

**Рис. 7. Система LISS для дистальной части бедренной кости.**  
 а — вид с направителем; б — отверстия пластины с резьбой и блокируемый винт;  
 в — направление шурупов в пластине.

Пластины изогнуты в соответствии с анатомическими контурами кости соответствующей локализации. Головки винтов имеют форму двойного конуса с резьбой и, завинчиваясь в круглое отверстие пластины, блокируются в нем, благодаря чему достигается высокая степень угловой стабильности. Специальная рукоятка-направитель обеспечивает закрытое введение пластины через разрез, равный ее ширине, а также облегчает точное чрескожное проведение винтов. Конструкция LISS несколько отстоит от кости, что благоприятно сказывается на кровоснабжении фрагментов. Отверстия пластины в зоне, соответствующей метафизу кости, конструктивно обеспечивают расхождение винтов в разных плоскостях, что увеличивает их устойчивость к действию вытягивающих сил.

Таким образом, пластины для накостного остеосинтеза прошли свой эволюционный путь от простой пластины Лена до сложной совершенной LISS системы, которая широко внедрена в клиническую практику во всем мире.

#### **Литература:**

1. Сергеев С.В. Современные методы остеосинтеза костей при острой травме опорно-двигательного аппарата / Сергеев С.В., Загородний Н.В., Абдулхабиров М.А., Гришанин О.Б., Карпович Н.И., Папоян В.С. - Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 222 с.: ил.
2. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей в 4-х томах / Н.В. Корнилов – СПб.: Гиппократ, 2004. – 768 с.

УДК 616-001.1-084

### **НАУЧНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДТП**

**А.О. Мысаев<sup>1</sup>, Т.Ж. Омарбаев<sup>2</sup>, А.М. Жайсанбаев<sup>2</sup>, О.А. Кожаметов<sup>2</sup>**

**Государственный медицинский университет г. Семей<sup>1</sup>,  
 Кафедра травматологии и профилактической медицины,  
 КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей<sup>2</sup>**

#### **Резюме**

*В статье представлен анализ диссертационных работ, защищенных в России и Казахстане, а также опубликованных статей в научных журналах. Обзор посвящен проблеме профилактики дорожно-транспортных происшествий.*

#### **Summary**

### **SCIENTIFIC APPROACH TO THE PROBLEM OF ROAD TRAFFIC INJURY: SOME PROBLEMS IN PREVENTION OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS**

**A.O. Myssaev, T.Zh. Omarbaev, A.M. Zhaysanbaev, O.A. Kozhahmetov**

*An analysis of scientific dissertations defended in Russia and Kazakhstan, as well as published articles in scientific journals is shown in the review. Review is devoted to problem of prevention of road traffic accidents.*

**Тұжырым**

**ЖОЛ-КӨЛІК ТРАВМАТИЗМ МӘСЕЛЕСІНІҢ ШЕШІМІНЕ АРНАЛҒАН ҒЫЛЫМИ ТӘСІЛДЕМЕ:  
ЖОЛ-КӨЛІК ОҚИҒАЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ КЕЙБІР СҰРАҚТАРЫ**

**А.О. Мысаев, Т.Ж. Омарбаев, А.М. Жайсанбаев, О.А. Кожаметов**

Мақалада Ресейде және Қазақстанда қорғалған диссертациялық жұмыстардың, ғылыми журналдардағы мақалалардың жариялалған талдауы елестеткен. Шолу жол - көлік оқиғаларының алдын алу мәселесіне арналған.

**Введение.** По данным международной транспортной статистики наиболее аварийным и травматичным во всем мире является автомобильный транспорт (ВОЗ, 2005).

По оценкам, в мире ежегодно происходит 20 млн. дорожно-транспортных происшествий (ДТП). В дорожных авариях погибают 1,2 млн. человек и около 50 млн. получают травмы [1]. Согласно прогнозам, эти цифры увеличатся примерно на 65% за последующие 20 лет, если не будут приняты решительные системные меры по предупреждению травматизма на дорогах [2].

В странах активно борющихся с дорожно-транспортным травматизмом в период между 2000 и 2020 г. смертность от дорожно-транспортных происшествий снизится примерно на 30%, однако существенно увеличится в странах с низким и средним доходом. Если не предпринять соответствующих действий, к 2020 г. дорожно-транспортный травматизм может стать третьим ведущим компонентом глобального бремени болезней и травм (Кофи А. Аннан 2007г.).

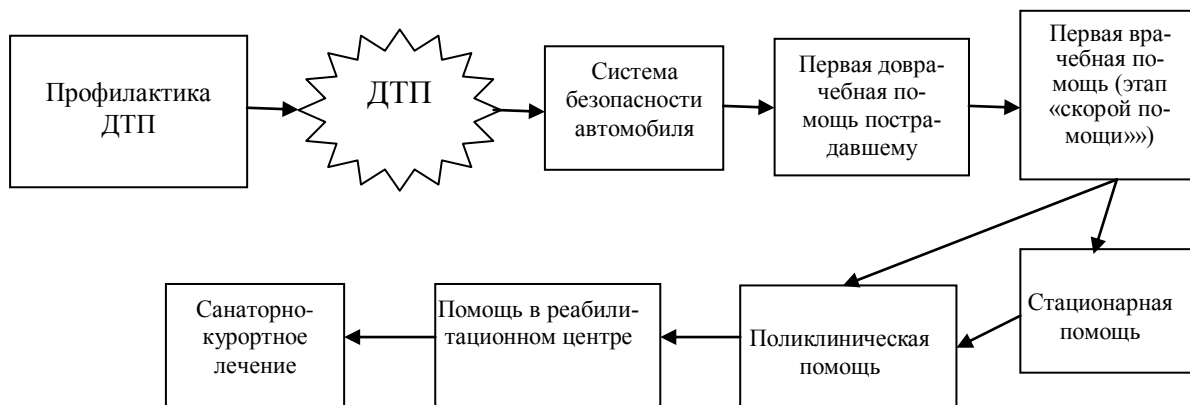
Целью данного обзора является анализ научных работ, в том числе и диссертационных, по проблеме

дорожно-транспортного травматизма и факторов, влияющих на него.

За последние 10 лет в Казахстане произошло свыше 127 тыс. ДТП, в которых погибли более 25 тыс. и получили ранения более 151 тыс. человек. При этом суммарные экономические потери превысили 960 млрд.тенге. ситуация усугубляется большим количеством гибели и травмирования детей [3].

Общее ежегодное число жертв ДТП в России многократно превышает количество погибших и раненых в стихийных бедствиях и техногенных катастрофах. Более 30% погибших в ДТП составляют люди наиболее активного трудоспособного возраста (26-41 год), из числа раненых более 10 тысяч становятся инвалидами (это более 15% всех лиц, признаваемых в России инвалидами из-за травм). Многие исследователи отмечают рост травматизма в результате ДТП, как в целом по России, так и в отдельных ее субъектах [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Система предупреждения ДТП и устранения его последствий очень сложная и многокомпонентная. Схематично ее можно представить так (рис. 1).



**Рис.1. Схема системы предупреждения ДТП и устранения его последствий.**

Аварийность часто обусловлена, в первую очередь, сознательным пренебрежением в обществе нормами и правилами, действующими в сфере обеспечения безопасности дорожного движения, а также состоянием дорожной и транспортной инфраструктуры (Аналитический вестник Совета Федерации РФ 2006). По данным ГУ ГИБДД МВД России из каждых десяти происшествий восемь напрямую связаны с нарушением водителями правил дорожного движения. Поэтому этап профилактики дорожно-транспортных происшествий является наиболее значимым.

Известно, что количество ДТП имеет тесную прямую корреляционную зависимость с численностью населения [10], количества эксплуатируемых автомобилей [7]. Поэтому одним из ключевых вопросов является дорожно-транспортная инфраструктура. Михеева Т.И. [11] в своем исследовании пришла к выводу, что создание интегрированных интеллектуальных транспортных систем, как систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой урбанизированной территории, позволит повысить уровень организации дорожного движения: улучшить характеристики улично-дорожной сети,

усовершенствовать дислокацию технических средств организации дорожного движения, оптимизировать процесс управления транспортными потоками на всех фазах движения, уменьшая транспортные задержки, что в итоге повышает безопасность движения.

Шумилина Л.Н. [3] отмечает, каждый день в среднем в Казахстане регистрируется 8 ДТП с участием детей. Более 40% смертей в результате ДТП в мире приходится на возрастную группу до 25 лет. Около 5 % от общего числа случаев смерти от ДТП приходится на детский возраст. Наибольшую опасность транспорт представляет для детей в возрасте 9-10 лет. Несмотря на то, что доля дорожно-транспортных травм у детей составляет около 4% от всех травм, именно на эту группу приходится наибольшее количество смертей и тяжелых повреждений ОДА, особенно у мальчиков от 8 до 16 лет. В России проблема детского травматизма не менее актуальна. В среднем в России в каждом восьмом ДТП страдает ребенок (12,2%), более половины из них дети от 7 до 14 лет [12]. Поэтому необходимо уделить особое внимание образовательным программам среди детей школьного возраста в профилактике дорожно-транспортного травматизма.

Для всех пассажиров и водителей автомобилей основными причинами ДТП, ведущими к тяжелому травматизму или смерти, является превышение скорости, вождение под воздействием алкоголя или вождение автотранспортного средства в сонном или усталом состоянии (В.Н. Луканин 2002).

По данным ООН, в 72-80% случаев ДТП происходят по вине человека, причем несоответствие психофизиологических характеристик личности требованиям, предъявляемым профессией, обуславливает более 40% аварий на дорогах. Это же подтверждается и другими исследованиями [6]. В России доля таких ДТП составляет примерно 75-80%, в некоторых странах она доходит до 95% (Романов А.Н., 2002). Под «человеческим фактором» необходимо понимать совокупность всех физических и психических свойств личности, засыпание за рулем, стрессовые состояния, ошибочные действия и их влияние на успешность трудовой деятельности водителя (Вайсман А.И., 1988; Бондарев И.П. и соавт., 1992; Котик М.А., Емельянов А.М., 1993; Moustaki M. et al., 2000).

Из мировой практики известно, что отстранение от работы водителей, при психофизиологическом обследовании показавших отрицательные результаты, в Австрии привело к сокращению ДТП на 3 тыс. в год. В Парижской транспортной кампании за 10 лет после введения психофизиологического отбора число пострадавших в ДТП, происшедших по вине водителей, сократилось на 30% (Bryant R.A., Harvey A.G., 1995; Page Y. et al., 2004; Vadeby A.M., 2004).

Окуневский А.И. [13] оценил предрасположенность водителей к созданию аварийных ситуаций. Для определения факторов предрасположенности к созданию аварийных ситуаций основную прогностическую значимость имеют тесты, определяющие уровень активации ЦНС и уровень сенсомоторных реакций и операторской работоспособности. Автор предложил экспертную модель оценки предрасположенности водителей к созданию аварийных ситуаций, которая помогает значительно снизить риск ДТП [14, 15].

Причинами ошибочных действий водителей являются наличие различных острых и хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, употребление алкоголя, наркотиков, курение (Курганов В.М., 2004, Li F.Z., 2004).

Алкогольное опьянение является значимой причиной возникновения ДТП [16]. Согласно данным ГУ ГИБДД МВД России (2006), около 15% ДТП совершаются по вине пьяного водителя. Согласно данным специально проведенных исследований, коэффициент тяжести ДТП тем выше, чем больше степень алкогольного опьянения. Так, при алкогольном опьянении средней степени ранение людей происходит чаще в 1,2 раза, а гибель в 1,8 раза по сравнению с алкогольным опьянением легкой степени (Н.И. Шибанова 2003). Меры, направленные на ужесточение ответственности за употребление алкоголя водителями способствуют снижению тяжести последствий дорожно-транспортного травматизма. Сошников С.С. изучал проблему алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы). Автором найдены следующие корреляционные связи: самой сильной оказалась корреляционная связь «ДТП, тяжелые последствия ДТП – контингент больных алкоголизмом», «ДТП, тяжелые последствия ДТП – заболеваемость алкоголизмом» и «ДТП, тяжелые последствия ДТП – число легковых автомобилей».

Ужесточение мер наказания за нарушение правил дорожного движения, как показывает опыт Великобритании, Германии, Швеции, США и других развитых стран, представляется весьма эффективным средством воздействия на участников дорожного движения. Работы Исаева Н.Ю. [17] и Гвоздевой Е.В. [18] проведенные в России по совершенствованию уголовного и других отраслей законодательства в сфере безопасности дорожного движения, а также по дифференциации ответственности и индивидуализации наказания и разработки системы мер предупреждения уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств. В Республики Казахстан с 01 июля 2008 года вступил в силу Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения» [19]. Вносимые изменения и дополнения в законодательство направлены на повышение уровня защиты жизни и здоровья граждан от дорожно-транспортных происшествий. С принятием этих мер прогнозируется снижение уровня аварийности на 10-15%.

Таким образом, вопрос профилактики дорожно-транспортных происшествий является сложным и многокомпонентным. Для его решения необходимо межотраслевое взаимодействие МВД, МЗ, МОН, МЧС, акиматов городов и областей, средств массовой информации.

#### Литература:

1. World Health Report. 1999: Making a Difference. // Geneva, World Health Organization. 1999. - Table 2, P. 102. - Table 4. - P.110.
2. Peden M. et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004. 246 p.
3. Шумилина, Л.Н. Роль образовательных программ в профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей школьного возраста / Информационно-методический журнал «Открытая школа». – 2010. - №7(98) – С.53-57.
4. Рубцова, И.Т. Медико-организационные подходы к снижению смертности от предотвратимых причин на региональном уровне: автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Рубцова Ирина Темировна. – Москва, 2008 – 24 с. - доступ свободный www.mednet.ru.
5. Козлов, С.В. Совершенствование организации работы службы судебно-медицинской экспертизы по случаям дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом (на примере г. Хабаровска): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Козлов Сергей Вадимович – Хабаровск, 2007. – 28 с.
6. Осипов, В.В. Особенности дорожно-транспортного травматизма в регионе и научное обоснование путей уменьшения его медицинских и социально-экономических последствий (на примере Хабаровского края): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Осипов Вячеслав Викентьевич - Хабаровск, 2004. – 32 с.
7. Кулеша, Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях (на примере Амурской области): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Кулеша Наталья Васильевна – Хабаровск, 2006. – 30 с.
8. Меркулов, С.Е. Социально-гигиенические аспекты травматизма городского населения трудоспособного возраста: автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Меркулов Сергей Евгеньевич – Москва, 2008. – С. 35.
9. Салахов, Э.Р. Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от дорожно-транспортных происшествий: автореф. дисс...

канд.мед.наук: 14.00.33 / Салахов Эдуард Рафаилович – Москва, 2006. – 28 с.

10. Слесарев, В.Г. Совершенствование системы экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в Республике Казахстан: автореф. дисс... докт.мед.наук: 14.00.33 / Слесарев Владимир Георгиевич – Алматы, 2008 – 38 с.

11. Михеева, Т. И. Структурно-параметрический синтез систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой: автореф. дисс... докт.тех.наук: 05.13.01 / Михеева Татьяна Ивановна – Самара, 2007. – 35 с.

12. Турковский, В.Б. Характеристика травматических повреждений, полученных в ходе ДТП у детей / В.Б. Турковский, И.С. Рузанов, В.Ю. Лукьянов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. - №2 (16) апрель-июнь. – С. 18-20.

13. Окуневский, А.И. Разработка экспертной модели оценки предрасположенности водителей к созданию аварийных ситуаций и рационализация мер влияния на дорожно-транспортный травматизм: автореф. дисс... канд.мед.наук: 05.13.01 / Окуневский Андрей Игорьевич – Воронеж, 2008. – 28 с.

14. Радужкевич, В.Л. Оценка предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций – поиск путей влияния на автодорожный травматизм / В.Л. Радужкевич, А.И. Окуневский // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы: сб. научно-практических работ. – Воронеж, 2006. – 54 с.

15. Окуневский А.И. Анализ факторов предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций с целью влияния на дорожно-транспортный травматизм / А.И. Окуневский, В.Л. Радужкевич // Производственная и клиническая трансфузиология: реальность и перспективы: сб. научно-практических работ. – Воронеж, 2007. – С. 258-260.

16. Сошников, С. С. Роль алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы): автореф. дисс... канд.мед.наук: 14.00.33 / Сошников Сергей Сергеевич – Москва, 2008г. – 26 с.

17. Исаев, Н.Ю. Уголовная ответственность за нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств: автореф. дисс... канд.юр.наук: 12.00.08 / Исаев Николай Юрьевич – Москва, 2009. – 35 с.

18. Гвоздева, Е.В. Предупреждение уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (по материалам Приволжского федерального округа): автореф. дисс... канд.юр.наук: 12.00.08 / Гвоздева Екатерина Владимировна – Москва, 2007. – 35 с.

19. Закон РК "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения". Доступ свободный - <http://www.zakon.kz/114906-o-prinjatij-parlamentom-rk-zakona-o.html>

УДК 617.586-007.5

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

С.К. Нурланов

КГП на ПХВ «Детская областная больница», г. Павлодар

### Резюме

При врожденной косолапости применение методики по Понсети в раннем возрасте сокращает сроки достижения требуемой коррекции стопы и обеспечивает дальнейшее анатомически правильное развитие стопы.

### Тұжырым

#### ТУМЫСТАН БАР ҚИСЫҚ АЯҚТЫҚТЫҢ ОПЕРАЦИЯСЫЗ ЕМДЕУІ

Туа пайда болған маймақ табан кезінде Понсети әдісін ерте жастағы балаларға қолдану аяқ басының қажетті түзелуінің уақытын қысқартады және одан кейінгі табанның анатомиялық толық және дұрыс дамуын қамтамасыз етеді.

### Summary

#### CONSERVATIVE TREATMENT OF CONGENITAL CLUBFOOT

In congenital clubfoot, using the Ponsenti method in young patients reduces the timing for required foot correction and provides ground for the further anatomic foot development.

Врожденная косолапость является одним из наиболее часто встречающихся ортопедических заболеваний детского возраста. По данным литературы, она встречается в 1-6 случаях на 1000 новорожденных и составляет 10-30% от всех видов аномалий развития опорно-двигательного аппарата(13,14).

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о тактике и способах лечения. Одни авторы рекомендуют проводить длительное консервативное лечение и только при отсутствии эффекта, в возрасте 1,5-3 года прибегать к операции(10,12). Другие считают, что при консервативном лечении возможно полное выздоровление во всех случаях(2). Ряд исследователей считают, что при чисто консервативном лечении неудачи составляют от 27 до 47%(5). Однако на сегодняшний

день нет разногласий о сроках начала лечения врожденной косолапости. Все ортопеды единодушны в том, что начинать лечение детей с врожденной косолапостью необходимо с родильного дома (3). Определенный интерес представляют наблюдения, показавшие, что консервативное лечение, проведенное в течение первого года жизни ребенка, позволило вылечить 71% больных, а остальных подготовить к операции(6). По некоторым данным, если консервативное лечение начато до 3месяцев, то успех составляет 80%, если в возрасте 4-6месяцев- 57%, в 6-12месяцев - 48%, а после 12 месяцев - не более 10% (11). При начатом лечении после 6 месяцев от рождения, несмотря на первоначальный успех, в дальнейшем у половины детей имело место,