

Клинические рекомендации

## Открытая рана запястья и кисти

Кодирование по Международной  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных

19

со здоровьем: S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения: 202\_

Разработчик клинической рекомендации:

- **Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР)**

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по открытым ранам пальца(ев) и кисти.....	6
1.1 Определение по открытым ранам пальца(ев) и кисти .....	6
1.2 Эпидемиология открытых ран пальца(ев) и кисти.....	6
1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	7
1.4 Общая классификация ран .....	7
1.5 Фазы раневого процесса.....	10
1.6 Виды заживления ран .....	11
1.7 Классификация открытых ран пальца(ев) и кисти .....	12
1.8 Клиническая картина открытых ран запястья и кисти.....	12
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	13
2.1 Жалобы и анамнез .....	13
2.2 Физикальное обследование.....	13
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	14
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	14
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	15
3.1 Консервативное лечение .....	15
3.2 Хирургическая обработка раны.....	17

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	20
5.Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	20
6. Организация медицинской помощи .....	21
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	21
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	22
Список литературы.....	23
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	26
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	27
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	29
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	30
Приложение В. Информация для пациента .....	31
Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	32

## Список сокращений

АБ – антибактериальные препараты,

ПХО – первичная хирургическая обработка,

СМП – скорая медицинская помощь

DASH - Опросник исходов и неспособности руки и кисти  
(Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure).

## Термины и определения

Рána (лат. *vulnus, eris n.*) — нарушение анатомической целостности покровных или внутренних тканей на всю их толщину, а иногда также и внутренних органов, вызванное механическим воздействием. Отличительные признаки: боль, кровотечение, зияние [1].

Запястье — отдел верхней конечности между костями предплечья (лучевой и локтевой) и пястными костями (пястью), образованный восемью костями. Кости запястья расположены в два ряда; кости дистального ряда сочленяются с пястными костями, кости проксимального — с лучевой костью [1].

Кисть - (лат. *manus*) — дистальная часть верхней конечности [1] .

## **1. Краткая информация по открытым ранам пальца(ев) и кисти**

### **1.1 Определение по открытым ранам пальца(ев) и кисти**

Рана кисти и запястья — нарушение анатомической целостности кожи на всю толщину и подкожно-жировой клетчатки, расположенное на кисти и на запястье.

### **1.2 Эпидемиология открытых ран пальца(ев) и кисти**

По данным различных авторов, повреждения кисти и пальцев среди механических травм опорно-двигательного аппарата мирного времени составляют от 20 до 60% [2]. Среди всех травм кисти открытые травмы составляют от 16,8-21% [3, 4, 5] до 50-75 % [6, 7].

По данным И.Г. Гришина с соавт. [8], В.Г. Козюкова (1998) [9], доля повреждений кисти среди производственных травм достигает 30-40%, а в некоторых видах производства – 60%. По данным В.П. Дейкало (1991) [10], непромышленные повреждения кисти составляют 60,9-76,1% от числа всех травм и являются причиной временной утраты трудоспособности в 46-48,7% случаев.

Кроме обширных дефектов покровных тканей в 55,1%-85,5% случаев травмы кисти сопровождаются размозжением мягких тканей, нарушением целостности сосудов, нервов, сухожилий, костей; в 8,2% случаев – инфицированием [11, 12].

Частота повреждений кисти и пальцев не имеет тенденции к снижению, несмотря на улучшение условий труда и совершенствование средств техники безопасности. Основные причины порезов кисти связаны с нарушением техники безопасности при работе с острыми предметами. Участились травмы при неумелом пользовании электроприборами в быту, а также сезонные повреждения кисти электроинструментами на строительстве садовых домов.

Проблема оказания медицинской помощи при ранах, причиненных при укусах собак, сохраняет актуальность на сегодняшний день [13, 14]. Опасность нападения животных и, в частности собак, на людей, является медико-социальной проблемой, результатом атак ежегодно являются миллионы таких травм и тысячи смертей по всему миру [15]. На укусы собак приходится 73-94% всех травм населения, причиненных в результате нападений животных [16, 17]. Большинство таких пострадавших – дети [18, 19].

### **1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

В данных клинических рекомендациях представлена информация по открытым ранам пальца(ев) и кисти:

- S 61.0 Открытая рана пальца(ев) кисти без повреждения ногтевой пластинки
- S 61.1 Открытая рана пальца(ев) кисти с повреждением ногтевой пластинки
- S 61.7 Множественные открытые раны запястья и кисти
- S 61.8 Открытая рана других частей запястья и кисти
- S 61.9 Открытая рана неуточненной части запястья и кисти

### **1.4 Общая классификация ран**

В зависимости от механизма травмы и характера повреждения тканей раны делят на [20]:

- Резаная рана - *vulnus incisum* (нож, бритва, стекло).

Окружающие ткани повреждаются незначительно, боли умеренные, кровотечение интенсивное, степень зияния зависит от взаимоотношения оси раны и «лангеровских» линий. Возможно проникновение ранящего орудия на значительную глубину с повреждением крупных сосудов, нервов, полых органов и др. При небольшом объеме повреждений в большинстве случаев заживают первичным натяжением.

- Колотая рана – *vulnus punctum* (нож с узким лезвием, штык, шило, игла).

Характеризуется незначительным повреждением кожи, при большой глубине раневого канала, боли незначительные, зияние отсутствует, наружное кровотечение часто не наблюдается. Высокий риск повреждения важных анатомических структур. Имеется предрасположенность к образованию гематом, развитию инфекции за счет затруднений оттока раневого отделяемого по узкому раневому каналу. При колотых ранах в ряде случаев имеются значительные трудности диагностики проникающего характера ранения и повреждений внутренних органов.

- Ушибленная рана – *vulnus contusum* (тупой предмет).

Характеризуется широкой зоной повреждения подлежащих тканей с пропитыванием их кровью и некрозом. Болевой синдром выражен значительно, наружное кровотечение небольшое за счет повреждения стенок сосудов на протяжении, что способствует быстрому образованию тромбов. В большинстве случаев ушибленные раны заживают вторичным натяжением.

- Размозжённая рана – *vulnus conquassatum* (тупой предмет).

Механизм образования размозжённой раны аналогичен таковому при ушибленной, но степень повреждения тканей максимальная. Отмечается раздавливание мягких тканей, повреждение костей. В отличие от колотых и, особенно, резаных ран, пересечение крупных сосудов возникает достаточно редко. За счет большого объема нежизнеспособных и некротизированных тканей высока вероятность развития инфекции. В большинстве случаев раны заживают длительно.

- Рваная рана – *vulnus laceratum* (тупой предмет, направленный под острым углом к поверхности тела, повреждение кожных покровов изнутри концами сломанных костей).

Характерны отслойка или скальпирование кожи на значительном протяжении, часто с нарушением кровоснабжения и последующим его некротизированием.

- Рубленая рана – *vulnus caesum* (сабля, топор).

Механизм образования и характер повреждения тканей при рубленых ранах сочетают в себе особенности резаной и ушибленной ран. Болевой синдром выражен значительно, кровотечение умеренное, характерно образование кровоизлияний и обширных очагов некроза. Часто повреждаются внутренние органы, кости.

- Укушенная рана – *vulnus morsum* (животные, человек).

Зона повреждения тканей может варьировать в значительных пределах, что определяется видом животного, локализацией повреждения и др. Особенностью укушенной раны является максимальная степень ее инфицирования вирулентной микрофлорой ротовой полости.

Укусы ряда животных могут сопровождаться поступлением в рану токсинов и ядов. Возможно заражение пострадавшего вирусом бешенства.

Все вышеперечисленные ранения можно отнести по механизму нанесения травмы к низко энергетическим.

Высоко энергетические повреждения возникают при взрывах, огнестрельных ранениях, при работе с дерево- и металлообрабатывающими станками и при дорожно-транспортных происшествиях.

- Огнестрельная рана – *vulnus sclopetarium* (пуля, осколок, вторичный снаряд).

Отличительными особенностями огнестрельных ран являются следующие: наличие трех зон повреждения: а) раневого канала и некроза в нем, б) зоны травматического паранекроза и в) зоны молекулярного сотрясения; сложный анатомический характер раневого канала; высокая степень бактериального загрязнения.



- Смешанная рана – vulnus mixtum - объединяет в себе характерные особенности нескольких ран. Таким образом, можно выделить колото-резанные раны, рвано-ушибленные и др.

#### **Классификация ран по степени инфицированности [21, 22]:**

- Асептические (операционные) раны – являются следствием хирургического вмешательства проведенного в операционной с соблюдением всех норм асептики.

- Бактериально-загрязнённые – все раны, полученные вне операционной в которых нет признаков инфекционного процесса (как правило до 3 суток с момента получения травмы; степень микробной контаминации не превышает  $10^5$  на 1 г ткани). Контаминация раны происходит за счет попадания в рану микроорганизмов с поверхности покровных тканей, ранящего предмета, окружающей среды (земля, инородные предметы и др.). Значительная степень бактериального загрязнения наблюдается при огнестрельных ранах.

- Первичное загрязнение наступает в момент получения травмы, вторичное – в процессе лечения. Однако присутствие бактерий в ране не делает развитие инфекции обязательным.

- Инфицированные – раны с обозначившимися клиническими и лабораторными признаками воспаления (отек, гиперемия тканей, локальная гипертермия и др.), но без выраженного некротического и экссудативного компонента.

- Гнойные – раны с выраженным инфекционно-воспалительным процессом, сопровождающимся развитием очагов некроза, появлением гнойного экссудата, интоксикационного синдрома.

Первичные гнойные раны образуются при вскрытии гнойников, вторичные – образуются в процессе заживления ран, например, размозженных.

#### **Классификация ран по степени сложности:**

а) Простые раны – повреждены только кожа, подкожно-жировая клетчатка и мышцы.

б) Сложные раны – травма сопровождается повреждением внутренних органов, магистральных сосудов, крупных нервных стволов, костей.

#### **Классификация ран по числу одновременно нанесенных повреждений:**

а) одиночные раны;

б) множественные раны.

#### **Классификация ран по характеру раневого канала:**

а) слепые;

б) касательные;

в) сквозные.

### **Классификация ран по виду поврежденной ткани:**

- а) с повреждением мягких тканей;
- б) с повреждением костей и суставов;
- в) с повреждением нервов;
- г) с повреждением внутренних органов;
- д) с повреждением крупных сосудов.

### **Классификация ран по зонам повреждения:**

- а) Рана с малой зоной повреждения

Повреждения краев малозаметны с минимальной зоной некроза (операционные, резанные, колотые)

- б) Раны с большой зоной повреждения

Значительное повреждение краев раны – зоны нежизнеспособных тканей, массивные кровоизлияния (ушибленные, размозженные, рваные, огнестрельные);

Комбинированные ранения – когда помимо механического фактора получение травмы сопровождалось термическим, химическим или радиационным воздействиями.

**Классификация ран по форме раны:** линейная, округлая, овальная и другое, с неровными контурами, циркулярная (для конечностей)

### **1.5 Фазы раневого процесса [23]**

Раневой процесс проходит в определенной последовательности и имеет три фазы:

- I фаза — фаза воспаления (1—5-й день);
- II фаза — фаза регенерации (6-14-й день);
- III фаза — фаза рубцевания и эпителизации (от 15 суток до 6 месяцев).

Фаза воспаления имеет два периода: сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей.

1. Период сосудистых изменений — в результате повреждения сосудов и сложных биохимических процессов в зоне повреждения нарушается микроциркуляция, происходит экссудация плазмы, лимфы, из сосудистого русла выходят форменные элементы (лейкоциты, лимфоциты, макрофаги). Развивается отек, происходит лейкоцитарная инфильтрация тканей, т. е. создаются условия для очищения раны.

2. Период очищения раны от некротических тканей — некролиз. В тканях, окружающих рану, появляются форменные элементы, которые фагоцитируют некротические массы, выделяют протеолитические ферменты и удаляют токсины, продукты белкового распада и микробов из раны с воспалительным экссудатом. В

результате рана очищается от некротических тканей, купируются симптомы воспаления и наступает следующая фаза раневого процесса.

Фаза регенерации начинается с 6-го дня после травмы и характеризуется развитием восстановительных регенеративных процессов. В ране происходит интенсивный рост новых кровеносных и лимфатических сосудов, улучшается кровообращение, уменьшается гипоксия, и постепенно, к 14-му дню, стихает воспалительная реакция. В ране образуются новые сосуды, созревает грануляционная ткань, которая способствует ликвидации дефекта тканей.

Фаза рубцевания и эпителизации начинается с 15-го дня. В этот период постепенно, начиная с краев раны, происходит закрытие дефекта эпителием, параллельно созревает соединительная ткань и образуется рубец. Его окончательное формирование заканчивается к 6-му месяцу или позже в зависимости от строения ткани. В тканях простого строения (покровный эпителий, соединительная ткань) рубцевание происходит быстрее, чем в тканях сложного строения (нервная, паренхиматозная, мышечная).

Трехфазная схема заживления ран является универсальной для всех видов ран независимо от локализации.

### **1.6 Виды заживления ран [24]**

Различают три классических вида заживления ран: первичным, вторичным натяжением и под струпом. Это обусловлено характером ранения, степенью инфицированности, особенностями иммунитета.

Заживление первичным натяжением — это наиболее совершенный вид регенерации, так как он происходит в короткие сроки с образованием тонкого, достаточно прочного рубца. Первичным натяжением заживают асептисептические операционные раны, а без наложения швов — поверхностные раны небольших размеров с незначительным расхождением краев. При данном виде заживления между краями и стенками раны отсутствует полость. Прилегающие друг к другу края раны склеиваются за счет фибрина, образующегося из экссудата, излившегося в узкую щель между ними. Одновременно нарастает эпителий с краев раны — образуется барьер для проникновения микробов. Заживление первичным натяжением не вызывает осложнений, функциональные изменения — незначительны.

Заживление вторичным натяжением — происходит при большом зиянии краев раны, наличии нагноения, образовании избыточной грануляционной ткани. В этом случае выражена фаза воспаления, во втором периоде которой на 2-3 день на фоне участков некроза появляются островки грануляций.

Грануляционная ткань— особый вид соединительной ткани, которая встречается только при заживлении ран вторичным натяжением и способствует быстрому заполнению полости, образовавшейся во втором периоде фазы воспаления. Грануляции представляют собой нежные мелкозернистые образования, которые кровоточат при малейшем повреждении. Они развиваются из стенок, дна раны. Постепенно грануляционная ткань заполняет раневой дефект. Основное назначение этой ткани — защита раны от проникновения микробов, так как она содержит большое количество лейкоцитов, макрофагов и обладает плотной структурой.

Заживление под струпом происходит при незначительных поверхностных повреждениях (ссадины, царапины, потертости и др.). На поверхности ран происходит свертывание излившейся крови, лимфы, тканевой жидкости. В результате образуется плотная корка (струп), который играет роль защитной повязки. Под этой коркой быстро регенерируется эпидермис, и струп отторгается.

### **1.7 Классификация открытых ран пальца(ев) и кисти**

#### **Классификация открытой травмы кисти по Н.П. Демичеву (1979) [25]**

1. Изолированные травмы – повреждение одной ткани или функционально важной структуры кисти или пальца;
2. Множественные – одновременное повреждение двух или нескольких однородных функциональных структур кисти и пальцев;
3. Сочетанные – одновременное повреждение нескольких разнородных структур кисти и пальцев;
4. Комбинированные – сочетание механических повреждений кисти и пальцев с радиационными, термическими и химическими поражениями.

### **1.8 Клиническая картина открытых ран запястья и кисти**

Основные симптомы ранений [7, 9]:

- Наличие раны, зияние – глубокое неровное повреждение мягких тканей;
- Кровотечение. Зависит от степени повреждения кровеносных сосудов и артерий, а также давления, которое оказывается на них. Обильное кровотечение сопровождается при резаных ранах, чего не скажешь про размозженный вид ранений, для которых характерна маленькая кровопотеря.
- Болевые ощущения.
- Вынужденное положение конечности;
- Отек в области конечности и сустава;

- Дефекты кожных покровов травматического генеза.

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV)**

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Жалобы:

1. наличие ран на кисти;
2. наличие боли в области раны кисти и предплечья;
3. наличие кровотечения из ран кисти.

#### **Рекомендации:**

При сборе анамнеза необходимо уточнить: наличие механического воздействия, режущих и острых предметов, падения, столкновения с транспортными средствами, движущимися механизмами в быту, на производстве, в общественных местах, во время спортивных занятий, в учебных заведениях; наличие нападения членистоногих, пресмыкающихся, домашних и диких зверей. Не редко бывают укусы человеком.

При сборе анамнеза следует определить: жалобы, выяснить механизм и время травмы, наличие двигательных и чувствительных расстройств и время их возникновения. Получить сведения о проведенной вакцинации (от столбняка, от бешенства – в случае укушенных ран), уточнить аллергологический анамнез, зависимость от медицинских препаратов, сопутствующие заболевания.

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV)**

**Комментарий:** Любого больного, поступающего с открытой раной кисти, необходимо обязательно опросить на предмет нарушения активного сгибания и разгибания пальцев и кисти в целом. Необходимо обязательно заострить внимание пациента на сохранность чувствительности на кисти, на возможность правильного выполнения тестов, указывающих на повреждение двигательных веток срединного и локтевого нервов.

### **2.2 Физикальное обследование**

Основные симптомы ранений [7, 9, 19, 20]:

- Наличие раны - нарушения анатомической целостности покровных тканей (кожа, подкожно-жировая клетчатка) на всю толщину.

- Кровотечение. Зависит от степени повреждения кровеносных сосудов и артерий, а также давления, которое оказывается на них. Обильное кровотечение сопровождается при резаных ранах, чего не скажешь про размозженный вид ранений, для которых характерна маленькая кровопотеря.

- Возможна визуализация в ране анатомических структур кисти (сухожилия, сосуды, нервы, мышцы, элементы суставов, кости).

- Вынужденное положение конечности;

- Отек в области конечности и сустава;

- Дефекты кожных покровов травматического генеза.

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – IV).**

**Рекомендовано:** Любого больного, поступающего с открытой раной, кисти необходимо обязательно обследовать на предмет нарушения активного сгибания и разгибания пальцев и кисти в целом. Необходимо обязательно уточнить сохранность чувствительности на кисти, на возможность правильного выполнения тестов, указывающих на повреждение двигательных веток срединного и локтевого нервов.

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

При лечении в условиях травмпункта лабораторное обследование проводится по показаниям. При подозрении на наличие постгеморрагической анемии рекомендуется выполнить общий анализ крови [20].

При поступлении в стационар – стандартное обследование при госпитализации.

Бактериальное исследование ран (по показаниям).

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – IV).**

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

При небольших поверхностных ранах, не сопровождающихся симптомами повреждения сухожилий, нервов, костей, сосудов, диагноз выставляется на основании только клинической картины. Детальное исследование раны осуществляется в процессе первичной обработки раны после обезболивания [20].

**Рекомендовано:** при обширных и глубоких ранах с нарушением функции пальцев и кисти необходимы дополнительные исследования, перечень которых определяется с

учетом клинической картины, анамнеза получения ранения. При указании в анамнезе ушиба, сдавления, укуса кисти животными, воздействия высокоэнергетических механизмов показано проведение рентгенографии кисти с захватом нижней трети предплечья в прямой, косой и боковой проекциях.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарий:** *при наличии в анамнезе ушиба, сдавления, укуса кисти животными, воздействия высокоэнергетических механизмов травм у детей и взрослых с лабильной нервной системой рекомендуем проведение рентгенологического обследования после обезболивания в стационарных условиях (дети – общее обезболивание, взрослые – проводниковая или местная анестезия).*

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения [26, 27, 28, 29]**

#### **3.1 Консервативное лечение**

Этап доврачебной медицинской помощи включает следующее:

- остановка кровотечения
- предотвращение дальнейшей микробной контаминации (наложении защитной повязки).

**Рекомендовано.** На этом этапе недопустимо исследование раны инструментами, не рекомендовано промывать рану и удалять из неё инородные тела [20].

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается при поступлении пострадавшего в травмпункт, который является структурным подразделением медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь согласно приказу Минздрава РФ от 12.11.2012 г. N 901н «Правила организации кабинета неотложной травматологии и ортопедии» (Приложение № 11 «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-травматологом-ортопедом, а в случае его отсутствия - врачом-хирургом.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

В травмпункте врачу рекомендовано провести сбор жалоб, анамнеза, оценить общее состояние пациента. Дальнейшие действия:

1. снять повязки;
2. при осмотре определить локализацию, размер и глубину раны, наличие инородных тел и некротических тканей;
3. оценить, если есть, визуально наличие и степень повреждения сосудов, нервов, мышц, сухожилий и костей;
4. выполнить ПХО раны;
5. наложить асептическую повязку;
6. при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек (раны, проколы, занозы, ожоги, обморожения, укусы и другие) показано проводить профилактику столбняка (Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 г. N 59 г. Москва "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3113-13 "Профилактика столбняка");
7. при укусах животных необходимо проводить профилактику бешенства. Это метод специфической профилактики - введение специальной вакцины против бешенства, не позднее 2-х недель от момента укуса.

**Комментарий:** укусы ядовитых змей [19, 26]. Змеиный яд, попавший в рану при укусе, вызывает ряд местных и системных токсических реакций. Если повреждение локализуется на ноге или руке, как это бывает чаще всего, угрожающая жизни интоксикация, некроз и гангрена конечности развиваются редко. Главное — своевременно начать лечение. Больные нуждаются в госпитализации и наблюдении в течение 24 ч. Тяжесть отравления может быть различной — от лёгких местных реакций до тяжёлой системной интоксикации. Симптомы интоксикации — эйфория, сонливость, тошнота, рвота, мышечная слабость и угнетение дыхания — могут появиться не сразу.

Лечение укусов ядовитых змей должно быть направлено на уменьшение или замедление всасывания яда и зависит от времени, прошедшего с момента укуса. Наложение турникета, разрез в месте укуса и отсасывание яда могут быть эффективны в течение одного часа после происшествия. Рассечение места укуса и аспирация яда, должны быть произведены как можно быстрее, но не позднее чем через 30 мин после укуса. Оказание помощи особенно важно в течение первых 5 мин. Разрез должен быть линейным и продольным, длиной не менее 6-10 мм и 4-8 мм глубиной. Около половины подкожно локализуемого яда может быть удалено, если отсасывание проведено в течение первых 3 мин. Постоянное отсасывание яда в течение 30 мин позволяет удалить до 90% яда. Если специальное аспирирующее устройство



*отсутствует, после выполнения разреза может быть использовано отсасывание яда ртом в том случае, если слизистая ротовой полости не имеет повреждений. В случае проглатывания змеиного яда пищеварительные соки его нейтрализуют. Важно отметить, что при широком иссечении тканей вокруг места змеиного укуса в течение 1 ч можно удалить почти весь яд. Пациенту обеспечивают покой, а укушенную конечность иммобилизуют. При значительном субфасциальном отёке конечности могут сдавливаться вены и артерии, что требует выполнения фасциотомии. Больным также проводят профилактику столбняка и назначают антибиотики широкого спектра действия. Охлаждение места укуса не рекомендуют; оно может привести к тяжёлому повреждению тканей.*

*Всем больным с отравлением змеиным ядом показана инфузионная терапия солевыми растворами и глюкозой. Это позволяет предупредить артериальную гипотонию и поддерживать удовлетворительный диурез. При появлении признаков сердечной или дыхательной недостаточности начинают противошоковые мероприятия.*

*Необходимость введения противоядной сыворотки для нейтрализации яда и её доза определяются тяжестью интоксикации.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

### **3.2 Хирургическая обработка раны**

Любую рану, нанесённую в нестерильных условиях, рассматривают как инфицированную, и она подлежит обязательной срочной хирургической обработке. Первичная хирургическая обработка (ПХО) – это операция, которая проводится с соблюдением всех принципов асептики и с применением адекватного обезболивания. Показания – наличие случайной раны, если отсутствуют признаки её инфицирования, а с момента получения до поступления в стационар прошло не более 24 часов. Профилактическое назначение антибиотиков позволяет увеличить этот срок до 48 часов.

Противопоказания для проведения ПХО – терминальное состояние, шок.

Этапы проведения ПХО:

1. Удаление загрязнённой повязки, очищение кожи вокруг раны, обезжиривание и очистка кожи вокруг раны (спирто- или йодсодержащие антисептики).

2. Очищение раневой поверхности: удаление экссудата, сгустков крови с помощью марлевых шариков, промывание раны водным раствором антисептика (фурацилин, гипохлорит натрия, перекись водорода или др.), удаление свободно лежащих

некротических тканей, удаление инородных тел, гемостаз, наложение асептической повязки.

3. Наложение швов (лучше использовать монофиламентные нити):

а) наглухо - если рана резаная, отсутствуют видимые загрязнения;

б) с дренированием раны (наиболее частое завершение операции) – во всех случаях, когда сохраняется риск развития инфекции;

в) рану не зашивают если она: была обильно загрязнена землёй, имеет большое количество нежизнеспособных тканей, огнестрельная или укушенная;

После выполнения отсроченной или поздней ПХО, если рана получена пациентом пожилого возраста, страдающего сахарным диабетом, анемией, иммунодефицитом, кахексией и т.д.

В послеоперационном периоде:

- адекватное обезболивание
- профилактика вторичной инфекции (контроль за состоянием асептической повязки и за функционированием дренажей), регулярные перевязки
- антибиотикотерапия

**Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – II).**

**Посттравматический дефект мягких тканей.**

З.Ф. Нельзина [30] указывает, что показания к закрытию мягкотканых дефектов с помощью различных видов оперативных вмешательств составляют до 50% всех открытых травм кисти. Бояршинов М.А. (2002 г.) [31] сообщает, что показания к кожной пластике при открытых повреждениях кисти и пальцев значительно шире, чем при повреждениях других областей человеческого тела. При этом от восстановления целостности кожи зависит возможность проведения реконструктивных операций на кисти.

Выбор метода замещения дефекта покровных тканей зависит от нескольких факторов: обширность, глубина и локализация дефекта, состояние тканей в ране; сопутствующей патологии у пациента [32, 33, 34, 35]. Так А.Е Белоусов (1998) [36] предлагает следующие рекомендации васкуляризированной кожной пластики при повреждениях кисти (таблица 1).

**Таблица 1.** Оптимальные методы пластики дефектов тканей кисти по Белоусову А.Е., 1998 год

Локализация дефекта	Название лоскута
Дистальная фаланга пальца	Треугольный скользящий Скользящий ладонный пальцевой Перекрестный Лоскут с тыльно-лучевой поверхности 2п Паховый лоскут на ножке Островковый пальцевой лоскут на периферической сосудистой ножке Островковый пальцевой лоскут на центральной сосудистой ножке Свободные
Средняя фаланга	Перекрестный Паховый на ножке Островковый пальцевой на центральной сосудистой ножке Лучевой на периферической сосудистой ножке Свободные
Основная фаланга	Перекрестный Паховый на ножке Тыльный пястный па периферической сосудистой ножке Островковый, включающий червеобразную мышцу, на периферической ножке Лучевой и локтевой лоскуты на периферической сосудистой ножке Свободные
Пястье и основание кисти	Паховый на ножке Лоскуты предплечья (лучевой, локтевой, задний) на периферической ножке Свободные

**Комментарий:** *Травмы ногтевого ложа. Ноготь - жизненно важный компонент руки, защищающий и поддерживающий кончик пальца. Он действует как прочная основа, поэтому кончики пальцев усиливают ощущения. Травмы ногтевого ложа могут включать рваные раны, раздавливание ногтя и отрыв ногтя. Отрыв может быть неполным, когда ноготь остается прикрепленным к нижележащему ногтевому ложу, или ноготь полностью отделяется от ногтевого ложа. Точно так же обширная подногтевая гематома может скрыть более глубокие повреждения ногтевого ложа. В этих случаях целесообразно удаление ногтя и восстановление ногтевого ложа [26].*

*Рентгенограмма может показать поперечный или оскольчатый перелом торца дистальной фаланги или повреждение эпифизарной пластинки роста. Это следует рассматривать как открытый перелом, и рану пациента следует промыть и тщательно обработать, а затем при необходимости уменьшить фрагменты перелома. Заподозрите разрыв ногтевого ложа, если фрагменты разошлись.*

*Необходимо тщательно осмотреть ногтевое ложе и восстановить на месте любые фрагменты. Края ногтевого ложа необходимо точно аппроксимировать рассасывающимися швами 6-0 или 7-0.*

*Ногтевая пластинка очищается, экономно обрезается при возможности с сохранением корня ногтевой пластинки [7, 9].*

**Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – II).**

***Инородные тела.** При оценке раны врач должен учитывать возможное наличие инородного тела в тканях. Необходимо собрать полный анамнез, адекватно исследовать рану и выполнить рентгеновский снимок. При выявлении инородного тела оно удаляется при первичной хирургической обработке раны. Если не удастся удалить инородное тело с одной-двух попыток, рекомендуем больного отправить на стационарное лечение.*

**Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств – II).**

#### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Медицинская реабилитация больных после заживления ран кисти заключается в проведении следующих мероприятий:

1. теплые ванночки для кисти.
2. ЛФК суставов кисти.
3. Выполнение гигиенических процедур для кисти.

В случае сочетанного повреждения анатомических структур кисти план медицинской реабилитации зависит от характера повреждений.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4).**

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

1. соблюдение правил техники безопасности в быту и на производстве;
2. соблюдение правил дорожного движения;
3. соблюдение мер по профилактике уличного травматизма;

4. создание безопасной среды на улице, в быту и на производстве (гололедица, установление дорожных знаков и т.д.);5. проведение информационно-разъяснительной работы среди населения о мерах профилактики травматизма;

6. контроль за деятельностью маленьких детей;

7. контроль за содержанием домашних животных;

8. исключить пользование острыми, режущими предметами, огнестрельным оружием, высокоэнергетическими механизмами в состоянии усталости, в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).**

## **6. Организация медицинской помощи**

Медицинская помощь пострадавшим с ранами кисти оказывается в рамках специализированной медицинской помощи в условиях стационарной и амбулаторной помощи.

Показаниями для госпитализации в медицинскую организацию являются:

1. Показания для плановой госпитализации - длительно незаживающие раны.

2. Показания для экстренной госпитализации: острое механическое повреждение кожных покровов кисти и области кистевого сустава с продолжающимся кровотечением, наличие глубоких, обширных ран с повреждением мышц, сухожилий, сосудов конечностей и суставов, требующих восстановления поврежденных структур.

3. Наличие в ране инородного тела, которое сложно или невозможно удалить в амбулаторных условиях.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Факторы риска неблагоприятного исхода хирургического лечения:

1. Системные заболевания

2. Пожилой возраст

3. Иммунодефицитные состояния

4. Кахексия

5. Инфекция

6. Онкологическое заболевание

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
<b>Этап постановки диагноза</b>			
1.	Выполнение опроса пострадавшего, осмотра раны, исследование функции кисти, функции каждого пальца, исследование чувствительности на кисти, выполнение рентгенографии при необходимости.	2а	В
2.	Сбор анамнеза прививок.	1	С
<b>Этап лечения</b>			
1.	Выполнение хирургической обработки раны	2	В
2.	Остановка кровотечения	2	В
3.	Наложение асептической повязки	2	В
4.	Проведение профилактики столбняка, бешенства	1	В
<b>Контроль эффективности лечения</b>			
1.	Заживление раны	4	С
2.	Восстановление функции кисти	4	С

## Список литературы

1. <https://ru.wikipedia.org/>
2. Громов М. В., Лазарев А. А., Коршунов В. Ф. К вопросу о классификации открытых повреждений кисти // Ортопедия, травматология и протезирование. 1977. № 6. С. 84-85.
3. Абалмасов К. Г. Реплантация пальцев и сегментов кисти / К.Г. Абалмасов, Е.И. Гарелик // Анналы хирургии. 1998. №6. С. 19-23.
4. Вайнштейн В. Г. Кожная пластика при первичной хирургической обработке открытых повреждений / В. Г. Вайнштейн, М. И. Лыткин. Л.: Медицина, 1965. 235с.: ил. Библиогр.: с.213-233.
5. Усольцева Е. В., Машкара К. И., Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л.: Медицина, 1986. 352 с.
6. Богомолов М. С. Новый подход к классификации травматических отчленений фрагментов кисти // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 2000. Т. 159, № 1. С. 25-32.
7. Нельзина З. Ф., Чудакова Т. Н. Неотложная хирургия открытых повреждений кисти. М.: Наука и техника, 1994. 239 с.
8. Основные принципы лечения тяжелых повреждений кисти и пальцев / И. Г. Гришин [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. 1980. № 4. С. 1-6.
9. Козюков В. Г., Шихов А. А., Лисов С. О. Хирургическая тактика при повреждениях кисти и их последствиях // Травматология и ортопедия России. 1998. № 1. С. 49-51.
10. Дейкало, В. П. Клинико-статистические аспекты повреждений и заболеваний кисти / В. П. Дейкало // Ортопед. травматол. 1990. №12. С. 21-25.
11. Байтингер В. Ф., Казарезов М. В. В помощь российскому кистевому хирургу // Вопр. реконструкт. и пласт. хирургии. 2002. № 3. С. 53-56.
12. Борзых А. В., Погорилык А. И., Труфанов И. М. Органосберегающее лечение тяжелых открытых повреждений верхней конечности, сочетанных с травмой сосудов, нервов и дефектом тканей // Травма. 2000. Т. 1, № 2. С. 177–180.
13. Поткина Т. Н.А, Старых В. С., Подолужный В. И., Малин М. В. Травмы людей от укусов животных // МвК. 2009. №2.

14. Dahmani, D. Seroprevalence of Toscana virys in dogs from Corsica, France / M. Dahmani, S. Alwassouf, S Grech-Angelini [et all] // *Parasit Vectors*. – 2016. – No 9 (1). – P.381.
15. Nogalski, A. Animal related injuries treated at the Department of Trauma and Emergency Medicine, Medical University of Lublin / A. Nogalski , L. Jankiewicz, G. Їwik [et all] // *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. – 2007. – Vol. 14. – P.57 – 61.
16. Плеханов, В.И. Лечение больных с укушенными ранами / В.И. Плеханов, Н.Г. Одиноченко, М.Л. Макаров [и др.] // *Успехи современного естествознания*. – 2006. – No 12. – С. 71 – 72.
17. Lebeau, J. Facial injuries treated in the Grenoble University Hospital /J. Lebeau // *Epidemiological review. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. – 2006. – No 107 (1). –P.23 – 29.
18. Костяков, Д.В. Современные возможности выбора патогенетически обоснованных методик лечения укушенных ран /Д.В. Костяков, Е.В. Зиновьев, А.Г. Васильева // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. –2016. – No 2 (54). –С. 235 –240.
19. Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И., Боев С.Н. Основы ухода за хирургическими больными / Учебное пособие. Москва, Изд. Геотар-Медиа. 2018. – С.93-110.
20. Клиническая хирургия. Национальное руководство Том I /под редакцией В.С. Савельева. А.И Кириенко - М.: ГЕОТАР-МЕД, 2008- 858 С.
21. Lorenz Н.Р., Longaker М.Т. Wounds: Biology, pathology and management / Ed. J.A. Norton // *Essential practice of surgery: basic science and clinical evidence*. — N. Y., Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2003. - P. 77-88.
22. Родоман Г.В., Шалаева Т.И., Никитин В.Г. Раны / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Родоман Г.В. и др. // *Основы клинической хирургии*. — М.: Лист Нью, 2006. — С. 306-344.
23. Кузнецов Н.А., Никитин В.Г. Щадящие хирургические вмешательства и интерактивные повязки в лечении инфицированных ран // *Cons. Medic*. — 2006. — № 2. — С. 39-46.
24. Методическое руководство по лечению ран. — Paul Hartman, 2000. — 123 с.
25. Демичев Н. П. К итогам дискуссии о клинической классификации открытых повреждений кисти // *Ортопедия, травматология и протезирование*. 1979. № 11. С. 68-72.



26. Баранов А.А., Багненко С.Ф., Намазова-Баранова Л.С., Александрович Ю.С., Пшениснов К.В., Алексеева Е.А., Селимзянова Л.Р. Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острых отравлениях у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2015;12(6):657-667. <https://doi.org/10.15690/pf.v12i6.1489>
27. Назаренко Г.И. и др. Рана. Повязка. Больной. Современные медицинские технологии: руководство для врачей и медсестёр. — М., 2002. — 472 с.
28. Leong M., Phillips L.G. Wound healing // *Sabiston textbook of surgery*. — 17th ed. — Copyright, 2004. - P. 183-208.
29. Lawrence W.T. et al. Acute wound care. *ACS Surgery: Principles and practice*. — 2006. - P. 211-232.
30. Нельзина З. Ф., Чудакова Т. Н. Неотложная хирургия открытых повреждений кисти. М.: Наука и техника, 1994. 239 с.
31. Анализ исходов лечения травм кисти в неспециализированных учреждениях. Пути улучшения результатов при лечении травм кисти / Бояршинов М. А. [и др.] // *Травматол. ортопед. России*. 2004. N 3. С. 38–39.
32. Закрытие мягкотканых дефектов пальцев кисти / Винник С. В., Голубев И. О., Афонина Е. А., Пшениснов К. П. // *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2006. № 4. С. 58-63.
33. Коршунов В. Ф., Лазарев А. А., Германов В. Б. Лечение скальпированных ран пальцев кисти // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. 1987. Т. 139, № 11. С. 106-110.
34. Baker M. Management of soft-tissue wounds, burns, and hand injuries in the field setting // *Mil. Med*. 1996. Vol. 161, No 8. P. 469-471.
35. Norris B. L., Kellam J. F. Soft-tissue injuries associated with high-energy extremity trauma: principles of management // *J. Am. Acad. Orthop. Surg*. 1997. Vol. 5, No 1. P. 37–46.
36. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб.: Гиппократ, 1998. 744 с.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

### **Эксперты разработчики:**

Голубев И.О. - д.м.н., Москва, председатель межрегиональной общественной организации "ОБЩЕСТВО КИСТЕВЫХ ХИРУРГОВ - КИСТЕВАЯ ГРУППА", член АТОР;

Дубров В.Э. д.м.н., профессор, Москва, член АТОР;

Шихалева Н.Г. – д.м.н., Курган, член АТОР.

**Конфликт интересов:** авторы, эксперты и рецензенты не имели конфликта интересов при разработке данных клинических рекомендаций.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи травматологи-ортопеды
2. Врачи хирурги
3. Пластические хирурги
4. Детские хирурги

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 4.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

#### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Минздрава РФ от 12.11.2012 г. N 901н «Правила организации кабинета неотложной травматологии и ортопедии» (Приложение № 11 «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»).

2. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

3. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

4. Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

5. СП 3.1.7.2627-10 «Профилактика бешенства среди людей».

6. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 01.02.2012 № 13 «Об усилении мероприятий, направленных на профилактику бешенства в Российской Федерации».

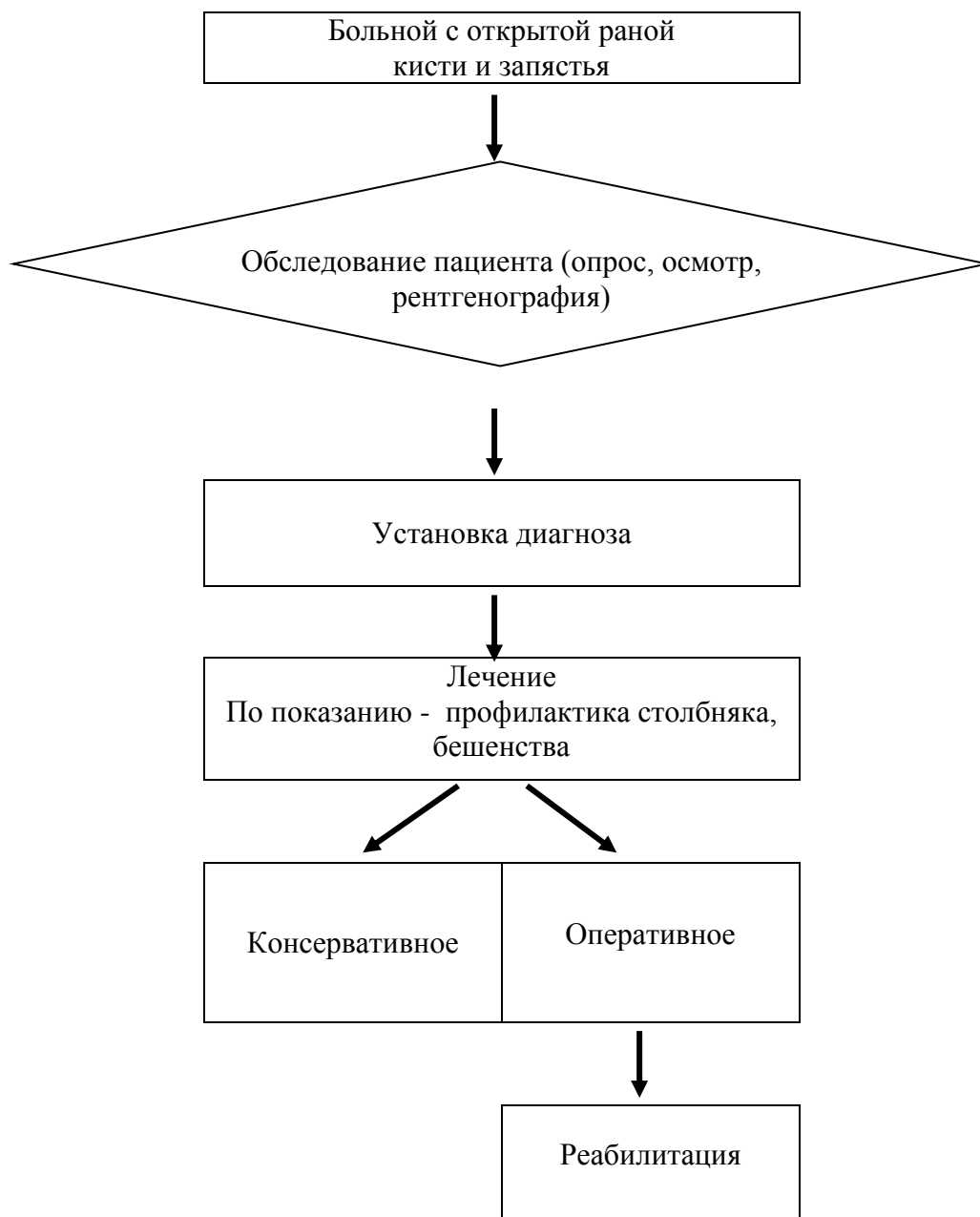
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.1997 № 297 «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболеваний людей бешенством».

8. Методические указания 4.2.2839-11 «Порядок отбора, упаковки, хранения и транспортирования биологического материала для лабораторной диагностики бешенства».

9. СП 3.1.2.3113—1 Профилактика столбняка

10. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 г. N 59 г. Москва "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3113-13 "Профилактика столбняка"

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## **Приложение В. Информация для пациента**

Осложнения, возникающие у пациентов с открытыми ранами кисти и запястья, могут привести к увеличению срока лечения, необходимости госпитализации в стационар. У пациентов с открытыми ранами кисти возможны инфекционные осложнения, длительное заживление ран, развитие нейротрофического синдрома на кисти. Для контроля осложнений необходимо находиться под наблюдением врача до полного заживления раны.

Обязательное проведение профилактики возникновения столбняка и бешенства.

## **Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

Опросник исходов и неспособности руки и кисти.  
Опросник DASH: Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure- DASH.

В 2005 году опросник DASH прошел процесс межкультурной адаптации на русском языке (Ягджян Г.В. и соавт., 2005) и русскоязычная версия доступна на интернет-странице Института Труда и Здоровья (Канада)-  
[http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/public/translations/DASH\\_Russian.pdf](http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/public/translations/DASH_Russian.pdf).

Согласно решению II Съезда Общества кистевых хирургов РФ (15-17 мая, 2008, Россия, Санкт-Петербург) для единой оценки отдаленных результатов лечения пальцев и кисти в РФ предложено пользоваться валидной русской версией органоспецифического опросника: Опросник исходов и неспособности руки и кисти - Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure- DASH.

Основной раздел опросника DASH (шкала неспособностей/симптомов) состоит из 30 пунктов-вопросов, связанных с состоянием функции кисти за последнюю неделю. При этом 21 из них выявляют степень трудности выполнения различных физических действий по причине ограничения функции плеча или кисти; 6 пунктов касаются выраженности некоторых симптомов и 3- социально-ролевых функций.

Каждый пункт имеет 5 вариантов ответов, оцениваемых в баллах от 1 до 5. Сумму баллов по всем пунктам затем преобразовывают на 100-балльную шкалу.

Таким образом, DASH оценивает неспособность верхней конечности от 0 - отсутствие неспособностей (хорошая функциональность) до 100- чрезмерная неспособность.



## ОПРОСНИК DASH-R

Дата:

**Больной (Ф.И.О)**

До лечения /в процессе лечения/ /после лечения/ (нужное подчеркнуть)

Диагноз:

Функции	Не трудно	Немного трудно	Умеренно трудно	Очень трудно	Невозможно
Открыть плотно закрытую банку с резьбовой крышкой	1	2	3	4	5
Писать	1	2	3	4	5
Повернуть ключ	1	2	3	4	5
Готовить пищу	1	2	3	4	5
Толкая, открыть тяжелую дверь	1	2	3	4	5
Разместить предмет на полку выше Вашей головы	1	2	3	4	5
Делать тяжелые домашние хозяйственные работы (например, мыть стены, мыть полы)	1	2	3	4	5
Ухаживать за садом или за двором	1	2	3	4	5
Накрыть постель	1	2	3	4	5
Нести хозяйственную сумку или портфель	1	2	3	4	5
Нести тяжелый предмет (более 4,5 кг)	1	2	3	4	5
Заменить лампочку люстры выше Вашей головы	1	2	3	4	5
Мыть или сушить волосы	1	2	3	4	5
Мыть спину	1	2	3	4	5
Надеть свитер	1	2	3	4	5
Резать ножом пищевые продукты	1	2	3	4	5
Действия или занятия, требующие небольшого усилия (например, игра в карты, вязание и т.д.)	1	2	3	4	5
Действия или занятия, требующие некоторую силу или воздействие через вашу руку, плечо или кисть (например, подметание, работа молотком,	1	2	3	4	5

	теннис)					
	Действия или занятия, при которых Вы свободно перемещаете Вашу руку (например, игра в летающую тарелку, бадминтон, и т.д.)	1	2	3	4	5
	Управлять потребностями транспортировки (перемещение из одного места в другое)	1	2	3	4	5
	Половые действия	1	2	3	4	5
		Нисколько	Немного	Умеренно	Существенно	Чрезмерно
	До какой степени проблема Вашей руки, плеча или кисти сталкивалась с Вашей нормальной социальной активностью (в кругу семьи, друзей, соседей) в течение последней недели	1	2	3	4	5
		Без ограничения	Немного	Умеренно	Очень	Неспособный/ая
	Были ли Вы ограничены в Вашей работе или в других регулярных ежедневных действиях из-за проблемы Вашей руки, плеча или кисти в течение последней недели	1	2	3	4	5
		Нет	Немного	Умеренно	Существенно	Чрезмерно
	Боль в руке, плече или кисти	1	2	3	4	5
	Боль в руке, плече или кисти при выполнении той или иной специфической работы	1	2	3	4	5
	Покалывание в руке, плече или кисти	1	2	3	4	5
	Слабость в руке, плече или кисти	1	2	3	4	5
	Тупоподвижность руки, плеча или кисти	1	2	3	4	5
		Не трудно	Немного трудно	Умеренно трудно	Очень трудно	Так трудно,

		но				что не могу спать
	Насколько трудно было спать из-за боли в руке, плече или кисти в течение прошлой недели	1	2	3	4	5
		Строго не согласен/на	Не согласен/на	Ни согласен/ни не согласен	Согласен/на	Строго согласен/на
	Я себя чувствую менее способным(ой), менее уверенным(ой) или менее полезным(ой) из-за проблемы моей руки, плеча или кисти	1	2	3	4	5

### РАЗДЕЛ РАБОТЫ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ)

Следующие вопросы касаются воздействия проблемы Вашей руки, плеча или кисти на способность работать (включая ведение домашнего хозяйства, если это Ваше основное дело)

Пожалуйста: \_\_\_\_\_ укажите, кем Вы работаете: \_\_\_\_\_

Я не работаю. (Вы можете пропустить данный раздел).

Пожалуйста, обведите в кружок цифру, наилучшим образом описывающую вашу физическую способность на прошлой неделе. Имели ли Вы трудность. \_\_\_\_\_

НЕТРУДНО    НЕМНОГО    УМЕРЕННО    ОЧЕНЬ

НЕВОЗ-

ТРУДНО    ТРУДНО    ТРУДНО

МОЖНО

1.Используя привычную технику для Вашей работы?	1	2	3	4	5
2. Из-за боли в руке, плече или кисти, выполняя Вашу привычную работу?	1	2	3	4	5
3.Выполняя свою работу так, как Вам хотелось бы?	1	2	3	4	5
4. Тратя Ваше привычное количество времени при выполнении работы?	1	2	3	4	5

## ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СПОРТСМЕНЫ/ МУЗЫКАНТЫ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ)

Следующие вопросы касаются воздействия проблемы Вашей руки, плеча или кисти на занятия вами тем или иным видом спорта и/ или музыки. Если Вы занимаетесь более чем одним видом спорта или играете более чем на одном инструменте, ответьте соответственно тому виду деятельности, который наиболее важен для Вас.

Пожалуйста: укажите спорт или инструмент, который является наиболее важным для

Вас: \_\_\_\_\_

Я не занимаюсь спортом или не играю на инструменте. (Вы можете пропустить данный раздел).

Пожалуйста, обведите в кружок цифру, наилучшим образом описывающую вашу физическую способность на прошлой неделе. Имели ли Вы трудность. \_\_\_\_\_

	НЕВОЗ- МОЖНО	НЕТРУДНО	НЕМНОГО ТРУДНО	УМЕРЕННО ТРУДНО	ОЧЕНЬ ТРУДНО
1.Используя привычную технику для игры на инструменте или во время занятий спортом?	1	2	3	4	5
2. Из-за боли в руке, плече или кисти, при игре на инструменте или занятия спортом?	1	2	3	4	5
3.При игре на инструменте или занятии спортом так, как Вам хотелось бы?	1	2	3	4	5
4. Тратя Ваше привычное количество времени на занятие спортом или игру на инструменте?	1	2	3	4	5