

- case. Results of a multicenter study at a mean of three years after treatment // *J. Bone Jt Surg.* — 2006. Vol. 88A, N 12. — P. 2573-2582.
53. Nishit T., Sugano N., Ohzono K. et al. Progression and cessation of collapse in osteonecrosis of the femoral head // *Japan Clin. Orthop.* — 2002. — N 400. — P. 149-157
54. Plakseychuk A.Y., Kim S.Y., Park B.C. et al. Vascularized compared with nonvascularized fibular grafting for the treatment of osteonecrosis of the femoral head // *J. Bone Jt Surg.* — 2003. — Vol. 85A, N 4. — P. 589-595.
55. Pritchett J.W. Statin therapy decreases the risk of osteonecrosis in patients receiving steroids // *Chn. Orthop.* — 2001. — N 386. — P. 173-178.
56. Rijnen W.H., Lameijn N., Schreurs B.W., Gardeniers J.W. Total hip arthroplasty after failed treatment for osteonecrosis of the femoral head // *Orthop. Clin. North Am.* — 2009. Vol. 40, N 2. — P. 291-298.
57. Roush T.F., Olson S.A., Pietrobon R. et al. Influence of acetabular coverage on hip survival after free vascularized fibular grafting for femoral head osteonecrosis // *J. Bone Jt Surg.* — 2006. — Vol. 88A, N 10. — P. 2152-2158.
58. Saito S., Ohzono K., Ono K. Joint-preserving operations for idiopathic avascular necrosis of the femoral head. Results of core decompression, grafting and osteotomy // *J. Bone Jt Surg.* — 1988. — Vol. 70B, N 1. — P. 78-84.
59. Sculco T.P. The economic impact of infected joint arthroplasty // *Orthopedics.* — 1995. — Vol. 18. — P. 871.
60. Slavković S., Bumbasirević M., Tomić S. et al. Idiopathic avascular necrosis of the femoral head in adolescents: diagnostics and management // *Acta Chir. Jugosl.* — 2005. — Vol. 52, N 2. — P. 43-48.
61. Stulberg B.N., Bauer T.W., Belhobek G.H. Making core decompression work // *Clin. Orthop.* — 1990. — Vol. 261. — P. 186-195.
62. Sugitaka Y., Hotokebuchi T., Tsutsui H. Transtrochanteric anterior rotational osteotomy for idiopathic and steroid-induced necrosis of the femoral head. Indications and long-term results // *Clin. Orthop.* — 1992. — Vol. 277. — P. 111-120.
63. Sugano O., Takaoka K., Ohzono K. et al. Rotational osteotomy for nontraumatic avascular necrosis of the femoral head // *J. Bone Jt Surg.* — 1992. Vol. 74B. — P. 734-739.
64. Thornhill T.S. Alternatives to total hip arthroplasty in osteonecrosis of the femoral head // *Orthopedics.* — 2001. Vol. 24. — P. 861-863.
65. Urbaniak J.R., Coogan P.G., Gunneson E.B., Nunley J.A. Treatment of osteonecrosis of the femoral head with free vascularized fibular grafting. A long-term follow-up study of one hundred and three hips // *J. Bone Jt Surg.* — 1995. — Vol. 77A, N 5. — P. 681-694.
66. Zangger P., Gladman D.D., Uroicitz M.B., Bogoch E.R. Outcome of total hip replacement for avascular necrosis in systemic lupus erythematosus // *J. Rheumatol.* — 2000. — Vol. 27, N 4. — P. 919-923.

Сведения об авторах: Ахтямов И.Ф. — профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КазГМУ; Коваленко А.Н. — канд. мед. наук, ассистент той же кафедры; Алисимова О.Г. — канд. мед. наук, + зав. курсом анестезиологии и реанимации кафедры хирургических болезней № 1. Для контактов: Ахтямов Ильдар Фруатович. 420012, Казань, ул. Булгарова, дом 49, КазГМУ. Тел.: (8) 905-315-01-50. E-mail: yalta60@mail.ru

© Д.А. Бугаев, 2010

АНАЛИЗ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ КИСТИ С ПОЗИЦИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Д.А. Бугаев

МУЗ «Солнечнодольский районная больница», Ставропольский край

Ключевые слова: кисть, травма, диагностика, лечение, ошибки, качество.

Analysis of Mistakes in Diagnosis and Treatment of Hand Injuries Relative to Provision of Medical Care Quality

D.A. Bugaev

Key words: hand, injury, diagnosis, treatment, mistakes, quality.

На современном этапе развития российского здравоохранения обеспечение и управление качеством медицинской помощи является самостоятельной научно-практической проблемой, затрагивающей профессиональные, экономические и правовые аспекты деятельности врача [42]. Наиболее современным определением понятия качества медицинской помощи мы считаем определение Г.И. Назаренко и Е.И. Полубенцевой [23]: «качество медицинской помощи — это соответствие ее результатов максимальному из научно прогнозируемых, обеспечение ее минимальной стоимости, обоснованности, законности, соответствие ожиданиям пациента». Основными средствами контроля качества медицинской помощи признают медицинские стандарты, показатели деятельности лечебного учреждения и экспертную оценку результатов лечения [31]. Один из элементов контроля — выявление дефек-

тов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное влияние и снижающих эффективность лечебно-диагностического процесса [30].

По данным публикаций 60-70-х годов прошлого столетия, разного рода лечебно-диагностические ошибки фиксировались у 64-85,9% больных с травмами кисти [44]. Статистические сведения более поздних лет столь же неутешительны: частота ошибок составляет 73-75% [9, 20]. Наибольшее число ошибок и плохих результатов лечения приходится на хирургические отделения районных больниц [4]. Следует признать, что классификация и систематизация лечебно-диагностических ошибок является достаточно сложной задачей [10, 14]. Наиболее рациональным представляется деление ошибок и дефектов медицинской помощи на диагностические, тактические, технические, организационно-административные и ошибки экспертизы [38].

Клиническое и рентгенологическое исследования кисти остаются самыми доступными и, к сожалению, сопряженными с наибольшим числом ошибок методами диагностики [9, 44]. Частота ошибок клинической диагностики травм нервов предплечья и кисти достигает 63% [17, 40], сухожилий — 50% [16]. В определенной мере это связано с недостаточным использованием инструментальных методов исследования [13] и неправильной трактовкой их результатов [17]. Безусловно, клиническая диагностика повреждений нервов и сухожилий не утратила своего значения, но комплексная лучевая диагностика многократно повышает результативность обследования больных с травмами мягких тканей кисти [5]. Ультрасонография позволяет не только диагностировать повреждения, но и выявлять ошибки, допущенные на предыдущих этапах лечения [37].

Отсутствие надлежащей рентгенологической диагностики [19] и низкий охват больных рентгенологическим обследованием при первичном обращении [1, 41] единодушно признается одной из основных причин формирования ложных суставов и застарелых переломов, вывихов костей кисти. При этом нарушаются такие основополагающие принципы, как выполнение рентгенографии поврежденного сегмента в двух проекциях, контрольной рентгенографии после репозиции отломков и устранения вывихов, в том числе на операционном столе, этапность рентгенологического обследования [18, 44]. Но даже при современном обследовании больных с травмами кистевого сустава переломы и вывихи нередко остаются нераспознаваемыми из-за неправильной трактовки рентгенограмм [1]. Учитывая развитие современных методов лучевой диагностики, рентгенографию кисти можно рассматривать как скрининговый метод, имеющий ограниченные возможности. Наше мнение подтверждается сообщением Ю.В. Буковской [5]: применение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии позволило автору у 28,1% больных с травмами кистевого сустава выявить повреждения, не диагностированные при первичном клинико-рентгенологическом обследовании.

По определению К.С. Тернового и М.И. Синило [38], лечебная тактика включает сумму дифференцированных мероприятий, позволяющих для каждого конкретного пострадавшего или больного в сложившейся обстановке с наименьшей вероятностью ошибки выбрать из большого арсенала тактических приемов наиболее приемлемый, который обеспечит бы успех лечения. Достаточно распространенная тактическая ошибка — длительное лечение больных с патологией кисти в условиях поликлиники или неспециализированного стационара [17, 35]. Как следствие, применяются методики лечения, не соответствующие характеру и тяжести травмы [1, 20, 35]. Не соблюдаются показания и противопоказания к оперативным методам лечения [21], операции выполняются в ненадлежащих условиях [12], а в послеоперационном периоде больные не получают соответствующего лечения [10]. После шва сухожилий пострадавшие не госпитализируются [12] или выписываются из стационара в неоправданно ранние сроки [4]. Нередко пострадавшие направляются в специализированные учреждения уже после развития

осложнений и с явно плохими результатами лечения [13]. Больным не проводится необходимое реабилитационно-восстановительное лечение [13]. Одна из основных причин несостоятельности шва сухожилий — неадекватные занятия лечебной физкультурой [21]. По этой же причине происходят миграция и перелом металлоконструкций [1]. Во многих публикациях упоминается неадекватная по срокам иммобилизация кисти [4, 10, 18, 26] и отсутствие контроля со стороны врача за состоянием гипсовой повязки в процессе лечения [20].

С современных позиций к остеосинтезу при переломах костей кисти предъявляются следующие требования: остеосинтез должен быть минимально травматичен; не нарушать функцию скользких структур кисти; не препятствовать закрытию кожной раны и не ухудшать кровоснабжение дистальных отделов кисти [2, 32]. К сожалению, эти положения в повседневной практике соблюдаются не всегда. Упоминается об отказе от остеосинтеза, о проведении спиц через суставные поверхности, удалении костных отломков без учета последующего восстановительного лечения [18, 44]. Отметим, что общепринятого метода остеосинтеза нет. В качестве примера можно рассмотреть остеосинтез спицами Киршнера. А.М. Волкова [9] указывает, что спицы не обеспечивают достаточной стабильности фиксации без внешней иммобилизации, а их пароссалярное введение относит к нерациональным методам остеосинтеза. Тем не менее, именно спицы наиболее часто применяются в клинической практике, а стабильность остеосинтеза повышается при введении двух и более спиц [8]. Пароссалярный остеосинтез спицами с успехом применяется при лечении огнестрельных ранений кисти [25].

Значительное число ошибок связано с техникой оперативного лечения переломов ладьевидной кости. В.П. Анисимов [1] указывает на неправильный подбор винтов по длине и резьбе, несоответствие диаметров канала и винта, неверное направление канала для фиксатора, увеличение смещения отломков при введении винта, использование нестабильных металлоконструкций (иглы), отказ от временной стабилизации вправленной кости спицей до введения винта.

Отделение сегментов кисти является одним из наиболее тяжелых видов бытовых и производственных травм. Формирование культи пальцев — оперативное вмешательство, которое чаще всего выполняется в неспециализированных лечебных учреждениях по экстренным показаниям. При этом наиболее грубой ошибкой является ампутация фаланг из-за дефицита кожного покрова [24]. Прогнозируя отдаленные результаты таких операций, следует помнить, что возникшие анатомические дефекты приводят к стойкой утрате трудоспособности [33], развитию депрессивных синдромов и снижению качества жизни, особенно у пациентов молодого возраста и женщины [15].

Предметом особого внимания ученых остается лечение поврежденных сухожилий кисти и предплечья. Не менее актуальны проблемы восстановления поврежденных нервов. Во многих случаях открытых травм кисти предпочтение отдается первичному шву сухожилий и опиневальному шву нервов

[11, 39]. В то же время даже незначительные технические погрешности при выполнении этих операций могут существенно ухудшить результаты лечения. В литературе упоминается об иссечении и повреждении нервов при хирургической обработке ран, шве сухожилий с нервами, захватывании в узел нервов при лигировании сосудов, одновременном шве поверхности и глубокого сгибателя в критической зоне, раздавливании концов сухожилий инструментами, перекрестном шве разноименных сухожилий [10, 11, 17, 26, 29]. Указанные дефекты можно считать как с недостаточным знанием хирургами анатомии кисти [17], так и с пренебрежением наложением жгута, неадекватной методикой анестезии [10]. При шве сухожилий на уровне нижней трети предплечья отказ от лигаментотомии карпальной связки также следует рассценивать как техническую ошибку [25]. Достаточно часто в литературе поднимается проблема нерациональных доступов к поврежденным анатомическим структурам кисти [4, 29, 44]: продольные разрезы по ладонной поверхности пальца, крестообразное рассечение раны, формирование остроконечных лоскутов, подверженных некрозу, пересечение кожных складок и кольцевидных связок пальцев.

Допускаются технические ошибки и при закрытии кожной раны. Иссечение краев раны кисти неизбежно препятствует наложению швов. Попытка ушить рану, превышающую 1,5 см в диаметре, приводит к натяжению ее краев, образованию некрозов и стягивающих рубцов [43]. При кожно-пластических операциях возможен некроз лоскута из-за перегиба его питающей ножки [3]. При восполнении дефектов покровных тканей кисти необоснованно применяется кожная пластика по Яновичу—Чайскому и Тыршу [6].

В повышении качества лечебно-диагностического процесса первостепенное значение имеет рациональная организация медицинской помощи. Именно с ошибками, недостатками и дефектами организации непосредственно связаны ключевые вопросы рассматриваемой проблемы. Отмечается недостаточное материальное и техническое оснащение лечебных учреждений, несоответствие штатов медицинского персонала возлагаемым на лечебное учреждение функциям [4, 14]. Широкое внедрение высокотехнологичных методик инструментальной диагностики и лечения ограничивается их высокой стоимостью и, соответственно, недоступностью для лечебных учреждений районного звена и амбулаторий [36]. Но и там, где современное оборудование для диагностики заболеваний и травм опорно-двигательной системы имеется, оно используется недостаточно [26]. Для уменьшения числа лечебно-диагностических ошибок необходимы также единое понимание этапного лечения больных [34], разработка алгоритма и технологии оказания хирургической помощи и проведения реабилитации [27], обучение врачей [18, 35].

Высокая частота временной и стойкой утраты трудоспособности среди больных с травмами кисти предопределяет выделение в отдельную группу ошибок врачебно-травматологической экспертизы [7, 25, 38]. В настоящее время требуется более широкий взгляд на проблему ошибок и дефектов экспертизы. С 1996 г.

вступил в силу приказ Минздрава Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» [28], регламентирующий положения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи в большинстве случаев проводится ретроспективно по отдельным законченным случаям. Следует уделять особое внимание ведению первичной документации, состояние которой отражает уровень организации работы в лечебном учреждении и непосредственно влияет на результаты экспертизы [25].

Приведенные данные о характере диагностических, тактических и технических ошибок свидетельствуют о весьма формальном отношении руководителей лечебных учреждений к ведомственному контролю качества медицинской помощи. В этой связи представляет интерес позиция О.П. Шепина и соавт. [42], согласно которой экспертный метод не позволяет объективно оценить качество лечения, а мнения даже лучших экспертов относительно качества лечения расходятся. На смену таким оценкам должен прийти мониторинг, снижающий субъективность оценок и способствующий выявлению недостатков в организации медицинской помощи.

Проведенный анализ литературы убеждает в том, что подавляющее большинство ошибок и дефектов медицинской помощи пострадавшим с травмами кисти допускается в лечебных учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Однако истинный масштаб проблемы, на наш взгляд, полностью не изучен. Статистические сведения о выявленных ошибках диагностики и лечения, частоте застарелых повреждений мягких тканей и скелета кисти формируются на основании обрабатываемости больных в специализированных отделениях хирургии кисти. При этом речь идет о той части больных, которые наиболее социально активны и мотивированы на восстановительное лечение. Значительное число пострадавших получают лечение только по месту жительства и выпадают из поля зрения специалистов по хирургии кисти. В сложившихся условиях особое внимание следует уделить разработке эффективной системы менеджмента качества медицинской помощи, ориентированной на лечебные учреждения районного звена. Такая система обязательно должна включать стандарты первичной медико-санитарной помощи больным с патологией кисти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В.Н., Строганов А.В., Лукин С.А. Хирургия повреждений кистевого сустава. — Н. Новгород, 2003.
2. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб, 1998.
3. Бондарь В.С., Овчарченко Г.Н., Слюфер Н.К., Абдрахманов А.Ж. Первичная кожная пластика при открытых повреждениях кисти и пальцев лоскутом от питающей ножке // Современные методы лечения повреждений и заболеваний кисти. — М., 1975. — С. 50–53.
4. Бояришев М.А., Аксюк Е.Ф., Владыжирцев И.О., Шапачинский Я.Б. Анализ исходов лечения травмы кисти в неспециализированных учреждениях. Пути улучшения результатов при лечении травм кисти // Травматол. ортопед. России. — 2004. — № 3. — С. 38–39.

5. Буквиская Ю.В. Современные подходы к диагностике повреждений лунезапястного сустава и кисти //Травматол. ортопед. России. — 2006. — N 2. — С. 54-55.
6. Баранов Е.В., Мосин К.А. Кожная пластика при лечении огнестрельных ранений кисти //Травматология и ортопедия XXI века: Сб. тезисов докладов Съезда травматологов-ортопедов России, 8-го. Самара, 2006. — Т. 2. — С. 1158-1159.
7. Васильев С.Ф. Ошибки в диагностике, лечении и экспертизе трудоспособности при травмах кисти //Вестн. хирургии. — 1982. — К 1. — С. 143-144.
8. Витязов И.А., Пращко В.Г., Косенко Л.П. Стабильный остеосинтез спицами при закрытых переломах лунетных костей кисти //Ортопед. травматол. — 1986. — N 5. — С. 18-22
9. Волкова А.М. Хирургия кисти. — Т. 3. — Екатеринбург. 1996.
10. Дестриева С.И., Павлова Г.А., Гончаренко И.В. Ошибки в лечении повреждений нервов ладони и пальцев //Травматол. ортопед. — 1973. — N 6. — С. 24-29.
11. Демичев Н.П. Повреждения нервов кисти и пальцев: хирургические и биомеханические проблемы //Анн. травматол. ортопед. — 1997. — N 2. — С. 20-22.
12. Дубров Я.Г. Повреждение сухожильной кисти //Ортопед. травматол. — 1975. — N 5. — С. 75-81.
13. Иванов А.О. Ошибки на дооперационном этапе в лечении больных с травмой периферических нервов //Травматол. ортопед. — 1986. — N 12. — С. 11-13.
14. Иванов Г.А., Войков В.П. Классификация ошибок при лечении травм опорно-двигательной системы //Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение: Сб. тезисов. — М., 2004. — С. 42.
15. Коршунов В.Ф., Магдиев Д.А., Барсух В.И. Удлинение культи пальцев кисти и устранение укорочений фаланг и пястных костей //Вестн. травматол. ортопед. 2004. — N 1. — С. 66-70.
16. Коршунов В.Ф., Чуловская И.Г. Клиническая диагностика поврежденной сухожильной сгибателей пальцев кисти //Вестн. РГМУ. — 2005. — N 7. — С. 5-8
17. Назарев В.В., Большакова Г.А. Причины возникновения застарелых посттравматических дефектов периферических нервных стволов предплечья, кисти, пальцев //Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение: Сб. тезисов. — М., 2004. — С. 82.
18. Лыба Р.М., Яковенко М.М. Ошибки в диагностике и лечении травм кисти //Современные методы лечения повреждений и заболеваний кисти. — М., 1975. — С. 54-56.
19. Лыба Р.М., Абашина И.А. Повреждения лунетных костей кисти — ошибки и осложнения на этапах лечения //Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: Сб. науч. работ. — Екатеринбург, 1997. — С. 114-115.
20. Лыба Р.М., Штутин А.А., Вария В.В. Хирургическое лечение замедленного и позднего сращения переломов трубчатых костей кисти //Актуальные вопросы: травматологии и ортопедии: Сб. науч. работ. — Екатеринбург, 1997. — С. 103-106.
21. Магулава И.Ю. Ошибки и осложнения при пластических операциях на сухожильях сгибателей пальцев кисти //Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение: Сб. тезисов. — М., 2004. — С. 101.
22. Миронов С.И., Троценко В.В., Андреева Т.М., Писова М.М. Состояние травматолого-ортопедической службы в Российской Федерации и методы высоких технологий в диагностике и лечении травматолого-ортопедических больных //Травматология и ортопедия XXI века: Сб. тезисов докладов Съезда травматологов-ортопедов России, 8-го. — Самара, 2006. — С. 95-97.
23. Назаренко Г.И., Подубецкая Е.И. Управление качеством медицинской помощи. М., 2000
24. Нельзика З.Ф. Неотложная хирургия открытых повреждений кисти и пальцев. — М., 1980.
25. Николаенко В.К., Брюсов П.Г., Дедушкин В.С. Огнестрельные ранения кисти. — М., 1999.
26. Ношкова А.В., Шедрава М.А. Об ошибках в лечении больных с патологией кисти //Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации повреждений и заболеваний кисти: Тезисы докладов. — М., 2005. — С. 44-47.
27. Обухов И.А., Фадеев М.Г. Организационные аспекты деятельности центра хирургии кисти муниципальной городской больницы //Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации повреждений и заболеваний кисти: Тезисы докладов. — М., 2005. — С. 47-50.
28. Приказ Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ» от 24.10.1996.
29. Резякин А.Т., Заке Х.О. Ошибки при оказании первичной помощи больным с повреждениями сухожильной сгибателей и нервов предплечья //Травматол. ортопед. — 1975. — N 11. — С. 13-15.
30. Савельева Е.П. Управление качеством медицинской помощи (зарубежный и отечественный опыт) //Рос. мед. журн. — 2003. N 3. — С. 8-11.
31. Санникова Е.В. Принцип оценки отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных в амбулаторных условиях //Амбулатор. хирургия. — 2004. — N 1-2 (13-14). — С. 9-11.
32. Семенов О.М., Куропаткин Г.В., Куликов Д.В. Новые методики и фиксаторы в оперативном лечении костных повреждений кисти //Съезд травматологов-ортопедов России, 7-й: Тезисы докладов. Новосибирск, 2002. — Т. 1. — С. 475-476.
33. Сидоров Г.В., Гаркуша Л.Г., Гришина М.И. Первичная инвалидность от травм в Иркутской области //Травматол. ортопед. России. — 1995. — N 4. — С. 78-79.
34. Сиротко В.В., Косичев А.П., Гаушанко В.С. Клинико-статистические предпосылки совершенствования травматологической помощи //Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение: Сб. тезисов. — М., 2004. — С. 153-154.
35. Скворцова М.А., Гарель Е.И. Ошибки в диагностике при поврежденных суставах и сухожильно-связочного аппарата I пальца кисти на догоспитальном этапе //Современные технологии в травматологии и ортопедии: Тезисы докладов. М., 2006. — Т. 2. — С. 291.
36. Скороглазов А.В., Коршунов В.Ф., Магдиев Д.А., Чуловская И.Г. Возможности современной ультрасонографии в диагностике повреждений и заболеваний кисти и предплечья //Вестн. РГМУ. — 2005. — N 7 (46). — С. 8-13.
37. Скороглазов А.В., Бельки Н.Д., Коршунов В.Ф. и др. Ультрасонография при повреждениях и заболеваниях мягких тканей кисти и предплечья //Травматол. ортопед. России. — 2006. — N 2 (40). — С. 271.
38. Терновой Е.С., Синило М.И. Ошибки и осложнения в клинике травматологии и ортопедии. — Киев, 1987.
39. Устинов А.Н. Ранняя первично-хирургическая обработка открытых сочетанных травм пальцев кисти //Съезд травматологов и ортопедов России, 6-й: Тезисы докладов. — Н Новгород, 1997. — С. 257.
40. Чуловская И.Г., Коршунов В.Ф., Бельки Н.А., Магдиев Д.А. Ультрасонографическая диагностика застарелых повреждений периферических нервов //Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение: Сб. тезисов. — М., 2004. — С. 192-193.
41. Шапиро К.И. Медико-социальные аспекты травм и заболеваний кисти в Санкт-Петербурге //Амбулатор. хирургия. 2002. — N 3 (7). — С. 3-4.
42. Щеня О.П., Стародубов В.И., Миндубратен А.Л., Голанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М., 2002.
43. Шивцов Д.В., Варганов Е.В., Чубков А.В. Первичная кожная пластика при закрытых огнестрельных дефектах кисти //Современные технологии в травматологии и ортопедии: Тезисы докладов. — М., 2006. — Т. 2. — С. 292.
44. Шныкаренко И.Н. Ошибки в диагностике и лечении повреждений кисти //Ортопед. травматол. — 1969. — N 7. — С. 16-20

Сведения об авторе: Бугаев Дмитрий Александрович — канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед Солнечнодольской районной больницы.

Для контактов: 356126, Ставропольский край, Изобильненский р-н, пос. Солнечнодольск, ул. Строителей, дом 6, кв. 4. Тел.: (81) 909-760-57-14. E-mail: dimairabu@rambler.ru