

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 21 января 2010 г.

Доклады:

О.Ф. Артюшенко, В.М. Бубна (ГКБ № 31) «Лечение повреждений нервов плеча и предплечья». Повреждения нервов верхней конечности составляют около 80% всех травм периферической нервной системы. Травматические невриты возникают как при открытых, так и при закрытых переломах костей конечности, тракционных повреждениях, при неудачном применении метода закрытой репозиции отломков, а также при ишемических поражениях, в том числе при фиксации гипсовыми повязками. По наблюдениям авторов, диагностике и лечению травматических невритов в остром периоде травмы уделяется недостаточное внимание. В связи с этим в последние несколько лет отмечается увеличение количества случаев застарелых повреждений нервов верхней конечности, требующих хирургического лечения и длительного реабилитационно-восстановительного лечения.

О.Ф. Артюшенко, Т.И. Профатило, В.М. Бубна (ГКБ № 31) «Лечение кубитального синдрома». В докладе детально освещены особенности клиники и тактики лечения кубитального синдрома в зависимости от стадии заболевания. В 2008–2009 гг. в отделении хирургии кисти ГКБ № 31 г. Харьков по поводу кубитального синдрома оперирован 41 больной. Из них у 8% пациентов наблюдались сочетания синдрома карпального канала, синдрома канала Гейона и синдрома кубитального канала. Представлены отдаленные результаты лечения 16 больных: хорошие результаты получены у 10, удовлетворительные — у 4 и неудовлетворительные — у 2 пациентов.

В.И. Федоренко, А.С. Данилов, С.И. Спесивый (ГКБ № 31) «Новое в оказании urgentной помощи больным с повреждениями кисти». В докладе освещены

результаты внедрения некоторых современных хирургических методов лечения повреждений кисти в работу специализированного круглосуточного травматологического пункта кисти (КТПК), который функционирует при ГКБ № 31 г. Харьков. В частности отмечено, что в КТПК в настоящее время при повреждении мягких тканей пальцев кисти кольцами используют комбинированную кожную пластику, для которой свободные кожные лоскуты берут с плеча, при этом донором является соседний палец. Лечение этапное — через три недели проводят повторную операцию. При торцевом повреждении дистальных фаланг пальцев с дефектом мягких тканей выполняют операцию с закрытием дефекта ладонным лоскутом на питающей ножке. При закрытых нестабильных переломах пястных костей со смещением и костей фаланг пальцев проводят МОС пластинами или репозиционными винтами. Представлены клинические наблюдения больных с травмами кисти, которым была оказана медицинская помощь в травмпункте кисти с использованием указанных хирургических методов лечения.

С.А. Голобородько (ХОКТБ) «Итоги двадцатилетнего развития хирургии кисти в Харьковской областной травматологической больнице». В 1990 г. в Харьковской областной травматологической больнице (ХОКТБ) начала успешно функционировать стройная система оказания специализированной помощи больным с патологией кисти. В среднем за год в больницу поступают около 1100 первичных пациентов с повреждением кисти, выполняют около 200 плановых операций. ХОКТБ является клинической базой Харьковской медицинской академии последиplomного образования, где ежегодно проводят циклы тематического усовершенствования по хирургии кисти. За последние двадцать лет на базе ХОКТБ по указанной проблеме прошли стажировку более 150 украинских и зарубежных врачей. Основные направления

научной деятельности сотрудников ХМАПО и ХОКТБ по проблеме хирургии кисти: разработка новых способов диагностики и лечения нейрогенных деформаций кисти, синдрома канала запястья, повреждений сухожильев сгибателей и разгибателей пальцев кисти, лечение повреждений и деформаций кисти с использованием стержневых аппаратов, диагностика и лечение редко встречающейся патологии кисти и др. Результаты исследований нашли отражение более чем в 50 научных публикациях в профессиональных медицинских изданиях СССР, Украины, России, Индии, Мексики, США, Швеции. В настоящее время в ХОКТБ продолжается активная лечебная, педагогическая и научная работа, направленная на улучшение качества лечения больных с патологией кисти.

Заседание, 18 февраля 2010 г.

Демонстрация результатов комплексного лечения онкологических больных

Больной Г., 20 лет, диагноз: злокачественная гигантоклеточная опухоль в/3 левой большеберцовой кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. Лечение в 2008 г.: неoadьювантная полихимиотерапия; операция — удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта в/3 большеберцовой кости модульным эндопротезом «MUTARS», Implantcast; адьювантная полихимиотерапия. В настоящее время функция левого коленного сустава полная, ходит без дополнительной опоры, признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больная С., 22 года, диагноз: злокачественная гигантоклеточная опухоль н/3 правой бедренной кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. Лечение в 2006 г.: неoadьювантная полихимиотерапия; операция — удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта н/3 бедренной кости индивидуальным эндопротезом; адьювантная полихимиотерапия. В 2009 г. произошел перелом эндопротеза, проведена операция — ревизионное эндопротезирование н/3 бедренной кости эндопротезом «MUTARS», Implantcast. В настоящее время функция правого коленного сустава полная, ходит без дополнительной опоры, признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больная Ш., 50 лет, диагноз: остеогенная саркома н/3 правой плечевой кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. В 2009 г. проведены: неoadьювантная полихимиотерапия; операция — удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта н/3 плечевой кости индивидуальным эндопротезом, адьювантная полихимиотерапия. В настоящее время функция правого локтевого сустава полная, признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больной Г., 45 лет, диагноз: хондросаркома проксимального отдела правой плечевой кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. В 2008 г. проведена операция: удаление опухоли, тотальное замещение плечевой кости индивидуальным эндопротезом. В настоящее время функция правого локтевого, лучезапястного суставов в полном объеме, определяется ограничение движений в плечевом суставе, что связано с дефектом мышц, которые были удалены с опухолью. Признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больной В., 16 лет, диагноз: остеогенная саркома проксимального отдела левой плечевой кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. В 2009 г. проведены: неoadьювантная полихимиотерапия; операция — удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта плечевой кости индивидуальным эндопротезом, адьювантная полихи-

миотерапия. В настоящее время движения в плечевом суставе ограничены, что связано с дефектом мышц, которые были удалены с опухолью. Признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больная Ш., 42 года, диагноз: фибросаркома проксимального отдела левой большеберцовой кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. В 2006 г. проведена операция: удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта в/3 большеберцовой кости индивидуальным эндопротезом. В настоящее время функция левого коленного сустава полная, ходит без дополнительной опоры, признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больная П., 29 лет, диагноз: хондросаркома проксимального отдела правой бедренной кости, патологический перелом проксимального отдела правой бедренной кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. Три месяца назад выполнена операция: удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта в/3 бедренной кости индивидуальным эндопротезом. В настоящее время функция тазобедренного сустава не ограничена, ходит без дополнительной опоры. Признаков рецидива и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Больной К., 22 года, диагноз: остеогенная саркома проксимального отдела правой большеберцовой кости $T_2N_0M_0$, II ст., 3 кл. гр. В 2005 г. прошел курсы неoadьювантной полихимиотерапии, проведена операция — удаление опухоли, замещение пострезекционного дефекта проксимального отдела большеберцовой кости углеродным имплантатом (полусустав). Через 2 мес произошло нагноение тканей голени, проведено удаление углеродного имплантата, некрэктомия, замещение дефекта большеберцовой кости металло-цементным имплантатом (спейсером). Повторное нагноение, повторная некрэктомия и замена металло-цементного спейсера. Через 6 мес нагноение, выполнена операция — некрэктомия, удаление металло-цементного имплантата. Проводили этапную кожную пластику. Спустя 1,5 года ремиссии гнойного процесса выполнена операция: тотальное модульное эндопротезирование правой большеберцовой кости. Через год после операции произошел рецидив гнойного процесса. Проведена миофасциопластическая ампутация правой н/конечности на уровне н/3 бедра с экспресс-протезированием на операционном столе. В последующем изготовлен постоянный протез. В настоящее время пациент ходит без дополнительной опоры, признаков рецидива онкологического заболевания и отдаленного метастазирования не обнаружено.

Доклады:

Н.А. Корж, О.Е. Вырва, И.В. Шевченко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «*Основные принципы органосохраняющих операций при злокачественных опухолях костей скелета*». В докладе освещена история становления костной онкологии — одного из направлений современного развития ортопедии и травматологии как науки и как специальности (первый опыт выполнения органосохраняющих операций, использование модульных систем эндопротезов, внедрение в практику химиотерапии, разработка и практическое использование хирургической классификации костных опухолей). Особое внимание уделено важности своевременной и ранней диагностики костных опухолей, что позволяет выполнять органосохраняющие операции и добиваться максимально положительных результатов комплексного лечения данной категории больных. Изложены основные принципы хирургического лечения при злокачественных опухолях костей скелета, представлены

етапы обследования больного, освещены показания к модульному эндопротезированию, особенности планирования хирургического вмешательства и его этапы, включающие выделение опухоли, измерение длины резекции кости, резекцию кости, интраоперационную экспресс-биопсию, монтаж и установку эндопротеза, фиксацию мышц, сухожилий и капсулы сустава к эндопротезу, транспозицию мышц, дренирование и послойные швы раны. Представлены результаты комплексного лечения пациентов со злокачественными костными опухолями в отделе костной онкологии ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины». Подчеркнута необходимость лечения больных с онкопатологией костной системы в специализированных стационарах.

О.Е. Вырва, Я.А. Головина, В.В. Бурлака (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Хирургическое лечение метастатических поражений длинных костей скелета». Освещены основные особенности метастатического поражения костей, различия в диагностике и тактике лечения при первичных костных опухолях и вторичных поражениях костей. Представлены критерии риска развития патологических переломов, основные показания к хирургическому лечению костных метастазов, преимущества выполнения органосохраняющих операций. Показаны основные виды органосохраняющих операций (паллиативные и радикальные), различные варианты замещения пострезекционных дефектов длинных костей. Основной целью хирургического лечения метастатического поражения костей является предупреждение развития патологических переломов, стабилизация сегмента при переломе, восстановление функции пораженной конечности в максимально короткие сроки, хороший функциональный результат и улучшение качества жизни пациентов.

О.Е. Вырва, А.А. Дынник, В.В. Краснобай, Р.В. Мальк (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Этапное протезирование больных после ампутаций нижних конечностей по поводу злокачественных новообразований (при невозможности осуществления органосохраняющих операций)». Одним из видов хирургического лечения пациентов со злокачественными костными опухолями являются ампутации и экзартикуляции. Основные показания для их проведения: обширность опухолевого поражения, вовлечение в опухолевый процесс всех окружающих мягких тканей и сосудисто-нервного пучка. Представлены исторические аспекты развития протези-

рования, основные принципы выбора уровня и особенности проведения ампутаций у онкологических больных. Показаны преимущества экспресс-протезирования на операционном столе, развитие и усовершенствование данного метода в клинике ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины». Особое внимание уделено протезированию при наличии металлических конструкций (модулей эндопротезов), что позволяет уменьшить уровень ампутаций и создать более благоприятные условия для протезирования. Продемонстрированы клинические примеры и хорошие функциональные результаты радикального вида лечения.

Н.А. Корж, Н.В. Дедух (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Регенерация кости: настоящее и будущее». В докладе освещены основные этапы развития представлений о репаративном остеогенезе, а также о локальных и системных факторах, влияющих на течение репаративного остеогенеза, и новых технологиях лечения переломов с позиции современных достижений в области клеточной и молекулярной биологии. Представлена концепция согласованности лечения переломов, включающая учет стадийности репаративного остеогенеза, оценку механизма действия и эффективности остеотропных препаратов. Показана роль факторов роста, в том числе трансформирующего фактора роста- β (TGF- β 1), в клеточной дифференцировке в процессе репаративного остеогенеза. В заключение сделан вывод о том, что дефицит TGF- β 1 достоверно увеличивает сроки сращения переломов. Несмотря на то, что репаративная регенерация кости — это генетически запрограммированный процесс, исходы сращения переломов зависят от множества условий, как эндогенных, так и экзогенных. Понимание механизмов регенерации определяет новые этапы в разработке способов управления репаративным остеогенезом и лечения переломов костей.

Н.А. Корж, К.К. Романенко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Эпидемиологическое исследование переломов костей и результатов их лечения в Украине. Предварительные результаты». Представлена информация о частоте встречаемости переломов верхних и нижних конечностей, методах консервативного и хирургического лечения, сроках консолидации по результатам исследования, проводившегося при участии 126 врачей из 24 городов Украины, включая Киев, Харьков, Донецк, Днепропетровск и др. Продемонстрированы результаты использования различной остеотропной

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

Івано-Франківська обласна асоціація травматологів-ортопедів

Засідання асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на базі відділення термічної травми Івано-Франківської ОКЛ

Протокол №127, 24 грудня 2009 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.
Хворий В., 1956 р.н., діагноз: опік полум'ям обох верхніх і нижніх кінцівок, спини, попереку, лівої сідничної ділянки III А, III Б, IV ступеня 18% площі тіла. Опікова хвороба, період септикотоксемії. Бактеріальна пневмонія. Гостра стресова виразка дванадцятипалої кишки. Проведено етапні некретомії, вільну автодермопластику. Проводиться лікування пневмонії, виразки дванадцятипалої кишки.

Хвора Б., 1971 р.н., діагноз: опік полум'ям обличчя, тулуба, обох верхніх і нижніх кінцівок II, III А, III Б ступеня 20% площі тіла. Опік верхніх дихальних шляхів I ступеня. Опікова хвороба, період гострої опікової токсемії. Виконано етапні некретомії, вільну автодермопластику.

Хворий П., 1955 р.н., діагноз: відмороження обох нижніх кінцівок II, III, IV ступеня 4% поверхні тіла. Проведено некретомію ушкоджених ділянок нижніх кінцівок. Рекомендовано ампутацію переднього відділу обох стоп.

Доповіді:

Л.М. Юрійчук (головний позаштатний ортопед-травматолог Івано-Франківської області) «Профілактика

післяопераційних ускладнень та аналіз дефектів у роботі травматологічних відділень області». Лікувально-діагностичні помилки і ускладнення позначаються на якості та ефективності лікування і можуть виникати в будь-якій сфері лікарської діяльності, але особливе значення мають вони в практиці хірургів, травматологів-ортопедів. Професійні помилки повинні бути зведені до мінімуму. Особливо часто вони виникають у разі:

- порушення сучасних принципів лікувально-діагностичного процесу;
- недостатньої компетенції лікаря;
- поспішності в лікувальному процесі;
- необгрунтованої самовпевненості лікаря;
- неадекватного вибору способу лікування.

Тому відкрите обговорення недоліків у роботі, аналіз причин ускладнень є необхідними для їх запобігання.

Продемонстровано клінічні випадки помилок та ускладнень у лікуванні хворих з ортопедо-травматологічною патологією, яких було припущено в лікарнях Івано-Франківської області. Проведено детальний аналіз помилок і визначено заходи профілактики.

К.Б. Кіршак (ОКЛ) «Аналіз роботи відділення термічної травми ОКЛ за 2009 рік. Звіт». Доповідач подав звіт про роботу відділення, показники діяльності за звітний період. Зокрема, відділення розгорнуто на 30 ліжок і палата інтенсивної терапії на 3 ліжка. У відділенні працюють 6 лікарів комбустіологів, лікар терапевт і 3 лікарі анестезіологи. Для лікування хворих використовують найсучасніші методи, як консервативні, так і хірургічні: компресійна терапія, ксенотрансплантати, ранні некректомії, дерматотензія тощо. Матеріальне забезпечення відділу знаходиться на рівні 60–70%. З них забезпечення м'яким інвентарем на 70%, інструментарієм на 60%, медичним обладнанням та наркозною апаратурою — 70%. У 2009 році перебували на лікуванні 504 хворих, проведено 542 операції, план виконання ліжко-днів у відділенні виконується на 97,7%. Подано перспективний план щодо покращання матеріально-технічного забезпечення відділення на наступний рік.

М.С. Клепач (ІФНМУ) «Засідання правління асоціації та ревізійної комісії. Затвердження плану роботи асоціації травматологів-ортопедів Івано-Франківської області на 2010 рік». Доповідачем представлений попередньо обговорений і затверджений на правлінні асоціації план роботи на 2010 рік. Подано план навчання курсантів передатестаційних циклів на 2010 рік.

Я.І. Мирон (ОблСЕС) «Епізоотичний стан зі сказу в Івано-Франківській області». У своїй доповіді автор зупинився на механізмі зараження сказом і шляхах його передачі, а також на епідеміології гідрофобії. Констатовано вогнища епізоотії сказу в області та кількості постраждалих від цієї інфекції. Звернуто увагу на значення профілактики сказу на ранніх етапах зараження. Доповідач детально пояснила деякі законодавчі акти та інструкції щодо профілактики та лікування сказу.

Проведено семінар, залік з рабіології з видачею сертифікатів лікарям, які відповідальні за рабіологічну службу.

Н.П. Андреїв (Glaxo Smith Kline). Презентація фірми. В обговоренні взяла участь професор Клепач М.С., лікарі Юрійчук Л.М., Кіршак К.Б., Романчук М.В. та ін.

Засідання асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на базі відділення травматологічної ортопедії обласної клінічної лікарні
Протокол №128, 28 січня 2010 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.

Хворий К., 1950 р.н., діагноз: двобічний гонартроз

III ступеня з вальгусною деформацією правого колінного суглоба та вираженим больовим синдромом. Стан після ендопротезування правого колінного суглоба. Проводиться реабілітаційне лікування правої нижньої кінцівки.

Хворий С., 1968 р.н., діагноз: ускладнений псевдоартрозом відкритий перелом середньої третини діафіза лівої стегнової кістки, синтезований спице-стержневим АЗФ. Стан після реостеосинтезу інтрамедулярним блокуючим фіксатором. Консолідація відламків, стійка розгинальна контрактура (070/10°) лівого колінного суглоба. З анамнезу: травма в січні 2008 року, лікувався в Росії, де проведено остеосинтез лівої стегнової кістки спице-стержневим АЗФ. У лютому 2009 року його прооперовано в Івано-Франківській ОКЛ з діагнозом псевдоартроз лівої стегнової кістки, виконано реостеосинтез інтрамедулярним блокуючим фіксатором. У березні 2009 року виконано операцію в Івано-Франківській ОКЛ з приводу гнійної гематоми лівого стегна. Реабілітаційне лікування хворому адекватно не проводили, внаслідок чого виникла контрактура в лівому колінному суглобі. Рекомендовано артроліз лівого колінного суглоба.

Хворий М., 1965 р.н., діагноз: перелом у процесі консолидації, середньої третини діафіза правої великогомілкової кістки, який синтезований інтрамедулярним блоківним стержнем. Розгинальна контрактура правого колінного суглоба, яка зумовлена високим стоянням проксимальної частини фіксатора. Проведено видалення блоківних шурупів, усунення високого стояння інтрамедулярного стержня і повторне блокування фіксатора.

Доповіді:

М.С.Клепач (голова асоціації травматологів-ортопедів області) «Звіт про роботу асоціації ортопедів-травматологів області за 2009 рік». Кількість членів асоціації на 31.12.09 р. становила 177 осіб. Вибуло 3 особи, прибуло 9. Склад членів асоціації ортопедів-травматологів за кваліфікаційними категоріями: атестовано 157 осіб (89%; по Україні — 78%); вища кваліфікаційна категорія — 45 осіб (25%); перша категорія — 55 осіб (31%); друга категорія — 57 осіб (32%); не атестовані 20 осіб (11%). За звітний період проведено 4 засідання правління асоціації, на яких розглянуто різні питання роботи осередку: стан якості лікування профільних хворих у деяких районах області, у відділенні травматології МКЛ-1, термічної травми ОКЛ; аналіз дефектів у роботі травматологічних відділень області; впровадження нових методів лікування хворих; підвищення кваліфікації ортопедів-травматологів області та їх атестація; фінансова діяльність і робота ревізійної комісії. На засіданнях правління розглядалися атестаційні справи претендентів із затвердженням рекомендацій до атестаційної комісії.

Проведено 8 загальних зборів членів асоціації, з яких 3 на базі Галицької ЦРЛ (Бурштин), Тисменицької ЦРЛ, Надвірнянської ЦРЛ. Два запланованих засідання у жовтні та листопаді не відбулися у зв'язку з епідемією грипу.

Засідання також проводилися на базі травматологічних відділень ОКЛ, МКЛ, ОДКЛ, КП, термічної травми. На усіх засіданнях заслуховували звіти за певний період роботи відділень.

Представлено 7 доповідей на теми: «Показання до направлення на МСЕК травматологічних та ортопедичних хворих» (Олійчук М.Д.), «Клінічні прояви та лікування магістрального гіпертензивного ішемічного синдрому» (Ковалишин Т.М.), «Діагностика та лікування остео-

хондропатій» (Дубас В.І.), «Ортокосметична корекція осі нижніх кінцівок» (Бородайкевич Р.Д.), «Алкоголь і травматизм» (Адрейчин В.А.), «Профілактика післяопераційних ускладнень та аналіз дефектів у роботі травматологічних відділень області» (Юрійчук Л.М.), «Стан рабіологічної допомоги населенню області» (Мирон Л.І.).

Члени осередку беруть активну участь у роботі з'їздів, конференцій, пленумів Української асоціації ортопедів-травматологів, а також виступають з науковими доповідями на різних форумах.

Членами асоціації опубліковано 27 наукових праць і 2 патенти на винахід. Проведено захист кандидатської дисертації: «Оперативне лікування хворих з через- та міжвертлюговими переломами стегнової кістки у похилому та старечому віці» (Юрійчук Л.М.).

Проведено добровільне страхування професійної відповідальності ортопедів-травматологів області в АСТ «Вексель». Сертифікати страхування одержали 26 лікарів.

На засіданнях асоціації заслухано 8 звітів про роботу профільних відділень ОКЛ, ОДКЛ, МКЛ, ЦРЛ з аналізом помилок у лікуванні хворих.

У грудні 2009 року заслухали доповідь завідувача відділу особливо небезпечних інфекцій ОблСЕС про епідемічну та епізоотичну ситуацію сказу в Україні і області та стан рабіологічної допомоги населенню з подальшим семінаром і заліком.

На кожному засіданні проводилися клінічний обхід, обговорення та демонстрація 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 заслуховували звіт про роботу асоціації та ревізійної комісії. У засіданнях асоціації брали участь 7 фармакологічних фірм, представники яких презентували різні лікарські засоби виробників і надавали благодійну допомогу відділенням.

Регулярно публікуються протоколи засідань у науково-практичному журналі «Ортопедия, травматология и протезирование».

Л.М. Юрійчук (ОКЛ) «Аналіз роботи відділення травматології-ортопедії ОКЛ за 2009 рік». Відділення у 2009 році було розгорнуто на 35 ліжок. У відділенні проходять лікування хворі з ортопедичною патологією, травмами опорно-рухової системи різної складності, пухлинами кісток, захворюваннями суглобів, спортивною травмою. Для лікування хворих використовують сучасні методи лікування: стабільно-функціональний, внутрішньокістковий блоківний МОС, апаратна фіксація переломів кісток кінцівок, ключиці, таза, малоінвазивний МОС під рентген-контролем, артроскопія колінного і плечового суглобів, едопротезування кульшового і колінного суглобів, корекція набутих і природжених пороків і деформацій кісток і суглобів, кісткова пластика, пластика зв'язок і сухожилків.

У відділенні працюють 14 лікарів травматологів-ортопедів, з яких атестовано 11: два лікарі з вищою категорією, чотири — з першою категорією, п'ять — з другою. Працівники відділення несуть цілодобові ургентні чергування по області.

У відділенні є 2 операційні, одна з яких виконує ургентну функцію. Відділення забезпечено апаратурою та інструментарієм для надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги пацієнтам на сучасному рівні.

Наведено основні показники роботи ортопедо-травматологічного відділення за минулий рік і проведено

їх аналіз. Окреслено перспективи розвитку, а саме: розширення впровадження методик ендопротезування великих суглобів, малоінвазивних артроскопічних і рентген-інтервенційних, внутрішньокісткового блоківного остеосинтезу та запровадження мікрохірургічних способів.

В.І. Пилипчук (управління охорони здоров'я області) «Наказ Міністерства охорони здоров'я України 07.07.2009 р. № 484». Доповідач ознайомив присутніх з наказом МОЗ України про атестацію лікарів різних видів діяльності. Зупинився на переліку вимог, які передбачено в цьому наказі, необхідних для отримання певної кваліфікаційної категорії. Подано шкалу градації балів на наступні 5 років. Проведено аналіз роботи травматологічної служби області та вказано на певні недоліки в деяких районах. Звернуто увагу на необхідність виконання резолюції Колегії Управління охорони здоров'я Івано-Франківської області, яку було визначено на засіданні в травні 2009 року.

В.С. Сулима (ІФНМУ) «Ксарелто — сучасний засіб протидії тромбоутворенню». Актуальність проблеми профілактики тромбоутворення зумовлена високим ризиком тромбоемболій під час хірургічного лікування в травматології-ортопедії. Одним із сучасних антикоагулянтів, який знайшов широке застосування в хірургічній травматології-ортопедії протягом останнього періоду, є «Ксарелто» фірми «Bayer».

Доповідач навів фактори ризику, які сприяють венозному тромбоутворенню, та категорії ризику венозних тромбоемболічних ускладнень. Зупинився на фармакологічних властивостях препарату ривароксабан («Ксарелто»), способі застосування та дозах. Вказано на показання та протипоказання до його застосування. Доповідач навів приклади застосування препарату в умовах стаціонару Івано-Франківської ОКЛ.

В обговоренні взяли участь проф. Клепач М.С., проф. Сулима В.С., лікарі Юрійчук Л.М., Стефанишин А.В., Купчак О.І., Васін Ю.М. та ін.

Засідання асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на базі відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської МКЛ №1.

Протокол №129, 25 лютого 2009 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.

Хворий Б., 1982 р.н., діагноз: відкритий переломовивих правого надп'яtkово-гомількового суглоба. Виконано ПХО рани, закриття вправлення кісток суглоба і фіксацію спицями Кіршнера через п'яtkову кістку. На контрольній рентгенограмі наявний підвивих у надп'яtkово-гомільковому суглобі. Рекомендовано провести повторне вправлення з подальшою фіксацією в АЗФ.

Хворий П., 1941 р.н., діагноз: синдром позиційного здавлення лівої нижньої кінцівки. Ішемічний набряк м'яких тканин лівої гомілки. Бешиха лівої гомілки, еритемна форма. Рекомендовано утриматися від хірургічного втручання, доплерографія судин лівої гомілки, спостереження з повторним лабораторним визначенням необхідних констант, консультація ангіолога, інфекціоніста.

Хворий Н., 1983 р.н., діагноз: політравма, закритий діафізарний перелом правої стегнової і лівої великогомілкової кісток. ЧМТ — забій головного мозку I ступеня. Доправлено до клініки МКЛ №1 з ЦРЛ через три дні після травми. Проведено остеосинтез інтрамедулярним блоківним фіксатором стегнової і великогомілкової кісток. Виписано на реабілітаційне лікування за місцем проживання.

Доповіді

В.А. Андрейчин (ІФНМУ) «*Політравма. Класифікація, клініка, діагностика, лікування*». У клініці травматології МКЛ № 1 м. Івано-Франківськ за останні 3 роки з діагнозом політравма проходили лікування 10 осіб. Середня тривалість перебування на ліжку цих хворих — 29,3 дня. У 5 пацієнтів діагностовано множинну травму — множинні переломи кісток, у 3 діагностовано поєднану травму — переломи кісток скелета з ЧМТ і у 2 — переломи кісток у поєднанні з травмою грудної клітки — пневмо- і гемоторакс. Велике значення надавали домінуючому ушкодженню, виведенню хворих із шоку, ранній стабілізації відламків. З 10 осіб, які були на лікуванні з політравмою, померло 4 (одна пацієнтка з множинними переломами довгих кісток, три пацієнти з переломами довгих кісток, які поєднувалися з травмами грудної клітки і ЧМТ). Середній вік померлих становив 72 роки.

І.В. Шібель (МКЛ № 1) «*Аналіз роботи травматологічної служби міста і відділення МКЛ за 2009 рік. Звіт. Стан трансфузійної допомоги постраждалим за звітний період*». Доповідач охарактеризував проведену роботу ортопедів-травматологів у медичних закладах. Зупинився на проблемах амбулаторно-поліклінічної, невідкладної та стаціонарної допомоги в травматологічному відділенні МКЛ № 1. Він зазначив, що провідне місце в лікуванні хворих з травмами та ортопедичними захворюваннями займає амбулаторно-поліклінічна допомога. Майже 97% хворих з травмами починають та закінчують своє лікування в поліклініках. В Івано-Франківську працюють 22 травматологи, що становить 1,2 на 10000 населення. У поліклініках міста прийнято 50915 хворих, з них у міському травм пункті — 9397. Первинно в поліклініках прийнято 23297 хворих. Доповідач проаналізував травматизм як одну з причин смертності, інвалідності та тимчасової втрати працездатності серед жителів м. Івано-Франківськ. Відзначив, що виробничий травматизм знизився у зв'язку зі скороченням виробництва, збільшенням безробіття, а також міграційними

процесами і становить 4,2 на 10000 населення. Водночас виріс рівень невиробничого травматизму (328,6 на 10000) за рахунок побутового (322,2 на 10000), вуличного (3,8 на 10000), дорожньо-транспортного (1,7 на 10000) і спортивного (0,7 на 10000). Покращилася стаціонарна допомога в травматологічному відділенні, про що свідчить впровадження новітніх методів хірургічних втручань на опорно-руховій системі та збільшення хірургічної активності до 68,5%. Перебували на лікуванні 1454 пацієнти, середня тривалість його становить 13,1 дня, а зайнятість ліжка — 343,2 дня. Проведено 1050 операцій.

Особливу увагу приділено стану трансфузійної допомоги постраждалим з тяжкими та множинними травмами. Необхідно постійно вести роз'яснювальну роботу з родичами пацієнтів щодо необхідності добровільного донорства і створення донорської бази на станції переливання крові. Для покращання ортопедо-травматологічної допомоги рекомендовано звернутися до управління охорони здоров'я, до головного лікаря МКЛ № 1 щодо забезпечення відділення новітніми металокопункціями для остеосинтезу та відповідними інструментами.

В.С. Сулима (ІФНМУ) «*Клінічні аспекти застосування глюкокортикоїдів*». Професор Сулима В.С. як член міністерської ради експертів з досуглобового введення глюкокортикоїдів наголосив на необхідності дотримання усіх пунктів першої та другої резолюції ради експертів з управління суглобовим болем і запаленням з використанням внутрішньосуглобових ін'єкцій глюкокортикоїдів. Звернуто увагу на основні вимоги щодо застосування глюкокортикоїдів під час місцевого їх використання, показання та протипоказання. Проведено школу-тренінг з досуглобового введення дипроспану на муляжах фірми «MSD».

М.С. Клепач (голова асоціації травматологів-ортопедів області). Проведено вибори делегатів XV з'їзду ортопедів-травматологів України згідно зі встановленою квотою. У результаті прямого відкритого голосування обрано 12 делегатів XV з'їзду від Івано-Франківської області. В обговоренні хворих і доповідей взяли участь проф. Клепач М.С., проф. Сулима В.С., доц. Андрейчин В.А., лікарі Юрійчук Л.М., Шібель І.В., Чужак В.І. та ін.

Голова асоціації **М.С. Клепач**
Секретар **Ю.Д. Валовіна**