

Ведение пациентов с высоким риском тромбообразования в ортопедии (отчет о международном симпозиуме)

6–7 февраля 2009 года в г. Мюнхене (Германия) состоялся научный симпозиум, посвященный проблемам профилактики и лечения тромбоэмболической патологии, в котором приняли участие около 500 ведущих ученых и клиницистов со всего мира. В рамках научного мероприятия были освещены последние достижения в области антикоагулянтной терапии и определены перспективные направления тромбопрофилактики.

Венозная тромбоэмболия (ВТЭ), включающая тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), — одна из основных причин инвалидизации и смертности во всем мире, особенно после ортопедических операций на нижних конечностях (эндопротезирование крупных суставов). На ранних стадиях ВТЭ может скрываться за немногочисленными неспецифическими симптомами, поэтому ее еще называют «молчаливой убийцей». Учитывая значительные расходы и частоту неблагоприятных исходов при этом заболевании, в современных руководствах ведущую роль рекомендуется отводить профилактике венозных заболеваний.

На симпозиуме было заслушано более 30 научных и практических докладов, с практическим разбором различных клинических ситуаций.

Основные факторы риска развития ВТЭ и современные методы лечения больных с этой патологией представила в своем докладе доктор S. Naas (Институт экспериментальной онкологии и терапевтических исследований при Техническом университете, г. Мюнхен, Германия). Она отметила, что ведение пациентов с ВТЭ для большинства клиницистов является сложной терапевтической задачей, поскольку эта грозная патология характеризуется рекуррентностью и высокой частотой неблагоприятных исходов. Выделяют два типа факторов риска ВТЭ: предрасположенность (возникающая со стороны пациента) и сочетанная патология (сопутствующие заболевания, острая травма или хирургическое вмешательство). Американская коллегия врачей-специалистов по заболеваниям органов грудной клетки (АССР) разработала критерии, благодаря которым прак-

тикующий клиницист может определить группу риска для каждого конкретного больного. Согласно этим критериям, пациенты, которые перенесли операцию по полному замещению тазобедренного или коленного сустава, находятся в группе самого высокого риска возникновения ВТЭ. Без надлежащей тромбопрофилактики ТГВ развивается у 40–60% из них.

В рекомендациях АССР по фармакотерапии ВТЭ указана необходимость профилактики тромбообразований низкомолекулярным гепарином (НМГ), фондапаринуксом или антагонистами витамина К у больных с риском развития ВТЭ после замещения тазобедренного или коленного сустава. Пациентам с высоким риском кровотечений в качестве альтернативы рекомендуют механическую тромбопрофилактику при помощи прерывистой пневматической компрессии или венозного насоса с последующей заменой на медикаментозное лечение (при снижении риска кровотечения). В рекомендациях не указывается возможность тромбопрофилактики при помощи аспирина, низких доз гепарина или только с помощью компрессионных чулков. Тромбопрофилактику следует назначать на срок не менее 10 дней пациентам после замещения коленного сустава (уровень доказательности 1А) и до 35 дней больным, перенесшим полное замещение тазобедренного сустава (уровень доказательности 1А).

В то же время, в клинической практике эти рекомендации выполняются не всегда. В большинстве случаев пациентам назначают медикаментозную тромбопрофилактику лишь на короткий период, а в некоторых случаях не проводят вообще. Согласно данным Всемирного ортопедического реестра (GLORY), приблизительно четверть пациентов после перенесенной операции по замещению коленного или тазобедренного сустава не получали антикоагулянты в течение 10 дней после вмешательства, что подтверждается результатами международного исследования ENDORSE (Epidemiologic International Day for the Evaluation of Patients at Risk for Venous Thromboembolism in the Acute Hospital Care Setting). В частности, в нем было

продемонстрировано, что большинство пациентов в стационаре, несмотря на наличие риска ВТЭ, не получают рекомендованной профилактики этого заболевания.

В течение 50 лет нефракционированный гепарин (НФГ) и антагонисты витамина К были единственными доступными в клинической практике антикоагулянтами. НФГ ингибирует факторы IIa (тромбин), Xa и в меньшей степени IXa, XIa и XIIa, в то время как антагонисты витамина К снижают активность факторов II (протромбина), VII, IX, X. НМГ действует более селективно, чем НФГ, однако ингибирует как фактор Xa, так и тромбин. Несмотря на свою эффективность, эти препараты имеют серьезные ограничения к применению. Например, у антагонистов витамина К крайне узкое терапевтическое окно и непредсказуемый эффект, поэтому пациенты, принимающие эти препараты, нуждаются в постоянном мониторинге для контроля эффективности проводимой терапии и ее безопасности. В связи с этим в терапии ВТЭ целесообразно использовать препарат, имеющий пероральную форму введения, воздействующий только на один фактор свертываемости, с широким терапевтическим окном, низким риском кровотечений и отсутствием необходимости в постоянном мониторинге.

За последнее десятилетие антикоагулянтная терапия претерпела значительные изменения. Новые данные о молекулярных механизмах тромбообразования позволяют говорить о преимуществах селективного ингибирования факторов коагуляции, а именно:

- более предсказуемом антикоагулянтном эффекте, что позволяет назначать препарат в фиксированной дозе без необходимости в лабораторном контроле;
- меньшем количестве побочных действий;
- более выраженном терапевтическом эффекте препаратов.

Фактор X вырабатывается в печени в неактивном состоянии при участии витамина К и состоит из двух полипептидных цепей: тяжелой, содержащей активный центр, и легкой — с остатком карбоксиглутаминовой кислоты, необходимой для присоединения к фосфолипидам. Фактор X трансформируется в активный фактор Xa. Последний является отличной мишенью, поскольку он инициирует коагуляционный каскад, то есть при участии одной молекулы фактора Xa из протромбина синтезируется 1000 молекул тромбина. При ингибировании этого фактора блокируется и синтез тромбина. Препаратом, обеспечивающим прямое моноингибирование фактора Xa, является

представитель нового класса антикоагулянтов ривароксабан, разработанный компанией «Байер».

Венозные тромбозы и эмболии — частые осложнения после таких больших ортопедических операций, как протезирование тазобедренного и коленного суставов. В этой ситуации профилактическая терапия антикоагулянтами считается стандартным и обоснованным подходом. Профессор А. Turpie (Университет McMaster, г. Онтарио, Канада) подвел итог недавно завершившемуся масштабному исследованию RECORD, результаты которого могут послужить основой для разработки новых стандартов ведения пациентов с повышенным риском тромбообразования. Программа клинических исследований RECORD была разработана для оценки эффективности и безопасности ривароксабана по сравнению с эноксапарином (стандартная схема лечения) в профилактике венозной тромбоэмболии после крупных ортопедических операций. Эта программа состояла из четырех частей (RECORD-1, 2, 3, 4) и включала почти 13 тыс. пациентов со всего мира. В RECORD — 1 и 2 больных, перенесших операцию по полному замещению тазобедренного сустава, рандомизировали на группы приема ривароксабана внутрь по 10 мг 1 раз в сутки в течение 31–39/10–14 дней (RECORD-1/RECORD-2 соответственно) и эноксапарина 40 мг подкожно 1 раз в сутки на протяжении 31–39/10–14 дней (RECORD-1/RECORD-2 соответственно). В RECORD — 3 и 4 пациенты после операции по полному замещению коленного сустава получали тромбопрофилактику этими же препаратами в течение 10–14 дней. В анализ включали больных, получивших хотя бы одну дозу исследуемых препаратов. Оценивали действие ривароксабана на такие конечные точки, как ТГВ, ТЭЛА, и кровотечения на 12-й день исследования и после его окончания (через 30–35 дней).

Результаты исследований продемонстрировали, что прием ривароксабана по 10 мг 1 раз/сут значительно уменьшал выраженность симптомов ВТЭ и смертность от всех причин:

- на 58% (0,57 против 1,32%; $p < 0,001$) на 35-й день исследования;
- на 52% (0,47 против 0,97%; $p = 0,001$) на 12-й день лечения;
- на 50% (0,81 против 1,63%; $p < 0,001$) по общим результатам исследования.

При оценке конечных результатов RECORD было отмечено достоверное снижение на 38% риска ТЭЛА при лечении ривароксабаном по сравнению с приемом эноксапарина (0,47 против 0,76%; $p = 0,039$). Значительное улучшение по конечным точкам в группах ривароксабана не ас-

социровалось с увеличением риска кровотечений (массивные кровотечения, выраженная кровоточивость хирургического шва, клинически значимые немассивные кровотечения, любая другая кровоточивость) ни на 12-й день приема препарата, ни после завершения периода наблюдения (на 65-й день исследования). Только на 35-й день исследования кровоточивость (включавшая массивные и клинически значимые немассивные кровотечения) достигла статистической значимости. Эти данные получены из подисследования RECORD-2, при этом в группе ривароксабана и эноксапарина (с приемом плацебо по завершению периода активного лечения) не было статистически значимой разницы по данному побочному эффекту.

Программа исследований RECORD продемонстрировала выраженные преимущества ривароксабана (в дозе 10 мг 1 раз/сут) у пациентов, перенесших обширные ортопедические операции. Препарат способствовал снижению выраженности симптомов ВТЭ и улучшению ее исходов, уменьшению риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности от всех причин, а также показал отличный профиль безопасности относительно кровотечений по сравнению с эноксапарином ($p=0,004$).

Профессор G. Agnelli (Университет г. Перуджа, Италия) в своем докладе акцентировал внимание на важности своевременной и адекватной терапии ВТЭ для предотвращения отрыва тромба, ранних и поздних рецидивов ТГВ и ТЭЛА, а также летального исхода. У трети пациентов с нелеченными эпизодами изолированного дистального ТГВ в процесс вовлекались также дистальные вены, а у половины больных с нелеченым проксимальным ТГВ либо с ТЭЛА в течение 3 мес возникали рецидивы тромбоза.

АССР приводит четкие рекомендации по антикоагулянтной терапии для пациентов с подтвержденным диагнозом ТГВ и ТЭЛА, а также указывает на необходимость проведения такой терапии пациентам с высоким риском возникновения ТГВ и ЛЭ. Преимущества нового поколения антикоагулянтов для приема внутрь при ВТЭ доказаны в масштабных клинических исследованиях. Так, в

исследованиях, которые продолжаются и на сегодняшний день (EINSTEIN-DVT и ODIXa-DVT) продемонстрировано, что эффективность прямого ингибитора фактора Ха ривароксабана у пациентов с острыми симптомами ТГВ, но без ТЭЛА, который назначали 1 раз/сут (EINSTEIN-DVT) или 2 раза/сут (ODIXa-DVT) в течение 3 мес соответствует таковой при стандартной терапии НМГ и антагонистом витамина К. В продолжающейся третьей фазе EINSTEIN планируется изучить эффективность ривароксабана по сравнению с таковой эноксапарина и последующего назначения ингибитора витамина К в течение 3, 6 и 12 мес у более чем 6,2 тыс. пациентов с симптомами ТГВ или ТЭЛА. В этой фазе исследования особое внимание будет уделено безопасности пролонгированной терапии антикоагулянтами, поскольку с точки зрения доказательной медицины существует необходимость в такой длительной профилактике ВТЭ.

Выводы

Ксарелто® (ривароксабан) — прямой ингибитор фактора Ха — позволяет эффективно предотвращать венозные тромбозы у пациентов после перенесенной операции по замещению коленного или тазобедренного сустава. Хороший профиль переносимости и низкая частота побочных эффектов позволяют назначать ривароксабан (ксарелто®) рутинно, без необходимости постоянного мониторинга, что увеличивает приверженность пациентов к лечению. Предварительные результаты исследований, проводящихся в настоящее время, позволяют предполагать еще больший терапевтический и протекторный потенциал ривароксабана при ряде других патологий.

Всеми участниками симпозиума был отмечен высокий уровень доказательной базы проведенных исследований RECORD 1–4, а также эффективность и глубина научно-исследовательской работы компании «Bayer» по синтезированию препарата «Ксарелто®» (ривароксабан) для перорального применения, что позволяет сделать новый серьезный шаг вперед в борьбе с тромбозными осложнениями в ортопедической хирургии и других разделах медицины.

О.Е. Вырва

Звіт про науково-практичну конференцію «Ортопедія і травматологія: проблеми якості», присвячену 75-річчю з дня народження і 50-річчю науково-практичної діяльності заслуженого діяча науки і техніки України професора М.І. Хвисяюка

22–23 січня 2009 року в місті Харкові відбулася науково-практична конференція «Ортопедія і травматологія: проблеми якості», присвячена 75-річчю з дня народження і 50-річчю науково-практичної діяльності заслуженого діяча науки і техніки України професора Миколи Івановича Хвисяюка, почесного ректора Харківської медичної академії післядипломної освіти.

В конференції взяли участь 288 фахівців, у тому числі 120 представників лікувально-профілактичних установ та 168 працівників науково-дослідних установ, університетів і медичних академій, серед яких були 1 член-кореспондент АМН України, 39 професорів і докторів наук, 57 доцентів і кандидатів медичних наук. В роботі конференції взяли участь представники Молдови, Білорусі, Німеччини.

Конференція була відкрита урочистим засіданням «Творча дорога заслуженого діяча науки і техніки України професора М.І. Хвисяюка».

Шлях професора М.І. Хвисяюка в медичну науку, складові успіху його наукової і громадської діяльності та що стало запорукою створення ним в Україні однієї з найвідоміших і авторитетних шкіл ортопедії— вертебрології висвітлює у першій доповіді директор ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України» професор М.О. Корж.

Про науковий вклад М.І. Хвисяюка в становлення і розвиток вертебрології доповів професор О.І. Продан. Він відзначив, що співчутливе серце, палка душа і невпинна пристрасть нового знання не давали змогу М.І. Хвисяюку зупинитися на досягнутому, а результатом наполегливої праці і вміння співпрацювати з іншими фахівцями став ряд нових наукових відкриттів у дослідженні проблем етіології, патогенезу та хірургічного лікування при дегенеративних захворюваннях хребта і патологічних станах, які можуть бути клінічними проявами цих захворювань — спондилолітезі, стенозі хребтового каналу, нестабільності хребта. Професор М.І. Хвисяюк — автор більш ніж 450 наукових праць, у тому числі 12 монографій, 59 винаходів.

Наукову і лікувальну роботу професор М.І. Хвисяюк завжди успішно поєднував з активною громадською діяльністю. Заступник ректора ХМАПО з наукової роботи професор М.Г. Марченко у своїй промові повідомила, що під керівництвом і при особистій участі професора М.І. Хвисяюка за часи його керівництва зазначеною академією (1977-2004 рр.) організовано 32 нових кафедри, серед яких перша в Україні кафедра вертебрології в системі післядипломної освіти у СРСР, створено один з найбільших учбово-науково-клінічних комплексів в Україні — Салтівський медичний комплекс, у склад якого входять 6 лікарень, учбово-лабораторний комплекс академії, 4 гуртожитки, патолого-анатомічний корпус, клініка для тварин. Уперше в Україні організовані нові напрямки ліссядипломної медичної освіти з розробкою навчальних планів і програм з психотерапії, наркології, сексології, неонатології, вертебрології, швидкої і невідкладної допомоги, клінічних комп'ютерних технологій, сімейної медицини та ін. В академії створені єдині в Україні факультет сімейної медицини та менеджменту в охороні здоров'я, відкрито науково-дослідну лабораторію з питань сімейної медицини. За ініціативою

професора М.І. Хвисяюка у 2002 році при ХМАПО відкрито медичний коледж для підготовки медичних сестер-бакалаврів, відділення підвищення кваліфікації медичних сестер.

Привітання з ювілеєм професору М.І. Хвисяюку надіслав перший заступник голови Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України В.Г. Передерій. Привітали ювіляра і нагородили Почесними грамотами і цінними подарунками Харківська обласна і міська держадміністрації, Управління охорони здоров'я Харківської обласної та міської Рад, Харківська обласна профспілка працівників охорони здоров'я. У привітаннях ювіляра взяли участь делегації науково-дослідних інститутів, медичних академій післядипломної освіти, університетів і медичних університетів, лікувально-профілактичних закладів міст Харкова, Києва, Одеси, Сімферополя, Донецька, Дніпропетровська, Луганська, Запоріжжя, Полтави, Миколаєва, Кривого Рога, Маріуполя, Херсона, Ужгорода, Івано-Франківська, Кишинєва (Молдова), Мінська (Білорусь), Грайфсвальда (Німеччина), а також центральних районних лікарень Харківської області — Ізюма, Балаклєї, Чугуїва, Зміїва.

Перше пленарне засідання було присвячено питанням організації ортопедо-травматологічної допомоги населенню України. У доповіді президента Української асоціації ортопедів-травматологів проф. М.О. Коржа зі співавторами було всебічно проаналізовано сучасний стан ортопедо-травматологічної служби України і запропоновано заходи з покращання її діяльності. Актуальні питання дорожньо-транспортного травматизму були висвітлені у доповіді проф. В.Г. Климовицького зі співавторами. Питання організації надання травматологічної допомоги у санаторно-курортній зоні на період літнього відпочинку населення були висвітлені у повідомленні проф. А.Й. Чемеріса. У доповіді к.м.н. М.М. Шпаченка увагу було сконцентровано на особливостях надання медичної допомоги на догоспітальному етапі шахтарям при переломах таза, а проф. Л.Ю. Науменко зі співавторами присвятили свою доповідь проблемам надання медичної допомоги хворим з поліструктурними ушкодженнями передпліччя і кисті. На якість консультативно-діагностичної допомоги хворим з патологією суглобів у міських поліклініках звернули увагу учасників конференції співробітники науково-організаційного відділу ДУ «ПІХС ім. проф. М.І.Ситенка АМНУ» проф. Д.О. Яременко, О.Г. Шевченко, І.В. Голубєва. Питання геріотравматології, медичної та соціальної реабілітації хворих у похилому віці порушив у своєму повідомленні к.м.н. О.В. Пелипенко.

Друге пленарне засідання було присвячено питанням підготовки конкурентоспроможного лікаря-спеціаліста ортопеда-травматолога. Шляхи підвищення ефективності та перспективи розвитку системи підготовки конкурентоспроможного лікаря-фахівця ортопеда-травматолога у сучасних соціально-економічних умовах з урахуванням напрямку розвитку України до євроінтеграції та переходу до стандартів і принципів підготовки лікарів-спеціалістів відповідно до положень Болонської угоди були висвітлені у доповідях ректорів

Харківської медичної академії післядипломної освіти проф. О.М. Хвисяку і Луганського державного медичного університету проф. В.К. Івченка, завідувачів, професорів і доцентів кафедр ортопедії та травматології медичних академії післядипломної освіти і медичних університетів — проф. В.Г. Ринденка (Харків), проф. О.А. Бур'янова (Київ), проф. О.Є. Лоскутова (Дніпропетровськ), проф. В.М. Шимона (Ужгород), доц. А.І. Процика (Київ), доц. В.П. Топора (Одеса), доц. О.В. Пелипенка (Полтава), доц. В.Ю. Худобіна (Донецьк).

Другий день конференції був присвячений проблемам якості остеосинтезу і питанням малоінвазивної хірургії в ортопедії та травматології.

На третьому пленарному засіданні було представлено 19 доповідей з питань остеосинтезу при переломах кісток різної локалізації. Біомеханічні закономірності взаємодії відламків кісток і фіксаторів, які застосовують для остеосинтезу, були розглянуті у доповіді проф. М.О. Коржа і проф. А.К. Попсуйшапки. Ряд доповідей було присвячено проблемам застосування і розвитку в Україні методики блокового остеосинтезу — чл.-кор. АМНУ проф. Г.В. Гайко, проф. С.І. Герасіменко, проф. А.В. Калашніков (Київ), доц. С.Н. Куценко, Р.Р. Нікіфоров, Д.А. Мітюнін, Р.С. Рамський (Сімферополь), проф. А.Й. Чемеріс, доц. А.В. Кудієвський, В.С. Коженков, О.В. Богдан (Запоріжжя), доц. В.П. Пелипенко, доц. О.В. Пелипенко, В.С. Левус (Полтава), проф. Є.П. Яковцов, проф. В.Г. Ринденко, А.М. Александров та ін. (Харків).

Тяжкість внутрішньосуглобових переломів ініціюють пошуки удосконалених способів фіксації відламків після їх репозиції. Для покращання якості лікування переломів дистального епіметафіза кісток гомілки співробітниками кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (Київ) був розроблений оперативний комбінований спосіб остеосинтезу, який полягає у відкритій репозиції, фіксації суглобових відламків заглибленими металевими конструкціями з подальшою стабілізацією апаратом зовнішньої фіксації. Така конструкція забезпечує хорошу стабілізацію відламків і можливість ранньої функції надп'яtkово-гомілкового суглоба, про що було повідомлено у доповіді проф. О.А. Бур'янова зі співавторами.

Для покращання результатів лікування травм опорно-рухової системи співробітниками кафедри ТО та ВПХ Донецького національного медичного університету ім. М. Горького розроблено науково обґрунтований диференційований підхід до вибору оптимальної методики остеосинтезу з урахуванням як тяжкості травми і типу перелому, так й соматичного стану хворого. Такий підхід повинен бути відображений у стандартах (протоколах) лікування, впровадження яких передбачається в практику роботи ортопедо-травматологічної служби у сучасний період. Про це було зазначено у доповіді В.Г. Климовицького, проф. В.Ю. Черниша, А.А. Антонова, А.Я. Лобко, Ф.В. Климовицького (Донецьк).

Клінічні та методологічні аспекти остеосинтезу при нестабільних переломах надп'яtkово-гомілкового суглоба в залежності від типу його ушкодження згідно класифікації АО та при переломах стегнової кістки у хворих з ендопротезом кульшового суглоба було висвітлено у доповідях проф. О.Є. Лоскутова, к.м.н. О.Є. Олійника, О.О. Лоскутова (Дніпропетровськ). Про можливість покращання результатів лікування переломів довгих кісток за рахунок застосування для остеосинтезу металевих пластин з керамічним покрит-

тям доповідей завідувач травматологічним відділенням Харківської обласної лікарні І.І. Спесивий, а про результати лікування переломів кісток гомілки із застосуванням методики багатоплощинного малоконтактного остеосинтезу з використанням провідникової анестезії на базі Самбірської центральної районної лікарні повідомили В.П. Чаплинський та Р.П. Чаплинський. Питанням остеосинтезу переломів дистального метафіза променевої кістки за удосконаленою методикою Капанджи присвятили свою доповідь співробітники кафедри ТО та ВПХ Державного медичного університету ім. М. Тестеміцану — проф. Ф.І. Горня, к.м.н. І.Г. Вакрчук, к.м.н. М.Ф. Капрош, І.В. Ступак, А.М. Олару (Кишинев).

Гострою проблемою, що постає після хірургічного втручання на кістках і суглобах, є розвиток тромбоемболічних ускладнень. Риск тромбоемболії глибоких вен виникає у 50% випадків після операцій ендопротезування, біля 20% випадків після переломів стегна і біля 15% після артроскопічних втручань на суглобах. Терміни виникнення таких ускладнень тривають до півтора-двох місяців з дня операції. Зважаючи на актуальність зазначеної проблеми, проф. В.А. Філіпенко (ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка АМНУ», Харків) звернув увагу учасників конференції на необхідність проведення тривалої профілактики венозних тромбозів після ортопедичних операцій.

На четвертому пленарному засіданні було представлено 14 доповідей, присвячених питанням малоінвазивної хірургії в ортопедії та травматології.

Мінімальне травмування тканин, відсутність ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень — необхідні умови будь-якого хірургічного втручання на хребті. На сьогодні є різні малоінвазивні методики в хірургії хребта, які дозволяють виконати внутрішню декомпресію пульпозного ядра при протрузіях і грижах міжхребцевих дисків та стабілізацію хребта при його ушкодженнях і захворюваннях. Результати застосування малоінвазивних технологій в хірургії хребта були висвітлені у доповідях проф. В.О. Радченка, к.м.н. К.О. Попсуйшапки, к.м.н. О.А. Левшина, О.І. Попова, к.м.н. О.В. Рябова, О.А. Сіренка (ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка АМНУ», Харків), проф. А.В. Белецького, к.м.н. А.Н. Мазуренка, к.м.н. О.І. Дулуба, д.м.н. С.В. Макаревича, к.м.н. А.В. Бабкіна, С.В. Зарецького, А.М. Петренка, О.А. Кандибо, С.М. Юренко, Д.Г. Сацкевича, Н.А. Чумака (РНПЦ травматології та ортопедії, Мінськ), доц. О.М. Брехова (Кримський державний медичний університет ім. Сі. Георгієвського, Сімферополь), проф. В.М. Шимона, І.Й. Пічкара, В.І. Пантьо (Ужгородський національний університет, медичний факультет).

У сучасній ортопедичній практиці при лікуванні захворювань і ушкоджень великих суглобів суттєве місце займає діагностична і хірургічна артроскопія, яка дозволяє з мінімальною травматичністю діагностувати і відновити анагомо-функціональну цілісність суглобів. Результатам застосування артроскопічної діагностики і хірургічних артроскопічних методик присвятили свої доповіді проф. Г.І. Герцен (НМАПО ім. П.Л. Шупика), проф. О.А. Бур'янов, Ю.Л. Соболевський, Т.Є. Пшеничний, к.м.н. В.П. Кваша, к.м.н. Т.М. Омельченко, к.м.н. М.О. Задниченко (НМУ ім. О.О. Богомольця), к.м.н. П.В. Болховітін (ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка АМНУ»).

Актуальним питанням сьогодення є пошук малоінвазивних методик для хірургічного лікування переломів кісток таза та їх наслідків. Клінічні та методологічні аспекти застосування малоінвазивних

способів хірург-гічного лікування ушкоджень кульшової западини і застарілих переломів кісток таза було розкрито в доповідях співробітників Донецького НДІ травматології та ортопедії і кафедри травматології, ортопедії та ВПХ Донецького національного медичного університету ім. М. Горького проф. В.Г. Климовицького, проф. Г.В. Лобанова, к.м.н. В.Ю. Худобіна, Ю.В. Пруднікова, В.Л. Володкіна, к.м.н. В.М. Оксимця, к.м.н. С.А. Стегнія, к.м.н. В.Ф. Климовицького.

Заслухавши і обговоривши доповіді, учасники форуму прийняли рішення конференції, в якому було зазначено, що гостра демографічна криза в країні та негативні медико-соціальні показники травматизму і захворюваності кістково-м'язової системи обумовлюють необхідність подальшого суттєвого удосконалення системи медичної допомоги населен-

ню України, в т.ч. системи надання спеціалізованої ортопедо-травматологічної допомоги. Система охорони здоров'я і медичної освіти в Україні переживає період найскладніших реформ, що потребує урахування сучасних європейських та світових тенденцій розвитку вищої та післядипломної освіти в процесі підготовки конкурентоспроможного лікаря-спеціаліста ортопедо-травматолога, ефективного використання медичних кадрів. Назріла необхідність створення Національної програми з розробки та впровадження новітніх технологій при лікуванні патології опорно-рухової системи на основі доказової медицини, проведення стандартизації металокопункцій, які застосовуються для остеосинтезу, активного впровадження в практику національних стандартів лікування хворих з ортопедо-травматологічною патологією.

професор В.А. Філіпенко
О.Г.Шевченко

Об итогах XVI Украинско-немецкого симпозиума по актуальным вопросам современной ортопедии

История сотрудничества ортопедов-травматологов Украины и Германии берет свое начало с 21 марта 1997 года, когда в Днепропетровске состоялся первый Украинско-немецкий ортопедический симпозиум. С тех пор благодаря работе президиума Украинско-немецкой ассоциации во главе с профессорами А.Е. Лоскутовым, Н.А. Коржом, Ю. Хайзелем и Х.В. Шпрингорумом встречи стали традиционными и проводятся один или два раза в год.

История многолетнего сотрудничества насчитывает целый ряд интересных проблем: эндопротезирование тазобедренного, коленного и плечевого суставов, анестезиологическое обеспечение ортопедических операций, вопросы остеосинтеза при переломах, спортивная травматология и ортопедия, артроскопические операции на суставах, хирургия деформаций стопы, лечебное ортезирование и др.

Украинские и немецкие ортопеды провели в гг. Днепропетровск, Харьков, Киев, Запорожье, Одесса, Крым, на базе Днепропетровской, Ужгородской и других медицинских академий 16 совместных симпозиумов.

С 4 по 8 июня 2008 г. прошел XVI Украинско-немецкий симпозиум ортопедов-травматологов на базе Днепропетровской государственной медицинской академии и Одесского государственного медицинского университета. В составе немецкой делегации были ведущие специалисты ассоциации ортопедов Германии: профессора Ю. Хайзель, Х.В. Шпрингорум, Й. Грифка, Е. Зибер, К. Ферстер, приват-доценты Т. Зибель, Р. Брюкл, врачи М. Габель, Р. Хойшин, У. Машке, Х. Уберсон, Р. Сигал, В. Шрайбер, В. Росслер. А. Низовой обеспечивал высококачественный перевод докладов наших коллег.

Впервые в Днепропетровске с актовой речью выступил президент ассоциации ортопедов-травматологов Германии профессор Йоахим Грифка. Его лекция была посвящена новым разработкам в навигации при эндопротезировании тазобедренного сустава. Он поделился своим опытом разработки и практического применения навигации для правильной установки компонентов эндопротеза тазобедренного сустава.

Рабочая программа симпозиума проходила в Днепропетровске и Одессе. В программе были лекции,

посвященные проблемам осложненных при эндопротезировании тазобедренного сустава, реабилитации после эндопротезирования, консервативного лечения остеоартроза. С докладами выступили: доцент Рейхард Брюкл, профессор Юрген Хайзель, приват-доцент Ульрих Машке, профессор Е. Зибер, приват-доцент Т. Зибель, доктор Клаус Ферстер, доктор Михаэль Габель.

В докладе профессора Р. Брюкла был представлен многолетний опыт ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава, показаны пути решения проблем при дефектах бедренной кости и вертлужной впадины.

Приват-доцент У. Машке и приват-доцент Т. Зибель представили опыт малоинвазивного эндопротезирования тазобедренного сустава имплантатом ASR фирмы «De Puy». Они являются одними из разработчиков этой модели эндопротеза.

Профессор Ю. Хайзель (директор клиники реабилитации на 400 коек) обобщил свой опыт реабилитации после эндопротезирования суставов. По его данным, в Германии в 2007 г. выполнено эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов 263000 больных.

Доктор К. Ферстер позначкомил аудиторию с интересной многолетней работой по исследованию эффективности различных видов профилактики парартикулярной оссификации после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Доктор М. Габель представил лекцию по современным подходам к оперативной коррекции приобретенных деформаций стоп.

С украинской стороны были сообщения из Института патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины, Днепропетровской государственной медицинской академии, Института травматологии и ортопедии АМН Украины (г. Киев), Донецкого института ортопедии и травматологии, кафедры травматологии и ортопедии Одесского университета.

Коллектив авторов во главе с профессором Н.А. Коржом сделал обзорный доклад по истории сотрудничества украинских и немецких ортопедов, в котором были отражены основные этапы развития Украинско-немецкой ассоциации ортопедов-травматологов. Коллектив авторов под руководством член-корр. АМН Украины

профессора Г.В. Гайко поделился опытом ранней диагностики нестабильности эндопротеза тазобедренного сустава. Президент Украинско-немецкой ассоциации ортопедов-травматологов профессор А.Е. Лоскутов представил анализ своего 15-летнего опыта применения отечественного эндопротеза тазобедренного сустава «Ортэн» и собственного опыта эндопротезирования при деструкциях вертлужной впадины. Интересный доклад о первом опыте эндопротезирования плечевого сустава сделали профессор С.С. Страфун (г. Киев) и профессор Ю.В. Сухин (г. Одесса). Очень интересную презентацию по костной онкологии сделали харьковские ортопеды (профессор Н.А. Корж, к.м.н. О.Е. Вырва). В работе представлен опыт индивидуального эндопротезирования при лечении костных опухолей. Коллектив авторов

из Донецкого института ортопедии поделился своим опытом эндопротезирования проксимального отдела бедренной кости при опухолевых поражениях. Одесские коллеги (профессор А.Н. Поливода, профессор В.Ф. Венгер, профессор Е.В. Кулаженко) представили анализ эндопротезирования у больных ревматоидным артритом. Очень интересную лекцию по применению бифосфонатов в лечении остеопороза прочел профессор В.В. Поворознюк.

Подводя итоги работы симпозиума, можно отметить, что только в совместном общении и обмене опытом возможно совершенствование в такой сложной области, как ортопедия и травматология. Это подтверждает многолетний опыт совместной работы в рамках Украинско-немецкой ассоциации ортопедов-травматологов.

**А.Е. Лоскутов,
Ю.В. Сухин,
А.Е. Олейник,
М.Л. Головаха**

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное общество ортопедов-травматологов

Заседание, 18 сентября 2008 г.

Доклады:

Р.Я. Абдуллаев, Ю.В. Мацак, С.А. Пономаренко, И.В. Лапонин (ХМАПО, 17 МГКМБ) «*Возможности ультразвуковой диагностики в детской ортопедии и травматологии*». В докладе освещены возможности ультразвукового исследования в травматологии на примере ультразвукового исследования 65 больных с патологией опорно-двигательной системы и 22 пациентов, не предъявляющих жалоб, связанных с заболеваниями.

Ультразвуковое исследование суставов проводили по стандартным методикам на ультразвуковом сканере фирмы «Medinson» «АСЕ-8000» мультисекторным линейным датчиком от 7,5 до 13 МГц. Оценивали состояние сухожилий мышц, связок, состояние кортикального слоя суставных поверхностей костей, наличие или отсутствие жидкости в суставных сумках. Исследование сухожильно-связочного аппарата дополнялось выполнением функциональных проб (сгибание, разгибание, ротация, отведение, приведение). Авторы пришли к выводу, что ультразвуковое исследование в травматологии является доступным и высокоинформативным методом и должно более широко применяться для диагностики заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы.

М.И. Спужак, В.М. Чеверда, С.М. Спужак, И.В. Лапонин, Г.Ю. Подгайский, В.Е. Панько (ХМАПО, 17 МГКМБ) «*Клиника и диагностика неосложненных компрессионных переломов грудного отдела позвоночника у детей*». Проведен анализ клинических данных и рентгенограмм грудного отдела позвоночника в стандартных проекциях у 174 детей от 6 до 17 лет, которые обратились по поводу острой травмы и лечились в детском городском травматологическом отделении 17-й МГКМБ. Анализ рентгенограмм позвоночника проводили визуально (форма, размеры, контуры, структура тел позвонков, межпозвонковых пространств) и с помощью рентгенометрических показателей (вертикаль-

ные размеры тел позвонков, индекс клиновидности и др.). При этом 96 пациентам был диагностирован неосложненный компрессионный перелом тел грудных позвонков и 78 пациентам диагностирован ушиб позвоночника. Чаще всего компрессионные переломы встречались у мальчиков 10-14 лет и девочек 9-11 лет. Падение на спину с высоты роста было причиной переломов в 54,1%, падение на спину с высоты больше 1 метра — у 13,6%; падение на ноги и ягодицы — 10,3%; удар по спине или спиной — 8,3%; кувырок через голову — 3%, падение на голову — 3,1%.

Для дополнительного изучения структурно-функционального состояния костной ткани была проведена ультразвуковая денситометрия у 34 детей с неосложненными компрессионными переломами тел грудных позвонков с помощью ультразвукового денситометра «Achilles+» производства США, на котором исследовали пятую кость. При изучении структуры тел позвонков было установлено, что нормальная структура отмечалась у 52% пациентов с переломами и у 82% в группе сравнения; остеопороз у детей с переломами выявлен в 48% случаев, в группе сравнения — у 18% детей. У большинства детей с изменением костной структуры отмечались переломы двух (62,5%) или трех (25%) позвонков и только у 12,5% выявлены переломы одного позвонка.

Авторы пришли к выводу, что увеличение количества поврежденных позвонков обусловлено несовершенством костной структуры, снижением прочности, что подтверждалось рентгенометрическими показателями и данными ультразвуковой денситометрии.

И.В. Лапонин, В.М. Чеверда, О.В. Скрылев, Д.Д. Станяев, А.В. Войтенко, В.В. Пушкарь, Ю.В. Юрковский (17 МГКМБ) «*Примеры клинических наблюдений лечения переломов и вывихов у детей на базе детского травматологического отделения 17 МГКБ*». Авторами подробно изложены основные принципы и особенности лечения переломов и вывихов у детей, которые используются в детском ортопедо-травматологическом отделении ХГКМБ № 17. Продемонстрированы приме-

ры лечения повреждений костей у детей, лечившихся в отделении в 2007–2008 гг.

И.В. Лапонин, И.В. Савин, В.В. Семирожкин, Ю.В. Юрковский (17 МКБ) «*Медицинские эластичные изделия "Tonus-elast" в ортопедо-травматологической практике*». При лечении переломов костей у детей после фиксации гипсовыми повязками в детском травматологическом отделении 17-й ХГКМБ используют изделия фирмы "Tonus-elast". Использование изделий фирмы "Tonus-elast" позволяет в более ранние периоды восстанавливать опорно-кинематическую функцию поврежденной конечности при сохранении неподвижности в очаге перелома или при незначительной подвижности, не препятствующей сращению перелома. Раннее восстановление функции конечности способствует восстановлению психического равновесия и предупреждает возможные физиологические осложнения, которые могут возникать в результате длительного ограничения двигательной активности ребенка.

Заседание, 9 октября 2008 г.

Доклады:

В.А. Радченко, К.А. Попсушапка, Г.Х. Грунтовский, А.А. Левшин, А.И. Попов, А.А. Барков (ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко АМНУ») «*Современные методы хирургического лечения повреждений позвоночника*». Освещены вопросы классификации переломов позвоночника. Проведен анализ лечения 470 пациентов с последствиями неосложненной травмы позвоночника, лечившихся в клинике вертебрологии ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко АМНУ» в 2003–2007 гг. Оперативное лечение было проведено 60 пациентам с повреждением шейного и 160 пациентам с повреждением грудного и поясничного отделов позвоночника. Консервативное лечение проведено 124 пациентам с повреждением шейного и 126 пациентам с повреждением грудного и поясничного отделов позвоночника. Результаты лечения проанализированы с использованием рентгенологических критериев, оценки болевого синдрома по ВАШ, а также индекса Oswestry Disability. Разработан алгоритм лечения неосложненных переломов грудного и поясничного отделов позвоночника. На основании проведенного исследования сделан вывод, что стандартизация комплексной ранней диагностики травмы позвоночника позволяет правильно определить тактику лечения пострадавшего. Дифференцированное своевременное проведение оперативного лечения с коррекцией деформаций и стабилизацией позвоночно-двигательного сегмента методами внутренней фиксации, восстановление формы и размеров позвоночного канала в случае его повреждения позволяет достичь улучшения функциональных исходов, уменьшить количество возможных осложнений и снизить показатели временной нетрудоспособности и инвалидности.

В.А. Радченко, А.А. Левшин, Г.Х. Грунтовский, А.И. Продан, В.А. Куценко, А.И. Попов, А.Г. Скиданов, А.А. Барков, А.А. Сиренко (ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко АМНУ») «*Современные методы хирургического лечения дегенеративных заболеваний позвоночника*». Освещены вопросы классификации дегенеративных заболеваний. Дана обзорная информация об оперативных вмешательствах при дегенеративных заболеваниях позвоночника. Приведены клинические примеры чрескожной автоматической нуклеотомии декомпрессором фирмы «Styker», а также декомпрессивно-стабилизирующих операций при различной патологии позвоночника. В заключение авторы подчеркнули, что для выбора тактики и достижения

оптимального результата хирургического лечения дегенеративных заболеваний необходимо учитывать все характерные структурно-функциональные изменения в позвоночно-двигательных сегментах.

Н.В. Дедух (ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко АМНУ») «*Презентация рентгеновского денситометра, его возможности и назначение*». Представлен костный денситометр "Explorer QDR W". Освещены его возможности для оценки минеральной плотности костей скелета (Total body), поясничного отдела позвоночника, предплечья, тазобедренного сустава, в том числе и после эндопротезирования. Результаты исследования, полученные с помощью денситометра, могут быть использованы для выявления бессимптомных случаев заболевания, подтверждения диагноза у пациентов, определения скорости деминерализации костной ткани, в том числе и вокруг ножки эндопротеза, а также для оценки эффективности лечения. Отмечено, что методика двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, которая лежит в основе исследования с помощью указанного денситометра, признана «золотым стандартом» в диагностике остеопороза и может применяться для исследования не только взрослых, но и детей. Это обусловливается сочетанием ряда качеств денситометра "Explorer QDR W", отличающих его от подобных приборов раннего поколения: возможностью исследования осевого скелета, хорошей чувствительностью и специфичностью, высокой точностью и низкой ошибкой воспроизводимости (менее 1%), низкой дозой облучения (менее 0,03 мЗв), быстротой исследования (от 2 до 7 мин).

Заседание, 20 ноября 2008 г.

Доклады:

В.А. Филиппенко, В.А. Танькут, В.А. Мезенцев (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») «*Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава у больных пожилого возраста*». Эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов пожилого и старческого возраста относится к сложной категории оперативных вмешательств, имеет высокую степень риска, а его выполнение требует большого клинического опыта и высокой квалификации хирургов. Высокая степень риска операции обусловлена наличием сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, легочной и других систем. Наряду с этим у данной категории больных часто наблюдаются остеопения и остеопороз, которые отрицательно влияют на стабильность фиксации эндопротеза. Наиболее частые и опасные осложнения в послеоперационном периоде у пожилых больных — тромбоэмболии. В 70–80% случаев они являются причиной смертельных исходов.

В период 2000–2007 гг. в клинике патологии суставов ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко АМНУ» выполнено около 2000 операций по эндопротезированию тазобедренного сустава с применением новых технологий. Пациенты пожилого возраста составили 78%. Отдаленные результаты этих операций (более 5 лет после оперативного вмешательства): хорошие — 86%, удовлетворительные — 12%, неудовлетворительные — 2%. В 3 случаях, несмотря на проведение антитромботических мероприятий, наблюдались летальные исходы вследствие тромбоэмболии легочной артерии.

Только при условии комплексного подхода к диагностике патологии у пациентов пожилого и старческого возраста возможно эффективное выполнение и получение хороших результатов операций по эндопротезированию тазобедренного сустава.

А.В. Ермовский, В.Г. Письмак, Г.В. Манойленко (25 МГКБ) «*Опыт лечения поврежденной опорно-двигательной системы у пожилых больных*». Особенности течения травматической болезни у пожилых — снижение репаративных возможностей костей и мягких тканей, остеопороз, наличие сопутствующей соматической патологии. При этом во многих случаях наблюдается неадекватное восприятие назначений врача вследствие имеющейся сомато- и психогеронтологической патологии. Наряду с этим в 26–28% случаев больные указанного контингента поступали через 24 часа после травмы и позже. Это приводило к ухудшению соматического состояния больного и увеличивало вероятность возможных посттравматических осложнений. Учитывая особенности течения травматической болезни в пожилом возрасте, при определении лечебной тактики руководствовались принципами достижения максимально возможного функционального результата и ранней активизации больных. В 2007 г. в отделении было пролечено 139 больных старше 60 лет, в том числе

35 человек — с переломами шейки бедренной кости, 42 человека — с чрезвертельными переломами бедренной кости, 34 человека — с переломами костей голени, 28 человека — с переломами шейки плечевой кости. Из них оперативно пролечено 46 пациентов. Летальный исход наблюдался в 4 случаях консервативного лечения, а также в 1 случае после оперативного вмешательства — ТЭЛА у больной 88 лет, пролеченной оперативно по поводу чрезвертельного перелома бедренной кости. Застойные пневмонии наблюдались у 3 прооперированных и 8 больных, леченных консервативно. У 4 консервативно леченных больных наблюдались пролежни. Исходя из своих наблюдений, авторы пришли к выводу о необходимости расширения показаний для оперативного вмешательства при переломах костей у пациентов пожилого возраста, а также о необходимости создания специальной государственной или региональной программы и изыскания возможностей для организации центра хирургии поврежденной опорно-двигательной системы у пожилых больных.

**Председатель Правления профессор В.А. Филиппенко
Секретарь Е.Г. Шевченко**

Заседание Днепрпетровской областной ассоциации ортопедов-травматологов

482-е заседание, 28.05.2008 г.

День травматолога на базе Днепрпетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова. Обход клиники эндопротезирования. Отбор и подготовка больных к эндопротезированию суставов.

Демонстрации:

А.Е. Лоскутов, А.В. Губарик, И.А. Саид. «*Результат эндопротезирования тазобедренного сустава при опухоли в проксимальном отделе бедренной кости*». Был представлен отдаленный (4 года) результат лечения больного с опухолью в проксимальном отделе бедренной кости. Использована ревизионная система «Ортэн» с аутокостной пластикой. Получен хороший результат.

А.Е. Лоскутов, А.В. Губарик, И.А. Саид. «*Результат ревизионного эндопротезирования коленного сустава*». Был представлен результат ревизионного эндопротезирования коленного сустава с использованием ревизионной системы «Zimmer». Получен хороший результат. Восстановлены движения и опороспособность конечности.

А.Е. Лоскутов, И.А. Саид. «*Двустороннее эндопротезирование при протрузионной форме коксартроза*». Представлен отдаленный (5 лет) результат лечения больного с протрузионной формой коксартроза. Выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава системой «Ортэн» с костной пластикой. Получен хороший результат, опороспособность конечности восстановлена.

А.Е. Олейник. «*Результат двустороннего эндопротезирования при тяжелой форме диспластического коксартроза*». Представлен результат восстановления функции тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе IV ст. Результат демонстрирует возможности метода эндопротезирования в условиях врожденного вывиха бедра, когда головка бедренной кости опирается на подвздошную кость. Полное восстановление функции тазобедренного сустава с сохранением незначительного укорочения конечности

на противоположной стороне, компенсируемом при помощи стельки-вкладыша.

Доклады:

А.Е. Лоскутов. «*15-летний опыт тотального эндопротезирования тазобедренного сустава системами «Ортэн»*». В докладе освещены результаты работы клиники эндопротезирования суставов, расположенной на базе Днепрпетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова. Отделение эндопротезирования суставов создано в 1991 году, первое в Украине. Начиная с решения задачи быстрого восстановления опороспособности пациентов пожилого и старческого возраста при медиальных переломах шейки бедренной кости, метод эндопротезирования позволил успешно лечить пациентов с широким спектром патологии тазобедренного сустава. Различные модификации эндопротезов «Ортэн» используются при лечении пациентов с переломовывихами тазобедренного сустава и их последствиями, асептическим некрозом головки бедренной кости, идиопатическим и диспластическим коксартрозом с различной формой деструкции вертлужной впадины и бедренной кости, системными заболеваниями (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева и др.). Реализация поставленных задач отражена в 5 кандидатских диссертациях. Подготовлено и издано 2 монографии, 5 методических рекомендаций, изобретения защищены 24 патентами Украины. Приведена динамика количества выполняемых в клинике операций эндопротезирования тазобедренного сустава, свидетельствующая о неуклонном его росте (от 24 операций в 1991 году до 332 — в 2007 г.

А.Е. Олейник. «*Эндопротезирование при диспластических дефектах вертлужной впадины*». В докладе приведены результаты рентгеноантропометрического исследования особенностей вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе с точки зрения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Показано изменение линейных параметров вертлужной впадины и их прямая зависимость от стадии процесса.

А.Е. Лоскутов, А.В. Губарик, А.В. Алтанец, О.А. Ло-

скутов. «Эндопротезирование тазобедренного сустава запрессовываемыми системами «Ортэн» у больных асептическим некрозом головки бедренной кости». В докладе представлены результаты лечения 73 пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости III-IV стадии по Михайловой-Маловой, которым было выполнено тотальное бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава запрессовываемыми системами «Ортэн». Показана возможность ранней дозированной нагрузки в послеоперационном периоде после имплантации press-fit чашек, что создает предпосылки для ранней успешной реабилитации этой категории пациентов.

А.Е. Олейник, А.В. Губарик, Д.А. Синегубов, И.А. Саид. «Принципы реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава». В докладе изложены общие принципы и подходы к реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. Реабилитация разбита на 3 периода, каждый из которых включает в себя комплексное медикаментозное и физиофункциональное лечение. Определены критерии, влияющие на длительность реабилитации и особенности каждого периода в зависимости от вида патологического поражения тазобедренного сустава.

А.Е. Лоскутов, Д.А. Синегубов, А.Е. Олейник. «Комбинированное применение остеогенона и структума при эндопротезировании и остеосинтезе в условиях остеопении». В докладе отражен опыт клиники по применению комбинации остеогенона и структума в лечении пациентов с патологией тазобедренного и коленного суставов. Приведен механизм действия препаратов «Остеогенон» и «Структум», показания к их назначению в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов в зависимости от степени снижения минеральной плотности костной ткани (согласно данным двухфотонной денситометрии). Приведены МР-томограммы, а также диаграммы, отражающие динамику болевых ощущений и структурно-функциональное состояние костной ткани у пациентов, принимавших комбинацию препаратов «Остеогенон» и «Структум», свидетельствующие о положительном действии этих препаратов.

483-е заседание, 29.09.2008 г.

Демонстрации:

А.В. Сабсай, В.Б. Макаров. «Результат лечения оскольчатого внутрисуставного перелома дистального метаэпифиза плечевой кости типа С3.3 (АО/ASIF)». Представлен больной С., 35 лет, который 17.11.2007 г. в результате падения получил закрытый оскольчатый внутрисуставной перелом дистального метаэпифиза плечевой кости типа С3.3 (АО/ASIF) со смещением отломков. После предоперационной подготовки в отсроченном порядке была проведена операция: открытая репозиция, стабильно-функциональный накостный металлоостеосинтез перелома двумя реконструктивными пластинами. Разработка движений в локтевом суставе начата с 5-х суток после операции. Отдаленный результат хороший.

А.Е. Лоскутов, И.И. Жердев, А.В. Алтанец. «Результат остеосинтеза многооскольчатого перелома дистального метаэпифиза бедренной кости типа

С3.3 (АО/ASIF)». Представлена мультимедийная презентация больного Р., 33 лет, который 05.01.2006 г. в результате ДТП получил закрытый оскольчатый внутрисуставной перелом дистального метаэпифиза левой бедренной кости типа С3.3 (АО/ASIF) со смещением отломков. После предоперационной подготовки в отсроченном порядке была проведена операция: открытая репозиция, стабильно-функциональный накостный металлоостеосинтез перелома пластиной типа «кобра». Отдаленный результат хороший.

Доклады:

А.Е. Олейник. «Лечение медиальных переломов шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста — вопросы этики и деонтологии». Проведен ретроспективный анализ эпидемиологии медиальных переломов шейки бедренной кости на основании данных травмпунктов и кабинетов травматолога поликлиник г. Днепропетровска. Приведены также данные мировой литературы, отражающие общие подходы этики и деонтологии, применяемые при лечении данного вида травм. Так, определены задачи врача на всех этапах лечения данного вида пациентов, учитывая их преимущественно преклонный возраст и низкую способность к социальной адаптации. Приведена статистика летальности в зависимости от длительности заболевания и применяемых методов лечения, а также частота ревизий при выборе эндопротезирования как метода лечения таких пациентов. Главные показатели представлены в виде таблиц и диаграмм.

А.Е. Олейник. «Оценка риска и профилактика венозных тромбозов у больных с медиальными переломами шейки бедренной кости». Проведен анализ частоты встречаемости тромбоза в системе нижней полой вены у пациентов с медиальными переломами шейки бедренной кости, которым планируется проведение операции эндопротезирования тазобедренного сустава. Представлены этиология и патогенез возникновения вышеописанных тромбозов, а также рекомендации по профилактике их возникновения. Обследовано 110 больных, поступавших в отделение ортопедии №2 ОКБМ для эндопротезирования по поводу МПШБК в 2006–2007 гг. У 85% методом УЗАС выявлен тромбоз вен травмированной конечности, причем у 80% данное заболевание протекало бессимптомно. Результаты исследования представлены в виде таблиц и диаграмм.

А.Н. Кондрашов, И.И. Жердев, В.Н. Томили, О.В. Топка. «Организация оказания помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмой по материалам Областной клинической больницы им. И.И. Мечникова». Представлены результаты анализа состояния оказания помощи пострадавшим с политравмой на этапах медицинской эвакуации, причины летальности, на основе разработанной классификации разработана тактика оперативного лечения при множественных переломах ОДС сочетанных повреждениях по материалам Областной клинической больницы им. И.И. Мечникова. За период 2003–2007 гг. в ОКБМ зарегистрировано 285 человек, которые разделены на 3 группы по комбинации поврежденных систем. Предложена схема организации помощи пострадавшим в каждой группе на догоспитальном и госпитальном этапах, определены оптимальные сроки проведения оперативных вмешательств. Основные показатели представлены в виде таблиц и диаграмм.

Председатель областной ассоциации ортопедов-травматологов профессор А.Е. Лоскутов
Секретарь А.С. Богуславский

Засідання Івано-Франківської асоціації ортопедів-травматологів

Протокол №117, 30 жовтня 2008 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.
Хвора І., 1964 р.н., діагноз: закритий осколковий перелом проксимального метафіза та верхньої третини діафіза правої великогомілкової кістки, синтезований двома пластинами, ускладнений післятравматичним остеомієлітом великогомілкової кістки. З анамнезу відомо, що травму отримала і оперована в Іспанії в червні 2008 року. З серпня місяця знаходиться на амбулаторному лікуванні в ЦРЛ. Від лікування у відділенні кістково-гнійної інфекції ОКЛ відмовляється. Рекомендовано направити хвору на консультацію у спеціалізоване відділення кістково-гнійної інфекції ОКЛ.

Хворий Б., 1974 р.н., діагноз: закритий неконсолідований перелом шийки правої стегнової кістки, синтезований двома шурупами, асептичний некроз шийки стегнової кістки. Травму отримав в січні 2008 року, лікувався в Інституті травматології та ортопедії м. Київ, де виконано остеосинтез. Рекомендовано: консультація в Інституті травматології та ортопедії, м. Київ з метою подальшого лікування.

Доповіді:

Я.Д. Попадюк (заступник головного лікаря ЦРЛ з поліклінічної роботи). «*Стан медичної служби Долинського району та перспективи її розвитку*». Надано характеристику стану медичної служби краю. Доповідач розповів про особливості надання медичної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах, її покращання не тільки в умовах ЦРЛ, але і на фельдшерсько-акушерських пунктах та лікарських амбулаторіях, збільшення їх кількості на віддалених територіях району. Надав інформацію про перспективи розвитку медичної служби району.

Ю.Д. Валовіна (кафедра травматології, ортопедії і ВПХ ІФДМУ) «*Ендопротезування кульшового суглоба у хворих похилого віку при переломах в проксимальному відділі стегнової кістки*». Актуальність питання ендопротезування кульшового суглоба у хворих похилого віку з переломами в проксимальному відділі стегнової кістки зумовлена високим ступенем незадовільних результатів оперативного лікування цієї патології за допомогою остеосинтезу. Наявність у хворих супутньої патології при цих переломах може стати причиною інвалідності. Впровадження в практику ендопротезування, кульшового суглоба дозволило значно зменшити ускладнення після переломів шийки стегнової кістки, але аналіз даних літератури свідчить, що і цей метод не дає можливості повністю їх уникнути. Доповідач навів приклади лікування хворих з даними ушкодженнями в умовах відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ. Зупинено увагу на використанні однополосного ендопротезування при переломах шийки стегнової кістки. Починаючи з 2006 року на базі відділення використовують модульні ендопротези «Фенікс». Важливою особливістю будови цього ендопротеза є знімна головка. Продемонстровано результати лікування хворих, зроблено висновки про переваги цього методу у лікуванні переломів шийки стегнової кістки у похилому віці.

Р.В. Тисяк (головний ортопед-травматолог району) «*Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2007 рік*». В своєму виступі доповідач подав детально аналіз результатів роботи служби району за 2007 рік. За звітний період зросла хірургічна активність у районі, застосування сучасних методів хірургічного лікування. Вказано на перспективи розвитку травматологічної служби району. Проведено вибори до складу ревізійної комісії замість вибулого члена. Голосуванням членом комісії обрано Гнатюка З.І., завідувача відділення травматології Коломийської ЦРЛ.

С. Любінець (представник фірми «Sanofi Aventis») «*Презентація фірми*». Подано клініко-фармакологічну характеристику лікарських препаратів «Таргоцид» і «Клексан», показання до їх застосування при хірургічних втручаннях в травматології та ортопедії.

У співдоповідях та обговоренні доповідей виступили професор Клепач М.С., доцент Дубас В.І., лікарі Шибель Л.М., Гнатюк Р.З., Димніч Д.В. та інші.

Протокол №118, 27 листопада 2008 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.
Хворий Т., 1977 р.н., діагноз: політравма, розрив симфізу зі значним зміщенням кісток таза, перелом крижової кістки справа зі зміщенням відламків. Подвійний перелом правої стегнової кістки у верхній і нижній третині зі зміщенням відламків. Забій головного мозку І ступеня. Травматичний шок III ступеня. Проведено хірургічне лікування: остеосинтез кісток таза стержневим пристроєм зовнішньої фіксації, інтрамедулярний блокуючий остеосинтез відламків правої стегнової кістки. На контрольних рентгенограмах повне вправлення відламків стегнової кістки та кісток таза.

Хвора К., 1944 р.н., діагноз: двобічний коксартроз II-III ступеня. Вивих головки тотального ендопротеза справа зі зміщенням ацетабулярного компонента. Рекомендовано ревізійне ендопротезування.

Доповіді:

В.С. Сулима (кафедра травматології, ортопедії та ВПХ ІФДМУ) «*Остеоартроз (ОА). Методи хірургічного лікування*». Посилення уваги до проблеми ОА пов'язано з поглибленням наших знань щодо усіх аспектів захворювання. Доповідач нагадав сучасне визначення та патогенетичні аспекти розвитку остеоартрозу. Лікувальна тактика повинна поєднувати комплекс фармакологічних, фізіотерапевтичних та хірургічних методів. Застосування хірургічних методів дає можливість відстрочити на роки необхідність заміни суглоба на штучний. Висвітлені показання до оперативних втручань при відповідних ступенях остеоартрозу. Детально описано техніку різних видів операцій: артроскопічної санації (debridement) порожнини суглоба; парціальної шайверної (артроскопічної) і тотальної синовектомії; реконструктивно-відновних операцій; паліативних (тунелізація); артропластики; коригувальної остеотомії; ендопротезування.

Семинар з радіологічної служби області.

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

Співдоповідач **О.П. Бойчук** (кафедра інфекційних хвороб ІФДМУ) подав детально слухачам діагностику, клініку, профілактику та лікування гідрофобії.

Після семінару проведено залік у відповідальних за рабіологічну службу в районах з видачею сертифікатів. Презентація фірми «Юніфарм». «*Хондропротектори у лікуванні дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів*». В обговоренні хворих та доповідей виступили професор Клепач М.С., професор Сулима В.С., лікарі Юрійчук

Голова асоціації д.мед.н. професор М.С. Клепач
Секретар Ю.Д. Валовіна