологов-ортопедов. Москва, 16-19 сентября 2014 г. – Спб. – 2014. – С. 88.
Bogatkin A.A., Runkov A.V., Bliznets D.G. Retrograde vvedenie vintov pri okolosustavnykh perelomakh lonnykh kostei s razryvom lonnogo sochleneniia (Retrograde introduction of screws in periarticular fractures of the pubic bones with rupture of the pubic articulation) [in Russian]. X iubilейnyi vserossiiskii s"ezd travmatologov-ortopedov. Moskva, 16-19 sentiabria 2014 g. Spb. 2014; 88.
2. Самохвалов И.М., Борисов М.Б., Денисенко В.В., Гребнев А.Р. и др. Временная неинвазивная стабилизация таза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – №1. – С. 6-11.
Samokhvalov I.M., Borisov M.B., Denisenko V.V., Grebnev A.R. i dr. Vremennaia neinvazivnaia stabilizatsiia taza (Temporary non-invasive pelvic stabilization) [in Russian]. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2014; 1: 6-11.
3. Кавалерский Г.М., Силин Л.Л., Донченко С.В. Выбор тактики при переломах заднего полукольца таза в области крестца и смежных суставов // Матер. Междунар. Юбилейн. конф. «Современные повреждения и их лечение». – М. – 2010. – С. 304.
Kavalerskii G.M., Silin L.L., Donchenko S.V. Vybortaktiki pri perelomakh zadnego polukol'tsa taza v oblasti kresttsa i smezhnykh sustavov (The choice of tactics for fractures of the posterior semi-ring of the pelvis in the region of the sacrum and

adjacent joints) [in Russian]. Mater. Mezhdunar. Iubilein. konf. «Sovremennye povrezhdeniia i ikh lechenie». M. 2010; 304.

4. Герасимова О.А. Послеоперационное лечение пациентов с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательной системы: Автореф. дис. канд. мед. наук. Новосибирский НИИТО. – Новосибирск. – 2012. – С. 22.

Gerasimova O.A. Posleoperatsionnoe lechenie patsientov s mnozhestvennymi i sochetannymi povrezhdeniiami oporno-dvigatel'noi sistemy: Avtoref. dis. kand. med. Nauk (Postoperative treatment of patients with multiple and associated injuries of the musculoskeletal system: Abstract of the thesis. dis. Cand. honey. sciences) [in Russian]. Novosibirskii NIITO. – Novosibirsk. 2012; 22.

Жамбас сүйегінің алдыңғы сақинасының сүйектерінің сынуын минималды инвазивті хирургиялық емдеу

Абдуразаков У.А.¹, Абдуразаков А.У.², Аскеров Р.А.³, Ткаченко А.Е.⁴

¹Травматология және ортопедия кафедрасының профессоры, Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы, Қазақстан. E-mail: urazabdu@mail.ru

²Травматология және ортопедия кафедрасының меңгерушісі, Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы, Қазақстан. E-mail: abdurazakov@mail.ru

³Алматы қаласының №7 қалалық клиникалық ауруханасының политевма бөлімшесінің меңгерушісі, Алматы, Қазақстан. E-mail: askerov.gatazap@mail.ru

⁴Алматы қаласының №7 қалалық клиникалық ауруханасының политевма бөлімшесінің травматологы, Алматы, Қазақстан. E-mail: info@gkb7.kz

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: жамбас сүйегінің алдыңғы жартылай сақинасының сынуын хирургиялық емдеудің минималды инвазивті әдісін қолданудың тиімділігін бағалау.

Әдістері. Зерттеу 2018-2020 жылдар аралығында Алматы қаласының №7 қалалық клиникалық ауруханасының политевма бөлімінде хирургиялық ем алған алдыңғы жамбас жартылай сақинасының сынуы бар 70 науқастың қатысуымен жүргізілді. Олар негізгі және бақылау топтарына бөлінді. Негізгі топқа блоктаушы пластинамен остеосинтездің минималды инвазивті техникасын қолдану арқылы ота жасалған 35 науқас кірді. Бақылау тобына остеосинтезі классикалық ашық әдіспен жасалған 35 науқас кірді. Зардап шеккендердің көпшілігі ер адамдар - 43 (61,5%) болса, ал әйелдердің саны - 27 (38,5%) болды. Оның ішінде жұмысшылар - 39 (55,7%), жұмыс істемейтіндер - 23 (32,8%), студенттер - 8 (11,4%) құрады. Жамбас сүйектерінің сыну себептері 46 (65,7%) науқаста - жол-көлік жарақаты, 24 (34,2%) науқаста кататравма болды. Зерттеуге қатысушы науқастардың ішінде жамбас сүйегінің оқшауланған жарақаты – 32 науқаста, ілеспелі жарақат – 28 науқаста, ал политевма 10 науқаста болды.

Нәтижесі. 23 науқаста (32,8%) операциядан кейінгі кезеңде асқынулар байқалды. Сакральды аймақта қысым жарасы 12,8% жағдайда, отадан кейінгі жара аймағындағы жұмсақ тіндердің қабынуы 9,9% жағдайда байқалды. Асқынулардың үлесі негізгі топта - 7%, ал бақылау тобында 27% құрады. Неврологиялық асқынулар негізгі топта - 1,4%, бақылау тобында - 5,7% жағдайда байқалды. Бұл деректер әртүрлі асқынулардың дамуы жарақаттың ауырлығымен ғана емес, сонымен бірге жүргізілген отаның да ауырлығымен байланысты екенін көрсетеді.

Қорытынды. Алдыңғы жамбас сүйегінің жартылай сақинасының сынуының минималды инвазивті остеосинтез әдісі сынықты ерте кезеңде емдеуге мүмкіндік береді. Сонымен қатар қан жоғалтуды азайтады. Әдістің жарақаттау көлемі аз, инфекциялық және неврологиялық асқынулардың даму қаупін азайтады. Сондықтан ашық әдіспен салыстырғанда отадан кейінгі жаралардың жылдам жазылуына септігін тигізеді.

Түйін сөздер: жамбас сүйегінің алдыңғы жартылай сақинасы, сынықтар, хирургиялық ем, минималды инвазивті оталар.

Minimally Invasive Surgical Treatment of Fractures of the Bones of the Anterior Pelvic Half Ring

Urazbai Abdurazakov¹, Arman Abdurazakov², Ramazan Askerov³, Aleksey Tkachenko⁴

¹ Professor of the Department of Traumatology and Orthopedics, Kazakh medical university of continuing education, Almaty, Kazakhstan. E-mail: urazabdu@mail.ru

² Head of the Department of Traumatology and Orthopedics, Kazakh medical university of continuing education, Almaty, Kazakhstan. E-mail: abdurazakov@mail.ru

³ Head of the polytrauma Department of 7th City Clinical Hospital of Almaty, Kazakhstan. E-mail: askerov.ramazan@mail.ru

⁴ Traumatologist of the polytrauma Department of 7th City clinical hospital of Almaty, Kazakhstan. E-mail: info@gkb7.kz

Abstract

The aim: To evaluate the effectiveness of the application of the minimally invasive method of surgical treatment of fractures of the bones of the anterior pelvic half-ring.

Methods. 70 patients with fractures of the anterior pelvic half-ring who underwent surgical treatment in the polytrauma department of the City Clinical Hospital No. 7 in Almaty for the period from 2018 to 2020. They were divided into main and control groups. The main group included 35 patients operated on using the minimally invasive technique of osteosynthesis with a blocking plate. The control group included 35 patients who were operated on using the classical open technique with submerged osteosynthesis. Most of the victims were men - 43 (61.5%), women - 27 (38.5%), including workers - 39 (55.7%), non-working people - 23 (32.8%), students and students - 8 (11.4%). The causes of pelvic fractures were road traffic injuries in 46 (65.7%) patients, catatrauma in 24 (34.2%) patients. Among the observed patients, isolated pelvic trauma was in 32, concomitant trauma in 28, polytrauma in 10 patients.

Results. Complications were observed in 23 patients (32.8%) in the postoperative period, the most common was the formation of pressure ulcers in the sacrum (12.8%), inflammation of the soft tissues in the area of the postoperative wound was 9.9%. In the main group, the proportion of complications was 7%, in the control group - 27%. Postoperative complications in the form of neurological complications were observed in the main group in 1.4%, and in the control group - in 5.7%. These data show that the development of various complications is associated not only with the severity of the injury, but also with the severity of the operation. Fracture healing was achieved in all patients in both groups.

Conclusion. The method of minimally invasive osteosynthesis of fractures of the anterior pelvic half-ring allows for early treatment, reduces blood loss, is less traumatic, reduces the risk of developing infectious and neurological complications, promotes early healing of postoperative wounds in comparison with the open method.

Keywords: bones of the anterior pelvic half ring, fractures, surgical treatment, minimally invasive interventions.

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-21-25>
УДК 615.47-114:616-07-08
МРНТИ: 76.13.25

Краткое сообщение

Анализ результатов ультразвукового исследования синдрома сдавления срединного нерва в карпальном канале

Серикбаева Е.Н.¹, Спичак Л.В.²

¹ Врач ультразвуковой диагностики, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: yese@mail.ru

² Заведующая отделением ультразвуковой диагностики, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: spichak_l@nscto.kz

Резюме

Цель исследования: анализ результатов ультразвукового исследования синдрома сдавления срединного нерва в карпальном канале для определения оптимальной тактики лечения патологии окружающих нерв тканей.

Методы. В исследование включены данные 42 пациентов с травматическими повреждениями кистевого сустава различных степеней тяжести.

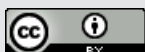
Результаты. У всех обследованных нами пациентов, при сканировании срединного нерва основными ультразвуковыми признаками наличия туннельного синдрома были утолщение срединного нерва проксимальнее карпального канала и уменьшение толщины нерва в дистальном отделе карпального канала.

Выводы. Использование ультразвукового исследования позволит повысить точность определения места компрессии нерва, сократить сроки обследования, визуализировать характер изменения структуры нерва и выбрать наиболее адекватную тактику оперативного вмешательства.

Ключевые слова: карпальный канал, синдром сдавления, срединный нерв, ультразвуковое исследование.

Corresponding author: Evgeniya Serikbayeva, Ultrasound diagnostics doctor, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician N.D. Batpenov, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z00P5Y4
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Abylai Khan Avenue, 15A
Phone: +77015120773
E-mail: yese@mail.ru

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 21-25
Received: 22-06-2021
Accepted: 18-07-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Туннельные невропатии – поражение периферических нервов вследствие их сдавления в местах анатомических сужений (туннелях): ригидных костно-фиброзных и фиброзно-мышечных каналах, апоневротических щелях и отверстиях в связках, называемых туннелей: ригидных костно-фиброзных и фиброзно-мышечных каналах. Основным предрасполагающим фактором развития туннельной невропатии является сужение анатомического туннеля, через который проходят нервы, зачастую в комплексе с другими анатомическими структурами. Наиболее распространенным среди туннельных синдромов является синдром карпального канала, вызванный компрессией срединного нерва, который встречается у 1% всего населения [1,6,7].

По данным Stevens J.C. et al. частота встречаемости ущемления срединного нерва в карпальном канале в год составляет 125 человек на 100 тыс. населения [2]. Механизмом поражения нервного ствола являются локальное раздражение, компрессия и ишемия, что позволяет ряду авторов говорить о компрессионно-ишемических невропатиях [2,4]. Толчком к развитию синдрома карпального канала могут являться профессиональные, бытовые и спортивные нагрузки на определенную группу мышц, длительное вынужденное разгибательное положение

кисти [5]. Постоянная микротравматизация сосудисто-нервного пучка в узком канале способствует развитию асептического воспаления, приводящего к местному отеку жировой клетчатки. Отек, в свою очередь способствует еще большей компрессии анатомических структур. Таким образом, порочный круг замыкается, что ведет к прогрессированию и хронизации процесса. Однако для развития данного заболевания только предрасполагающих факторов, как правило, недостаточно [2,3].

Туннельный синдром развивается, когда начинают действовать сопутствующие факторы. Этими факторами могут являться такие заболевания, как сахарный диабет, системные и эндокринные нарушения (беременность, гипотиреоз, акромегалия, амилоидоз и другие); уменьшение пространства карпального канала из-за остеофитов, экзостозов, ганглия, гематомы, теносинита, деформации сустава при ревматоидном артрите и другие [4].

Цель исследования: анализ результатов ультразвукового исследования синдрома сдавления срединного нерва в карпальном канале для определения оптимальной тактики лечения патологии окружающих нерв тканей.

Материалы и методы исследования

В период с января по май 2021 года в отделении лучевой диагностики Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д. проведено ультразвуковое исследование срединного нерва 42 пациентам.

У всех пациентов отмечалось наличие клинической и неврологической симптоматики:

- у 15 (35,7%) пациентов в анамнезе было травматическое повреждение кистевого сустава различных степеней тяжести;

- у 5 (11,9%) пациентов сахарный диабет 2 типа;

- у 7 (16,6%) пациентов ревматоидный артрит;

- 1 (2,3%) пациент с подагрой;

- 14 (33,3%) пациентов не указали на наличие какого-либо хронического заболевания.

Возраст пациентов составил 40-70 лет (средний возраст – 32,7).

При исследовании использовался стандартный линейный датчик, частотой 14 МГц. Исследование проводилось в В-режиме, визуализация осуществлялась в трех основных плоскостях. Применялись доплеровские режимы для оценки кровотока по ходу ствола нерва.

Ультразвуковое сканирование, мы начинали с области верхней трети предплечья, где лоцируем типичную ячеистую структуру неизмененного срединного нерва. Сначала, датчик устанавливается поперечно, для того, чтобы четко вывести характерную интраневральную фасцикулярную структуру, затем датчик поворачиваем вдоль длинной оси нерва. Перемещая датчик дистальнее, мы делаем три остановки и соответственно три основных замера площади поперечного сечения и толщины нерва: в нижней трети предплечья, до входа в карпальный канал и непосредственно в канале. Кроме этого, определяется толщина и экзогенность карпальной связки.

Результаты

Уровни ультразвукового сканирования и толщина срединного нерва представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1- Площадь поперечного сканирования (см2) на трех уровнях сканирования

Уровни сканирования	n	Min-max
Нижняя треть предплечья	42	0.06-0.20
Перед входом в карпальный канал	42	0.12-0.36
В карпальном канале	42	0.04-0.15

Таблица 2 - Толщина (мм) срединного нерва

Уровни сканирования	n	Min-max
Перед входом в карпальный канал	42	1.7-3.9
В карпальном канале	42	1.3-1.7

У всех обследованных нами пациентов при сканировании срединного нерва основными ультразвуковыми признаками наличия туннельного синдрома были:

-утолщение срединного нерва проксимальнее карпального канала, уплощение или уменьшение толщины нерва в дистальном отделе карпального канала;

-снижение эхогенности нерва до входа в канал;
-увеличение площади поперечного сечения срединного нерва в проксимальной части карпального канала ($\geq 0,12$ см).

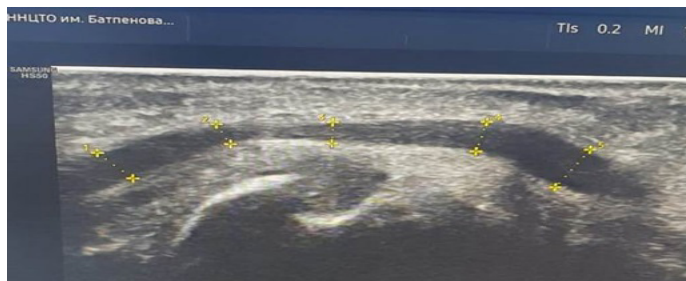


Рисунок 1 - Патологически измененный срединный нерв на разных уровнях сканирования с признаками отека и нарушения дифференцировки волокон

Основными ультразвуковыми признаками наличия туннельного синдрома также были:

- изменение эхоструктуры срединного нерва (исчезновение внутреннего деления на пучки, нарушение дифференцировки нервного волокна), визуализация нерва перед входом в карпальный канал при продольном сканировании в виде тяжа с неровным контуром, пониженной эхогенности, неоднородной

эхоструктуры;

- выявление с помощью цветокодированных методик сосудистой сети внутринервного ствола и дополнительных артерий по ходу срединного нерва;

- утолщение связки-удерживателя сухожилий ($\geq 1,2$ мм) и повышение ее эхогенности.

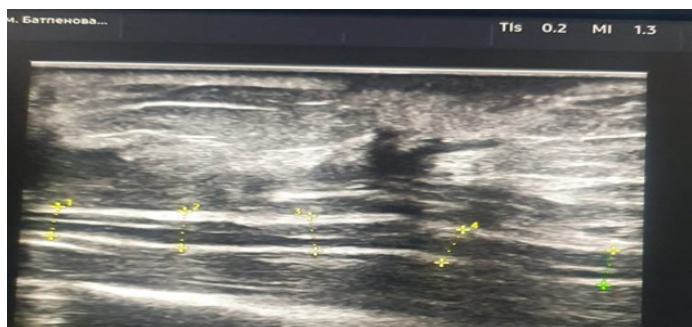


Рисунок 2 - Срединный нерв с признаками дистрофического процесса

Обсуждение

При проведении ультразвукового исследования можно точно диагностировать или исключить развитие вторичных туннельных синдромов, развившихся в результате тендовагинита сухожилий сгибателей, опухоли или ганглия в проекции карпального канала. Это может в корне изменить тактику ведения больного. На основе полученных ультразвуковых данных может быть проведено либо консервативное, либо оперативное лечение выявленной патологии окружающих нерв тканей.

Показаниями к проведению оперативного

вмешательства нашим пациентам являлись наличие клинических проявлений компрессии срединного нерва и выявление четких ультразвуковых признаков синдрома карпального канала, таких как локальное утолщение нерва проксимальнее карпального канала и последующее уменьшение диаметра нерва в проекции карпального канала. В зависимости от длительности компрессионного синдрома и наличия сопутствующей патологии больным проводилась открытая декомпрессия срединного нерва.

Выводы

Использование ультразвукового исследования позволит повысить точность определения места компрессии нерва, сократить сроки обследования, визуализировать характер изменения структуры нерва и выбрать наиболее адекватную тактику оперативного вмешательства.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Авторы заявляют о том, что внешних источников финансирования данного исследования не было.

Литература

1. Pfeffer G.B., Gelberman R.H., Boyes J.H., Rydevik B. The history of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Br.* 1988; 13(1): 28–34. [https://doi.org/10.1016/0266-7681\(88\)90046-0](https://doi.org/10.1016/0266-7681(88)90046-0).
2. Stevens J.C., Sun S., Beard C.M., O'Fallon W.M. et al. Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961 to 1980. *Neurology.* 1988; 38(1): 134–138. <https://doi.org/10.1212/wnl.38.1.134>.
3. Szabo R.M. Carpal tunnel syndrome – general // *Operative Nerve Repair and Reconstruction* / Ed. by Gelberman R.N. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1991. P. 882–883.
4. Лобзин В.С., Рахимджанов А.Ф., Жулев Н.М. Туннельные компрессионно-ишемические невропатии. – Ташкент: Медицина. – 1988. – 232.
5. Lobzin V.S., Rakhimdzhanov A.F., Zhulev N.M. Tunnel'nye kompressionno-ishemicheskie nevropatii (Tunnel compression-ischemic neuropathies) [in Russian]. – Tashkent: Meditsina. 1988; 232.
6. Берзиньш Ю.Э., Бреманис Э.Б., Ципарсоне Р.Т. Синдром запястного канала: этиология, патогенез, клиника и лечение. – Рига: Зинатне. – 1982. – С. 144.
7. Berzin'sh Ju.E., Bremanis E.B., Tsiparson R.T. Sindrom zapiastnogo kanala: etiologija, patogenez, klinika i lechenie (Carpal tunnel syndrome: etiology, pathogenesis, clinical picture and treatment) [in Russian]. – Riga: Zinatne. 1982; 144.
8. Голубев О.И. Хирургия кисти: компрессионные невропатии верхних конечностей // *Избранные вопросы пластической хирургии.* – 2000. – Т. 1. – № 3. – С. 52.
9. Golubev O.I. Khirurgija kisti: kompressionnye nevropatii verkhnikh konechnostei (Hand surgery: compression neuropathies of the upper extremities) [in Russian]. *Izbrannye voprosy plasticheskoi khirurgii.* 2000; 1(3): 52.
10. Салтыкова В.Г., Шток А.В. Возможности высокоразрешающего ультразвукового сканирования в диагностике состояния структур карпального канала при развитии туннельного синдрома // *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* – 2009. – № 4. – С. 47-59.
11. Saltykova V.G., Shtok A.V. Vozmozhnosti vysokorazreshajushchego ul'trazvukovogo skanirovaniia v diagnostike sostoianija struktur karpal'nogo kanala pri razvitii tunnel'nogo sindroma (Possibilities of high-resolution ultrasound scanning in diagnostics of the state of carpal tunnel structures during the development of tunnel syndrome) [in Russian]. *Ul'trazvukovaia i funktsional'naja diagnostika.* 2009; 4: 47-59.

Карпальный каналдағы ортаңғы жүйкенің қысылу синдромын ультрадыбыстық зерттеу нәтижелерін саралау

Серикбаева Е.Н.¹, Спичак Л.В.²

¹ Ультрадыбыстық зерттеу диагностика дәрігері, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: yese@mail.ru

² Ультрадыбыстық зерттеу диагностикасы бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: spichak_l@nscto.kz

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: жүйке тінінің маңындағы патологияны емдеудің тиімді тактикасын таңдау үшін карпальдық каналдағы ортаңғы жүйкенің қысылу синдромын ультрадыбыстық зерттеу нәтижелерін саралау

Әдістері. Зерттеуге саусақ буындарының әр түрлі ауырлық деңгейдегі жарақаттық зақымдалулары бар 42 науқас қатысты.

Нәтижесі. Біз зерттеген барлық науқаста да ортаңғы жүйкені сканерлеу кезінде оның проксимальды бөлігінің тығыздалуы және карпальдық каналдың дистальды бөлігіндегі жүйкенің қалыңдығының төмендеуі анықталып, осы көріністер туннель синдромының болуының негізгі ультрадыбыстық белгілері ретінде қарастырылды.

Қорытынды. Ультрадыбыстық зерттеуді қолдану жүйкенің қысылу тұсының нақты орналасқан жерін анықтап, науқасты тексеруге кететін уақытты қысқартады. Сондай-ақ, жүйкенің құрылымының өзгеруін сипаттау арқылы науқас емінің ең тиімді тактикасын анықтауға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: карпальдық канал, жүйкенің қысылу синдромы, ортаңғы жүйке, ультрадыбыстық зерттеу.

Analysis of the Results of Ultrasound Examination of the Syndrome of Compression of the Median Nerve in the Carpal Canal

Evgeniya Serikbayeva¹, Lyudmila Spichak²

¹ Ultrasound diagnostics doctor, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: yese@mail.ru

² Head of the Department of radiation diagnostics, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: spichak_l@nscto.kz

Abstract

Purpose of the study: to analyze the results of ultrasound examination of the syndrome of compression of the median nerve in the carpal canal to determine the optimal tactics for the treatment of pathology of the tissues surrounding the nerve.

Methods. The study included data from 42 patients with traumatic injuries of the wrist joint of various degrees of severity.

Results. In all the patients examined by us, when scanning the median nerve, the main ultrasound signs of the presence of tunnel syndrome revealed a thickening of the median nerve proximal to the carpal canal and a decrease in the thickness of the nerve in the distal part of the carpal canal.

Conclusions. The use of ultrasound examination will improve the accuracy of determining the location of nerve compression, shorten the examination time, visualize the nature of changes in the structure of the nerve and choose the most appropriate tactics of surgical intervention.

Key words: carpal canal, compression syndrome, median nerve, ultrasound.

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-26-29>
УДК 616.711-007.55-021.3
МРНТИ 76.29.41

Описание серии случаев

Анализ результатов дорсальной коррекции S-образного идиопатического сколиоза с фиксацией одной дуги

Абдалиев С.С.¹, Баитов Д.Т.², Щербина А.Ю.³, Сериков С.Ж.⁴, Естай Д.Ж.⁵

¹ Заведующий отделением ортопедии №6, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: abdaliev73@mail.ru

² Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №6, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: boika_88@mail.ru

³ Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №6, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: a999333@mail.ru

⁴ Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №6, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: serik_140@mail.ru

⁵ Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №6, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: daniyar.estay@gmail.com

Резюме

В материале представлены результаты дорсальной коррекции S-образного идиопатического сколиоза с фиксацией одной дуги.

S-образные идиопатические сколиозы являются третьим по распространенности типом сколиоза. Основная задача при коррекции S-образного идиопатического сколиоза с коррекцией одной дуги - минимализация фиксации, достижение баланса и сохранения большей двигательной функции позвоночника.

Ключевые слова: S-образный идиопатический сколиоз, хирургическая коррекция, самокоррекция, короткая фиксация, минимализация фиксации.

Corresponding author: Seidali Abdaliev, Head of the Department of Orthopedics No.6, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: Z00P5Y4

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Abylai Khan Avenue, 15A

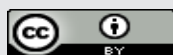
Phone: +77711031790

E-mail: abdaliev73@mail.ru

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 26-29

Received: 28-07-2021

Accepted: 12-08-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Несмотря на достигнутые в наше время значительные успехи оперативного лечения сколиотическая деформация позвоночника остается одной из сложных проблем ортопедии. Под сколиозом или сколиотической деформацией позвоночного столба в литературе понимается боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости. Поиски идеального метода хирургической коррекции различных деформации позвоночника продолжаются с момента введения в практику инструментальной фиксации при сколиозе до настоящего времени.

Противоречия по вопросам оптимального доступа при лечении деформации позвоночника также остаются спорными. Сторонники вентрального вмешательства и фиксации сообщают о превосходной фронтальной коррекции, восстановлении поясничного лордоза и деротации поясничного отдела позвоночника при фиксации нескольких дистальных пояснично-двигательных сегментов (ПДС) [1]. Сторонники дорсального доступа выражают тревогу по поводу травматичности вентрального

доступа и необходимости иметь помощника тем хирургам, которые недостаточно знакомы с этим оперативным доступом и не имеют достаточного опыта его использования [2]. Они также обсуждают вопрос о равнозначной или лучшей трехмерной (3D) коррекции искривления, достигаемой с помощью многоуровневой транспедикулярной фиксации винтами и остеотомий из дорсального доступа, относительно коррекции, получаемой при вентральном доступе [3,4].

S-образные идиопатические сколиозы являются третьим по распространенности типом кривой идиопатического сколиоза [5]. Цель корректирующей хирургии при идиопатическом сколиозе - это не просто выпрямление дуги, а достижение баланса и сохранения большей двигательной функции позвоночника [6].

Цель исследования: произвести анализ результатов дорсальной коррекции S-образного идиопатического сколиоза с коррекцией одной дуги с целью минимализации фиксации.

Описание серии случаев

Нами был произведен анализ результатов хирургического лечения 19 пациентов с S-образным сколиозом, у которых была выполнена фиксация грудной (рисунок 1) либо поясничной дуги (рисунок 2). На долю пациентов женского пола приходилось 16 клинических случаев, мужского 3.

Всем пациентам проводились спондилограммы

в двух проекциях (прямой и боковой), с функциональными пробами в виде наклона вправо-влево и на вытяжении. Дополнительно у пациентов с грубой деформацией проводилась предоперационная подготовка - вытяжение на гравитационной раме продолжительностью 10-15 минут с увеличением времени до 30 минут по два раза в день.

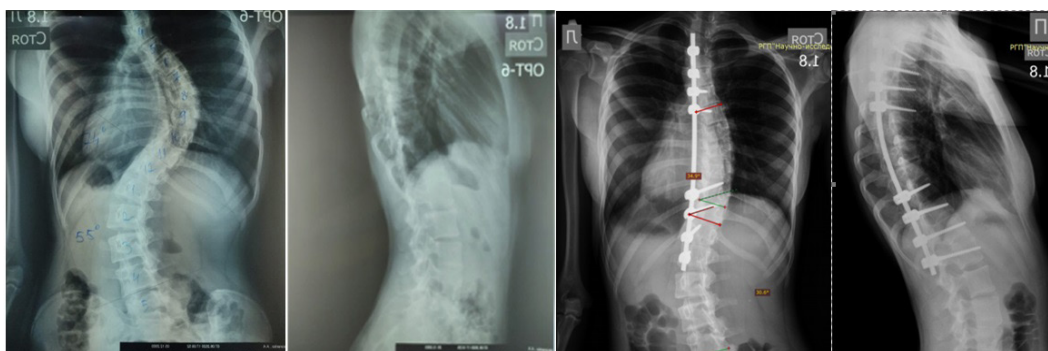


Рисунок 1 - Пациент М., 17 лет. Спондилография в 2-х проекциях до и после операции



Рисунок 2 - Пациент М., 17 лет. Спондилография в 2-х проекциях до и после операции

По уровню фиксации пациентов разделили на 2 группы: 12 пациентам производили фиксацию

грудной дуги, а 7 пациентам поясничной. У пациентов 1 группы угол по Cobb грудной дуги до операции в

среднем равнялся 50°, после операции отмечается уменьшение данного показателя до 14,5°, тем самым достигнута коррекция в среднем на 71%. В то же время угол по Cobb свободной поясничной дуги до коррекции в среднем составил 42,66°, а после операции 17°, что соответствует в среднем 60% коррекции. На контрольной рентгенограмме через 4-5 месяцев у первой группы пациентов отмечается потеря коррекции в грудном отделе на 2,8%, а в поясничном на 1,5%.

У 7 пациентов второй группы угол по Cobb

свободной грудной дуги до операции в среднем составил 38,6°, после операции отмечается уменьшение деформации до 18,6°, тем самым достигнута коррекция в среднем на 51%. Угол по Cobb поясничной дуги до коррекции в среднем составил 53,5°, после операции 15,5°, что соответствует в среднем 71% коррекции. На контрольной рентгенограмме через 4 месяца у пациентов 2 группы отмечается дополнительная коррекция свободной дуги в грудном отделе на 17%, что в среднем равняется 6,3°, а поясничная дуга без потери коррекции (рисунок 3).

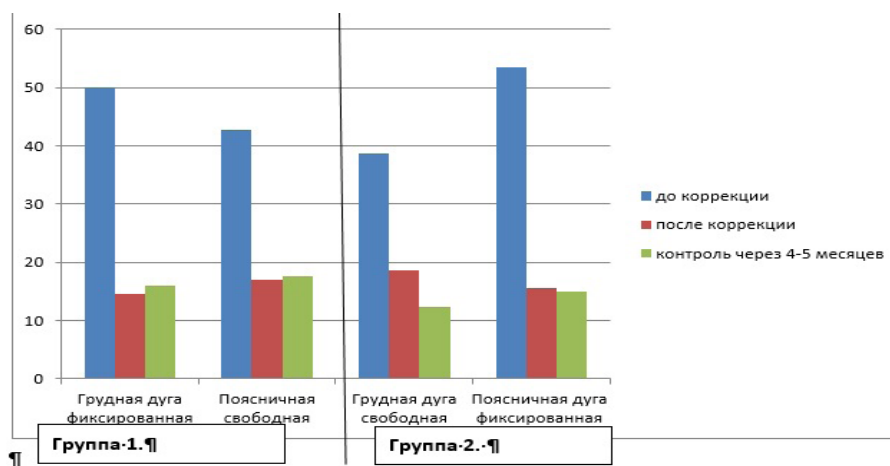


Рисунок 3 - Величина деформации по Cobb в группах до и после коррекции

Обсуждение

Из практики и клинических примеров нами предлагается использование короткой фиксации и максимально сохранить свободные позвоночные сегменты. Так как, данный метод имеет ряд преимуществ:

- сохраняется функциональность позвоночника;
- дальнейшая самокоррекция сагиттального и фронтального баланса за счет свободных сегментов;

Выводы

Коррекция идиопатических сколиозов поясничной и груднопоясничной локализации с помощью дорсального инструментария – высокоэффективный метод лечения, позволяющий в большинстве случаев получить стойкий положительный результат. Уменьшение протяженности инструментализации позвоночника является наилучшим вариантом, однако развитие

-более короткая фиксация предупреждает появление в дальнейшем нестабильности металлоконструкции.

Также была замечена потеря коррекции при грудной фиксации и самопроизвольная коррекция свободной грудной дуги при фиксированной поясничной.

в ряде случаев выраженных нарушений баланса туловища пациента требует продолжения исследований с целью оптимизации методики определения оптимальной протяженности зоны инструментального спондилодеза, для предотвращения нежелательных исходов в виде прогрессирования деформации.

Литература

1. Ньютон П.О., О'Брайен М.Ф., Шаффлбаргер Г.Л., Беттс Р.Р. и др. Идиопатический сколиоз, исследовательская группа Хармса / Руководство по лечению. – Москва. – 2018. – С. 271-289. ISBN 978-5-906828-37-8.
2. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. Хирургия деформации позвоночника / Монография. 2-е изд. Новосибирск: Redactio. – 2011. – С. 361-385. ISBN 978-5-91475-010-4.
3. Микхайловский М.В., Фомичев Н.Г. Хирургия деформации позвоночника (Spinal deformity surgery) [in Russian]. Monografiia. 2-e izd. Novosibirsk: Redactio. 2011; 361-385. ISBN 978-5-91475-010-4
4. Виссариев С.В., Баундурашвили А.Г., Кокушкин Д.Н., Абдалиев С.С. и др. Идиопатический сколиоз у детей / Монография. – Нур-Султан. – 2020. – С. 11-13. ISBN 978-601-305-385-1.
5. Виссариев С.В., Баундурашвили А.Г., Кокушкин Д.Н., Абдалиев С.С. и др. Идиопатический сколиоз у детей / Монография. – Нур-Султан. – 2020. – С. 11-13. ISBN 978-601-305-385-1.

emdeude optikalық navigatsiiany қoldanu (Use of optical navigation in the surgical treatment of children with idiopathic scoliosis) [in Kazakh]. Monografiia. Nur-Sultan. 2020; 11-13. ISBN 978-601-305-385-1

4. Ким Д.Х., Чо Д., Дикман К.А., Ваккаро А.Р. Позвоночник Хирургическая анатомия и оперативная техника. – Москва. Издательство Панфилова. – 2016. – С. 676-692. ISBN 978-5-97839-073-3.

Kim D.Kh., Cho D., Dikman K.A., Vakkaro A.R. Pozvonochnik Khirurgicheskaja anatomii i operativnaia tekhnika (Spine Surgical Anatomy and Surgical Technique) [in Russian]. Moskva. Izdatel'stvo Panfilova. 2016: 676-692. ISBN 978-5-97839-073-3.

5. Lenke L.G., Betz R.R., Clements D., Merola A. et al. Curve prevalence of a new classification of operative adolescent idiopathic scoliosis: does classification correlate with treatment? *Spine*. 2002; 27: 604–611. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203150-00008>.

6. Yang X., Hu B., Song Y., Liu L. et al. Coronal and sagittal balance in Lenke 5 AIS patients following posterior fusion: important role of the lowest instrument vertebrae selection. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2018; 19(1): 212. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2135-2>

S-тәрізді идиопатикалық сколиоздың дорсальды коррекциясы нәтижелерін бір доғаны бекіту арқылы талдау

Абдалиев С.С.¹, Байтов Д.Т.², Щербина А.Ю.³, Сериков С.Ж.⁴, Естай Д.Ж.⁵

¹ №6 ортопедия бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: abdaliyev73@mail.ru

² №6 ортопедия бөлімшесінің травматолог-ортопед дәрігері, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: boika_88@mail.ru

³ №6 ортопедия бөлімшесінің травматолог-ортопед дәрігері, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: a999333@mail.ru

⁴ №6 ортопедия бөлімшесінің травматолог-ортопед дәрігері, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: serik_140@mail.ru

⁵ №6 ортопедия бөлімшесінің травматолог-ортопед дәрігері, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: daniyar.estay@gmail.com

Түйіндеме

Қолжазбада S-тәрізді идиопатикалық сколиоздың дорсальды коррекциясы нәтижелерін бір доғаны бекіту арқылы талдау нәтижелері ұсынылған.

S-тәрізді идиопатиялық сколиоз - кездесу жиілігі бойынша сколиоздың кең таралған үшінші түрі. S-тәрізді идиопатиялық сколиозды түзетудегі негізгі мақсат - бекітуге жұмсалатын бұрандаларды азайту арқылы тепе-теңдікке жету және омыртқаның қызметін барынша сақтау.

Түйін сөздер: S-тәрізді идиопатиялық сколиоз, хирургиялық коррекция, өздігінен коррекция, қысқа бекіту.

Analysis of the Results of Dorsal Correction of S-shaped Idiopathic Scoliosis with Fixation of one Arch

Seidali Abdaliev¹, Daulet Baitov², Aleksandr Shcherbina³, Serik Serikov⁴, Daniyar Yestay⁵

¹ Head of the Department of Orthopedics No.6, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: abdaliyev73@mail.ru

² Traumatologist-orthopedist of the Department of Orthopedics No.6, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: boika_88@mail.ru

³ Traumatologist-orthopedist of the Department of Orthopedics No.6, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: a999333@mail.ru

⁴ Traumatologist-orthopedist of the Department of Orthopedics No.6, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: serik_140@mail.ru

⁵ Traumatologist-orthopedist of the Department of Orthopedics No.6, National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: daniyar.estay@gmail.com

Abstract

The material presents the results of dorsal correction of S-shaped idiopathic scoliosis with fixation of one arch.

S-shaped idiopathic scoliosis is the third most common type of scoliosis. The main task in the correction of S-shaped idiopathic scoliosis with correction of one arch is to minimize fixation, achieve balance and maintain greater motor function of the spine.

Key words: S-shaped idiopathic scoliosis, surgical correction, self-correction, short fixation, minimum fixation.

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-30-34>
УДК 615.47-114:616-07-08; 616.7
МРНТИ: 76.13.25; 76.29.40

Краткое сообщение

Комплексная дифференциальная диагностика фиброзной остеодистрофии: на основе собственных наблюдений

Рустамова У.М.¹, Исмагуллаева М.Н.², Валиева К.Н.³, Умарова Г.Ш.⁴, Салиева Н.И.⁵

¹ Руководитель рентгенодиагностического отделения, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан. E-mail: rustamovaum@mail.ru

² Заместитель главного врача, заведующая поликлиникой, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан. E-mail: info@uzniito.uz

³ Врач рентгенодиагностического отделения, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан. E-mail: katola_84@mail.ru

⁴ Врач рентгенодиагностического отделения, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан. E-mail: info@uzniito.uz

⁵ Врач рентгенодиагностического отделения, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан. E-mail: nozimakhon_87@mail.ru

Резюме

Цель исследования: описать дифференциальную характеристику некоторых разновидностей фиброзных остеодистрофий на основе собственных наблюдений.

Методы: Мы наблюдали 51 пациента: 11 из них были с гиперпаратиреоидной остеодистрофией, 13 - с болезнью Педжета и 27 пациентов - с фиброзной дисплазией или фиброзным кортикальным дефектом.

Результаты: Рентгенологическая диагностика фиброзной остеодистрофии дифференциально затруднительна, вспомогательные исследования помогут уточнить диагностику. Снижение минеральной плотности костей чаще отмечаются при болезни Реклингхаузена. Лабораторные показатели остеомаркеров крови значительно отклонены при болезнях Реклингхаузена и Педжета.

Выводы: Денситометрические исследования и биохимические анализы крови помогут подтвердить или исключить предварительный диагноз. Комплексная диагностика, включая клиническую картину, результаты рентгеновской денситометрии и биохимического анализа крови с определением остеомаркеров костного метаболизма позволяют установить разновидность фиброзной остеодистрофии.

Ключевые слова: остеодистрофия, болезнь Педжета, болезнь Реклингхаузена, гиперпаратиреоидная остеодистрофия, фиброзная дисплазия, диагностика, рентгенография, денситометрия, лабораторные исследования крови.

Corresponding author: Nozimakhan Saliyeva, doctor of the X-ray diagnostic Department, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan.

Postal code: 100055

Address: Tashkent, Yashnabad, Makhtumkuli st. 78

Phone: +998911654601

e-mail: nozimakhon_87@mail.ru

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 30-34

Received: 03-06-2021

Accepted: 28-06-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Материал ранее опубликован в журнале Узбекского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии «Traumatologiya, ortopediya va reabilitatsiya», 2020. - №1. - 47-50.

Учитывая актуальность темы статьи для клиницистов редакция журнала «Traumatology and Orthopaedics of Kazakhstan» совместно с авторами отредактировала материал согласно международным требованиям и предоставила открытый доступ для широкой аудитории читателей.

Введение

Рентгенологическая картина фиброзных остеоидистрофий разнообразная, порой затруднительная из-за схожести некоторых клинико-рентгенологических симптомов. Дифференциальная диагностика важна за счет рентгенологического полиморфизма, и требует развернутой дифференциации.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 51 пациент: из них 11 больных с гиперпаратиреодной остеоидистрофии, 13 – с болезнью Педжета и 27 с фиброзной дисплазией и фиброзным кортикальным дефектом. Возраст пациентов варьировал от 20 до 55 лет.

Больным проведены клинические, рентгенологические, рентгеноденситометрические инструментальные исследования и биохимические исследования крови.

Результаты

По нашим наблюдениям клинически болезнь Педжета протекала с наличием перемежающихся болей, что больше отмечают в черепе, нижних конечностях, поясничной и крестцовой областях. При длительном существовании болезни – стойкая оссалгия (в том числе, ночные боли), артралгия, в некоторых случаях множественные деформации костей скелета и патологические переломы.

При рентгенологических исследованиях отмечены утолщение замыкательных пластинок до 1,5-2,5 см с трабекулярной ноздреватой, пятнистый структурной перестройкой, напоминающей «хлопья ваты», череп напоминал «курчавую голову». Отмечена выраженная деформация тазовых костей в виде формы, «карточного сердца» с грубо трабекулярным структурным рисунком. Наблюдались характерные изменения в бедренной и большеберцовой костях. В начальных стадиях преобладал остеопороз, в поздних – остеосклероз и известковые включения. Бедро приобрело форму «пастушьей палки», наблюдались зоны лоозеровской перестройки в виде поперечных светлых насечек на вершине изгиба пораженной кости, нередко наблюдалось патологические переломы.

При проведении рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедренных костей и костей позвоночника выявлено резкое снижение минеральной плотности кости. При этом среднее значение Z-критерий ниже = - 1,7.

Обсуждение

Клинически болезнь Педжета протекала с наличием перемежающихся болей, что больше отмечают в черепе, нижних конечностях, поясничной и крестцовой областях. При длительном существовании болезни наблюдались стойкая оссалгия (в том числе ночные боли), артралгия, в некоторых случаях множественные деформации костей скелета и патологические переломы.

В клинической картине больных с фиброзной дисплазией имеется не всегда отмечающаяся костная припухлость или деформация. Клиника боли не

Цель исследования: описать дифференциальную характеристику фиброзных остеоидистрофий, а именно болезни Педжета (деформирующей остеоидистрофии), болезни Реклингаузена (гиперпаратиреодной остеоидистрофии) и фиброзной дисплазии костей, на основе собственных наблюдений.

Проведены лабораторные исследования крови на кальций, ионизированный кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, а также на остеомаркеры костного метаболизма – паратгормон, остеокальцин, b-cross laps и витамин Д.

Рентгеновская денситометрия проводилась в программе «total body».

Полученные результаты исследований сопоставлены, проанализированы и дифференцированно описаны.

У пациентов с болезнью Реклингаузена отмечались такие симптомы, как мышечная слабость, чувство усталости и боли, связанные с изменением погоды. В некоторых случаях больные жаловались на боли в суставах. Рентгенологически выявлен выраженный остеопороз, местами отмечается однородный немелированный рисунок костей со структуральной перестройкой, что больше отмечается в губчатой части костей. При проведении рентгеновской денситометрии отмечалось снижение минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника (Т - критерий ниже - 3,5 SD, Z - критерий - 3,0 SD) и в проксимальном отделе бедренных костей Т - критерий ниже - 4,0 SD, Z - критерий - 3,5 SD.

Результаты исследования показали резкое повышение паратгормона (15-20 раз выше) и щелочной фосфатазы (10-15 раз выше) и b-cross laps, дефицит или недостаточность витамина Д в крови, умеренное повышение или нормальное количество показателей кальция и ионизированного кальция, а количество фосфора в основном было в пределах нормы.

При лабораторных исследованиях выраженные изменения у больных с фиброзной дисплазией не отмечались. При проведении рентгеновской денситометрии у больных данной группы выраженные отклонения показателей минеральной плотности костных тканей не выявлены.

Всегда отмечается, в некоторых случаях присутствует болезненность, которая чаще всего имеет слабую интенсивность.

Часто болезнь выявляется только вследствие патологического перелома или надлома, приводящего пациента к рентгенологу, который и устанавливает патологический характер нарушения целостности кости, и вслед за этим распознается и основное заболевание.

В рентгенологической картине у больных с костей, но чаще всего наблюдается фиброзная фиброзной дисплазии может быть поражена любая дисплазия бедренной кости, большеберцовой кости, кость, может быть и сочетание поражений любых плечевой и лучевой костей.

Таблица 1 - Дифференциальная диагностика фиброзных остеоидистрофий

Патология Признаки	Болезнь Педжета	Болезнь Реклингхаузена	Фиброзная дисплазия
Общеклинические признаки			
Возраст	Старше 40 лет	От 5 до 50 лет	Любой возраст
Пол	Чаще у мужчин	Чаще у женщин в 3 раза	Чаще у женщин в 4-5 раза
Темп прогрессирования	Медленный	Крайне медленный	Медленный
Общая мышечная слабость (гипотония)	Слабо выражено	Заметно выражено	Не выражена
Чувство усталости	Иногда	Имеется	Имеется
Метеочувствительность	Не имеется	Имеется	Не имеется
Укорочение конечности и хромота	Имеется	При выраженных изменениях	При выраженных изменениях
Артралгия	Усиливающиеся ночью	В области позвоночника, таза и конечностей	Нет боли или слабая болезненность
Патологические переломы	Имеется но редко в виде «банановых переломов»	Имеется	Имеется
Темп заживления патологического перелома	Замедленно	Нормальный	нормальный
Прикованность к постели	При выраженных изменениях	При выраженных изменениях	нет
Рентгенологические признаки			
Деформация кости	Дугообразный изгиб	Верхняя часть бедренных костей	Деформация или припухлость кости. Может быть искривление оси кости.
Поражение кости	Большеберцовые и бедренные кости, тазовые кости и позвонки	Наиболее подвергаются костей таза, бедренные и большеберцовые кости	Любая кость. Отмечается однокостная и многокостная форма, также одно/двусторонний характер
Контур кости	Утолщены, иногда имеет цилиндрический характер	Местами нечеткость и нерезкость, местами неровность наружных контуров	Четкие, чаще неровные в зависимости от давности поражения. Кортикальные слои изнутри неровные, шероховатые, истончены.
«Бурые опухоли»	+	+	-
«Курчавая голова»	+	-	-
«Пастушья палка»	+	-	-
«Мыльные пузырь»	-	+	-
Вздутие кости	-	+/-	+
«Карточное сердце»	+	+	-
Истончение кортикальных слоев	-	+ (на ранней стадии на уровне ногтевых фаланг)	+
Остеопороз	Норма/остеопения	Остеопороз	Норма
«Милиарный рисунок»	-	Равномерный	-
Структуральная перестройка	Гиперостоз. Пятнистый вид структуры в виде «хлопьев ваты»	Мелкоточечный	Кисты мелкие. Крупнотрабекулярная или ячеистая.
Поднадкостничное рассасывание костной ткани	-	+	-
Симметричные поражения кости	+	+/-	+/-
Утолщение кости	+	+ Длинные кости	-
Ограниченные участки просветления	Имеется, местами с переходом в гиперостоз	Реже	Округло-овальной формы, в виде костных дефектов, располагающихся эксцентрично
Лабораторные признаки			
Содержание кальция	Норма	Повышение	Норма или снижение
Фосфор	Норма	Норма	Норма или снижение
Паратгормон	Норма	Повышение	Норма
Щелочная фосфатаза	Повышение	Повышение	Норма
Витамин Д	Норма или снижение	Снижение	Норма
b-cross laps	Повышение	Повышение	Норма

Признаки поражения также могут быть в других костях (ребер, ключицы, пястные, плюсневые костей). В плоских костях патологический очаг чаще всего гнездится в своде черепа, тазовых костях, лопатке и челюстях, сравнительно редко поражаются позвонки. В длинных трубчатых костях очаг всегда развивается в метафизе и медленно переходит на середину диафиза, а эпифиз первично никогда не поражается. При переходе фиброза на эпифиз может меняться суставная поверхность.

На типичном месте рентгенологически определяется ограниченный участок просветления костной ткани неправильной округлой или овальной формы самых различных размеров. Дефект кости располагаются обычно эксцентрично, в корковом веществе, под надкостницей, но изъяны могут располагаться и центрально. Отдельные участки просветления плохо ограничены друг от друга, но все сохраняют свою относительную самостоятельность. Остеопороза или атрофии при фиброзной дисплазии костей не бывает.

Кистовидные вздутия, односторонние и цилиндрические гиперостозы, и извращения роста создают при фиброзной дисплазии самые разнообразные метафизарные и диафизарные угловые и дугообразные деформации. Бывает варусная деформация шейки бедра, а также варусная

и вальгусная деформация коленных суставов. Патологические переломы при фиброзной дисплазии костей играют большую роль в течении заболевания. И здесь патологические переломы обычно хорошо заживают, хотя и не в такой постоянной и совершенной формы, как при изолированных костных кистах.

Одним из характерных признаков паратиреоидной остеодистрофии является лоозеровская зона перестройки кости, возникающая обычно на выпуклой стороне, дугообразно изогнутой большой трубчатой кости, но встречающаяся иногда и при отсутствии искривления кости. Зоны перестройки определяются также в костях таза, в периферических трубчатых и в других костях.

Болезнь Реклингхаузена отличается от болезни Педжета рядом клинических особенностей (более молодой возраст, преимущественно женский пол, гиперкальциемия в противовес нормальному содержанию кальция в крови при болезни Педжета, прямые кости голени, асимметричный череп и т.д.), но без рентгенологического исследования дифференциальная диагностика никогда не может претендовать на полную достоверность. При болезни Реклингхаузена отмечается истончение коркового слоя в противовес его утолщению при болезни Педжета.

Выводы

В диагностике фиброзных остеодистрофий важное значение имеет рентгенологическое исследование всего скелета, а в настоящее время предпочтительна цифровая рентгенография. Рентгенологическая диагностика фиброзной остеодистрофии дифференциально затруднительна, вспомогательные исследования помогут уточнить диагностику.

Денситометрические исследования и биохимические анализы крови помогут подтвердить или исключить предварительный диагноз. Снижение минеральной плотности костей чаще отмечаются при болезни Реклингхаузена.

Лабораторные показатели остеомаркеров крови значительно отклонены при болезнях Реклингхаузена и Педжета.

Литература

1. Бунчук Н.В. Деформирующий остит: через 100 лет после Дж. Педжета Деформирующий остит: через 100 лет после Дж. Педжета // Русский медицинский журнал. – 2001. – №7. – С. 271.
2. Bunchuk N.V. Deformiruiushchii ostit: cherez 100 let posle Dzh. Pedzheta (Osteitis deformans: 100 years after J. Paget) [in Russian]. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2001; 7: 271.
3. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. – М.: «Медицина». – 2001. – С. 114-128.
4. Zatsepin S.T. Kostnaya patologiya vzroslykh (Bone pathology of adults) [in Russian]. – М.: «Meditsina». 2001; 114-128.
5. Колондаев А.Ф. Болезнь Педжета. Клиника, диагностика, лечение / автореферат дисс. канд. мед. наук. – М. – 1996. – С. 168.
6. Kolondaev A.F. Bolezni' Pedzheta. Klinika, diagnostika, lechenie (Paget's disease. Clinic, diagnostics, treatment) [in Russian]. avtoreferat diss. kand. med. nauk. M. 1996; 168 p.
7. Лагунова И.Г. Клинико-рентгенологическая диагностика дисплазий скелета / Монография. – М.: Медицина. – 1989. – С. 237-252. ISBN 5-225-01534-4.
8. Lagunova I.G. Kliniko-rentgenologicheskaya diagnostika displazii skeleta (Clinical and radiological diagnosis of skeletal dysplasia) [in Russian]. *Monografiya*. – М.: Meditsina. 1989; 237-252. ISBN 5-225-01534-4.
9. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. II том: 4-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина. – 1964. – С. 573.
10. Reinberg S.A. Rentgenodiagnostika zabolevanii kostei i sustavov (X-ray diagnostics of diseases of bones and joints) [in Russian]. II tom: 4-e izd., ispr. i dop. – М.: Meditsina. 1964; 573.
11. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз / Руководство для врачей. – М.: Мокеев. – 2000. – С. 33-37. ISBN 5-93135-003-9.
12. Rozhinskaya L.Ia. Sistemnyi osteoporoz (Systemic osteoporosis) [in Russian]. *Rukovodstvo dlia vrachei*. – М.: Mokeev. 2000; 33-37. ISBN 5-93135-003-9.
13. Barry H. Orthopaedic aspects of Paget's disease of bone. *Arthritis Rheum*. 1980; 23 (10): 1128-1131. <https://doi.org/10.1002/art.1780231009>.
14. Cohen M.M. Jr. Fibrous dysplasia is a neoplasm. *Am. J. Med. Genet*. 2001; 98(4): 290-3.2001. [https://doi.org/10.1002/1096-8628\(20010201\)98:4<290](https://doi.org/10.1002/1096-8628(20010201)98:4<290).

Фиброзды остеодистрофиялардың кешенді ажыратпалы диагностикасы: өз тәжірибеміздегі бақылаулардың негізінде

Рустамова У.М.¹, Исмагуллаева М.Н.², Валиева К.Н.³, Умарова Г.Ш.⁴, Салиева Н.И.⁵

¹ Рентген-диагностикалық бөлімшенің жетекшісі, Республикалық мамандандырылған травматология және ортопедия ғылыми-тәжірибелік медициналық орталығы, Ташкент, Өзбекістан. E-mail: rustamovaum@mail.ru

² Бас дәрігердің орынбасары, емхана меңгерушісі, Республикалық мамандандырылған травматология және ортопедия ғылыми-тәжірибелік медициналық орталығы, Ташкент, Өзбекістан. E-mail: info@uzniito.uz

³ Рентген-диагностикалық бөлімшенің дәрігері, Республикалық мамандандырылған травматология және ортопедия ғылыми-тәжірибелік медициналық орталығы, Ташкент, Өзбекістан. E-mail: kamola_84@mail.ru

⁴ Рентген-диагностикалық бөлімшенің дәрігері, Республикалық мамандандырылған травматология және ортопедия ғылыми-тәжірибелік медициналық орталығы, Ташкент, Өзбекістан. E-mail: info@uzniito.uz

⁵ Рентген-диагностикалық бөлімшенің дәрігері, Республикалық мамандандырылған травматология және ортопедия ғылыми-тәжірибелік медициналық орталығы, Ташкент, Өзбекістан. E-mail: nozimakhon_87@mail.ru

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: өз тәжірибеміздегі бақылаулардың негізіне сүйене отырып фиброзды остеодистрофиялардың кейбір түрінің кешенді ажыратпалы диагностикалық белгілерін сипаттау.

Әдістері: Біз жалпы саны 51 науқасты бақыладық. Олардың 11-інде гиперпаратиродты остеодистрофия, 13-інде Педжет ауруы және 27 науқаста фиброзды дисплазия немесе фиброзды кортикальды ақау болды.

Нәтижесі: Фиброзды остеодистрофиялардың сәулелік диагностикасы ажыратпалы тұрғыда күрделі болып келеді. Сондықтан қосымша зерттеулер диагнозды анықтауға көмектеседі. Сүйектің минералды тығыздығының төмендеуі әдетте Реклингхаузен ауруында жиі байқалады. Қандағы онкомаркерлердің зертханалық көрсеткіштері Реклингхаузен және Педжет ауруларында нормадан ауытқыған болады.

Қорытынды: Денситометриялық зерттеулер қанның биохимиялық талдауларымен қоса алдын ала қойылатын диагнозды растап немесе жоққа шығаруға көмектеседі. Клиникалық көріністен, сәулелік денситометрия мен сүйек миындағы зат алмасудың онкомаркерлерін анықтаудан құралған кешенді диагностика фиброзды остеодистрофиялардың түрлерін ажыратуға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: остеодистрофия, Педжет ауруы, Реклингхаузен ауруы, гиперпаратиродты остеодистрофия, фиброзды дисплазия, диагностика, рентгенография, денситометрия, қанды зертханалық тексеру.

Comprehensive Differential Diagnostics of Fibrous Osteodystrophy: Based on our own Observations

Umida Rustamova¹, Muharram Ismatullaeva², Kamola Valyieva³, Gulrukh Umarova⁴, Nozimakhon Salyieva⁵

¹ Head of the X-ray Diagnostic Department, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: rustamovaum@mail.ru

² Deputy Chief Physician, Head of the Polyclinic, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: info@uzniito.uz

³ Doctor of the X-ray Diagnostic Department, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: kamola_84@mail.ru

⁴ Doctor of the X-ray Diagnostic Department, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: info@uzniito.uz

⁵ Doctor of the X-ray Diagnostic Department, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: nozimakhon_87@mail.ru

Abstract

The aim: describe the differential characteristics of some types of fibrous osteodystrophies based on their own observations.

Methods. We observed 51 patients: 11 of them were with hyperparathyroid osteodystrophy, 13 with Paget's disease and 27 patients with fibrous dysplasia or fibrous cortical defect.

Results. X-ray diagnosis of fibrous osteodystrophy is differentially difficult, auxiliary studies will help to clarify the diagnosis. Decreased bone mineral density is more common in Recklinghausen's disease. Laboratory indicators of blood osteomarkers are significantly rejected in Recklinghausen and Paget diseases.

Conclusions. Densitometric studies and biochemical blood tests will help to confirm or exclude a preliminary diagnosis. Comprehensive diagnostics, including the clinical picture, the results of X-ray densitometry and biochemical blood analysis with the determination of osteomarkers of bone metabolism, make it possible to establish a type of fibrous osteodystrophy

Key words: osteodystrophy, Paget's disease, Recklinghausen's disease, hyperparathyroid osteodystrophy, fibrous dysplasia, diagnostics, radiography, densitometry, laboratory blood tests.

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-3-59-35-42>
УДК 614; 614.2; 614.33; 617.3; 616-089.23
МРНТИ 76.75.75; 76.29.41

Письмо редактору

Предложения по созданию Ситуационного центра на примере Акмолинской области

Искаков Е.С.¹, Мусина Г.А.²

¹Руководитель Центра стратегического и регионального развития, мониторинга и анализа, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: iskakov_e@nscto.kz

²Заведующая организационно-методическим отделом, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: mussina_g@nscto.kz

Резюме

В материале описаны проблемы организации травматолого-ортопедической службы Акмолинской области Республики Казахстан. Авторы предложили собственные рекомендации по усовершенствованию травматологической помощи, в том числе по кадровому обеспечению, оптимизации неотложной помощи, улучшению состояния дорог и других мероприятий.

Ключевые слова: травматолого-ортопедическая служба, организация здравоохранения, травматизм, дорожная карта, ситуационный центр.

Corresponding author: Mussina Galiya, Head of the Organizational and Methodological Department of National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: Z00P5Y4
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Abylai Khan Avenue, 15A
Phone: +77761534505
E-mail: mussina_g@nscto.kz

J Trauma Ortho Kaz 2021; 3 (59): 35-42
Recieved: 06-08-2021
Accepted: 21-08-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в Казахстане погибает 3 тысячи человек и более 30 тысяч получают травмы. Вероятность погибнуть в ДТП в Казахстане в 11 раз выше, чем в Норвегии. Высокий уровень смертности и травмы, которые приводят к непоправимым последствиям, отражаются и на экономике, создавая дополнительное давление на систему здравоохранения и государственный бюджет. Так, ежегодные экономические потери в результате смертности в ДТП составляют порядка 3-4% валового внутреннего продукта (ВВП) в странах Центральной Азии [1].

Более того, в последние десятилетия дорожно-транспортные происшествия стали серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире, особенно в развивающихся странах, переживающих социально-экономический переходный период. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно более 1,3 миллиона человек умирают из-за ДТП, более 90% смертей в результате ДТП приходится на страны с низким или

средним уровнем дохода. Дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной смертности среди детей и молодых людей в возрасте от 5 до 29 лет [2]. Рост доходов во многих развивающихся странах привел к быстрой автомобилизации, в то время как управление и регулирование безопасности дорожного движения отстают [3].

Хотя показатель смертности от транспортных несчастных случаев с каждым годом становится ниже, но остаются на высоких цифрах. По средним и долгосрочным прогнозам и с учетом высоких темпов автомобилизации в Казахстане эта тенденция сохранится. По сравнению с развитыми странами аварийность на автомобильном транспорте в Казахстане характеризуется более высокой степенью риска гибели населения в ДТП; более опасными для человека транспортными средствами; более высокой тяжестью последствий, превышающей в 3-15 раз аналогичный показатель в странах с развитой автомобилизацией [4].

Основная часть

В рамках реализации мероприятий Дорожной карты по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах и несчастных случаях Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) специалистами Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпененова Н.Д. (ННЦТО) ведется мониторинг показателей смертности от травм, отравлений и несчастных случаев. По итогам 2020 года Акмолинская область вошла в «красную» зону с показателем 89,0 на 100 тыс. населения, превысив республиканский показатель (57,76) более чем в 1,5 раза. В сравнении с 2019 годом в области наблюдается рост этого показателя на 7,63%, в то время как по стране отмечается снижение смертности от травм и несчастных случаев на 12,7%.

В абсолютном выражении число погибших в области от травм, отравлений и несчастных случаев по данным Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан (БНС АСПИР РК) составило 650 человека (+23 чел.), в том числе 91 от дорожно-транспортных происшествий [5].

На рисунке 1 представлена динамика показателя смертности от травм, отравлений и несчастных случаев за последние 20 лет, на котором видно, что показатель смертности от травм в области имеет тенденцию к снижению, но много лет остается выше республиканского показателя, а в 2020 году вырос.

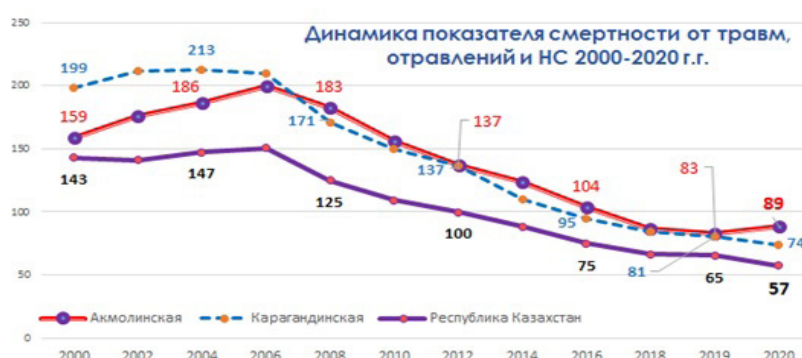


Рисунок 1 - Динамика показателя смертности от травм отравлений и несчастных случаев в Акмолинской области в сравнении с Карагандинской областью и республиканским показателем

По данным МЗ РК медицинские организации области приведены в соответствие с нормативом сети медицинских организаций Республики Казахстан и насчитывают 14 районных больниц, по 2 межрайонных, городских, областных многопрофильных, 2 специализированные медицинские организации.

Травматологическую помощь в регионах

оказывают травматологи и хирурги. По данным информационной системы «Система управления ресурсами» (ИС СУР) в области насчитывается 145 специалистов названного профиля (рисунок 2). Из 32 травматологов области в сельской местности работают только 4 или 12,5% от всех травматологов, 62% хирургов осуществляют свою деятельность в городских медицинских организациях, т.е. наблюдается дефицит

специалистов на селе. Одним из общепризнанных международных показателей, оценивающим качество оказания помощи населению, является показатель обеспеченности медицинскими кадрами на 10 (100) тысяч населения. Следует отметить, что в области отмечается дефицит травматологов.

В соответствии с приказом МЗ РК «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» обеспеченность врачами травматологами ниже допустимого уровня (0,4 на 10 тысяч населения, при нормативе 0,5) [6].



Рисунок 2 - Кадровое обеспечение травматологической службы в Акмолинской области

По данным Генеральной прокуратуры число ДТП на автомобильных дорогах Акмолинской области за последние 6 лет также растет (+11%), в то время как по республике количество ДТП уменьшилось на 28%, в том числе в Карагандинской области на

39% (таблица 1). Соответственно, снижается число лиц, пострадавших в авариях: по стране на 25%, в Карагандинской области на 38%. В Акмолинской области наблюдается рост на 14% (таблица 2).

Таблица 1 - Число дорожно-транспортных происшествий на автомобильных дорогах, единиц

Регион	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Темп роста
Республика Казахстан	18 890	17 974	17 019	15 771	16 614	13 515	-28%
Акмолинская	512	510	579	562	760	566	11%
Карагандинская	871	797	730	543	540	532	-39%

Таблица 2 - Число пострадавших в ДТП, человек

Регион	2015	2016	2017	2018	2019	2020	темп роста
Республика Казахстан	26 508	25 779	24 342	22 541	17 367	19 841	-25%
Акмолинская	863	910	1 024	894	796	980	14%
Карагандинская	1 285	1 090	1 060	851	594	792	-38%

Экспертами ВОЗ проведены исследования, что экономические потери от гибели и инвалидизации людей в ДТП составляют от 0,36% до 3,86% от ВВП страны (в среднем 1,39 в зависимости от методики расчета). В России такие потери составляют 0,4% и 0,05% соответственно [7]. В Казахстане подобные расчеты не проводились.

Исходя из этих цифр можно предположить, что в 2019 году экономические потери региона от гибели людей в ДТП в среднем составили – 29 003,7 млн.тг. (из расчета 1,5% от ВРП области). ВРП в 2019 году по данным Бюро национальной статистики АСПиР РК составил 1 933 580,2 млн.тг.

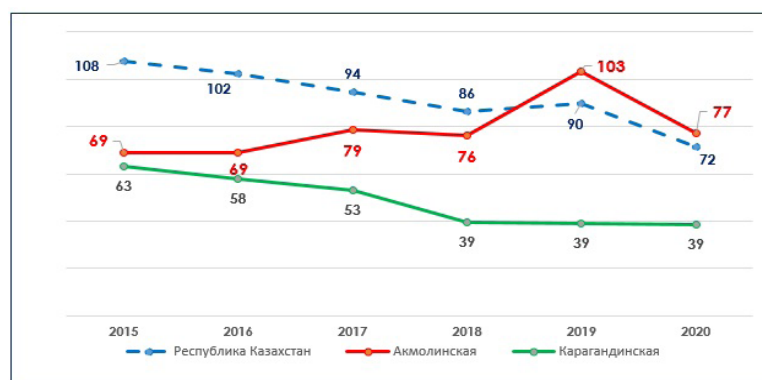


Рисунок 3 - Дорожно-транспортные происшествия на 100 000 человек населения

Экономические потери региона от инвалидизации людей в ДТП – 966 990 тг. на 1 пострадавшего (из расчета 0,05% от ВРП). В 2019 году в Акмолинской области впервые признаны инвалидами от травм всех локализаций 241 человек,

в том числе 10 от ДТП. Экономические потери региона от инвалидизации только по ДТП составили – 9 669 900 тг. на 1 пострадавшего (без учета возраста и статуса работающего).

По данным ВОЗ, исследования о смертях и экономических показателях в 135 странах, показали, что в среднем снижение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий на 10% увеличивает реальный ВВП на душу населения на 3,6% в течение 24 лет.

На рисунке 3 представлены данные Генеральной прокуратуры РК по количеству ДТП на 100 тыс. населения, где наглядно показано, что число ДТП в Акмолинской области росло до 2019 года.

В 2020 году число аварий уменьшилось, но остается выше среднереспубликанского показателя в 2 раза.

На карте области мы показали данные Национального центра экстренной медицины (ранее – Республиканский центр санитарной авиации) по количеству пострадавших в ДТП в разрезе районов области. Наибольшее число пострадавших зарегистрировано в г.Кокшетау, Бурабайском, Целиноградском и Атбасарском районах (рисунок 4).



Рисунок 4 - Количество пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий в разрезе районов Акмолинской области

При этом Межрайонные больницы, имеющие в своем составе травматологическое отделение, находятся в г.Шучинск, Акколь и Атбасар. Трассовые медико-спасательные пункты открыты в Макинске, поселок Жаксы, с. Анар.

В таблице 3 представлены зарегистрированные ДТП по месту происшествия. Более 53% аварий происходит на трассе (при исключении г.Кокшетау).

Таблица 3 - Число дорожно-транспортных происшествий в Акмолинской области в разрезе районов

№ п/п	Наименование региона	Количество вызовов по травме	в том числе по ДТП	Доля каждого района (в %)	из них село (в %)		
					город	село	трасса
1	Астраханский	282	16	1,7		25	75
2	Аккольский	300	33	3,6	58	6	36
3	Аршалинский	271	40	4,3		43	58
4	Атбасарский	994	53	5,7	58		42
5	Биржан сал	143	4	0,4			100
6	Буландинский	383	14	1,5	50		50
7	Шучинский	1647	122	13,2	55	7	38
8	Егиндыкольский	46	5	0,5		60	40
9	Ерейментауский	575	54	5,8	41	7	52
10	Есильский	234	12	1,3	33		67
11	Жаксынский	175	2	0,2		100	
12	Жаркаинский	179	11	1,2	100		
13	Зерендинский	501	40	4,3		45	55
14	Коргалжинский	107	5	0,5		80	20
15	Сандыктауский	108	4	0,4		25	75
16	г.Степногорск	1267	36	3,9	58		42
17	Целиноградский	1257	136	14,7		53	47
18	Шортадинский	295	28	3,0		39	61
19	г.Кокшетау	5451	309	33,4	86		14
	Итого	14215	924	100,0	49	16	35

В разрезе структуры госпитальной летальности (смертность в медицинской организации) области показатель превышает средний республиканский

показатель от дорожно-транспортных травм в 1,5 раза; от производственных травм - в 1,3 раза (таблица 4).

Таблица 4 - Госпитальная летальность в Акмолинской области в сравнении с Карагандинской областью и республиканскими показателями

Регион	Все травмы		Бытовые		Уличные		ДТП		Производственные	
	летальность %		летальность%		летальность%		летальность%		летальность%	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Акмолинская область	1,2	1,6	1,2	1,2	0,8	1,3	5,5	7	2,1	5
Карагандинская область	1,9	2	2,1	2	1,4	1,4	3	4,6	2,6	4,1
Республика Казахстан	1,7	1,7	1,6	1,6	1,2	1,1	3,9	4,6	3,4	3,8

В таблице 5 представлены данные Карагандинского ситуационного центра и электронного регистра стационарных больных (ЭРСБ) по числу переведенных больных с медицинских организаций 1 и 2 уровня в медорганизации вышестоящего уровня.

С открытием Ситуационного центра в г.Караганде наблюдается снижение числа переведенных больных: количество переведенных больных с травмами из МО 2 уровня на 3 уровень в 1,6 раз, в республиканские организации в 1,2 раза (151 пациент).

Таблица 5 - Количество переведенных пациентов в организации вышестоящего уровня по Карагандинской и Акмолинской областям

Количество переводов пациентов с травмами по Карагандинской области			
уровень травмоцентров	с I-II и III	с II-III	с III в республике
2017 г.	6	879	1127
2019 г.	197	534	976
Количество переводов пациентов с травмами по Акмолинской области			
уровень травмоцентров	с I-II и III	с II-III	с III в республиканских организациях
2017 г.	54	127	8
2020 г.	57	53	2

В 2020 году в Акмолинской области также наблюдается снижение числа переведенных больных в сравнении с 2017 годом, но по анализу ННЦТО отмечается рост числа обращений жителей области с травмами на 26% (2017 г. - 309 чел., 2018 г. - 376,

2019 г. - 389 чел.) как самостоятельно, так и по устной рекомендации врачей области, что может свидетельствовать о неготовности специалистов области к оказанию травматологической помощи.

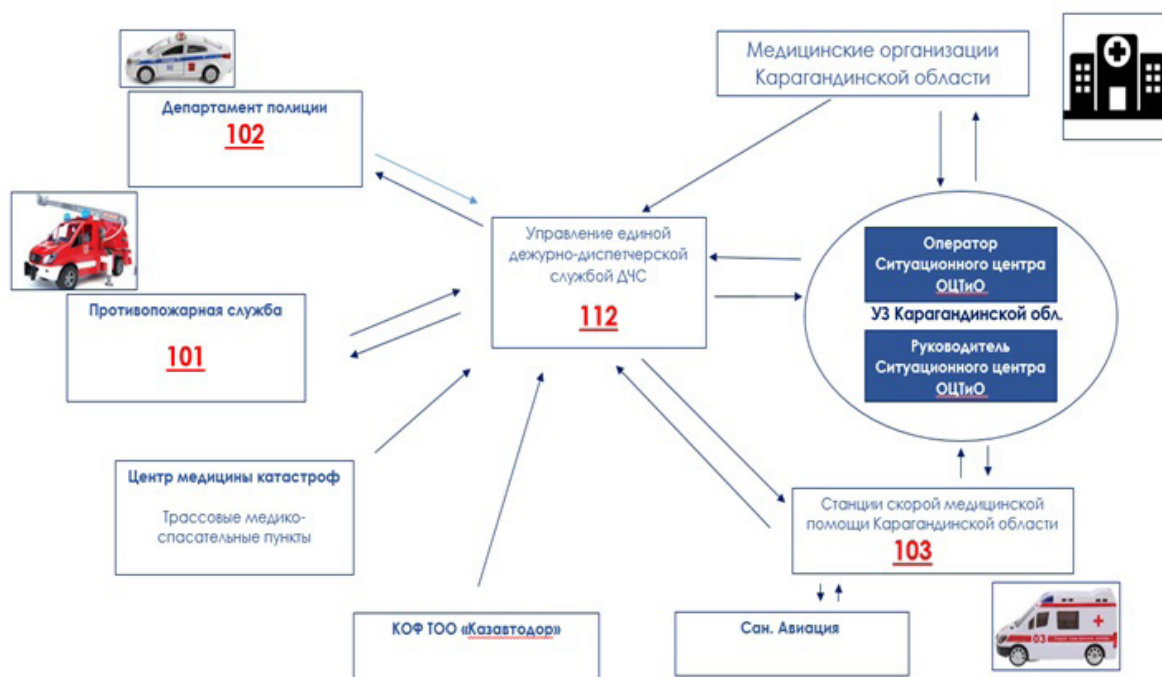


Рисунок 5 - План-схема межведомственного взаимодействия Ситуационного центра Карагандинской области

Важной составляющей в организации и дальнейшей работе Ситуационного центра, это утверждение четкого алгоритма взаимодействий государственных органов задействованных в решении задач при возникновении чрезвычайных ситуаций. Поэтому, важно сразу отработать и утвердить «Схему взаимодействий», по примеру Карагандинской области.

На рисунке 5 представлена План-схема межведомственного взаимодействия Департамента по ЧС, Центра медицины катастроф, Департамента полиции, Ситуационного центра ОЦТиО, Областной станции скорой медицинской помощи, медицинских организаций Карагандинской области при ДТП, травмах, пожарах, суицидах, отравлениях и иных несчастных случаях.

Схема межведомственного взаимодействия и информационного обмена между государственными органами организовывается через Единую дежурную диспетчерскую службу (ЕДДС 112), которая должна

объединять: Департамент по ЧС, Департамент полиции, дорожную службу области «Казавтодор», Медицину катастроф МЧС, Областную станцию скорой медицинской помощи, Медицинскую организацию Управления здравоохранения области где будет дислоцирован Ситуационный центр.

В «Схему взаимодействий» могут быть включены и иные организации по усмотрению руководства, при этом вышеперечисленные организации являются обязательными.

На рисунке 6 представлены наглядные результаты деятельности Ситуационного центра и межведомственного взаимодействия. Только плодотворное сотрудничество между различными ведомствами, ответственными за качество жизни населения, могут дать результаты по снижению показателей смертности от травм, отравлений и несчастных случаев.



Рисунок 6 - Результаты деятельности Ситуационного центра Карагандинской области

Трасса Жезказган-Сатпаев (Карагандинская область) в апреле 2018 года, когда было зарегистрировано 16 летальных случаев в результате ДТП. После докладов на совещаниях в акимате области был произведен ремонт участка дороги, установлены дополнительное освещение и дорожные знаки. В 2019 году зарегистрировано 6 летальных случаев в результате ДТП, за 2020 года - 4 случая.

Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод, что в области имеются отдельные проблемы:

- наблюдается рост показателя смертности от травм, отравлений и НС в сравнении с прошлым годом +7,63;

- отмечаются высокие показатели госпитальной летальности от производственных и дорожно-транспортных травм;

- низкая обеспеченность кадрами травматологического профиля. Дисбаланс кадров в разрезе город / село;

- недостаточная квалификация специалистов, перенаправление больных из области в ННЦТО.

Решениями названных проблем могут стать:

- создание Ситуационного травматологического центра;

- расширение мер социальной поддержки для привлечения молодых специалистов травматологов для работы в районных больницах;

- планирование эффективных вмешательств (ремонт аварийно-опасных участков дорог, установление дорожных и предупреждающих знаков, создание ТМСП);

- Определение групп и мест повышенного риска.

Результатами предпринятых мер будут:

- снижение количества ДТП и показателя смертности от всех видов травм;

- сокращение времени и повышение качества оказания экстренной и неотложной помощи;

- улучшение качества покрытия дорожного полотна и придорожной инфраструктуры;

- получение оперативной и достоверной информации о всех случаях травм в области, подготовка аналитических материалов и принятие соответствующих решений.

Таким образом, с целью снижения показателя смертности от травм, отравлений и несчастных случаев предлагаем изучить и внедрить в регионе опыт Карагандинской области по созданию подразделения, координирующего оказание экстренной и неотложной помощи пострадавшим от травм, в том числе от ДТП.

Для создания Ситуационного центра по травматологии не требуется значительных вложений, но необходима поддержка со стороны Акима. При принятии положительного решения требуется издание Распоряжения для Управления здравоохранения, Дорожно-транспортной полиции, Департамента чрезвычайных происшествий, скорой помощи и санавиации, затем Согласование совместного приказа о межведомственном обмене информацией.

В дальнейшем будет проводиться Мониторинг результатов на совместных совещаниях заинтересованных служб.

Управление здравоохранения со своей стороны готовит Приказ о создании Ситуационного центра на базе Многопрофильной областной больницы г.Кокшетау или Многопрофильной областной больницы №2 (на усмотрение областного руководства), согласовывает Положение о Ситуационном центре, должностные инструкции сотрудников Ситуационного центра.

Руководитель назначенной медицинской организации издает внутренний Приказ о создании

Ситуационного центра с выделением помещения и штатных единиц, командировует специалистов для обучения в г.Караганду, запрашивает в Центр информационных технологий «ДАМУ» разрешение на открытие дополнительного кабинета в Комплексной медицинской информационной системе «Damumed».

На рисунке 7 представлен Алгоритм действий по созданию Ситуационного центра в Акмолинской области с примерным штатным расписанием и расчетными затратами.



Рисунок 7 - Алгоритм действий по созданию Ситуационного травматологического центра для Акмолинской области

Выводы

Для снижения показателей смертности от транспортных несчастных случаев в Акмолинской области важное значение имеет также решение проблемы оказания неотложной помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, экстренной доставки их в стационарные медицинские организации. При этом первостепенную роль играет функция оповещения, межведомственного взаимодействия и оперативного

реагирования. Опыт Ситуационного центра в Карагандинской области показал положительные результаты такого взаимодействия. Учитывая высокие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий в Акмолинской области, создание аналогичного Ситуационного центра обеспечит снижение числа транспортных происшествий, а также повысит вероятность сохранения жизни пострадавшим в них людям.

Литература

- Chen S, Kuhn M, Prettnner K, Bloom D.E. The global macroeconomic burden of road injuries: estimates and projections for 166 countries. *The Lancet Planetary Health*, 2019; 3(9): e390-e398. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30170-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30170-6).
- Дорожно-транспортные травмы, Всемирная организация здравоохранения, 2021. Веб-сайт. [дата обращения: 17.08.2021]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
- Dorozhno-transportnye travmy, Vsemirnaya organizaciya zdavoohranenija (Road Traffic Injuries, World Health Organization) [in Russian], 2021. Веб-сайт. [data obrashheniya: 17.08.2021]. Rezhim dostupa: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
- Patricio V. Marquez, Dipan Bose. Preventable traffic injuries and deaths hold back the development of countries. 2018. Electronic resource. [Date of access: 17.08.2021]. Access mode: <https://blogs.worldbank.org/health/preventable-traffic-injuries-and-deaths-hold-back-development-countries>.
- Оспанов К.Ш. Медико-социальные проблемы травматизма в Республике Казахстан // *Экология и гигиена*, 2012. - №1. - С.44-45.

Ospanov K.Sh. Mediko-social'nye problemy travmatizma v Respublike Kazahstan (Medical and social problems of injuries in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Jekologija i gigiena*, 2012; 1: 44-45.

4. Естественное движение населения Республики Казахстан за 2020 год. Бюллетень Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республик Казахстан. Электронный ресурс. [дата обращения: 17.08.2021]. Режим доступа: <https://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/5>.

Estestvennoe dvizhenie naselenija Respubliki Kazahstan za 2020 god. B'ulleten' B'juro nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniju i reformam Respublik Kazahstan (Natural movement of the population of the Republic of Kazakhstan for 2020. Bulletin of the Bureau of National Statistics of the Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Jelektronnyj resurs*. [data obrashhenija: 17.08.2021]. Rezhim dostupa: <https://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/5>.

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками: от 25 ноября 2020 года, № ҚР ДСМ-205/2020. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=35287468.

Prikaz Ministra zdavoohranenija Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii minimal'nyh normativov obespechennosti regionov medicinskimi rabotnikami (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the minimum standards for the provision of regions with medical workers) [in Russian]: ot 25 nojabrja 2020 goda, № ҚР DSM-205/2020. Rezhim dostupa: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=35287468.

5. Оценка социально-экономического ущерба от ДТП в России: методологические вопросы в контексте зарубежных исследований. Высшая школа экономики Российской Федерации, Москва, 2013. Электронный ресурс. [дата обращения: 17.08.2021]. Режим доступа: https://www.hse.ru/data/2016/02/16/1139247847/%D0%93%D0%98%D0%91%D0%94%D0%94_17.12.2015.pdf.

6. Ocenka social'no-jekonomicheskogo ushherba ot DTP v Rossii: metodologicheskie voprosy v kontekste zarubezhnyh issledovanij (Assessment of socio-economic damage from road traffic accidents in Russia: methodological issues in the context of foreign studies) [in Russian]. *Vysshaja shkola jekonomiki Rossijskoj Federacii, Moskva*, 2013. *Jelektronnyj resurs*. [data obrashhenija: 17.08.2021]. Rezhim dostupa: https://www.hse.ru/data/2016/02/16/1139247847/%D0%93%D0%98%D0%91%D0%94%D0%94_17.12.2015.pdf.

Ақмола облысының мысалында ситуациялық орталық құруға қатысты ұсыныстар

Искаков Е.С.², Мусина Г.А.³

² Стратегиялық және аумақтық даму, бақылау және талдау орталығының жетекшісі, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: iskakov_e@nscto.kz

³ Ұйымдастыру-әдістемелік бөлімнің меңгерушісі, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: mussina_g@nscto.kz

Түйіндеме

Материалда Қазақстан Республикасының Ақмола облысындағы травматологиялық-ортопедиялық қызметті ұйымдастырудың мәселелері талқыланған. Авторлар аумақтағы жалпы травматологиялық қызметті дамыту бойынша, оның ішінде кадрлық сұрақтар, жедел жәрдем қызметінің жұмысын оңтайландыру, жолдарды жөндеу және тағы басқа іс-шараларды тиімді ұйымдастыруға қатысты өз ұсыныстарын атап көрсетті.

Түйін сөздер: травматологиялық-ортопедиялық қызмет, денсаулық сақтауды ұйымдастыру, жарақаттанушылық, жол картасы, ситуациялық орталық.

Proposals for the Creation of a Situation Center on the Example of the Akmola Region

Yerzhan Iskakov², Galiya Mussina³

¹ Head of the Center for Strategic and Regional Development, Monitoring and Analysis, National Research Center for Trauma and Orthopaedics named after Academician ND Batpenov, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: iskakov_e@nscto.kz

² Head of the Organizational and Methodological Department, National Research Center for Trauma and Orthopaedics named after Academician ND Batpenov, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: mussina_g@nscto.kz

Abstract

The article describes the problems of organizing the traumatological and orthopedic service of the Akmola region of the Republic of Kazakhstan. The authors offered their own recommendations for improving trauma care, including staffing, optimizing emergency care, improving road conditions, and other measures.

Key words: traumatology and orthopedic service, healthcare organization, traumatism, road map, situational center.

Поздравление



Тезекбаев Канат Марденович

к 60-летию со дня рождения

Тезекбаев Канат Марденович окончил Семипалатинский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело» в 1985 году. После прохождения интернатуры по специальности с 1986 года по 2010 годы, был в должности врача травматолога-ортопеда травматологического отделения городской больницы г. Аксу. С 2010 по 2014 годы являлся главным специалистом отделения травматологии АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» г. Астана. С 2014 года по 2015 годы заведовал отделением травматологии ГКБ на ПХВ «Городская клиническая больница №1» Департамента здравоохранения г. Астана. С 2015 по 2018 годы назначен заместителем главного врача ГКБ на ПХВ «Городская клиническая больница №4» Департамента здравоохранения г. Алматы. С 2018 года по настоящее время работает в Национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова», в должности заведующего кафедрой травматологии и ортопедии. В это же время, с 2017 по 2019 годы являлся главным врачом ГКБ на ПХВ «Городская клиническая больница №4» Департамента здравоохранения г. Алматы. Имеет высшую квалификационную категорию врача травматолога – ортопеда, первую категорию по организации здравоохранения. Тезекбаев К.М. в совершенстве владеет методами оперативного и консервативного лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

За свой многолетний стаж работы по специальности - 40 лет и педагогический – 12 лет, Тезекбаев Канат Марденович внес значительный вклад в развитие здравоохранения и науки. Является автором 1 патента на изобретение, 2 авторских прав, 2 методических рекомендаций для врачей травматологов-ортопедов, имеет более 25 научных трудов.

Имея большой клинический опыт по лечению и диагностике пострадавших с повреждениями костей таза при политравме, Тезекбаев К.М. внедрил свои собственные разработки в лечебную практику травматологических отделений ГКБ №4 г. Алматы, клинической больницы им. Х.К. Макажанова г. Караганда, Павлодарской областной больницы.

Канат Марденович принимал непосредственное участие в разработке и реализации научно-технической программы «Научное обоснование и развитие инновационных технологий при лечении больных с повреждениями и заболеваниями конечностей и позвоночника».

С 2015 года является главным внештатным травматологом-ортопедом Управления Общественного здоровья г. Алматы, вице-президентом Республиканской Ассоциации травматологов-ортопедов Республики Казахстан.

На кафедре травматологии и ортопедии и в ГКБ №4 накоплен большой опыт имплантации эндопротезов крупных суставов. Кроме того, под его руководством выполняются операции остеосинтеза на всех сегментах конечностей, по самым современным и передовым технологиям, проводятся научно-исследовательские работы. Регулярно проводит мастер-классы со специалистами из Германии, Франции, США, Турции, России. Имеет тесные профессиональные контакты со специалистами из многих стран дальнего и ближнего зарубежья.

Тезекбаев К.М. был награжден нагрудными знаками: «Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесі үшін», за вклад в развитие службы травматологии и ортопедии РК, Алтын Дәрігер, награжден Грамотой Президента Республики Казахстан К. Токаева, а также почетные грамоты лечебных учреждений

Тезекбаев К.М. пользуется уважением и авторитетом среди коллег и студентов. По характеру уравновешен, внимателен, добросовестно выполняет возложенные обязанности.

Коллектив кафедры травматологии и ортопедии Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, сотрудники Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д. поздравляют Каната Марденовича с 60-летием желают крепкого здоровья, семейного благополучия и дальнейших творческих успехов.

Анонс

С 29 сентября по 1 октября 2021 года в Нур-Султан, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., РОО «Казakhstanская Ассоциация травматологов-ортопедов», Общественный фонд имени академика Нурлана Батпеннова провели международную научно-практическую конференцию, посвященную 20-летию Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д.

В связи с эпидемиологической ситуацией по распространению COVID-19, участникам конференции был предложен совмещенный формат проведения мероприятий конференции (онлайн, очные заседания). Для участия в конференции онлайн зарегистрировались более 7000 слушателей.

Проведение международной научно-практической конференции обусловлено высокими показателями травматизма, которые, как причина смертности в Казахстане, занимают четвертое место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и болезней органов дыхания. Поэтому разработка вопросов профилактики травматизма, разработки и внедрения современных технологий диагностики и лечения больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы являются актуальными, особенно в условиях интенсивной урбанизации и высоких демографических процессов.



С приветственным словом выступили – первый вице-министр здравоохранения Шоранов М.Е. и директор Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д. – Бекарисов О.С. В пленарном заседании модератором был заместитель директора по научной работе и стратегии Батпен А.Н.

На конференции были рассмотрены широкий круг вопросов современной травматологии и ортопедии, организации травматолого-ортопедической помощи, инновационных технологий в лечении повреждений костей и суставов, актуальных проблем детской травматологии и ортопедии, проблемы медицинской реабилитации в современных условиях, а также ошибки и осложнения в лечении ортопедо-травматологических больных.

В работе конференции приняли участие ученые и специалисты из 20 стран ближнего и дальнего зарубежья (Россия, Узбекистан, Азербайджан, Кыргызстан, Беларусь, Австрия, Бангладеш, Босния и Герцеговина, Великобритания, Греция, Германия, Египет, Израиль, Индия, Италия, Китай, Польша, Турция, Франция, Швейцария).

На онлайн конференцию было представлено 129 докладов (33 доклада от спикеров из дальнего зарубежья, 15 докладов на сателлитных курсах, 57 докладов представили лектора из ближнего зарубежья, на конференцию молодых ученых «Батпенновские чтения» – 24 доклада).

Об итогах деятельности Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика за 20 лет доложил директор Бекарисов О.С., который представил результаты научной, клинической, организационно-методической, образовательной работы и осветил основные перспективные направления научной деятельности центра.



О сотрудничестве Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д. с клиникой г.Минден университета Бохум (Германия), которому исполнилось 20 лет, рассказал профессор Геринг Э.Я. Многолетнее и плодотворное сотрудничество обогатило и повысило профессиональный уровень специалистов института не только в области травматологии и ортопедии, но и сосудистой хирургии, политравмы, вертебрологии.

В секции «Инновационные технологии в лечении повреждений костей и суставов (политравма, артроскопия и имплантация суставов, спондилодез, блокирующий остеосинтез, клеточные и аддитивные технологии)» – модераторы Тихилов Р.М. (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена»), Корыткин А.А. (ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна»), Ахтямов И.Ф. (Казань), Лазко Ф.Л. (Россия), Христос Гарванос

(Греция), Дорал М.Н. (Турция), Халед Эмара (Египет) были рассмотрены вопросы внедрения прямого доступа при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава (Канг Пенгде – Китай), клинические результаты применения эндопротезов (Геринг Э., Минден; Берк Гючлу, Турция); опыт применения биопрепаратов при повреждениях хряща коленного сустава (Батпенова Г.Р. – Казахстан; Дорал М.Н. – Турция; Шнеттлер Рейнхард – Германия).

В секции «Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии», где модератором являлся профессор Виссарионов С.В. (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера») было заслушано 7 докладов по проблемам коррекции врожденных аномалий развития, по лечению доброкачественных опухолей и дисплазий у детей и т.д.

Вынесены на обсуждение и вопросы лечения множественных и сочетанных повреждений, удельный вес которых во всём мире растёт, как неизбежное следствие урбанизации общества, развития промышленности, строительства и транспортных средств.

Были обсуждены вопросы лучевой диагностики, которая всегда занимала главное место в диагностике повреждений и заболеваний костей и суставов, а в последние десятилетия получила дополнительное развитие в связи с использованием компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), ультразвукового исследования (УЗИ).

Помимо докладов, пленарных заседаний и дискуссий значимое место в программе конференции было отведено конкурсу молодых ученых «Батпеновские чтения» и сателлитным симпозиумам:

- Сателлитный курс: «Ревизионное эндопротезирование коленного сустава». Спикеры – профессор А.Каземирский (ФГБУ НМИЦ ТО им.Р.Р.Вредена) и Dr. Oliver Djahani (LKH Murtal Stolzalpe, Austria). Представлено 7 лекций.

- Онлайн курс по политравме: «Особый фокус на концепциях безопасной радикальной хирургической операции и хирургии опорно-двигательного аппарата при лечении пациентов политравмой». Было представлено 8 докладов. Курс состоял из 2 –х сессий: 1 сессия – «Лечебная стратегия при политравме», спикеры – Р.Пфайфер, Ханс-Христос Папе, Мишель Тойбен. 2 сессия – «Современная тактика лечения повреждений таза и конечностей», спикеры – Р.Пфайфер, В.Рева, Боре Бакота, И.Голубев.

Немалый интерес у специалистов в области травматологии и ортопедии вызвала виртуальная выставка медицинского оборудования, товаров и услуг, где свою продукцию представили 11 ведущих фармацевтических компаний производителей.

Прошедшая конференция послужила площадкой для обмена знаниями, изучения международного опыта, построения научных и деловых контактов для дальнейшего конструктивного и взаимовыгодного сотрудничества.

По итогам конференции выпущен сборник материалов.

В завершении конференции, была принята резолюция.

Миссией проходящей конференции было определено повышение эффективности и координация деятельности ортопедо-травматологической службы, интеграция профессионального сотрудничества, взаимообогащение опытом специалистов не только республики, но и коллег Евразийского региона и дальнего зарубежья.

В основе видения дальнейшего развития ортопедо-травматологической службы республики – организация диагностической и лечебной деятельности по единым евразийским и общемировым стандартам.

Известно, что смертность от травм и отравлений продолжает занимать лидирующие позиции. Если учесть, что от травм главным образом погибают или приобретают инвалидность лица, преимущественно трудоспособного и деятельного возраста, то очевидны и истинные масштабы экономического и социального ущерба.

Существенно отстают разработка и внедрение современных стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлиническом уровне на фоне интенсивного освоения высокотехнологичных оперативных вмешательств в крупных специализированных стационарах многопрофильных больниц и центров. Одной из главных причин этого является перегруженность, недостаточная квалификация врачей, кадровый дефицит на амбулаторном приёме.

Исходя из анализа текущей ситуации и проблем, стоящих перед ортопедо-травматологической службой, стратегическим направлением остается обеспечение доступности, своевременности и высокого качества специализированной травматолого-ортопедической помощи всем жителям Республики Казахстан. Для достижения этой цели необходимо:

- дальнейшее совершенствование организации ортопедо-травматологической службы в Республике Казахстан

- повышение качества медицинской помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы

- улучшение материально-технической базы медицинских организаций для улучшения качества оказания медицинской помощи травматолого-ортопедическим больным.

1. В целях реализации вышеизложенного, конференция рекомендует:

- 1.1. Разработать и внедрить систему управления качеством травматолого-ортопедической помощи, систему менеджмента качества (СМК).

- 1.2. Унифицировать стандарты и протоколы оказания специализированной ортопедо-травматологической помощи.

1.3. Обеспечить гибкость, разнообразие форм и готовность к обновлению системы повышения квалификации и переподготовки ортопедо-травматологических кадров.

1.4. Активизировать деятельность по разработке и внедрению стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлиническом звене.

1.5. Расширить масштабы эндопротезирования крупных суставов (увеличение удельного веса пациентов пожилого и старческого возраста показывают нарастающую значимость коморбидной патологии, имеющей место практически у каждого пациента. Это сердечные и сосудистые заболевания, лёгочная патология, диабет, избыточная масса тела и т.п.)

В этой связи, возникает необходимость постоянного мониторинга и коррекции коморбидной патологии, которые должны проводиться в пред- интра- и постоперационном периодах, что возможно лишь в крупных специализированных центрах и (или) университетских многопрофильных клиниках.

Предполагается, что широкие масштабы реализации рекомендуемых мер позволят достигнуть качественного улучшения здоровья населения в русле долгосрочных стратегических приоритетов экономического и социального развития, определенных Стратегией развития Республики Казахстан на период до 2030 года.

МАЗМҰНЫ

Октяброва Д.Г., Әшімов Қ.Д., Байдалин Т.Т., Сүлейменов Б.Т., Бекназаров А.И.

Диспластикалық коксартроздың эпидемиологиялық және медициналық-әлеуметтік аспектілері 4

Ахмедьярова Н.А., Оразова Ғ.Ұ., Бәтпен А.Н.

**COVID-19 пандемиясы жағдайында провизорлық стационарда жұмыс жасайтын
травматология және ортопедия саласы мамандарының психоэмоционалдық статусын бағалау..... 9**

Абдуразаков У.А., Абдуразаков А.У., Аскеров Р.А., Ткаченко А.Е.

**Жамбас сүйегінің алдыңғы сақинасының сүйектерінің сынуын минималды инвазивті
хирургиялық емдеу 15**

Серикбаева Е.Н., Спичак Л.В.

**Карпальдық каналдағы ортаңғы жүйкенің қысылу синдромын ультрадыбыстық
зерттеу нәтижелерін саралау 21**

Абдалиев С.С., Баитов Д.Т., Щербина А.Ю., Сериков С.Ж., Естай Д.Ж.

**S-тәрізді идиопатикалық сколиоздың дорсальды коррекциясы нәтижелерін бір доғаны
бекіту арқылы талдау 26**

Рустамова У.М., Исмагуллаева М.Н., Валиева К.Н., Умарова Г.Ш., Салиева Н.И.

**Фиброзды остеоидострофиялардың кешенді ажыратпалы диагностикасы:
өз тәжірибеміздегі бақылаулардың негізінде 30**

Искаков Е.С., Мусина Г.А.

Ақмола облысының мысалында ситуациялық орталық құруға қатысты ұсыныстар..... 35

СОДЕРЖАНИЕ

Октяброва Д.Г., Ашимов К.Д., Байдалин Т.Т., Сулейменов Б.Т., Бекназаров А.И. Эпидемиологические и медико-социальные аспекты диспластического коксартроза	4
<i>Ахмедьярова Н.А., Оразова Ф.Ұ., Бәтпен А.Н.</i> Оценка психоэмоционального статуса специалистов в области травматологии и ортопедии, работающих в провизорном стационаре во время пандемии COVID-19.....	9
Абдуразаков У.А., Абдуразаков А.У., Аскеров Р.А., Ткаченко А.Е. Малоинвазивное оперативное лечение переломов костей переднего тазового полукольца	15
<i>Серикбаева Е.Н., Спичак Л.В.</i> Анализ результатов ультразвукового исследования синдрома сдавления срединного нерва в карпальном канале.....	21
Абдалиев С.С., Байтов Д.Т., Щербина А.Ю., Сериков С.Ж., Естай Д.Ж. Анализ результатов дорсальной коррекции S-образного идиопатического сколиоза с фиксацией одной дуги.....	26
<i>Рустамова У.М., Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н., Умарова Г.Ш., Салиева Н.И.</i> Комплексная дифференциальная диагностика фиброзной остеодинтрофии: на основе собственных наблюдений.....	30
<i>Искаков Е.С., Мусина Г.А.</i> Предложения по созданию Ситуационного центра на примере Акмолинской области	35

CONTENT

Durdana Oktyabrova, Kairat Ashimov, Timur Baidalin, Bekzhan Suleimenov, Askar Beknazarov

Epidemiological Medical-Social Aspects of Developmental Dysplastic Coxarthrosis 4

Nargiz Akhmediyarova, Galiya Orazova, Arman Batpen

Assessment of the Psychoemotional status of Specialists in the Field of Traumatology and Orthopedics Working in a Provisional Hospital During the COVID-19 Pandemic 9

Urazbai Abdurazakov, Arman Abdurazakov, Ramazan Askerov, Aleksey Tkachenko

Minimally Invasive Surgical Treatment of Fractures of the Bones of the Anterior Pelvic Half Ring 15

Evgeniya Serikbayeva, Lyudmila Spichak

Analysis of the Results of Ultrasound Examination of the Syndrome of Compression of the Median Nerve in the Carpal Canal 21

Seidali Abdaliev, Daulet Baitov, Aleksandr Shcherbina, Serik Serikov, Daniyar Yestay

Analysis of the Results of Dorsal Correction of S-shaped Idiopathic Scoliosis with Fixation of one Arch 26

Umida Rustamova, Muharram Ismatullaeva, Kamola Valyieva, Gulrukh Umarova, Nozimakhon Salyieva

Comprehensive Differential Diagnostics of Fibrous Osteodystrophy: Based on our own Observations 30

Yerzhan Iskakov, Galiya Mussina

Proposals for the Creation of a Situation Center on the Example of the Akmola Region 35

