

## XXV з'їзд EMSOS

EMSOS — Європейське м'язово-скелетне онкологічне товариство (European Musculoskeletal Oncology Society), яке засновано 27 вересня 1987 р. у місті Тревизо (Італія) за ініціативою Mario Campanacci і Piero Picci, Інституту ортопедії Rizzoli (Болонья) та Rainer Kotz, Віденського медичного університету (Австрія) — провідними науковими та лікувальними закладами з проблем онкоортопедії та комплексного лікування хворих з кістковими пухлинами. До президії товариства увійшли знані на той час клініцисти та науковці з визнаних європейських центрів, які займаються проблемами лікування хворих з пухлинами опорно-рухової системи. Фундатори товариства в подальшому займали керівні посади в EMSOS і досі є його почесними членами.

Товариство своєю метою ставило розвиток науки та практики в сфері діагностики і лікування хворих з пухлинами кісток та м'язких тканин, підтримку базових клінічних досліджень та розповсюдження знань і протоколів лікування, які відповідають загальним високим стандартам комплексного лікування пацієнтів з пухлинами скелета. Особливою метою асоціації було сприяння співробітництву між спеціалістами та організаціями європейських країн за медичним профілем у галузі лікування пухлин опорно-рухової системи. Водночас, за пропозицією виконавчого комітету було вирішено за необхідності створювати філіали товариства в інших країнах Європи. З 1988 року і донині під егідою EMSOS відбуваються щорічні з'їзди та конференції в різних країнах західної Європи, а з 2000 р. до програми конференцій внесено розділ для середнього медичного персоналу (Nurse Group) у галузі кісткової онкології. Органами вищого управління асоціації є генеральна асамблея та виконавчий комітет, які діють відповідно до конституційного акту та правил асоціації.

Ювілейний XXV з'їзд EMSOS відбувся 14–16 травня 2012 року в м. Болонья (Італія) і був присвячений 25-й річниці заснування організації. У перший день проведено тренінги з проблем молекулярної біології, діагностики та радіотерапії, розглянуто питання лікування

остеосаркоми, саркоми Юінга, м'якотканних пухлин та проблеми хірургічної реконструкції у дітей, а також проаналізовані окремі складні випадки. У другий та третій дні проходили сесійні засідання з доповідями, монотематичними профільними лекціями та стендовими презентаціями за різними темами (пухлини таза, хондросаркома, нові ліки та медикаментозна стратегія в ортопедичній онкології, хірургія пухлин кісток, радіотерапія, саркомогенез, рідкісні пухлини опорно-рухової системи, діагностика в онкоортопедії). Також традиційно в рамках з'їзду EMSOS було проведено Nurse Group. Це 13-й симпозіум для середнього медичного персоналу, який був присвячений проблемам значущості ролі та компетенції середнього медичного персоналу в забезпеченні якісного медичного обслуговування, фізичної та психологічної реабілітації онкологічних пацієнтів, проведенні клінічних досліджень.

На п'яти останніх з'їздах EMSOS Україну представляв керівник відділу кісткової онкології ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України» Вирва О. Є. На останньому XXV з'їзді його було обрано членом правління організації. Завдяки багаторічній праці інституту в галузі лікування хворих з пухлинами кісток, новітнім розробкам клінічних та лабораторних його підрозділів протягом останніх років наша держава була представлена усними та стендовими доповідями «Накісткова трипелюсткова фіксація пухлинних ендопротезів для верхньої кінцівки (біомеханічне дослідження)» (О. Є. Вирва, В. В. Бурлака, М. Ю. Карпінський, Д. О. Міхановський) та «Заміщення метастатичних дефектів стегнової кістки в залежності від їх локалізації» (О. Є. Вирва, Я. О. Головіна, Р. В. Малик, І. В. Шевченко). Роботи викликали певну зацікавленість та обговорення учасників конференції, що підтверджує високий рівень вітчизняної науки та закріплює позиції онкоортопедичної школи ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України як одного з провідних у світі науково-практичних закладів з питань лікування хворих з пухлинами кісток.

О. Є. Вирва  
В. В. Бурлака

## Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

## Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 15 декабря 2011 г.

Д. С. Обоскалова (Харьковская облСЭС) «Эпизоотическая и эпидемиологическая ситуация по бешенству в Украине и Харьковской области. Анализ показателей антирабической деятельности. Современные подходы к назначению антирабических прививок». Несмотря на уменьшение количества случаев бешенства среди диких животных в 2011 году по сравнению с предыдущим, эпизоотическая ситуация в Украине и Харьковской области оценивается как неблагоприятная в связи с ростом уровня заболеваемости среди городских котом, на долю

которых сегодня приходится 53 % от общего количества заболевших животных. Ежегодно в медицинские учреждения Харькова и области обращается до 7 тыс. пациентов, пострадавших от укусов животных. В 15 % случаев пострадавшим назначается антирабическое лечение. Основными недостатками в оказании антирабической помощи по области, обуславливающими значительное количество ошибок при назначении лечения пострадавшим от укусов животных, ныне является недостаточное централизованное снабжение и обеспечение медицинских учреждений и аптек антирабическими вакцинами за счет

госбюджета, отсутствие областного центра антирабической помощи, системы специальной подготовки врачей травматологов и хирургов. В докладе детально освещены современные подходы к назначению и охарактеризованы антирабические препараты при первичных и повторных вакцинациях, рассмотрены основные ошибки.

**Д. В. Черепов, С. И. Ковалев, В. А. Бабалян, А. Б. Хохлов, А. В. Давыдович, Т. С. Гурбанова, С. Л. Горошко** (ГКМБ № 17, г. Харьков) «Опыт лечения околосуставных переломов методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза». Переломы костей голени и бедра среди переломов всех локализаций составляют 47,3 %, более половины из них являются околосуставными. Проанализированы результаты заживления переломов у 759 больных, пролеченных в травматологическом отделении ГКМБ № 17 с 2007 г. Распределение переломов по локализации: бедренной кости — 324 случая, из них околосуставных — 256; большеберцовой кости — 435, из них околосуставных — 115. Хирургическое лечение проведено у 90 % больных, при этом в 45 % случаев применен метод блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС). У 2 % пациентов, для лечения которых применяли БИОС, отмечено несращение костных отломков из-за их ротационной нестабильности. В остальных случаях результаты лечения оценены как хорошие и удовлетворительные. Сделаны выводы: 1) применение БИОС при лечении метафизарных переломов голени и бедра связано с высоким риском развития остаточных и нарастающих деформаций вследствие несоответствия точки входа стержня и оси костномозгового канала, короткого проксимального или дистального отломка, и, как следствие, недостаточной стабильности остеосинтеза; 2) необходимо тщательное предоперационное планирование, четкая последовательность интраоперационных манипуляций для восстановления оси конечности и устранения смещений при применении БИОС; 3) успешное применение БИОС, обеспечивающего стабильность костных отломков при лечении метафизарных переломов голени и бедра, позволяет начать реабилитационные мероприятия в ранние сроки и получить хороший функциональный результат.

**Д. В. Черепов, С. И. Ковалев, В. А. Бабалян, А. Б. Хохлов, А. В. Давыдович, Т. С. Гурбанова, С. Л. Горошко** (ГКМБ № 17, г. Харьков) «Алгоритм диагностики при остеопоротических переломах». Остеопороз — системное метаболическое заболевание скелета, для которого характерны снижение костной массы и нарушение микроархитектоники костной ткани, что, в свою очередь приводит к хрупкости кости и увеличению риска переломов. В докладе освещены факторы риска развития остеопороза и современные методы его диагностики. Отмечено, что обычное рентгенологическое исследование позволяет диагностировать заболевание только на поздних стадиях, когда потеря костной массы превышает 25–30 %, а рентгеновская денситометрия выявляет остеопороз уже при потере около 3 %. Кроме того, в настоящее время известно еще множество методов исследования плотности костной ткани каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки: одно- и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, количественные ультразвук и компьютерная томография, радиографическая абсорбциометрия и т. д. В связи с этим необходимо разработать

алгоритм своевременного установления остеопороза с учетом диагностической ценности методов исследования плотности костной ткани с целью возможной профилактики остеопоротических переломов. Решение этих вопросов предусмотрено в запланированной с 2011 г. научно-исследовательской работе кафедры травматологии, вертебологии и анестезиологии ХМАПО на базе травматологического отделения ГКМБ № 17.

**Д. А. Яременко, Е. Г. Шевченко, И. В. Голубева** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Инвалидность вследствие остеохондроза позвоночника и неиспользованные резервы ее профилактики». Ряд нынешних социально-экономических и экологических неблагоприятных факторов способствуют росту и распространенности дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Особенно это отражается на динамике уровня первичной инвалидности вследствие остеохондроза позвоночника, показатели которой в последнее время имеют выраженную тенденцию к росту. За десятилетие уровень первичной инвалидности в расчете на 10 тыс. человек увеличился среди взрослого населения на 50 %, трудоспособного — на 53 %.

На репрезентативном материале проведен анализ структуры, причин и динамики инвалидности вследствие остеохондроза позвоночника. Определены особенности динамики инвалидности и показатели реабилитации при остеохондрозе позвоночника в зависимости от вида и характера проведенных медико-реабилитационных мероприятий. Выявлены реабилитационный потенциал и прогноз с учетом возраста, характера профессиональной занятости, критериев инвалидности, проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий. Показано, что неиспользованные резервы снижения показателей инвалидности и повышения эффективности реабилитации при остеохондрозе позвоночника заключаются прежде всего в профилактике развития тяжелых форм патологического процесса и своевременном проведении лечебно-диагностических мероприятий. Первоочередное значение имеет адекватное выполнение лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от степени выраженности анатомо-морфологических, неврологических, функциональных нарушений и периода проявления заболевания (острый, подострый, период ремиссии), а также своевременное установление показаний и проведение хирургического лечения. При этом важной задачей в организации помощи больным и инвалидам с заболеваниями позвоночника является реализация комплексных и полноценных лечебных мероприятий по медицинской реабилитации. Успехи хирургии в лечении вертебральной патологии являются основой для пересмотра и обоснования критериев и сроков установления инвалидности больным, нуждающимся в оперативном вмешательстве. Необходимо более широкое применение лечения таких пациентов по продленному больничному листу и установление им группы инвалидности только после полного проведения всех необходимых мероприятий по медицинской реабилитации.

Заседание, посвященное 85-летию со дня рождения выдающегося ученого ортопеда-травматолога, заслуженного деятеля науки и техники Украины, лауреата Государственной премии Украины, профессора Н. И. Кулиша, 19 января 2012 г.

*Демонстрация результатов лечения больных с ортопедической патологией по ведущим направлениям клиники ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины»*

Больная Е., 44 года, диагноз: двусторонний диспластический коксартроз II–III ст., стойкие боли в правом (неоперированном) тазобедренном суставе. В 1984 г. находилась на лечении в Институте им. проф. М. И. Ситенко, ей выполнена операция на левом тазобедренном суставе по методу Н. И. Кулиша – межвертельная вальгизирующая остеотомия бедренной кости с фиксацией металлической компрессирующей пластиной (конструкции института) и реконструкция (костная аутопластика) надвертлужной области. В настоящее время, через 28 лет после операции, болей в левом оперированном тазобедренном суставе нет, функция сустава хорошая.

Больной П., 74 года, диагноз: двусторонний коксартроз IV ст. вследствие перенесенного реактивного артрита. В 2003 г. выполнена операция: цементное эндопротезирование правого тазобедренного сустава эндопротезом «Zimmer CRT» с пластикой полостного дефекта верхней стенки вертлужной впадины, армированием костного цемента шурупом. В настоящее время функция правого тазобедренного сустава полная, хромоты нет, ходит без дополнительной опоры.

Больная К., 54 года, диагноз: правосторонний коксартроз IV ст. вследствие перенесенного реактивного артрита. В 2006 г. выполнена операция: эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом «Zimmer Trilogy Versys» с пластикой сегментарного дефекта верхней стенки вертлужной впадины с фиксацией двумя шурупами. В настоящее время функция правого тазобедренного сустава полная, хромоты нет, ходит без дополнительной опоры.

Больная В., 54 года, диагноз: двусторонний протрузионный коксартроз IV ст. вследствие перенесенного реактивного артрита. В июне 2007 г. выполнено эндопротезирование правого тазобедренного сустава цементным эндопротезом «De Puy Elite Plus» с пластикой полостного дефекта медиальной стенки вертлужной впадины комбинацией из спонгиозных аутотрансплантатов и гранул бифазной керамики. В ноябре 2007 г. проведена аналогичная операция на левом тазобедренном суставе. Ныне функция обоих тазобедренных суставов полная, хромоты нет, пациентка передвигается без дополнительной опоры.

Больной Н., 33 года, диагноз: асептический некроз головки левой бедренной кости I ст. Болеет с ноября 2011 г. Обратился в поликлинику по месту жительства, после КТ тазобедренных суставов пациент направлен в ИППС. Теперь ему назначен курс консервативного лечения (остеогенон, электроаналгезия, массаж мышц нижних конечностей, ЛФК, ПИР) с положительным результатом.

Больная Ш., 19 лет, диагноз: патологический вывих правого бедра вследствие перенесенного в детстве остеомиелита правого тазобедренного сустава, укорочение правой нижней конечности на 4,5 см. Выполнено 18.11.2011 г. эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом с пластикой сегментарного дефекта верхней стенки вертлужной впадины кортикально-губчатым аутотрансплантатом с фиксацией шурупом. Ныне передвигается с помощью костылей с дозированной нагрузкой на правую нижнюю конечность, функция безболезненна, остаточное укорочение правой нижней конечности до 1 см.

Больная С., 52 года, поступила в клинику ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины» с диагнозом:

левосторонний посттравматический коксартроз II ст., сросшийся перелом верхней трети левой бедренной кости, варусная деформация ее шейки, укорочение нижней конечности на 3 см. Состояние после открытого вправления перелома с фиксацией  $\gamma$ -гвоздем. Выполнена 03.02.2010 г. операция: 1) удаление  $\gamma$ -гвоздя, межвертельная вальгизирующая остеотомия левой бедренной кости; 2) пластика дефектов шейки и головки бедренной кости костными аутотрансплантатами, фиксация Г-образной пластиной. После сращения левой бедренной кости и перестройки костных аутотрансплантатов 11.01.2012 г. Г-образная пластина удалена. Остаточное укорочение левой нижней конечности до 1 см, функция левого тазобедренного сустава: сгибание/разгибание –  $5^\circ/0^\circ/120^\circ$ , отведение/приведение –  $35^\circ/0^\circ/30^\circ$ , наружная/внутренняя ротация —  $25^\circ/0^\circ/15^\circ$ .

Больной Б., 25 лет, диагноз: двусторонний асептический некроз головок бедренных костей, справа IV ст., слева II ст. В ноябре 2010 г. произведено эндопротезирование правого тазобедренного сустава бесцементным эндопротезом: ножка «Corf Biopic», чашка «Lima», паратрения «Biolox Delta». В феврале 2011 г. выполнена туннелизация, экскохлеация, пластика очага асептического некроза головки левой бедренной кости бифазной керамикой. Сегодня функция тазобедренных суставов полная, рентгенологическая картина без отрицательной динамики.

*Доклады:*

**Н. А. Корж, В. А. Филиппенко, В. А. Танькут** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Жизнь и творческий путь выдающегося ученого ортопеда-травматолога, заслуженного деятеля науки и техники Украины, лауреата Государственной премии Украины, профессора Н. И. Кулиша». В докладе авторы изложили основные вехи жизненного и творческого пути Н. И. Кулиша, который родился в Мерефе и с ранних лет познал цену нелегкого труда. В 16 лет Николай Иванович добровольно вступил в ряды Советской Армии и прошел весь боевой путь Великой Отечественной войны, был отмечен многими наградами. В 1953 г. после окончания Харьковского медицинского института Н. И. Кулиш 10 лет работал практическим врачом-хирургом в Ливадийской городской больнице Крыма, а с 1964 г. избран на должность старшего научного сотрудника Харьковского НИИ ортопедии и травматологии им. проф. М. И. Ситенко, где сформировался как хирург и ученый, там защитил кандидатскую и докторскую диссертации. В 1975 г. он возглавил клинику патологии суставов. Под руководством Н. И. Кулиша были защищены 18 кандидатских и 2 докторских диссертации. Как талантливый ученый и организатор проф. Кулиш Н. И. создал школу по хирургии тазобедренного сустава (реконструктивно-восстановительные операции, эндопротезирование) и опухолям таза. Его научные труды получили признание среди ученых СССР, Канады, Польши и других стран мира.

За большой вклад в развитие отечественной ортопедии профессору Кулишу Н. И. присуждено звание Заслуженного деятеля науки и техники Украины и Государственная премия Украины (посмертно).

Основные научные идеи Н. И. Кулиша развивают его последователи. Память об этом великом человеке, хирурге и ученом навсегда сохранится в сердцах коллег и учеников.

**Н. А. Корж, В. А. Филиппенко, И. В. Котульский, А. Е. Вишняков** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Ранняя диагностика и консервативное лечение асептического некроза головки бедренной кости у взрослых». Изложены результаты исследований, посвященных проблеме ранней диагнос-

тики и консервативного лечения асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК). Представлен алгоритм клинической и инструментальной диагностики, позволяющий достоверно установить заболевание уже на стадии начальных костных изменений. Показано, что ультрасонография имеет важное значение в обнаружении нарушений структуры параартикулярных тканей при АНГБК. Доказана эффективность сочетания медикаментозной терапии и электроаналгезии при проведении курсов консервативного лечения АНГБК.

**Н. М. Шуба** (НМАПО им. П. Л. Шупика) «Новые данные о хондропротекторах в свете новых исследований». Представлены факторы риска развития остеоартроза (ОА), роль эндокринных и метаболических нарушений в патогенезе ОА. Отмечено, что по результатам последних исследований большое значение в повреждении субхондральной кости при ОА имеет нарушение бета-катенин пути. Рассмотрена роль супероксидных радикалов кислорода, NO-синтаза (nNOS, eNOS, iNOS), нуклеарного фактора капа-би (NF-κβ) в патогенезе ОА. Показана фармакокинетика современных препаратов, применяющихся для лечения ОА. Дана сравнительная характеристика эффективности лекарственных средств, действующим веществом которых являются хондроитин сульфат (ХС), гиалуроновая кислота, глюкозамина сульфат, глюкозамина хлорид, диацерин, неомыляемые соединения авокадо/сои. Сделаны выводы, что структурно-модифицирующий эффект ХС, проявляющийся на хрящевой ткани уже через 6 мес, а на костной — через 12 мес, подтвержденный в многочисленных исследованиях, делает его препаратом выбора в лечении ОА на любой стадии заболевания. Кроме того, ХС обладает выраженным противовоспалительным эффектом, а также имеет большую безопасность в применении и хорошо переносимость по сравнению с диацерином и глюкозаминном.

**А. И. Жигун, В. А. Мезенцев, А. В. Танькут, В. Ю. Сайко** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Особенности эндопротезирования при застарелых переломах-вывихах тазобедренного сустава». Показаны особенности эндопротезирования тазобедренного сустава с дефектами вертлужной впадины, развившимися при застарелых переломах-вывихах. Представлены методики пластики больших полостных дефектов вертлужной впадины с использованием костных аутоотрансплантатов и гранул бифазной керамики. Использование данной комбинации позволяет увеличить объем замещающего материала и создать костно-керамический блок, обеспечивающий стабильную фиксацию чашки эндопротеза в вертлужной впадине. Продемонстрированы клинические примеры.

**В. А. Филиппенко, В. А. Танькут, С. Е. Бондаренко, О. А. Подгайская** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Возможности эндопротезирования при нарушении анатомии тазобедренного сустава». Освещены особенности первичного эндопротезирования тазобедренного сустава при дефектах вертлужной впадины диспластического и воспалительного генеза. Представлена классификация дефектов вертлужной впадины, которая используется в клинике ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины» при первичном эндопротезировании тазобедренного сустава. Акцентировано внимание на необходимости выполнения пластики дефектов вертлужной впадины и установки чашки эндопротеза в анатомическом положении. Продемонстрированы клинические примеры и хорошие функциональные результаты лечения больных с нарушенной анатомией тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе и последствиях реактивных артритов тазобедренного сустава.

Председатель правления **В. А. Филиппенко**  
Секретарь **Е. Г. Шевченко**

## Івано-Франківська обласна асоціація ортопедів-травматологів

*Протокол № 143, 30.06.2011 р.*

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії Тлумацької ЦРЛ.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Ч., 1973 р. н., діагноз: ушкодження медіального меніска лівого колінного суглоба, післятравматичний гемартроз. Виконано пункцію лівого колінного суглоба. Рекомендовано хірургічне лікування — артроскопію в плановому порядку.

З доповідями виступили:

**Спетрук П. П.** (завідувач відділення травматології-ортопедії Тлумацької ЦРЛ) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2010 рік. Стан трансфузійної допомоги потерпілим. Передплата на періодичні видання зі спеціальності». Ортопедо-травматологічну допомогу хворим у Тлумацькому районі надають у відділенні травматології ЦРЛ та районній поліклініці. Відділення травматології має 35 ліжок. Забезпеченість населення району травматологічними ліжками — 7,03 на 10 тис. населення. Кількість хірургічних втручань, проведених спеціалістами в стаціонарі за 2010 р., становить 241, що перевищує показник попереднього року. З 241 операції 75 виконано на кістково-суглобовій системі, а 166 на м'яких тканинах та сухожилково-зв'язковому апараті. Показник хірургічної активності зріс порівняно

з попередніми роками та становить 31,5 %. У 2010 р. було активізовано амбулаторно-поліклінічну роботу. За звітний період прийнято 16 639 хворих, що на 4 313 осіб більше, ніж у попередньому році. Хірургічна активність у травматологічному кабінеті поліклініки незначна (37 операцій на кістково-м'язовій системі). Доповідач детально охарактеризував показники ортопедо-травматологічної служби району та провів їх порівняльний аналіз з попередніми роками, окреслив перспективний план розвитку та покращення матеріально-технічного забезпечення відділення.

**Юрійчук Л. М.** (позаштатний головний ортопед-травматолог ГУОЗ ОДА, завідувач відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби області за 2010 р.». Лікування хворих з травмами та захворюваннями системи опори та руху в Івано-Франківській області проводять в обласній клінічній лікарні та профільних відділеннях 14 районів. Кількість спеціалізованих ліжок для дорослих у лікувальних закладах області — 650, показник забезпеченості населення ними — 6,01 на 10 000 населення (загалом в Україні — 4,71). Середнє число днів зайнятості травматологічного ліжка у 2010 р. було 339,53 проти 364,24 у минулому році (загалом в Україні — 342,00). Середнє перебування хворого на ліжку

становило 11,93 днів проти 11,70 у 2009 р. (по Україні 12,7), причому показник середнього перебування хворого на травматологічному ліжку коливався у межах від 9,4 (м. Галич) до 16,4 (відділення кістково-гнійної інфекції обласної клінічної лікарні). Обіг ліжка становить у середньому 28,2 проти 27,8 у 2009 р. (по Україні — 26,30). Обіг травматологічного ліжка у 2010 р. коливався від 37,5 в ОКЛ до 34–36 — у складі хірургічних відділень і відділенні кістково-гнійної інфекції 21,0. Летальність складає 0,19 проти 0,17 в 2010 р. (по Україні — 0,47).

Щорічно в профільних стаціонарах районів області кількість операцій зменшується у зв'язку з незадовільним забезпеченням інструментарієм і металоконструкціями, станом диспансеризації і планового хірургічного оздоровлення хворих з ортопедичною патологією. На цьому фоні зростає частка оперованих в ортопедо-травматологічному відділенні ОКЛ, хоча в районах області і почали застосовувати сучасні методи лікування хворих. Так, вже впроваджено DHS-фіксатор для металоостеосинтезу проксимального відділу стегнової кістки, внутрішньокісткового блокувального остеосинтезу, остеосинтез пластинами з кутовою стабільністю в травматологічних відділеннях міст Яремче, Богородчан, Надвірної, Косова, Калуша та МКЛ № 1 Івано-Франківська. Розглянуто перспективи розвитку та покращення показників роботи ортопедо-травматологічної служби області. Планується подальше широке впровадження внутрішньокісткового блокувального та інших сучасних методів остеосинтезу, розширене використання малоінвазивних артроскопічних, Rtg-інтервенційних та мікрохірургічних методів лікування.

**Фуфалько М. І.** Презентація фірми «Sandos».

В обговоренні поточних питань взяли участь: Юрійчук Л. М., Шібель І. В., Белей Л. М., Спетрук П. П., Гнатюк З. І. та ін.

*Протокол № 144, 29.09.2011 р.*

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії Городенківської ЦРЛ.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий П., 1952 р. н., діагноз: двобічний асептичний остеонекроз головки стегнової кістки V ст. Двобічний коксартроз III ст. з больовим синдромом та вираженою ротаційною згинально-привідною контрактурою обох кульшових суглобів. Вкорочення правої нижньої кінцівки на 3 см. Рекомендовано хірургічне лікування — тотальне цементне ендопротезування обох кульшових суглобів.

З доповідями виступили:

**Дзюбак М. В.** (завідувач травматологічного відділення Городенківської ЦРЛ) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2010 р. Впровадження нових методів лікування хворих». Городенківський район займає південно-східну частину Івано-Франківської області. Загальна площа району 747 км<sup>2</sup>, що складає 5,4 % всієї території області. Район сільськогосподарський зі значним розвитком технічних культур. Нині в районі функціонує 6 сілських виробничих кооперативів, 24 фермерських господарства, 6 приватних агропромислових фірм та 4 товариства з обмеженою відповідальністю. За останні роки зафіксовано значну міграцію населення працездатного віку до різних країн в пошуках роботи. Внаслідок цього зростає питома вага пенсіонерів, людей похилого віку, які складають понад 50 % всього дорослого населення району.

Спеціалізовану стаціонарну допомогу надають у травматологічному відділенні ЦРЛ, яке містить 25 ліжок. Амбулаторну медичну допомогу здійснюють у травма-

тологічному кабінеті районної поліклініки. Травматологічне відділення недостатньо забезпечене апаратурою та медичним обладнанням: два переносні рентгенологічні апарати і електронно-оптичний перетворювач. У ЦРЛ зареєстровано 2,0 ставки ортопеда-травматолога в стаціонарі, 1,0 ставка лікаря амбулаторного прийому, 1,0 ставка ургентного травматолога та з 08.2010 р. — 0,5 ставки дитячого ортопеда-травматолога. Забезпечення населення району лікарями-травматологами становить 0,5, а травматологічними ліжками — 4,4 на 10 тис. населення.

За звітний період у відділенні проліковано 784 хворих (740 у 2009 р.). Серед них 391 пацієнт травматологічного профілю та 393 — ортопедичного. Упродовж 2010 р. у стаціонарі виконано 216 хірургічних втручань (у 2009 р. — 228). Хірургічна активність становить 27,6 % (30,8 % у 2009 р.). Доповідач детально охарактеризував показники роботи травматологічного відділення та травматологічного кабінету поліклініки, проаналізував їх порівняно з попереднім роком. Насамкінець було розглянуто перспективу оновлення матеріально-технічної бази відділення та впровадження нових сучасних методів лікування хворих з травмами опорно-рухової системи.

**Юрійчук Л. М.** (позаштатний головний ортопед-травматолог ГУОЗ ОДА, завідувач відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ) «Хірургічні методи лікування хворих похилого віку з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки». Через- та міжвертлюгові переломи стегнової кістки належать до типових остеопоротичних переломів, які виникають після низькоенергетичної травми у пацієнтів старшої вікової групи. Актуальність проблеми зумовлена тим, що пацієнти цієї вікової групи з переломами зазначеної локалізації займають 25–30 % ліжок травматологічних стаціонарів. Смертність таких пацієнтів впродовж одного року збільшилася і становила близько 20 %, ще 13 % померло наступного року. Висока частота ускладнень (42–78 %) у випадку остеопоротичних через- та міжвертлюгових переломів стегнової кістки пов'язана із загальнохірургічними причинами, остеопорозом (міграція та руйнування фіксаторів, вторинне зміщення відламків), остеоартрозом (біль, контрактура, обмеження функціональної активності) тощо.

Доповідач проаналізував лікування 120 хворих літнього та старечого віку з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки. У 40 хворих проведено остеосинтез відламків кутовою пластиною, у 20 — фіксатором DHS, у 20 — гама-цвяхом, у 40 хворих — цементним ендопротезом. Результати лікування зазначеної категорії хворих з використанням традиційних методів остеосинтезу значною мірою залежать від типу перелому, остеопорозу, остеоартрозу кульшового суглоба. Ендопротезування кульшового суглоба за умов остеопорозу, остеоартрозу, нестійких відламкових через- та міжвертлюгових переломів стегнової кістки у хворих літнього та старечого віку є альтернативою традиційним методам лікування.

В обговоренні доповідей взяли участь: проф. Клепач М. С., лікарі Юрійчук Л. М., Купчак О. І., Белей Л. М., Рихлевич О. М. та ін.

*Протокол № 145, 27.10.2011 р.*

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії Рожнятівської центральної районної лікарні.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Л. 1949 р. н., діагноз: двобічний коксартроз III ст. з больовим синдромом та комбінованою контрактурою обох кульшових суглобів. Рекомендовано хірургічне

лікування — етапне планове тотальне ендопротезування обох кульшових суглобів.

Хвора С. 1957 р. н., діагноз: правобічний гонартроз II ст. з варусною деформацією колінного суглоба. Рекомендовано хірургічне лікування — коригувальна остеотомія правої гомілки.

З доповідями виступили:

**Юкіш Я. М.** (завідувач відділення травматології Рогатинської ЦРЛ) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2010 р. Стан диспансеризації ортопедо-травматологічних хворих». Стационарну допомогу хворим з травмами та захворюваннями опорно-рухової системи надають у Рожнятівській ЦРЛ з травматологічним відділенням на 25 ліжок та Перегінській міській лікарні з 5 травматологічними ліжками, що розміщені в хірургічному відділенні. Забезпечення травматологічними ліжками становить 4 на 10 тис. населення. За звітний період в стаціонарах району проліковано 715 хворих, виконано ліжко-днів на 100,5 %, хірургічна активність склала 30,5 %. Амбулаторне лікування проводять у поліклініках Рожнятівської ЦРЛ, у 2010 р. прийнято 5 405 хворих, Перегінської МЛ — 5 031 та Брошнівської поліклініці — 4 173. Доповідач охарактеризував зведені показники, порівняв їх та обґрунтував перспективи покращення роботи ортопедо-травматологічної служби району.

**Андрейчин В. А.** (доцент кафедри травматології та ортопедії Івано-Франківського національного медичного університету) «Жирова емболія у разі переломів довгих кісток. Патогенез, клініка, профілактика, лікування». Синдром жирової емболії (СЖЕ) — поширене ускладнення травматичних ушкоджень довгих кісток, яке обумовлене жировою гіперглобулемією та змінами фізико-хімічних властивостей транспортних форм жирів плазми крові з подальшою емболізацією судин малого або великого кола кровообігу. У більшості пацієнтів СЖЕ перебігає у вигляді субклінічних форм, лише у 4 % спостерігають типову клінічну картину жирової емболії. Виникненню СЖЕ сприяють: травматичний шок II–III ст.; гіпотензія з систолічним АТ більшим за 70 мм. рт. ст. і тривалістю більше 30 хв; тяжка механічна травма кісток таза, стегна і гомілки; брак транспортної іммобілізації; транспортування хворого в гострому періоді травматичної хвороби; часті спроби репозиції переломів; травматичність операції.

А. Ю. Пашук (1991) запропонував бальну систему діагностики СЖЕ: гіпертермія — 1 бал, порушення свідомості — 3, клініка синдрому шокової легені — 4, петехії — 5 балів. Якщо сума дорівнює 5 і більше балів, діагностуємо СЖЕ.

Профілактика СЖЕ передбачає своєчасну необхідну допомогу потерпілим на місці травми, адекватну іммобілізацію, шадне транспортування спецтранспортом, ранню реологічну, дезінтоксикаційну інфузійну терапію, застосування ліпотропних препаратів, постійний кваліфікований контроль за станом пацієнта.

**Шалаєва Н. В.** Презентація фірми «Stoma pharma».

В обговоренні доповідей та інших питань засідання взяли участь: проф. Клепач М. С., лікарі Юрійчук Л. М., Юкіш Я. М., Тисяк Р. М. та ін.

*Протокол № 146, 24.11.2011 р.*

Ювілейне засідання, присвячене 20-річчю заснування артрологічного, ортопедо-травматологічного відділення обласної клінічної лікарні.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Ч. 1964 р. н., діагноз: закритий перелом лобкової та сідничної кісток зі зміщенням відламків та розривом крижово-клубового з'єднання зліва. Токсич-

ний алкогольний гепатит. Проводиться консервативне лікування та планове дообстеження хворого.

З доповідями виступили:

**Юрійчук Л. М.** (головний ортопед-травматолог ГУОЗ ОДА, завідувач відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ) «Крок за кроком до розширення та вдосконалення спеціалізованої допомоги хворим із травмами і захворюваннями опорно-рухової системи». Відділення артрології, нині травматології-ортопедії, відкрито на 38 ліжок у відбудованій обласній клінічній лікарні 20 років тому, в листопаді 1991 р. Першу операцію, ендопротезування кульшового суглоба, у новому відділенні провели 22.11.1991 р. Протягом 1992–1995 рр. у відділенні впроваджені різні операції на суглобах: ендопротезування, коригувальні остеотомії, артропластика, хейлопластика, реконструктивно-відновлювальні операції на зв'язковому апараті у випадку спортивної травми, діагностичні артроскопії, остеосинтез у разі внутрішньосуглобових переломів тощо. Відділення артрології у Івано-Франківську було одним з п'яти центрів України, де проводили ендопротезування, артроскопію і лікували спортивну травму. У 1996 р. відділення артрології об'єднали з відділенням ортопедії-травматології. У 1997 р. було впроваджено металоостеосинтез під рентгеноконтролем, коригувальні остеотомії за допомогою апарату зовнішньої фіксації (АЗФ). У 2001 р. впроваджено АЗФ для лікування переломів кісток таза, а в 2002 — малоінвазивний остеосинтез під рентгеноконтролем. У 2003 р. почали застосовувати артроскопію плечового і кульшового суглобів, а з 2004 — ендопротезування колінного суглоба. З 2006 р. у відділенні застосовують блокувальний інтрамедулярний остеосинтез, остеосинтез DHS-фіксатором, гама-цвяхом для проксимального відділу стегнової кістки тощо. У тому ж році в Івано-Франківську відбулась республіканська науково-практична конференція, присвячена проблемам виробничого травматизму. У 2007 р. впроваджено ендопротезування кульшового суглоба однополосними ендопротезами зі змінною головкою «Фенікс», артроскопічну пластику передньої скрещеної зв'язки системою RIGIDfix, застосування розробленого професором Клепачем М. С. апарату зовнішньої фіксації у випадку переломів кісток таза, тотальне цементне ендопротезування кульшового суглоба у хворих похилого і старечого віку з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки. У 2008 р. уперше застосовано спейсери у ревізійному ендопротезуванні, нові способи встановлення ацетабулярного компонента за умов протрузійного коксартрозу, а в 2009 — анкерні фіксатори і біодеградівні гвинти. У 2009 р. в Яремчі проведено III Українсько-польську науково-практичну конференцію, присвячену ускладненням у травматології і ортопедії.

Нині у відділенні використовують сучасні методи остеосинтезу та стабільної фіксації відламків. Відділення забезпечене апаратурою та інструментарієм для надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги хворим. У зв'язку з налагодженою ургентною службою і підвищенням фахового рівня спеціалістів більшість хворих з травмами оперують у день надходження. Впроваджено ендопротезування у випадку переломів шийки стегнової кістки в ургентному порядку за відповідних показань. Промовець окреслив перспективу поширення використання таких сучасних методів лікування, як внутрішньокістковий блокувальний остеосинтез, малоінвазивні артроскопічні, мікрохірургічні, Rtg-інтервенційні методики, ендопротезування великих суглобів.

**Процак В. Д.** (експерт спеціалізованої МСЕК, лікар-травматолог) «Експертиза тимчасової непрацездатності

та інвалідності внаслідок травм і захворювань опорно-рухової системи». У доповіді було акцентовано увагу на показниках медико-соціальної експертизи профільного контингенту хворих за 2010–2011 рр. Доповідач відмітив кількісне збільшення тимчасової непрацездатності в окремих районах області.

**Сулима В. С.** (завідувач кафедри травматології та ортопедії Івано-Франківського національного медичного університету) «Лікування хворих з переломами довгих кісток кінцівок за допомогою сучасних методів остеосинтезу». Виступ присвячено аналізу хірургічного лікування хворих з діафізарними переломами довгих кісток кінцівок за допомогою сучасних засобів остеосинтезу. За 5 останніх років було активно впроваджено інтрамедулярний блокувальний та накістковий остеосинтез фіксаторами з кутовою стабільністю (LCP, LISS). Зауважено на пріоритетному застосуванні сучасних фіксаторів над звичайними пластинами для накісткового остеосинтезу та інтрамедулярними стрижнями. Протягом 2006–2011 рр. у травматологічних відділеннях обласної та міської клінічних лікарень виконано 1637 операцій остеосинтезу у разі діафізарних та епіметафізарних переломів довгих кісток, серед них 546 операцій остеосинтезу за допомогою АЗФ, 705 — накісткових пластин, 328 — інтрамедулярних блокувальних фіксаторів та 58 — пластин LCP, LISS.

Доповідач наголосив на необхідності дотримання принципів сучасного стабільно-функціонального остеосинтезу, які полягають у відновленні довжини ушкодженого сегменту, усуненні кутового та ротаційного зміщення, щадному ставленні до кісткових фрагментів.

Промовець навів клінічні приклади із задовільними функціональними результатами лікування хворого Д. після відламкового перелому стегнової кістки за допомогою реконструктивного інтрамедулярного блокувального цвяха та хворого С. з патологічним переломом у ділянці метастатичного ураження діафіза плечової кістки.

#### **Презентація фірми «Berlin Chemie».**

У обговоренні поточних питань взяли участь: проф. Клепач М. С., професор Сулима В. С., лікарі Юрійчук Л. М., Белей Л. М., Дзюбак М. В. та ін.

#### *Протокол № 147, 22.12.2011 р.*

Засідання на базі відділення термічної травми Івано-Франківської ОКЛ.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хвора М., 1966 р. н., діагноз: гнійно-некротична рана передньої поверхні тіла груднини. Рубці ділянки обох молочних залоз після хірургічного лікування (січень 2007 р.) хронічного остеомієліту груднини, II–III ребер, глибокої флегмони з частковим некрозом молочних залоз та грудних м'язів. Синдром Тітце. Множинні остеохондроми хрящової частини II–III ребер з обох сторін груднини. Виразкова хвороба в активній фазі. Хронічний гастродуоденіт у фазі загострення. Ерозивний бульбіт. Хронічний вірусний гепатит С у стадії інтеграції вірусу з мінімальною активністю. Синдром Рейно обох нижніх кінцівок I ступеня. Виконано багаторазові некректомії ділянки груднини, молочних залоз, грудних м'язів. Рекомендовано чергову вільну аутодермопластику уражених поверхонь.

З доповідями виступили:

**Кіршак К. Б.** (завідувач відділення термічної травми ОКЛ) «Аналіз роботи відділення термічної травми ОКЛ за 2011 р.». Відділення термічної травми обласної клінічної лікарні розгорнуто на 30 ліжок, палата інтенсивної терапії — на 3. У відділенні лікують хворих з термічною травмою та різними дефектами шкірних покривів, тому використовують сучасні консервативні і хірургічні методи: компресійну терапію, ксенотрансплантати, ранні некр-

ектомії, дерматогензію тощо. У відділенні працюють 6 фахівців-комбустіологів, лікар-терапевт, лікар-педіатр та 3 лікарі-анестезіологи. Матеріальне забезпечення відділу становить 70 % від необхідного: м'який інвентар — 70 %, інструментарій — 60 %, медичне обладнання та наркозна апаратура — 70 %. За дев'ять місяців 2011 р. проліковано 386 хворих, проведено 431 операцію, план ліжко-днів у відділенні виконують на 98,9 %. Доповідач охарактеризував роботу відділення, проаналізував показники за звітний період та окреслив перспективний план покращення матеріально-технічного забезпечення відділення на 2012 рік.

**Хохряков І. В.** (головний позаштатний комбустіолог Івано-Франківської області) «Алгоритм надання допомоги потерпілим з термічною травмою на етапах медичної евакуації». Промовець акцентував увагу на першочерговому завданні медичної служби: якнайшвидшому переведенні хворого у профільне відділення ОКЛ для надання спеціалізованої допомоги протягом перших двох діб. На етапах евакуації важливі адекватне знеболення, транспортна іммобілізація, асептичні пов'язки. За необхідності — інфузійна та антибіотикотерапія залежно від приморбідного фону та інші реанімаційні заходи. Доповідач навів основні показання для госпіталізації потерпілих від термічної травми у спеціалізований відділ ОКЛ, терміни та умови евакуації. Особливу увагу звернув на алгоритм госпіталізації потерпілих дитячого віку (реанімаційне відділення ОДКЛ, офікове відділення ОКЛ). Крім того, було розглянуто дефектуру надання медичної допомоги потерпілим з термічною травмою.

**Омельчук В. П.** (доцент кафедри травматології та ортопедії Івано-Франківського НМУ). «Комплексне лікування хворих старшого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки, профілактика ускладнень». Проаналізовано частоту та характер травм у осіб старших за 60 років. Проведено порівняльний аналіз результатів лікування хворих з переломами типу 31А, В, С з використанням фіксаторів DHS, γ-цвяхів, стрижневих АЗФ, ендопротезування та малоінвазивного металоостеосинтезу (МОС) трьома гвинтами. Розроблено алгоритм лікування МПШСК для хворих старшого віку.

Було проаналізовано результати лікування МПШСК за допомогою методу малоінвазивного МОС трьома гвинтами у 337 хворих. Зокрема у 130 застосовано методику спрямованих внутрішньокісткових епіфізарних течій (СВЕТ) [патент UA № 51168] шляхом гідродинамічної осередкової катетерної аспірації (ГОКА) в післяопераційному періоді протягом 5–8 днів (реєстр галузевих нововведень № 2/18/03, 2003 р., випуск 18–19). Це дозволило знизити рівень незадовільних результатів лікування на 10,2 % (незрощень на 3,5 %, ішемічного остеонекрозу головки стегнової кістки на 6,7 %) порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Смертність за рік у хворих обох груп склала 3,5 %.

**Клепач М. С.** (голова асоціації, професор кафедри травматології та ортопедії Івано-Франківського НМУ) «Затвердження плану роботи асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на 2012 р. Засідання правління асоціації та ревізійної комісії». Доповідач представив план роботи асоціації ортопедів-травматологів області на 2012 р., який обговорили та затвердили з урахуванням поправок і доповнень.

Проведено засідання правління асоціації та ревізійної комісії, на якому оцінили результати роботи асоціації за 2011 р.

У обговоренні хворих та доповідей взяли участь: проф. Клепач М. С., лікарі Хохряков І. В., Кіршак К. Б., Белей Л. М., Дзюбак М. В. та ін.

*Протокол № 148, 26.01.2012 р.*

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії обласної клінічної лікарні.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Н., 1973 р. н., діагноз: політравма, поєднана торако-скелетно-урогенітальна травма, закрита травма органів грудної клітки (забій легень, серця), перелом лівої стегнової кістки в середній третині зі зміщенням відламків, множинний внутрішньосуглобовий відламковий перелом лівої великогомілкової кістки, переломи головки та шийки лівої малоомілкової кістки, лівої променевої кістки в нижній третині без зміщення, обширні рвані рани лонної ділянки, калитки, промежини, травматичний шок II ст., травматичний парез лівого малоомілкового нерва. З анамнезу відомо, що травма сталася у лісі внаслідок падіння зрізаного дерева 24.12.2011 р. Лікували в реанімаційному відділенні ОКЛ. У зв'язку з важким станом хворого накладено скелетне витягнення за голілку та стегно. Проведено лапаротомію 01.01.2012 р. з приводу завороту тонкого кишківника, дренажу черевної порожнини. Виконано 17.01.2012 р. інтрамедулярний блокувальний остеосинтез лівої стегнової кістки та остеосинтез LCP пластиною лівої великогомілкової кістки, гіпсову іммобілізацію лівого передпліччя, етапні некретомії та загоєння ран калитки і промежини. Проаналізовано лікування хворого, доцільність і результати виконаних хірургічних втручань. Обговорено адекватне реабілітаційне лікування за місцем проживання.

Хворий К., 1965 р. н., діагноз: закритий відламковий внутрішньосуглобовий перелом дистального метаепіфізу великогомілкової кістки зі зміщенням. Рекомендовано хірургічне лікування — остеосинтез LCP пластиною.

З доповідями виступили:

**Клепач М. С.** (голова асоціації ортопедів-травматологів області) «Звіт про роботу асоціації ортопедів-травматологів області за 2011 рік». Кількість членів асоціації становила 172 особи, протягом 2011 р. прибуло та поновлено 7, вибуло — 5. На початок 2012 р. асоціація нараховувала 174 члени. Їх склад за кваліфікаційними категоріями: атестованих 159 осіб (91,37%), вищої кваліфікаційної категорії — 42 (26,41%), першої — 57 (35,84%), другої — 60 (37,74%), неатестованих — 15 (9,43%). За звітний період проведено три засідання правління асоціації, на яких розглядали різні питання щодо роботи осередку: якість лікування профільних хворих у деяких районах області (Калуш, Рогатин, Галич) та відділеннях травматології та ортопедії ОДКЛ, термічної травми ОКЛ, травматології-ортопедії МКЛ-1; аналіз дефектів у роботі травматологічних відділень області (Рогатин, Коломия); впровадження нових методів лікування хворих (Богородчани, Надвірна, Калуш, Коломия); підвищення кваліфікації ортопедів-травматологів області та їх атестація; фінансова діяльність та робота ревізійної комісії.

Проведено 10 загальних засідань, з яких 4 — в районах області на базах Калуської, Глумацької, Городенківської та Рожнятівської ЦРЛ. Засідання також проводили на базах травматологічних відділень ОКЛ, МКЛ, ОДКЛ, КП та відділення термічної травми. На всіх засіданнях заслуховували та аналізували звіти за певний період роботи відділень, на одному із них розглянуто питання про роботу травматологів-ортопедів області з призовниками. Визначено проблеми та шляхи їх вирішення.

Представлено 11 наукових доповідей за темами: «Алгоритм надання кваліфікованої допомоги хворим з відкритими ушкодженнями кінцівок» (Сулима В. С.), «Переломи човноподібної кістки зап'ястка. Проблеми та

особливості лікування» (Ковалишин Т. М.), «Хірургічна тактика у разі внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу стегнової кістки у пацієнтів молодого віку» (Климовицький В. Г., Канзюба М. А., Канзюба А. І.), «Остеосинтез у системі етапного лікування хворих з переломами кульшової западини» (Канзюба А. І., Климовицький В. Г., Канзюба М. А.), «Експертиза тимчасової непрацездатності та інвалідності внаслідок травм і захворювань ОРС. Порівняльний аналіз за останні три роки» (Заячук Р. М.), «Ортопедо-хірургічне лікування дітей з ДЦП» (Дубас В. І.), «Комплексне лікування хворих похилого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки на фоні остеопорозу» (Валовіна Ю. Д.), «Хірургічні методи лікування хворих з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки у похилому віці» (Юрійчук Л. М.), «Жирова емболія за переломів довгих кісток. Патогенез, клініка, профілактика, лікування» (Андрейчин В. А.), «Комплексне лікування хворих старшого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки» (Омельчук В. П.), «Алгоритм надання невідкладної лікарської допомоги потерпілим від термічної травми в умовах ЦРЛ» (Хохряков І. В.). Члени осередку беруть активну участь у роботі з'їздів, конференцій, пленумів асоціації ортопедів-травматологів України, а також виступають з науковими доповідями на різних форумах. Упродовж 2011 р. члени асоціації опублікували 24 наукові праці, з яких 1 — патент на винахід та 1 — галузеве нововведення. Переважна більшість друкованих робіт у працівників кафедри та лікарів обласного центру.

На засіданнях асоціації заслухано 9 звітів про роботу профільних відділень ОКЛ, ОДКЛ, МКЛ, ЦРЛ з аналізом досягнень та дефектів в лікуванні хворих.

На кожному засіданні проводили клінічний обхід, обговорювали та демонстрували хворих. Згідно з планом роботи розглядали надання консультативної допомоги хворим, стан непрацездатності та інвалідності внаслідок травм і захворювань опорно-рухової системи, впровадження сучасних методів лікування тощо. На окремому засіданні заслухали звіт про роботу асоціації та ревізійної комісії за 2011 рік.

Протоколи засідань осередку регулярно публікуються в журналі «Ортопедия, травматология и протезирование»<sup>1)</sup>. Доповідач оголосив персональний склад правління асоціації.

**Юрійчук Л. М.** (головний ортопед-травматолог області, завідувач відділення травматології-ортопедії ОКЛ) «Аналіз роботи травматологічної служби області та відділення травматології-ортопедії ОКЛ за 2011 рік». У медичних закладах Івано-Франківської області кількість ліжок ортопедо-травматологічного профілю для дорослого населення — 626. Показник забезпеченості населення ортопедо-травматологічними ліжками для дорослих становить 6,01 на 10 000 населення (загалом в Україні 4,71). Забезпеченість області профільними лікарями задовільна. Із 174 ортопедів-травматологів атестовані 159 (91,37%). Забезпеченість кадрами ортопедо-травматологічного профілю в Івано-Франківській області становить 1,23 на 10 000 населення.

Середнє число днів зайнятості травматологічного ліжка у 2011 р. становило 322,9 проти 339,53 в попередньому році (загалом в Україні — 336,55). Середнє перебування хворого на ліжку становило 13,44 днів проти 11,93 у 2010 р., (загалом в Україні — 12,8), середнє перебування хворого на травматологічному ліжку коливалось у межах від 8,8 (у Галичі) до 21,1 (у відділенні кістково-гнійної інфекції ОКЛ). Обіг ліжка становив 27,9 проти 28,2 у 2010 р. (в Україні — 26,3). У 2011 році

<sup>1)</sup> примітка редакції. Передплатників з Івано-Франківської області упродовж 2011 р. було всього 13 осіб

обіг травматологічного ліжка коливався від 37,4 в ОКЛ, 36–34 у хірургічних відділеннях і до 16,4 у відділенні кістково-гнійної інфекції. Летальність — 0,07 проти 0,19 у 2010 р. (в Україні — 0,27).

Доповідач проаналізував показники роботи ортопедо-травматологічного відділення ОКЛ за минулий рік.

У 2011 р. відділення ортопедії-травматології ОКЛ містило 35 ліжок. Протягом року хірургічне лікування одержали 948 хворих, котрим зроблено 1 148 операцій (у 2010 р. — 893 хворим зроблено 1 055 операцій), серед них 24,5 % — ургентні. У минулому році 1 193 хворих провели у відділенні 11 314 ліжко-днів, що дало можливість виконати план на 95,2 %, а середнє перебування на ліжку зменшилося на 0,1 дня. На 0,9 % збільшилася хірургічна активність. З 1 148 операцій у 2011 р. під загальним знеболенням проведено 93,4 %, з яких 50 % — СМА. Під рентгенологічним контролем виконано 237 операцій.

**Заячук Р. М.** (голова спеціалізованої травматологічної МСЕК) «Експертиза тимчасової непрацездатності та інвалідності внаслідок травм і захворювань ОРС. Аналіз по районах області за 2011 рік».

Доповідач відзвітував про роботу травматологічної МСЕК та подав інформацію медико-соціального стану дорослого населення області. Так, у 2011 р. травматологічна МСЕК освідчила 2 443 хворих, що на 72 менше ніж у 2010 р. Відсоток хворих, визнаних інвалідами у 2011 р., збільшився на 3,9 %. В 2011 р. відмічено тенденцію до підвищення показника інвалідності ІІІ групи на 5,5 % порівняно з 2010 р. завдяки зниженню показників інвалідності І групи на 2,2 % та ІІ — на 2,8 %. Щодо структури первинної інвалідності за локалізаціями, то впродовж останніх років перше місце відводять травмам хребта, потім — кисти, голілки та стегна.

За досвідом МСЕК, одним з визначальних факторів профілактики інвалідності є продовження листка непрацездатності. В 2011 р. МСЕК продовжила зазначені листки для долікування 320 хворим (40,0 %) (у 2010 р. — 375, що склало 44,6 %). Найкраще характеризують стан інвалідності інтенсивні показники на 10 тис. населення. У 2011 р. інтенсивний показник первинної інвалідності (на 10 000 населення) зріс порівняно з показником у 2010 р. на 0,1 випадок. Стабілізація інтенсивних показників первинної інвалідності можлива за рахунок покращення роботи ЛКК та ЛПЗ в області з лікування хворих та профілактики інвалідності. Проведено аналіз стану первинної інвалідності по всіх районах області та вказано на їх завищення у деяких.

В обговоренні питань засідання взяли участь: професор Клепач М. С., лікарі Юрійчук Л. М., Льницький Ю. З., Баран А. І., Белей Л. М. та інші.

*Протокол № 149, 23.02.2012 р.*

Засідання Івано-Франківської області на базі відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської МКЛ № 1. Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Р., 1979 р. н., діагноз: закритий медіальний перелом шийки правої стегнової кістки, ДЦП, перелом трьох шурупів, несправжній суглоб шийки правої стегнової кістки. Проведено видалення зламаних шурупів. Рекомендовано ендопротезування правого кульшового суглоба.

Хвора Н., 1944 р. н., діагноз: двобічний гонартроз ІV ступеня з вираженою вальгусною деформацією. Рекомендовано ендопротезування колінних суглобів.

З доповідями виступили:

**Шібель І. В.** (завідувач відділення травматології-ортопедії МКЛ № 1) «Аналіз роботи травматологічної служби міста та профільного відділення міської клінічної

лікарні за 2011 рік. Звіт». Доповідач охарактеризував роботу ортопедів-травматологів в медичних закладах міста. Зупинився на проблемах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги в травматологічному відділенні МКЛ № 1. Визначено, що провідне місце у лікуванні хворих з травмами та ортопедичними захворюваннями посідає амбулаторно-поліклінічна допомога. Майже 97 % хворих з травмами проходять повний курс лікування в поліклініках. В Івано-Франківську працює 26 травматологів, що становить 1,2 на 10 000 населення. У поліклініках міста прийнято 50 915 хворих, із них первинних — 23 297. До міського травм пункту звернулися 9 397 хворих, яким надана кваліфікована допомога.

Доповідач проаналізував травматизм як причину смертності, інвалідності та тимчасової непрацездатності. До уваги було взято, що виробничий травматизм значно знизився у зв'язку зі скороченням виробництва, збільшенням безробіття, а також міграційними процесами і становить 4,2 на 10 000 населення. При цьому підвищився рівень невиробничого травматизму (328,4 на 10 000) завдяки побутовому (322,2 на 10 000), вуличному (3,8 на 10 000), дорожньо-транспортному (1,7 на 10 000) та спортивному (0,7 на 10 000). Відмічено, що покращилась стаціонарна допомога в травматологічному відділенні, про що свідчить впровадження сучасних методів лікування та збільшення хірургічної активності до 64,5 %. Проліковано 1 154 пацієнти, середня тривалість лікування становить 12,7 дня, зайнятість ліжка — 343,2.

Промовець відзначив, що для покращення ортопедо-травматологічної допомоги, рекомендовано звертатися до управління охорони здоров'я з проханням сприяти забезпеченню відділення новітніми металоконструкціями для остеосинтезу, іншими відповідними інструментами.

**Свідрійський Л. М.** (лікар травматолог-ортопед МП № 4) «Аналіз роботи міської поліклініки № 4 за 2011 рік. Лікування та реабілітація хворих в умовах денного стаціонару». Повідомлено, що на обліку в районі обслуговування МП № 4 знаходиться 2 490 інвалідів, що становить 435 на 10 000 населення, або 49 на 10 000 працездатного. Протягом 2011 р. в умовах денного стаціонару на 5 розгорнутих ортопедо-травматологічних ліжках оздоровлено 1 396 хворих, з них інвалідів ІІ–ІІІ групи — 690. Широко практикуються фізіотерапевтичні процедури, масаж, мануальна терапія, редресация контрaktur, досуглобове введення «Діпроспану», «Мукосату» та інше медикаментозне лікування.

Доповідач підсумував, що наявними ресурсами неможливо виконати цільові завдання в повному обсязі, на часі створення в місті центру відновлювального лікування інвалідів та хворих після травм, розширення мережі денних стаціонарів не тільки в обласному центрі, а також в районах області.

**Андрейчин В. А.** (доцент кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Сучасні стандарти та принципи надання невідкладної лікарської допомоги у випадку травм». Наведено і проаналізовано внутрішньолікарняні протоколи надання невідкладної лікарської допомоги потерпілим з травмами опорно-рухової системи.

Відзначено, що невідкладна лікарська допомога має містити повноцінне сучасне обстеження пацієнтів.

В обговоренні питань засідання взяли участь: професори Клепач М. С. та Сулима В. С., доцент Андрейчин В. А., лікарі Юрійчук Л. М., Шібель І. В., Чужак В. І. та інші.

*Протокол № 150, 29.03.2012 р.*

Засідання на базі відділення кістково-гнійної інфекції ОКЛ.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Т., 1958 р. н., діагноз: стероїдний гнійний артрит правого колінного суглоба. Лікували в поліклініці з приводу реактивного синовіту, неодноразово вводили в колінний суглоб стероїдні препарати. Виконано хірургічне лікування — субтотальну синовектومیю. Стан хворого задовільний.

Хвора Р., 1948 р. н., діагноз: нестабільність ендопротеза лівого кульшового суглоба. Два роки тому виконано тотальне ендопротезування лівого кульшового суглоба з приводу деформірованого коксартрозу III ступеня. Через 6 міс після операції утворилась нориця з гнійними виділеннями. Ендопротез видалено, пацієнт готується до ревізійного ендопротезування.

Хворий Б., 1984 р. н., діагноз: післятравматичний остеомієліт лівої великогомілкової кістки. В анамнезі закритий перелом лівої великогомілкової кістки у нижній третині. Проведено накістковий остеосинтез відламків пластиною. Хворий порушував режим, виник перелом пластини, остеомієліт. Виконано видалення металокопчиків, торцеву резекцію відламків, встановлено АЗФ. Відмічено вкорочення кінцівки до 3,5 см.

З доповідями виступили:

**Лабенський С. В.** (завідувач відділення кістково-гнійної інфекції ОКЛ) «Аналіз роботи відділення КП ОКЛ за 2011 рік. Дефекти в роботі травматологічних відділень області». Найбільшу кількість хірургічних втручань склали некретомії, розкриття абсцесів, флегмон, остеосинтез АЗФ.

Автор проаналізував недоліки в роботі травматологічних відділень області, які у багатьох випадках є причиною ускладнень, навів конкретні приклади.

**Сулима В. С.** (завідувач кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Бальна оцінка стану хворого на хронічний остеомієліт та логістична модель прогнозування результатів кістково-пластичного лікування». З метою полегшення статистичної обробки результатів, розробки прогностичної моделі та створення алгоритму хірургічного лікування автор запропонував бальну систему оцінки стану хворого на хронічний остеомієліт. Теоретично встановлена величина балу відповідає тяжкості стану хворого, а також свідчить про ступінь складності лікування та ризик рецидиву захворювання за кожним окремо взятим фактором.

На клінічних прикладах автор продемонстрував методику застосування бальної оцінки стану хворого на хронічний остеомієліт та метод вибору пластичного заміщення кісткових дефектів з позитивними віддаленими результатами лікування.

Проведено засідання правління асоціації ортопедів-травматологів області. Заслухано звіт ревізійної комісії осередку.

В обговоренні питань засідання взяли участь: професори Клепач М. С. та Сулима В. С., лікарі Лабенський С. В., Дзюбак М. В., Гнатюк З. І.

*Протокол № 151, 26.04.2012 р.*

Засідання на базі відділення травматології та ортопедії обласної дитячої клінічної лікарні.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий Р., 2002 р. н., діагноз: вроджений несправжній суглоб обох кісток правої гомілки. Вкорочення кінцівки до 5 см. У процесі обстеження хлопчик одержав травму, виявлено перелом нижньої третини правої стегнової кістки. Після вправлення на скелетному витягненні проведено остеосинтез спицями. Відбулося зрощення. Планується резекція патологічного вогнища, накладення білокального АЗФ, пластика, подовження обох кісток правої гомілки.

Хворий К., 1999 р. н., діагноз: хвороба Ерлахера–Бланунта справа. У 6 років проведено корегувальну остеотомію великогомілкової кістки з латеральною транспозицією периферичного фрагмента. Поступив у клініку вдруге. Встановлено вкорочення кінцівки на 7 см. Виконано остеотомію великогомілкової кістки з виведенням деформації та подовженням в АЗФ. Зафіксовано повне зрощення фрагментів. АЗФ знято, триває реабілітація.

Хворий Ш., 1996 р. н., діагноз: реактивний синовіт правого колінного суглоба неясної етіології. Рекомендовано обстеження: УЗД, за необхідності — МРТ правого колінного суглоба, після чого вирішити питання тактики лікування.

З доповідями виступили:

**Сулима В. С.** (завідувач кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Проблема болю в ортопедії. Нестероїдний протизапальний препарат «Аркоксія» швидко усуває біль». Доповідач звернув увагу слухачів на рекомендації V Європейського конгресу Міжнародної асоціації з вивчення болю (Стамбул, 2006 р.) та конгресу EULAR, 2009 р., і наголосив, що в терапії больових синдромів слід надавати перевагу мультимодальній анальгезії, тобто поєднаному використанню декількох анальгетиків різних груп та механізмів дії.

**Юрійчук Л. М.** (головний ортопед-травматолог ГУОЗ ОДА, завідувач відділення травматології та ортопедії ОКЛ) «Аркоксія» — новий НПЗП з вираженим знеболювальним ефектом».

Присутні заслухали звіт Балюка Ю. С., головного дитячого травматолога-ортопеда області, завідувача дитячим відділенням травматології та ортопедії ОДКЛ, про роботу відділення та служби області за 2011 р.

В обговоренні питань регламенту взяли участь професори Клепач М. С. та Сулима В. С., лікарі Балюк Ю. С., Юрійчук Л. М., Луців Б. В. та ін.

Голова асоціації  
Секретар

**М. С. Клепач**  
**Ю. Д. Валовіна**