

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 17 января 2013 г.

Г. В. Бэц, И. Г. Бэц (ГУЗО г. Харьков, ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Организация и тактика оказания травматологической помощи на амбулаторном этапе в г. Харькове». В докладе отмечено, что амбулаторную травматологическую помощь населению Харькова оказывают в 7 травматологических пунктах и 27 поликлиниках. Большинство травматологических пунктов расположено при крупных стационарах, имеющих в своей структуре специализированные отделения. Это оправдано организационно и экономически и позволяет обеспечить качественную медицинскую помощь пострадавшим, преемственность в лечении, минимизировать транспортные затраты на перевозку больных в стационар при необходимости госпитализации. Однако часть травматологических пунктов является структурными подразделениями поликлиник или самостоятельными учреждениями, что не соответствует современной доктрине организации специализированной помощи. В травматологических пунктах и кабинетах поликлиник необходимо укрепить материальную базу. Отмечена острая нехватка препаратов для антирабической помощи населению.

И. В. Клыков (ГУЗО г. Харьков) «Состояние антирабической помощи населению г. Харькова». В докладе освещены основные проблемы организации антирабической помощи населению Харькова: ограничение поставок соответствующей вакцины, закупаемой за средства из госбюджета, отсутствие централизованных поставок антирабического иммуноглобулина, невозможность самостоятельно больным приобрести антирабические препараты в аптеках города и др. Докладчик представил информацию о травматологических пунктах и больницах, где оказывают в Харькове антирабическую помощь. Представлены данные об эпизоотической ситуации в Харьковской области в 2012 г. и оказании антирабической помощи укушенным.

Д. А. Яременко, Е. Г. Шевченко (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Современное состояние организации и качества медицинской помощи и медицинской реабилитации при дегенеративных заболеваниях позвоночника и суставов в городских поликлиниках». Авторы представили результаты изучения организации и качества оказания медицинской помощи при заболеваниях позвоночника и суставов в ряде поликлиник Харькова. Отмечено, что в поликлиниках на диспансерном учете состоит в среднем 38,8 % больных с патологией позвоночника, 36,2 % с патологией суставов, 49,9 % инвалидов с ортопедической патологией позвоночника и суставов. Последние, по мнению многих специалистов, нуждаются в динамическом наблюдении в 100 % случаев. Большинство больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника находятся под наблюдением невролога (до 90 %) и, как правило, получают медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и массаж. В ряде случаев даже при декомпенсации состояния больного недостаточно уделяется внимание ортопедическому режиму, корсетотерапии, ЛФК и хирургическому лечению, своевременные показания к которым могут быть определены ортопедом-травматологом. Установлено, что одной из причин нетрудоспособности вследствие дегенеративных заболеваний позвоночника

и суставов является несвоевременное и некачественное обследование и лечение пациентов на амбулаторном этапе, отсутствие профилактической направленности работы поликлиник, несоблюдение основополагающих организационных принципов медицинской реабилитации. Требуют решения вопросы совершенствования организационной структуры медицинской реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательной системы и качественной подготовки врачей, особенно работающих в амбулаторных учреждениях, по диагностике, лечению и медицинской реабилитации указанной категории больных.

Ф. С. Леонтьева (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Комплексная терапия у пациентов после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в послеоперационном периоде». В докладе приведены результаты клинических исследований эффективности препарата «Кокарнит» после эндопротезирования крупных суставов. Показано, что у больных, получивших препарат «Кокарнит», в послеоперационном периоде наблюдали снижение количества жалоб на общесоматическое состояние. Выраженных побочных реакций, которые могли бы стать причиной отмены препарата, не отмечено. Значительная часть лабораторных показателей (содержание глюкозы, β -липопротеинов, суммарных хондроитинсульфатов, ТБК-продуктов (малонового диальдегида), активность аспаратаминотрансферазы, щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы), результаты клинического анализа крови и лейкоцитарные индексы у пациентов, принимающих препарат «Кокарнит», достоверно не отличались от значений у лиц контрольной группы, что подтверждает хорошую переносимость препарата. Отмечено, что применение препарата «Кокарнит» при лечении пациентов после эндопротезирования крупных суставов приводило к снижению содержания холестерина, гликопротеинов, ТБК-продуктов (малонового диальдегида) и активности аланинаминотрансферазы.

Н. А. Корж, Н. В. Дедух (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Стронция ранелат в лечении остеопороза». Авторы представили информацию о механизмах развития остеопороза и влияния стронция ранелата на структурно-метаболические показатели костной ткани. Существует обширная доказательная база, что данный препарат обладает двойным механизмом действия на процесс ремоделирования кости: ингибирует процессы резорбции и стимулирует костеобразование. Показано, что стронция ранелат стимулирует дифференцировку клеток-предшественников в остеобласты, их пролиферацию, способствует повышению жизнеспособности и метаболической активности клеток, что является ключевым звеном в профилактике остеопоротических переломов и регенерации кости при переломе. В раскрытии звеньев патогенеза остеопороза и сложного механизма воздействия стронция ранелата на костную ткань стало открытие цитокиновой системы RANK/RANKL/OPG, что внесло существенный вклад в представление о регуляции локального ремоделирования кости, клеточной резорбции и роли клеток остеобластического дифферона в активизации остеокластогенеза. Стронция ранелат ингибирует клетки-предшественники

остеокластов, вызывает их апоптоз, нарушает двигательную активность. Методами гистоморфометрии и микрокомпьютерной томографии при оценке биопсий, полученных от женщин с постменопаузальным остеопорозом, и исследовании костей экспериментальных животных было доказано, что стронция ранелат оказывает позитивный эффект на формирование кости, ее архитектуру и прочностные качества. Эффективность препарата доказана в клинических исследованиях. Под влиянием стронция ранелата снижается абсолютный риск развития вертебральных и периферических переломов. Препарат также способствует оптимизации репаративного остеогенеза, что дает возможность врачу индивидуально подойти к профилактике и лечению остеопороза и его тяжелых осложнений — остеопоротических переломов. Представлены клинические примеры результатов лечения пациентов с остеопорозом препаратом стронция ранелата.

В обсуждении докладов приняли участие проф. Филиппенко В. А., проф. Яременко Д. А., проф. Шевченко С. Д., д-р мед. наук Бец Г. В.

Заседание, 21 февраля 2013 г.

Н. А. Корж, Д. В. Прозоровский, К. К. Романенко, Д. В. Ершов (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины») «Современные аспекты хирургического лечения Hallux valgus». Авторы обобщили опыт лечения 175 больных с Hallux valgus (287 стоп), лечившихся в клинике неотложной травматологии и восстановительной хирургии ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины. Указаны клинические симптомы и диагностические критерии Hallux valgus. Представлена классификация патологии стопы по степени тяжести, основанная на рентгенологических признаках деформации первых плюсофаланговых суставов. Дана обзорная информация о видах металлофиксаторов, применяемых для хирургического лечения Hallux valgus. Обоснована тактика выбора метода хирургического лечения в зависимости от характера патологических изменений мягкотканых структур и скелета стопы. Приведены клинические примеры. В заключение отмечено, что принципами современного лечения Hallux valgus являются: восстановление всех нарушенных осевых взаимоотношений элементов первого луча стопы, стабильная фиксация костных фрагментов после выполненных остеотомий с последующей ранней функциональной нагрузкой, индивидуальный подход к выбору вида остеотомии в зависимости от клинических и рентгенологических проявлений деформации.

А. А. Тяжелов, Р. В. Паздников, М. З. Бицадзе (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Внутрисуставные повреждения плечевого сустава». Представлена классификация внутрисуставных повреждений плечевого сустава, особенности анатомических взаимоотношений плечевого сустава и вращательной манжеты плеча. Продемонстрированы специальные тесты для клинической диагностики нестабильности плечевого сустава, а также рентгенологические, артроскопические, КТ, МРТ и УЗИ признаки повреждения его анатомических структур. Рассмотрены методы хирургического лечения различных видов повреждений и показания к их применению. Акцентировано внимание на причинах, приводящих к неудовлетворительным результатам лечения данной патологии. Доклад иллюстрирован клиническими примерами.

Н. А. Корж, К. К. Романенко, О. Е. Вырва, Л. Д. Горидова, Д. В. Прозоровский (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Анализ ошибок и осложнений остеосинтеза переломов длинных костей». В докладе освещены принципы АО лечения внутрисуставных и переломов диафизов длинных костей. Охарактеризованы возможные ошибки на всех этапах лечения больного с переломами костей конечностей. Продемон-

стрированы наиболее частые осложнения остеосинтеза. Отмечено, что путем решения проблемы повышения качества медицинской помощи пострадавшим от травм и снижения тяжелых последствий травм опорно-двигательной системы может стать реформирование системы и организации здравоохранения с законодательным определением обязанностей и ответственности за состояние здоровья населения, уровень и качество медицинской помощи; системы медицинского образования и подготовки кадров; внедрение современных технологий и стандартов лечения в клиническую практику; укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

Н. В. Дедух (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Остеопороз и регенерация кости». Докладчик рассказала о стадиях репаративного остеогенеза в норме и на фоне остеопороза. Отметила, что у людей старшего возраста и при остеопорозе изменяется строение надкостницы: снижается клеточность и васкуляризация, редуцируется остеогенный слой. Кроме того, при остеопорозе наблюдаются нарушения гомеостаза организма и метаболических процессов в костной ткани: биосинтез коллагена и протеогликанов, формообразования коллагеновых волокон, при этом нарушается соотношение кристаллической и аморфной фаз минерального компонента матрикса, в крови снижается уровень биохимических маркеров костного метаболизма — Gla-белка и щелочной фосфатазы, играющих важную роль в процессе минерализации. В соответствии с концепцией согласованности лечения переломов применение медикаментозных препаратов может нарушить биологическую активность репаративного процесса, но адекватное их использование оптимизирует или стимулирует репаративный остеогенез. Так, в ходе исследований было доказано, что длительное применение НПВП негативно влияет на репаративный остеогенез: снижается минерализация регенерата, минеральная плотность костей, механические свойства, нарушается консолидация отломков и т. д. Препаратом выбора, улучшающим микроархитектуру костной ткани, оптимизирующим процесс регенерации и ускоряющим сроки консолидации переломов, является стронция ранелат. Автор подчеркнула, что разработка способов оптимизации и управления репаративным остеогенезом остается актуальной проблемой биологии и медицины.

В. А. Филиппенко (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины») «Перспективы использования медикаментозной поддержки у пациентов с остеопорозом при лечении переломов и после ортопедических операций». Докладчик представил европейские и украинские рекомендации по диагностике и лечению переломов костей у женщин в постменопаузальном периоде. Показано влияние различных групп медикаментозных препаратов на процесс консолидации перелома и формирование костной мозоли. Представлены экспериментальные данные, свидетельствующие о повышении прочности костной ткани, улучшении механической фиксации имплантата и усилении заполнения костных дефектов при применении препарата стронция ранелата.

В обсуждении докладов приняли участие проф. Корж Н. А., проф. Филиппенко В. А., проф. Попсуйшапка А. К., Повитчан О. Ю.

Заседание, 28 марта 2013 г.

И. И. Спесивый (гл. ортопед-травматолог УОЗ Харьковской обл.) «Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2012 г.». Докладчик проанализировал основные показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений, охарактеризовал показатели травматизма и первичной инвалидности вследствие травм опорно-двигательной

системы по районам области и Харьковскому региону в целом. Отметил снижение уровня дорожно-транспортного травматизма в области за 2012 г. по сравнению с предыдущим годом. Показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений в Харьковской области соответствуют рекомендуемым нормативам. В областных лечебных учреждениях продолжают внедрять новые методы диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы. В регионе ведется активная работа по заполнению всеукраинского электронного реестра эндопротезирования, созданного по инициативе и при поддержке правления Украинской ассоциации ортопедов-травматологов. И. И. Спесивый подчеркнул, что такая работа является необходимым условием в планировании закупок эндопротезов для первичного и, что особенно важно, ревизионного эндопротезирования. В заключение были сформулированы задачи по улучшению качества ортопедо-травматологической помощи населению Харьковской области.

Г. В. Бэц (гл. ортопед-травматолог ГУЗО г. Харькова) «Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы г. Харькова за 2012 г.». Докладчик остановился на некоторых качественных изменениях ортопедо-травматологической службы г. Харькова в 2012 г. Отметил, что на качество оказания медицинской помощи травмированным положительно повлияло проведение в Харькове «Евро-2012»: в период его подготовки была проведена большая работа по улучшению материально-технической базы ортопедо-травматологической службы и реорганизации скорой и неотложной медицинской помощи, для травматологов были организованы тренинги по вопросам неотложной и специализированной помощи пострадавшим. Наряду с этим, по-прежнему остается крайне неудовлетворительным медикаментозное обеспечение антирабической службы, недостаточным оснащение ряда травматологических отделений сертифицированными и качественными металлоконструкциями для остеосинтеза, низким качеством и уровнем организации амбулаторной ортопедо-травматологической помощи в поликлиниках и травматологических пунктах, не соблюдаются принципы преемственности при оказании медицинской помощи больным с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы в различных учреждениях.

С. Б. Довгань (гл. детский ортопед-травматолог ГУЗО Харьковской области) «Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2012 г.». Автор представил анализ состояния ортопедо-травматологической помощи детскому населению Харьковской области в 2012 г., акцентировал внимание на недостатках. Отмечено, что в ряде районных больниц области специализированную помощь детям с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательной системы оказывают врачи-хирурги, не имеющие подготовку ни по детской хирургии, ни по ортопедии и травматологии и тем более по детской ортопедии и травматологии. Это приводит к росту числа «запущенных» случаев ортопедической патологии и, соответственно, к росту инвалидности среди детского населения.

В. А. Филиппенко (председатель Харьковского областного отделения ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов») «Отчет о деятельности Харь-

ковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов за 2012 г.». В докладе подробно освещена научно-практическая и организационная деятельность правления и членов ХОООВО «УАОТ» в 2012 г. Отмечено, что в отчетном году с участием ХОООВО «УАОТ» было организовано и проведено 9 Дней ортопеда-травматолога, 8 областных конференций и межобластная конференция, посвященная 85-летию ХОООВОУАОТ и 85-летию журнала «Ортопедия, травматология и протезирование» (18.10.2012 г.). В заседаниях и конференциях, проведенных ассоциацией в 2012 г., приняли участие 963 специалиста. Посещаемость Дней травматолога в среднем составила 107 человек.

Областная конференция, проведенная 19.01.2012 г., была посвящена 85-летию со дня рождения выдающегося ученого ортопеда-травматолога, заслуженного деятеля науки и техники Украины, Лауреата государственной премии Украины, профессора Н. И. Кулиша. В областной конференции, проведенной в рамках Дня травматолога 15.03.2012 г., выступил с лекцией руководитель университетской клиники г. Вены проф. Виндхагер Р. (Австрия). В межобластной научно-практической конференции, посвященной 85-летию ХОООВОУАОТ и 85-летию журнала «Ортопедия, травматология и протезирование» приняли участие ортопеды-травматологи из Харьковской, Днепропетровской, Кировоградской, Донецкой областей. На этой конференции проф. Хвисюк Н. И. был единогласно избран почетным членом ХОООВО «УАОТ».

В рамках Дня травматолога были проведены обходы травматологических отделений ГКМБ № 18 г. Харькова и Чугуевской ЦГБ с клиническими разборами и анализом ошибок лечения, а также консультации всех представленных пациентов (всего 115 больных). Продемонстрированы больные, лечившиеся в отделении ортопедической артрологии и эндопротезирования ИППС им. проф. М. И. Ситенко и в клинических отделениях УкрНИИ протезирования.

В отчетном году ассоциация дала рекомендации 49 ортопедом-травматологам, которые проходили аттестацию для присвоения или подтверждения первой и высшей квалификационной категории. Присвоена категория 23 ортопедом-травматологам, из них высшая — 14, первая — 5, вторая — 4. Категорию подтвердили 30 специалистов: высшую — 27, первую — 3.

С участием членов Харьковской ассоциации в 2012 г. издано 5 монографий, 14 методических рекомендаций, опубликовано 284 статьи, получено 17 патентов, прочитано 473 лекции, сделано 98 научно-популярных сообщений в СМИ (49 выступлений на телевидении, 16 — по радио, опубликовано 33 научно-популярные статьи в газетах и журналах).

А. Г. Истомина (ХНМУ). Презентация отделения восстановительного лечения для ортопедо-травматологических больных Научно-практического медицинского центра Харьковского национального медицинского университета.

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Попсуйшапка А. К., проф. Шевченко С. Д., проф. Яременко Д. А., д-р мед. наук Бэц Г. В., доц. Зеленецкий И. Б., д-р мед. наук Березка Н. И., канд. мед. наук Ковалев С. И., Шевченко Ю. А.

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

Івано-Франківська обласна асоціація ортопедів-травматологів

Засідання на базі відділення травматології та ортопедії Снятинської ЦРЛ, 31 травня 2012 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих:

Хворий П., 32 р., діагноз: застарілий вивих правого плеча, привідна контрактура. Проведено хірургічне лікування — відкрите вправлення, фіксація спицею Кіршнера, накладення гіпсової лонгети. Визначена причина несвоєчасного лікування, узгоджена подальша реабілітація.

Хворий С., 62 р., діагноз: двобічний коксартроз II–III ступеня, значний больовий синдром. Консервативне лікування виявилось неефективним, рекомендовано хірургічне — ендопротезування правого кульшового суглоба в ортопедо-травматологічному відділенні ОКЛ.

Хвора Б., 48 р., діагноз: відкритий відламковий перелом кісток правої гомілки. Проведено первинне хірургічне оброблення рани, фіксацію фрагментів АЗФ. Співставлення відламків потребує корекції. Рекомендовано використати можливість АЗФ, провести належне вправлення відламків та реабілітацію хворої.

З доповідями виступили:

Гладчук І. І. (завідувач відділення травматології та ортопедії Снятинської ЦРЛ). Звіт про роботу відділення та служби району за 2011 рік.

Сулима В. С. (завідувач кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Проблема болю в ортопедії і травматології. Нестероїдний протизапальний препарат «Аркоксія» швидко усуває біль». Доповідач звернув увагу слухачів на рекомендації V Європейського конгресу Міжнародної асоціації з вивчення болю (Стамбул, 2006) та конгресу EULAR 2009 і наголосив, що в терапії больових синдромів слід надавати перевагу мультимодальній анальгезії, тобто поєднанню використанню декількох анальгетиків різних груп та механізмів дії. Приведено результати найбільшого у світі дослідження болю, котре стосувалося вивчення можливостей його усунення за допомогою НПЗП з потужним знеболювальним ефектом — «Аркосії» (еторикоксибу) у 46 394 хворих з 16 європейських країн. Доведено, що знеболювальний ефект еторикоксибу настає вже через 24 хв і триває 24 год. Мінімальну дозу еторикоксибу (60 мг) за силою знеболення можна порівняти з максимальною добовою дозою диклофенаку (150 мг). У результаті лікування еторикоксибом, на відміну від першої дози диклофенаку, значна кількість хворих свідчить про хороші результати. Кардіологічну безпеку еторикоксибу доведено в дослідженні дії НПЗП «MEDAL» у 34 701 хворого з тривалістю лікування до 3,5 років.

Юрійчук Л. М. (головний ортопед-травматолог ГУОЗ ОДА, завідувач відділення травматології та ортопедії ОКЛ) «Аркоксія — новий НПЗП з вираженим знеболювальним ефектом». Доповідач наголосив на перевагах застосування «Аркосії» у боротьбі з болем, навіть результати мультицентрових досліджень щодо застосування еторикоксибу. Однак, незважаючи на результати об'єктивних досліджень, еторикоксиб не зареєстровано у США.

В обговоренні питань регламенту взяли участь проф. Клепач М. С., проф. Сулима В. С., лікарі Іванчук Р. І., Юрійчук Л. М., Луців Б. В. та ін.

Засідання на базі відділення травматології та ортопедії Долинської ЦРЛ, 27 червня 2012 р.

Проф. Клепач М. С. провів клінічний розгляд та демонстрацію хворих:

Хворий Р. 1972 р. н., діагноз: закритий перелом правої стегнової кістки в середній третині, закритий подвійний перелом проксимального епіметафіза правої велико-

гомількової кістки. Проведено остеосинтез відламків стегнової кістки інтрамедулярним блоківним стрижнем, правої великогомілкової — «Г-подібною» пластиною. Виявлено гіпотрофію м'язів правої нижньої кінцівки, післятравматичну контрактуру правого колінного суглоба. Рекомендовано інтенсивні реабілітаційні заходи: лікувальний масаж, розробку рухів правого колінного суглоба, бальнеологічні та фізіотерапевтичні процедури.

Хворий Х. 1964 р. н., діагноз: закритий «трюх-кісточковий» перелом правої великогомілкової кістки, підвивих стопи досередини. Проведено остеосинтез ЛСР пластиною відламків великогомілкової кістки та накістковою пластиною — малоомілкової.

Рекомендовано усунути підвивих стопи та відновити конгруентність правого надп'ятково-гомількового суглоба, розпочати ефективну реабілітацію хворого.

З доповідями виступили:

Тисяк Р. В. (завідувач відділення травматології-ортопедії Долинської ЦРЛ) «Аналіз роботи профільної служби району за 2011 рік. Звіт».

Бодлак Л. В. (ортопед-травматолог Болехівської МЛ) «Травматологічна допомога в міській лікарні м. Болехові Долинського району. Звіт за 2011 рік». Оскільки медична служба Болехова підпорядкована обласному департаменту охорони здоров'я, незважаючи на близьке розташування його від району центру м. Долини, нам представлена деяка автономність перед службою району. Травматологічні ліжка в міській лікарні розташовані в хірургічному відділенні, де і надають травматологічну допомогу профільним хворим. Хірургічне лікування травматологічних хворих проводять за участю хірургів і воно не завжди відповідає сучасному рівню кваліфікованої допомоги потерпілим, незважаючи на консультації працівників кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ. Під час обговорення цього питання на засіданні асоціації запропоновано передати ставку лікаря-травматолога до ЦРЛ м. Болехова і там здійснювати кваліфіковану допомогу профільним хворим.

Ковалишин Т. М. (доцент кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Невідкладна лікарська допомога в разі відкритих ушкоджень кінцівок».

Доповідач охарактеризував особливості надання лікарської допомоги на доклінічному етапі та в умовах профільного стаціонару. Подано класифікаційні групи ран, характеру ушкоджень, зокрема таких, що супроводжуються відкритими переломами кісток та суглобів (Collins D. N., Temple S. D.). Висвітлено принципи лікувальної тактики з позиції оперативної травматології. На значному обсязі ілюстративного матеріалу з фото потерпілих, пролікованих на клінічній базі МКЛ-1, окреслено критерії діагностики, послідовність обстеження та алгоритм допомоги. Автор наголосив на ретельному проведенні первинної хірургічної обробки рани, медикаментозній підтримці та післяопераційному веденні хворих. Висвітлено причини невдач, помилки та ймовірні ускладнення, шляхи їх попередження та подолання.

В обговоренні взяли участь: проф. Клепач М. С., доц. Ковалишин Т. М., лікарі Юрійчук Л. М., Тисяк Р. В., Белей Л. М. та ін.

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії Коломийської ЦРЛ, 27 вересня 2012 р.

Клінічний обхід, розгляд та демонстрація хворих:

Хворий А., 1953 р. н., діагноз: закритий багато відламковий перелом проксимального відділу лівої великогомілкової кістки. Проведено хірургічне лікування — остеосинтез відламків лівої великогомілкової кістки

ЛСР пластиною. Хворий у задовільному стані. Уточнені методи реабілітації.

Хворий К., 1955 р. н., діагноз: закритий відламковий перелом проксимального відділу правої стегнової кістки, вторинний остеопороз. Проведено хірургічне лікування — остеосинтез відламків стегнової кістки інтрамедулярним блокувальним стрижнем. Реабілітація.

Хворий Г., 1945 р. н., діагноз: правобічний коксартроз ІV ступеня. Проведено первинне тотальне ендопротезування лівого кульшового суглоба в умовах ортопедо-травматологічного відділення ОКЛ. Трапився вивих в оперованому суглобі. Вивих ліквідовано. Уточнені методи реабілітації.

З доповідями виступили:

Гнатюк З. І. (завідувач профільного відділення ЦРЛ) «Аналіз роботи відділення та ортопедо-травматологічної служби району за останній рік».

Сулима В. С. (завідувач кафедри травматології і ортопедії ІФНМУ) «Хрящова тканина. Остеоартроз. Хондропротектори».

Доповідач нагадав, що суглобовий хрящ є складовою синовіального суглоба, обмежує суглобову щілину, бере на себе головне механічне навантаження під час рухів та є джерелом суглобового вмісту — синовіальної рідини. Гіаліновий суглобовий хрящ складається з однорідного склоподібного міжклітинного матриксу та занурених у нього клітин. Автор звернув увагу на доведені ролі апоптозу клітин суглобового хряща в патогенезі остеоартрозу. Апоптоз — це запрограмована клітинна смерть, за якої зменшується розмір клітини, відбувається конденсація та фрагментація хроматину, ущільнення цитоплазматичної мембрани без її руйнування. Апоптоз хондроцитів призводить до порушення процесів біосинтезу глікозаміногліканів, колагену ІІ типу (основних структурних компонентів суглобового хряща) та наступної деструкції хряща з запаленням синовіальної оболонки суглоба. Хондропротектори — основа тривалої базисної терапії остеоартрозу (ОА), в основі патогенезу якого лежить деполімеризація білково-поліцукрових комплексів позаклітинного матриксу з погіршенням його гідрофільних властивостей. Це призводить до втрати хрящовою тканиною фізіологічних властивостей з наступною появою тріщин, ерозій і деструкції. Доповідач зазначив доказовість призначення комбінації ібупрофену та глюкозаміну сульфату. При цьому анальгезивний ефект забезпечує в 2,4 рази менша доза ібупрофену порівняно з прийомом лише ібупрофену. Наведені клінічні приклади доцільного призначення хондропротекторів у комбінації з нестероїдними протизапальними препаратами.

Юрійчук Л. М. (головний ортопед-травматолог області, завідувач відділення травматології-ортопедії ОКЛ) «Сучасні методи діагностики, консервативні та оперативні методи лікування хворих з деформівними артрозами суглобів». Доповідач деталізував клінічний перебіг, рентгенологічні та артроскопічні зміни в суглобі за ОА в 4 стадіях ураження хряща, представив чинні рекомендації з лікування хворих на остеоартроз, ознайомив з методами сучасного хірургічного лікування на різних стадіях ОА та показаннями до його проведення. Наведено аналіз лікування хворих різними методами на базі ортопедо-травматологічного відділення обласної клінічної лікарні.

В обговоренні роботи взяли участь: проф. Клепач М. С., проф. Сулима В. С., доц. Дубас В. І., лікарі Юрійчук Л. М., Шібель І. В. та ін.

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії Косівської ЦРЛ, 25 жовтня 2012 р.

Клінічний розгляд та демонстрація хворих:

Хвора Х., 1954 р. н., діагноз: закритий підвертлюговий перелом лівої стегнової кістки. Проведено остеосинтез ЛСР пластиною. З навчальною метою детально представлена методика і техніка виконання остеосинтезу.

Хворий Т., 1958 р. н., діагноз: закритий відламковий перелом середньонижньої третини правої стегнової кістки. Проведено остеосинтез пластиною. Наявний діастаз між відламками. Обговорено його причини. Рекомендовано: ретельна реабілітація хворого.

Хвора Ч., 1961 р. н., діагноз: закритий відламковий перелом-вивих лівого надп'ятково-гомількового суглоба. Проведено остеосинтез пластинами. Рекомендовано: реабілітаційне лікування, обмеження осьового навантаження.

З доповідями виступили:

Дуб І. Б. (завідувач травматологічного відділення Косівської ЦРЛ) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2011 рік. Стан трансфузійної допомоги потерпілим».

Юрійчук Л. М. (головний ортопед-травматолог області, завідувач відділення травматології-ортопедії ОКЛ) «Сучасні методи остеосинтезу у відділеннях ортопедії-травматології Івано-Франківської області». Доповідач нагадав про основні принципи лікування ушкоджень опорно-рухової системи згідно з рекомендаціями АО. Продемонстрував результати лікування з використанням сучасних хірургічних методів на базі відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ.

Висвітлено перспективи розвитку ортопедо-травматологічної служби відділень обласної та міської клінічних лікарень, відділень, центральних районних лікарень, а саме:

- широке впровадження внутрішньокісткового блокувального остеосинтезу,
- розширення використання малоінвазивних артроскопічних та Rtg-інтервенційних методик,
- впровадження мікрохірургічних операцій,
- подальший розвиток методів ендопротезування великих суглобів.

Валовіна Ю. Д. (асистент кафедри травматології-ортопедії ІФНМУ) «Переломи проксимального відділу стегнової кістки в людей похилого віку. Діагностика, профілактика та лікування».

Доповідач звернув увагу на доцільності застосування комплексного підходу до лікування хворих похилого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки. Діагностика має поєднувати обстеження стану кісткової тканини для корекції порушень кісткового ремоделювання та покращення репаративної регенерації. Профілактичні заходи ушкоджень опорно-рухової системи треба спрямовувати на профілактику остеопорозу, особливо в жінок у постменопаузальному періоді та пацієнтів з високим ризиком розвитку остеопорозу. Поєднання хірургічного лікування з медикаментозною корекцією регенерації кісткової тканини та кісткового ремоделювання, активна реабілітація післяопераційних хворих сприяють позитивному результату та відновленню функцій травмованої кінцівки.

В обговоренні доповідей взяли участь: проф. Клепач М. С., доц. Омельчук В. П., доц. Дубас В. І., лікарі Юрійчук Л. М., Шібель І. В., Чужак В. І. та ін.

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії обласної клінічної лікарні, 29 листопада 2012 р.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий М., 1953 р. н., діагноз: політравма. Закрита черепно-мозкова травма. Відкритий відламковий перелом середньої третини правої стегнової кістки зі зміщенням. Закритий перелом проксимального метафіза правої

великогомілкової кістки зі зміщенням. Закритий відламковий перелом середньої третини кісток лівої гомілки зі зміщенням. Травматичний шок III ступеня. Проведено заходи щодо виведення хворого з травматичного шоку; хірургічне лікування — первинне оброблення рани правого стегна, остеосинтез відламків правої стегнової та великогомілкової кісток апаратом зовнішньої фіксації, інтрамедулярний блоківний остеосинтез відламків лівої великогомілкової кістки. Рекомендовано продовжувати лікування хворого, зважена реабілітація.

З доповідями виступили:

Омельчук В. П. (доцент кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Рання діагностика та комплексне лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань великих суглобів». Коротко висвітлено деякі теорії патогенезу ОА: біомеханічну (Стецула В. І.), біомеханічно-біохімічну (van den Berg W. B. et al., Carrabba M.), біохімічно-аутоімунну (Coronel P., Бруско А. Т., Корж М. О., Дедух Н. В. та ін.). Розкрито механізм походження та міграції біохімічних маркерів ОА: гіалуронової кислоти, компонентів агрекана (хондротин-4, 6-сульфатів, кератансульфатів, глікопротеїнів, колагену II типу); біомаркерів активності артриту (матричної металопротеази), С-телопептиду; D-піридиноліну, принципи їх виявлення та критерії біохімічної діагностики стадії ОА. Приведено критерії діагностики ОА. Представлено сучасні алгоритми лікування ОА вітчизняних, російських авторів, EULAR. Охарактеризовано переваги, недоліки та побічні дії різних НПЗП, блокаторів ЦОГ-1, ЦОГ-2, інших препаратів, а також фізіотерапевтичного лікування, ортопедичної корекції. Розкрито механізм дії різних форм хондропротекторів, диференційований підхід до їх застосування. Автор наголосив на особливостях внутрішньосуглобового застосування хондропротекторів з різною молекулярною масою та в'язкоеластичністю. Висвітлено досвід терапії ОА різними препаратами у 87 хворих.

В обговоренні взяли участь: проф. Клепач М. С., лікарі Шібель І. В., Чужак В. І., Дзюбак М. В. та ін.

Засідання на базі відділення термічної травми ОКЛ, 20 грудня 2012 р.

Обхід, клінічний розгляд, демонстрація хворих:

Хворий С., 1967 р. н., діагноз: опік полум'ям обличчя, шиї, тулуба, правої верхньої та нижньої кінцівок II, III ступеня 29% (17%) площі тіла. Опік верхніх дихальних шляхів I ступеня. Опікова хвороба, період септико-токсемії. Виконано етапні некротомії, ксенопластику та аутодермопластику грануляційних поверхонь ран. Рекомендовано провести аутодермопластику на грануляційних ділянках під ксенотрансплантатом.

Хворий К., 1971 р. н., діагноз: опік кип'ятком тулуба, обох верхніх кінцівок II, III ступеня 20% (9%) площі тіла. Опікова хвороба, період гострої опікової токсемії.

Виконано етапні некротомії та некротомії. Рекомендовано етапну вільну аутодермопластику.

З доповідями виступили:

Кіршак К. Б. (завідувач відділення термічної травми ОКЛ) «Аналіз роботи відділення термічної травми ОКЛ за 2012 рік. Дефекти в роботі районних спеціалістів».

Хохряков І. В. (головний позаштатний комбустіолог Івано-Франківської області) «Медична реабілітація хворих, які перенесли тяжкі опіки». Лікування хворих з термічними ураженнями шкіри 6–8%, глибокими опіками — 20% і вище проводять в два етапи: перший починається з першого періоду опікової хвороби до повної епітелізації ран, другий — після остаточного відновлення шкірного покриву. Основні порушення, які трапляються під час проведення реабілітації: ураження нирок, серцево-судинної та дихальної систем, шкіри та опорно-рухової системи. Часто виникають контрактури суглобів, серед яких розрізняють дерматодесмогенні, міогенні, тендогенні, нейрогенні, артрогенні, кістково-суглобові.

Доповідач навів класифікацію тяжкості контрактур Паріна Б.:

I ступінь — рубці натягуються, але рухи в суглобі в повному обсязі,

II ступінь — за максимальних рухів у суглобі (згинання, розгинання) наявні рубці у вигляді перетинок, тяжів. Об'єм рухів наполовину зменшений,

III ступінь — різке обмеження функції суглоба, масивні рубці розташовані далеко від суглоба,

IV ступінь — повна відсутність рухів у суглобі. Зрощення обох суглобових поверхонь.

Перший період реабілітації починається з моменту відновлення шкірного покриву. Завдання цього періоду — максимально відновити функції суглобів методами консервативного лікування.

Другий період реабілітації спрямований на усунення контрактур і деформацій, зменшення ступеня косметичних і функціональних порушень (різні способи відновних операцій і консервативне лікування).

Третій період реабілітації передбачає відновлення і розвиток збережених функцій органів і систем.

У реабілітації потерпілих беруть участь спеціалісти різного профілю: комбустіологи, ортопеди-травматологи, фізіотерапевти, терапевти, косметологи, психоневрологи, соціологи.

Клепач М. С. (голова асоціації, професор кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Розгляд проекту плану роботи асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на 2013 рік». Проведено підсумкове засідання правління асоціації та ревізійної комісії.

В обговоренні питань засідання взяли участь: проф. Клепач М. С., проф. Юрійчук Л. М., лікарі Хохряков І. В., Кіршак К. Б., Шібель І. В. та ін.

Голова асоціації
Секретарь

М. С. Клепач
Ю. Д. Валовіна