

DOI: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-598720193106-114>

## Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

### Звіт про роботу чернівецької філії Української асоціації ортопедів-травматологів за 2018 рік

Засідання 23.03.2018 на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих обласної комунальної установи «Лікарня швидкої медичної допомоги» (ОКУ ЛШМД) м. Чернівці.

Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці для дорослих в ОКУ ЛШМД (професор Васюк В. Л. — завідувач кафедри травматології та ортопедії БДМУ, Яким'юк Д. І. — завідувач відділення, головний позаштатний ортопед-травматолог департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА).

З доповідями виступили:

**В. Л. Васюк** «Організаційні питання підготовки до XVIII з'їзду ортопедів-травматологів України». На підставі листа оргкомітету з проведення XVIII з'їзду ортопедів-травматологів України, який відбудеться в Івано-Франківську 5–6 жовтня 2019 року, необхідно підготувати список померлих членів асоціації за період від попереднього з'їзду, виділити 50 % суми внесків на проведення заходу; надати інформацію щодо підписки на профільні журнали «Травма», «Ортопедия, травматология и протезирование», «Вісник травматології та ортопедії»; підготувати звіт про роботу Чернівецької філії Української асоціації ортопедів-травматологів за 2018 рік. На наступному засіданні провести відбір делегатів з'їзду від Чернівецької області.

**В. М. Сапожнік** «Особливості роботи травматологічного відділення Університетської лікарні католицького університету м. Левен, Бельгія». У доповіді висвітлено головні принципи надання ортопедо-травматологічної допомоги пацієнтам дорослого та дитячого віку в умовах травматологічного відділення Університетської лікарні католицького університету м. Левен, Бельгія. Наочно наведено сучасні методики та підходи до діагностики та лікування, зокрема, застосування різних способів остеосинтезу під час надання ургентної допомоги різним групам травматологічних хворих, з акцентом на політравму. На практичних прикладах показано лікування окремих видів травм.

**Д. І. Яким'юк, О. А. Брагарь, В. В. Копильців, І. А. Булавук** «Консервативне лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань поперекового відділу хребта методикою епідурального адгезіолізу». Автори звернули увагу на актуальність проблеми остеохондрозу, що обумовлена декількома причинами, головна з яких — поширеність патології (понад 80 % населення земної кулі). Найчастіше дегенеративно-дистрофічні прояви остеохондрозу (протрузії та грижі міжхребцевих дисків) виявляють у населення розвинених країн, де поширена гіподинамія. До причин розвитку остеохондрозу належать: старіння клітин і тканин тіла; генетична схильність; паління, надмірне вживання алкогольних напоїв та інші шкідливі звички; послаблення зв'язок і м'язів, викликане малорухливим способом життя; жирові відкладення; відсутність необхідних речовин у раціоні харчування; гормональні розлади; інфекційні захворювання та запалення;

мікротравми і травми зв'язок, м'язів і хребта, отримані внаслідок надмірного навантаження; різке навантаження під час підняття важких предметів; фізичні вправи або спорт, пов'язані зі значним навантаженням поперекового відділу хребта. Клінічними ознаками дегенеративно-дистрофічних змін поперекового відділу хребта є: біль у ділянці сідниць і нижніх кінцівок, набряк у крижовій ділянці та почервоніння м'яких тканин, обмеження рухомості хребта, порушення функції внутрішньотазових органів, ходи. У лікуванні цієї патології превалюють консервативні методи. Останнім часом стали застосовувати малоінвазивні методики, до яких належить епідуральний адгезіоліз. Методика дає змогу знизити хронічний біль у спині завдяки зменшенню запалення і дегідратації гриж і дисків.

**О. Г. Дудко, Д. І. Яким'юк** «Особливості передопераційного планування в разі остеосинтезу переломів пластинами LCP». Автори розповіли про особливості передопераційного планування, що ґрунтуються на засадах АО. Зокрема, детально охарактеризовано принципи інтраопераційної репозиції відламків кісток, визначення довжини перелому та робочої довжини пластини. Розглянуто такі поняття, як створення абсолютної й відносної стабільності в ділянці перелому, щільність введення гвинтів, визначення ділянок їхнього введення, оптимальної кількості та типів, необхідних для фіксації. Розглянуто важливість напрямку введення гвинтів і поняття їхньої робочої довжини. Зроблено акцент на біомеханічних особливостях фіксувальної системи «кістка – пластина – гвинти», зокрема, виникненні ділянок із надмірним навантаженням, що можуть спричинити злам конструкції чи міграцію гвинтів.

**О. Ф. Марчук, В. Л. Васюк** «Раціональна антибіотикотерапія в травматології та ортопедії». У доповіді всебічно висвітлено принципи класифікації та раціонального використання антибіотикотерапії в травматології та ортопедії. Акцентовано увагу на застосуванні антибактеріальних препаратів у профілактиці та лікуванні гнійно-запальних ускладнень у травматології. Наведено клінічні приклади та запропоновано орієнтовні схеми вибору та використання антибактеріальних препаратів залежно від фази, стадії, тривалості та виду збудника за умов різної патології опорно-рухової системи.

**Д. І. Яким'юк, О. В. Горпенюк**. Навчання в м. Грац (Австрія). Фірмою «Артрекс» організовано навчання з метою оволодіння базовою технікою артроскопії колінного та плечового суглобів. Навчання проходило з відпрацюванням практичних навичок на муляжах і тілах померлих людей.

**Д. І. Яким'юк, О. В. Горпенюк** «Остеосинтез внутрішньосуглобових переломів під артроскопічним контролем, клінічні випадки». Наведено чотири клінічні випадки використання малоінвазивного остеосинтезу виростків великогомілкової кістки без

артротомії колінного суглоба, що сприяє ранньому відновленню обсягу рухів у ньому, попереджує розвиток ускладнень у ділянці післяопераційних ран, зменшує тривалість перебування пацієнта в стаціонарі та післяопераційний період. Проаналізовано віддалені результати у 98 % пацієнтів, яких лікували за допомогою малоінвазивного остеосинтезу виростків великогомілкової кістки без артротомії колінного суглоба з використанням артроскопічного контролю. У 76 % пацієнтів встановлено добрі результати, у 24 % — задовільні.

**Р. І. Бугай, Р. В. Лесик** «Остеосинтез нижньої третини плеча без остеотомії ліктьового відростка». Доповіли про клінічний випадок закритого багатоскалкового перелому дистального метаепіфіза лівої плечової кістки зі зміщенням відламків. Наведено анатомію цієї ділянки та показано етапи хірургічного втручання без остеотомії ліктьового відростка, проаналізовано можливі ускладнення лікування. Остеосинтез проведено медіальною та латеральною пластинами з кутовою стабільністю, конгруентність суглобової поверхні відновлено, розпочато ранню розробку рухів у лівому ліктьовому суглобі.

Показова операція «Flap».

Засідання 28.09.2018 на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці.

**В. В. Василов** «Грац — рай для кадавер-курсів (інформація про участь у навчальних курсах АО в м. Грац, Австрія)». У доповіді висвітлено можливість навчання лікарів-травматологів із метою удосконалення знань і практичних навичок для проведення хірургічних втручань із використанням тіл померлих. Особливу увагу приділено варіантній і топографічній анатомії різних ділянок опорно-рухової системи й особливостям видів хірургічних доступів для підвищення ефективності оперативного лікування травм верхньої та нижньої кінцівок. Відпрацьовано хірургічні доступи верхніх та нижніх кінцівок, таза та стопи.

**О. Г. Дудко.** Інформація про 13 Конгрес Європейської асоціації кульшового суглоба (20–22 вересня 2018 р., Гага, Нідерланди). На конгресі підведено підсумки 25-річної роботи European Hip Society (EHS), заснованої в 1993 році, яка сьогодні налічує 620 ортопедів-травматологів, 62 міжнародних членів асоціації, 70 почесних членів. У конгресі взяли участь 850 делегатів із 42 країн, подано 450 усних і стендових доповідей. Українськими фахівцями викладено 6 доповідей, розробки Буковинського державного медичного університету наведені Дудко О. Г. та Дудко Г. Є. («Alloplastic reconstruction of ligamentum teres femoris in unipolar hip arthroplasty»). Під час Конгресу розглянуто питання діагностики та лікування переломів ділянки кульшового суглоба, первинного та ревізійного ендопротезування, лікування перипротезної інфекції й асептичної нестабільності, застосування нових конструкцій ендопротезів метафізарної фіксації стегнового компонента в осіб молодого віку та подвійної мобільності. Обговорено питання біомеханіки, зокрема впливу діаметра головки ендопротеза на частоту вивихів у післяопераційному періоді; застосування нових матеріалів — цирконієвої кераміки, Oxinium покриття та CrossLink поліетилену, які дозволяють значно зменшити стирання компонентів ендопротезів.

**В. Л. Васюк.** Інформація про роботу фармацевтичних компаній. У доповіді надано інформацію про ро-

боту та співпрацю фармацевтичних компаній у практичній діяльності лікаря-травматолога.

**Д. І. Яким'юк, О. А. Брагарь, В. Г. Тимчук** «Ендопротезування головки променевої кістки за умов нестабільного ліктьового суглоба». Наведено клінічний випадок закритого перелому головки правої променевої кістки зі зміщенням відламків, закритим скалковим переломом середньої третини правої ліктьової кістки, отриманих у результаті ДТП. Пацієнтові виконано металоостеосинтез правої ліктьової кістки пластиною із кутовою стабільністю та ендопротезування головки правої променевої кістки. Таким чином, реабілітація хворого починалася вже на другий день після операції. Під наглядом методиста з лікувальної фізкультури пацієнт почав навантажувати оперовану кінцівку, виконувати згинання суглоба і невеликі рухи в ньому. Хворого виписано через 10 днів після операції, а через 9–10 тижнів проведено рентгенографію прооперованого суглоба для вирішення питання про повне навантаження на кінцівку. Пацієнту рекомендовано застосування ремодуляторів кісткової тканини та препаратів кальцію.

Відеолекція «Топографія нервів нижньої кінцівки, компартмент-синдром» (англ. мовою).

**О. В. Грозінський** «Застосування препарату «Картіфлекс» у лікуванні початкової стадії артрозу». Артроз призводить до втрати колагену та протеогліканів у хрящовій тканині. Крім того, уражається не лише хрящ, а й синовіальна мембрана та субхондральна кістка. Препарат «Картіфлекс», що використовують для лікування цієї патології, сприяє синтезу колагену та протеогліканів, вискоєфективний, модифікує захворювання, має хондропротекторний ефект та статус FDA «Визнано повністю нешкідливим».

**М. Яценко** «Сучасні технології артроскопії». Презентовано сучасні імплантати, анкерну систему для артроскопії плечового суглоба, імплантати для пластики схрещених зв'язок й ушивання менісків. Імплантати представлені фірмою Smith&Nephew.

Показові операції.

Засідання 07.12.2018 на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці

Обхід в обласній клінічній лікарні.

Обхід та клінічний розбір тематичних хворих в ЛШМД.

**О. А. Брагарь** «Ендопротезування колінного суглоба. Клінічний випадок». У доповіді розповіли про клінічний випадок деформуючого артрозу лівого колінного суглоба, IV рентгенологічна стадія. Пацієнту встановлено тотальний ендопротез лівого колінного суглоба цементного типу фіксації. Реабілітацію розпочато вже на другий день після операції під наглядом методиста з лікувальної фізкультури. Для профілактики тромбоемболії рекомендовано користування еластичними панчохами або застосування еластичного бинта. Після виписки зі стаціонару пацієнтові дозволено ходити за допомогою милиць протягом 6 тижнів, потім — з паличкою, до повного одужання. Через 9–10 тижнів після операції проведено рентгенографію прооперованого суглоба і дозволено повне навантаження на кінцівку. Хворому рекомендовано застосування остеотропних і кальцієвмісних препаратів.

**Р. В. Лесик** «Остеосинтез головки променевої кістки». Основний принцип хірургічного лікування переломів головки променевої кістки — відновлення конгруентності суглобової поверхні ліктьового суглоба та його

стабілізація. Нині існує декілька способів лікування переломів головки променевої кістки (ендопротезування, остеосинтез гвинтами, Т-подібними пластинами). У наведеному клінічному випадку для відновлення конгруентності суглобової поверхні використано гвинти Herbert із подальшою фіксацією Т-подібною пластиною по задньо-латеральній поверхні.

**І. В. Сторощук** «Остеосинтез таза». Метою хірургічного лікування переломів таза є відновлення анатомії тазового кільця та забезпечення умов абсолютної стабільності в разі фіксації внутрішньосуглобових переломів і відносної — за інших видів переломів. Чим більше точок фіксації, тим краща стабільність, особливо за умов множинних переломів кісток таза. Проте це не означає, що всі переломи необхідно фіксувати. Рання фіксація має протишоковий ефект, забезпечує профілактику гіпостатичних ускладнень і дає хороший функціональний результат.

**В. О. Литвишко** (Харків) «Лікування діафізарних переломів трубчастих кісток апаратами зовнішньої фіксації. Закономірності регенеративного процесу». Основні принципи лікування діафізарних переломів: збереження цілісності відшарованого від кінців відламків окісно-м'язового футляра і фібрин-кров'яного згустку, який утворюється в навколівідламковому просторі; забезпечення пружно-стійкого режиму фіксації відламків; раннє дозоване функціональне навантаження ушкодженої кінцівки, яке поступово збільшується.

**В. І. Кириченко** (Вінниця) «Лікування артрозу препаратами компанії «Органосіл». Артроз слід

розглядати не як дегенеративний процес, а як аномальне ремоделювання тканин суглоба (кісткової, хрящової, сполучної), що ініціюється та визначається прозапальними медіаторами з розвитком метаболічних, а пізніше й функціональних порушень у всіх суглобових структурах. Препарат «Сінметон» характеризується високою кардіо- та гастробезпекою, не впливає на нирки та гомеостаз, за умов тривалого застосування не пригнічує процес репарації хряща суглобів, є кращим за більшість селективних НПЗП за протизапальним ефектом у разі артрозу, дозволений для довготривалого застосування пацієнтам із синовітами.

**В. Л. Васюк** «Консервативне лікування остеоартрозу». У доповіді наведено основні принципи консервативної терапії остеоартрозу, та подано приклад та особливості застосування препарату «Мовіназа» компанії MoviHealth.

**В. С. Сулима** (Івано-Франківськ) «Репаративна регенерація кісткової тканини (міркування практикуючого ортопеда)». «Остеогенон» працює на кожній стадії зрощення переломів кісток. Його використовують як стартову терапію для зменшення ризику сповільненого зрощення переломів, формування хибних суглобів, рефрактур, виникнення асептичної нестабільності ендопротеза. Препарат поліпшує якість і міцність кістки, характеризується більшою безпекою порівняно з простими солями кальцію.

**В. Л. Васюк.** Організаційні питання. Проведено вибори делегатів VIII з'їзду ортопедів-травматологів України.

Голова	<b>В. Л. Васюк</b>
Почесний секретар	<b>А. Т. Зінченко</b>
Секретар	<b>О. В. Горпенюк</b>

## Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание 17.01.2019

**В. И. Маколинец, В. А. Стауде, Т. Н. Гращенко-ва, О. Д. Яременко** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Контрактуры. Этиология и патогенез. Общие принципы лечения и реабилитации». Сегодня отсутствует единая классификация контрактур. Авторы представили свое видение классификации, соединив несколько, с намерением усовершенствовать ее в будущем. По мнению авторов, контрактуры делятся по происхождению, степени структурных изменений и механизму развития (неврогенные и структурные). Единой природы возникновения контрактур нет. В докладе изложены основные причины возникновения контрактур и рекомендуемый план обследования пациентов. Отмечено, что методика лечения и реабилитации лиц с контрактурами в каждом случае индивидуальна. Основными способами их коррекции являются: медикаментозный (нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, при сильных болях — кортикостероиды и т.д.); кинезиотерапия, массаж, вытяжение (одномоментное или поэтапное), физиотерапия, ортопедическое лечение (наложение манжеток, этапных гипсовых повязок). Если указанные методы не дают нужных результатов, используют хирургический. Также представлена классификация лечебных физических факторов по Л. Д. Тондий и Л. Я. Васильевой-Линецкой (2003), которая дает возможность выполнения четких задач при лечении

контрактур. В заключении авторы подчеркнули важность профилактических мероприятий, сославшись на мнение профессоров М. И. Ситенко и Н. П. Новаченко: «Лучше контрактуру предотвратить, чем потом лечить».

**В. А. Филиппенко, В. И. Маколинец, В. А. Стауде, З. А. Арутюнян** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Профилактика и лечение контрактуры при первичном эндопротезировании коленного сустава». На сегодня проблема актуальна, поскольку с ростом количества хирургических вмешательств по поводу эндопротезирования коленного сустава, увеличивается количество послеоперационных контрактур. В докладе отмечено, что единый подход к реабилитации пациентов с такой проблемой отсутствует. Определяющим при выполнении сложного первичного эндопротезирования является уменьшение контрактуры до операции, тщательный выбор конструкции эндопротеза, восстановление баланса связок коленного сустава, пластика дефектов костей, восстановление уровня суставной щели, исключение избыточной резекции костной ткани при обработке суставных поверхностей, адекватная первичная фиксация компонентов эндопротеза в костной ткани, контроль болевого синдрома в послеоперационном периоде. Изложена схема послеоперационной реабилитации (1–3-и сутки) и перечень лечебных мероприятий для лечения рассматриваемых контрактур. Продемон-

стрировано 4 клинических примера и отмечено, что устранение контрактуры до хирургического вмешательства, тщательное соблюдение техники операции, ранней физической активности и проведения через 1,5–2 мес. повторного курса реабилитационных мероприятий предупреждают развитие контрактур после сложного первичного эндопротезирования коленного сустава.

**Р. В. Паздников, А. А. Тяжелов, М. З. Бицадзе** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Артротомическая стабилизация плечевого сустава при его нестабильности». В сообщении дана информация о хирургическом лечении плечевого сустава при различных повреждениях (Hill-Sach's, Bankart, SLAP lesion, Capsular laxity), приводящих к передней нестабильности. Отмечены преимущества артроскопии плечевого сустава перед открытой анкерной стабилизацией. Продемонстрированы методы диагностики при нестабильности плечевого сустава — клиническая, лучевая, артроскопическая и, при необходимости, различные тесты для уточнения вида повреждения, в частности, тест O'Brien для выявления SLAP-повреждения (представлена классификация SLAP-повреждений I–IV степени). Подчеркнуто, что степень повреждения определяет характер хирургического лечения. Все виды повреждений плечевого сустава проиллюстрированы клиническими примерами. В заключении отмечено, что знание клинических проявлений поврежденных капсулы и фиброзно-хрящевой губы плечевого сустава, применение рентгенологического обследования в стандартных и специальных проекциях, использование компьютерной томографии и УЗИ позволяет своевременно поставить диагноз, оценить характер повреждения структур плечевого сустава, определить тактику лечения и оказать пациенту квалифицированную медицинскую помощь.

**А. А. Тяжелов, Р. В. Паздников, М. З. Бицадзе** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Диагностика и дифференциальная диагностика патологических состояний плечевого сустава». В докладе освещены вопросы диагностики и лечения таких состояний плечевого сустава (ПС), как задний вывих плеча, тендинит вращательной манжеты плеча (ВМП), повреждения ВМП и патология сухожилия длинной головки бицепса. Наглядно представлена анатомия ПС с вращательной манжетой, плечевого пояса и работа дельтовидной и надостной мышц, где отмечена коракоакромиальная дуга как внесуставной стабилизатор головки плечевой кости и форма акромиона как причина патологии ВМП. При каждом патологическом состоянии ПС авторы изложили клинические проявления, нюансы диагностики (клинической, лучевой и дополнительной при необходимости), стратегию и тактику лечения. На иллюстрациях были показаны варианты реализации импинджмент-симптома при экстензии и ротации плеча, тест для определения вовлечения в процесс коракоакромиальной связки, депрессорная функция вращательной манжеты (когда надостная мышца отталкивает головку плечевой кости вниз, одновременно поворачивая ее), варианты выполнения клинического теста (Lag-sign) для определения недостаточности функции мышц — наружных и внутренних ротаторов; артроскопическая картина ПС в норме и при патологии. Также описаны Speed-тест, тест щелчка, Hueter и O'Brien для определения патологии сухожилия длинной головки бицепса. При определении тактики лечения патологии ВМП учитывается характер повреждения и особенности морфоло-

гических изменений тканей манжеты. Патогенетическая характеристика патологического процесса ВМП представлена клиническими стадиями: I — острый тендомиозит (псевдопаралич), II — хронический тендомиозит (первичная приводящая контрактура плеча), III — импинджмент-синдром (вторичное «замороженное плечо»), IV — тендомиодистрофия (разрыв тканей ВМП), V — тендомиомаляция (расплавление тканей ВМП). Докладчик акцентировал внимание, что лечение патологии ВМП на ранних стадиях процесса — это лечение острого реактивного воспаления. Далее изложена хирургическая характеристика повреждений ВМП (глубина, протяженность разрыва, направление разрыва сухожильного растяжения). При частичных повреждениях ВМП или их отсутствии хирургическое вмешательство показано при импинджмент-синдроме, не поддающемся консервативному лечению более 1,5–3 мес., и выраженном болевом синдроме, не поддающемся лечению более 1,5–3 мес. Декомпрессивные вмешательства и дебридмент предпочтительно проводить артроскопические. При полных разрывах ВМП рекомендована акромиопластика (открытая и/или артроскопическая) и восстановление ВМП. Часть рассмотренных вопросов отражена в монографии А. Тяжелова, Л. Гончаровой «Вращательная манжета плеча».

Заседание 21.02.2019

**В. А. Радченко, А. А. Барков** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Ошибки и осложнения транспедикулярной фиксации в хирургии грудного и поясничного отделов позвоночника». Несмотря на преимущества транспедикулярной фиксации в хирургии позвоночника, осложнения составляют от 2 до 56 %. По данным литературы, частота некорректного проведения винтов колеблется в пределах от 0–2 % до 25–95 % у пациентов со сколиозом, около 4,2 % — с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Докладчик представил виды некорректного проведения винтов и классификацию осложнений (минимальные, умеренные, выраженные). Изложены результаты ретроспективного исследования ревизионных хирургических вмешательств после проведения транспедикулярной фиксации грудного и поясничного отделов позвоночника, выполненных у 268 пациентов за 2004–2018 гг., проведенных вследствие специфических ошибок и осложнений после хирургических вмешательств. Представлен анализ ревизионных операций (количество пациентов с различными осложнениями при дегенеративных заболеваниях, спондилолистезе, травме и деформации); рентгенологические примеры мальпозиции и переломов винтов, переломов и нестабильности стержней, нестабильности имплантатов в зависимости от уровня фиксации; причины несостоятельности имплантов. В заключение отмечено, что корректное проведение винтов диктует необходимость использования вспомогательных современных приборов и средств (флюороскопия, навигация, интраоперационная компьютерная томография, нейромониторинг).

**В. А. Радченко, А. Г. Скиданов, Н. А. Ашукина, З. Н. Данищук** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Значение паравертебральных мышц для заднего спондилодеза». Авторы отметили, что мышечная система — наименее изученная область ортопедии и травматологии — состоит из более 600 скелетных мышц и занимает до 60 % массы тела. Именно в мышцах заложена причина развития многих дегенеративных

заболеваний позвоночника и основной реабилитационный ресурс, обеспечивающий успех их лечения. Кроме того, среди всех дегенеративно измененных структур позвоночника повлиять можно только на состояние паравертебральных мышц. В докладе изложены результаты клинической (129 пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника, 93 компьютерные томограммы, выполненные лицам до 21 года) и экспериментальной (20 крыс) частей работы. В результате эксперимента установлено, что качество спондилодеза зависит от состояния паравертебральных мышц и сосудов в них, т. к. питание области спондилодеза происходит в основном, благодаря сосудам, прорастающим из прилежащих мышц. На основе изучения компьютерно-томографической рентгенологической плотности паравертебральных тканей создан новый метод их исследования, который позволяет на современном научном уровне различать и оценивать количественный состав мышечной, соединительной и жировой тканей в выделенном участке мышцы с точностью до 87 %. Аналоги в мире пока еще отсутствуют. Представлены томограммы исследуемых пациентов с различными заболеваниями позвоночника (нестабильность, грыжа межпозвоночного диска, спондилолистез, стеноз позвоночного канала) и здоровых лиц, где разным цветом показано распределение мышечной, жировой и соединительной тканей, а также гистологическая картина по этим заболеваниям. На основе оценки дооперационного состояния паравертебральных мышц с помощью компьютерной томографии разработан алгоритм прогнозирования результатов хирургического лечения пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника. Показано 3 клинических примера.

**В. А. Радченко, В. А. Куценко, К. А. Попсуйшапка, А. И. Попов** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Лечение переломов тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника». В сообщении освещены результаты клинических исследований лечения высокоэнергетических переломов тел позвонков, анализа корреляции между неврологической симптоматикой и размерами позвоночного канала, а также зависимости первичной травмы спинного мозга и положения костных фрагментов при последующей визуализации. В работе использована шкала оценки тяжести повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника TLISS, классификации повреждений, в частности F. Magerl и соавт. (1994), и распределения нагрузок тел позвонков по McCormack (Load-Sharing Classification, 1994). Для выбора концепции лечения больных со взрывными переломами и переломами тел позвонков с дистракцией и ротацией грудного и поясничного отделов позвоночника, деформации позвоночника разделены на 4 группы по принципу остаточной фиксированности (нарушение стабильности). Разработанная концепция лечения позволяет выбрать оптимальный метод лечения на основе трех признаков — степени фрагментации тела позвонка, деформации позвоночника по принципу остаточной фиксированности и деформирования позвоночного канала. Все исследования подтверждены иллюстрациями клинических примеров.

**В. А. Радченко, В. А. Куценко, А. И. Попов, К. А. Попсуйшапка, Н. Ю. Гныля** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Малоинвазив-

ные хирургические вмешательства при опухолях позвоночника». В докладе на клинических примерах представлены преимущества малоинвазивных хирургических вмешательств в случае опухолей позвоночника (гемангиомы, плазмоцитомы) и метастатических поражений. Пункционная вертебропластика, чрескожная транспедикулярная фиксация, задняя декомпрессия, инструментация системой Longitud, использование системы навигации Brainlab — операции, направленные на улучшение качества и увеличение продолжительности жизни пациентов. Среди перечисленных преимуществ малоинвазивных операций названы: снижение потери крови, минимальное повреждение мышечного волокна, меньшее потребление обезболивающих.

**О. А. Подгайская** ГУ («ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Консервативное лечение артроза в практике ортопеда-травматолога». Автор акцентировала внимание на актуальности лечения артроза, который является основной причиной боли и инвалидности во всем мире. По данным EULAR (Европейской антиревматической Лиги), рентгенологические признаки гонартроза наблюдаются у 30 % пациентов старше 65 лет и у 50 % населения старше 75 лет. В мире существуют несколько обществ, деятельность которых направлена на исследование проблемы и разработку рекомендаций по лечению с точки зрения доказательной медицины: EULAR, ESCEO (Европейское общество по клиническому и экономическим аспектам остеопороза, остеоартроза и заболеваний опорно-двигательного аппарата), OARSI (Международное общество по исследованию артроза), AAOS (Американская академия хирургов-ортопедов) и др. Представлены сходства и различия рекомендаций лечения артроза нескольких таких организаций. В докладе указано, что эффективность группы препаратов SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis — симптом-модифицирующих медленнодействующих препаратов) неоднозначна согласно проводимых исследований. Отмечено, что OARSI отвергает комбинированный препарат глюкозамина гидрохлорид с хондроитинсульфатом, т. к. его применение приводит к существенному снижению биодоступности. ESCEO рекомендуют кристаллический глюкозамин сульфат в качестве первой линии в лечении гонартроза.

**П. В. Болховитин** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Препараты гиалуроновой кислоты в системе лечения артрогенных контрактур коленного сустава». Контрактуры коленных суставов разделяют на дермогенные, десмогенные, тендогенные, миогенные, неврогенные и артрогенные. В сообщении представлены результаты консервативного лечения 15 пациентов с артрогенными контрактурами одним из препаратов гиалуроновой кислоты, которая является составляющей синовиальной жидкости и гиалинового хряща и отвечает за множество функций в здоровом суставе. Созданы препараты гиалуроновой кислоты животного и неживотного происхождения с различной концентрацией и молекулярной массой. Пациентам производили инъекции до 3 раз с интервалом в неделю. Результаты лечения оценивали по регрессу болевого синдрома и оценочным шкалам IKDC и Lysholm-Tegner. Докладчик отметил недельный прирост объема движений в коленном суставе и указал, что наиболее хорошо зарекомендовал себя препарат с низкой концентрацией и низкой молекулярной массой гиалуроновой кислоты.

Заседание 21.03.2019

**И. И. Спесивый** (областной внештатный ортопед-травматолог ДООЗ Харьковской облгосадминистрации) «Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2018 г.». Автор проанализировал основные показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений г. Харькова и Харьковской области. В виду реформирования Здравоохранения в районных больницах произведены ремонты отделений. Коечный фонд в течение 2018 г. остался неизменным (726 ортопедо-травматологических коек для взрослых в лечебных учреждениях ДООЗ Харьковской облгосадминистрации и ДООЗ Харьковского городского совета). При этом из 28 районов области травматологические койки функционируют только в 15. Приведены данные по показателям общего травматизма (бытовая и производственная травмы, ДТП), первичной инвалидности вследствие травм опорно-двигательной системы. Детально проанализирована стационарная помощь в лечебно-профилактических учреждениях г. Харькова и Харьковской области за 2018 г. Отмечено, что за отчетный период улучшилась ситуация по обеспечению бюджетными эндопротезами, полученными от МОЗ Украины, которые были распределены по 3 больницам г. Харькова.

**И. И. Белоконов** (областной детский ортопед-травматолог ДООЗ Харьковской облгосадминистрации) «Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2018 г.». В докладе проанализированы показатели обеспеченности детского населения г. Харькова и Харьковской области ортопедо-травматологическими койками и квалифицированными кадрами в 2018 г. Представлена информация о показателях качества деятельности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих ортопедо-травматологическую помощь детскому населению города и области. Проанализированы показатели травматизма и распространенности патологии костно-мышечной системы среди детского населения по данным обращаемости в детские медицинские учреждения г. Харькова (бытовая травма, уличная, спортивная, школьная, ДТП и др.). Уделено внимание вопросам повышения качества организации детской ортопедо-травматологической службы.

**В. А. Филиппенко** (Председатель Харьковского областного отделения ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов») «Отчет о деятельности Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов за 2018 г.» В докладе освещена научно-практическая и организационная деятельность правления и членов ХОООВО «УАОТ» за 2018 г. В отчетном году было организовано и проведено 10 Дней ортопедо-травматолога, в рамках каждого из них прошли конференции (заседания) ХОООВО «УАОТ», 7 из которых в медицинских учреждениях г. Харькова и Харьковской области. 18.01.2018 организовано заседание на стадионе «Металлист» с лекциями ведущих специалистов: проф. Поворознюк В. В., проф. Страфун С. С. На заседании 15.02.2018, посвященном 25-летию Национальной академии медицинских наук Украины, с лекцией выступил проф. Эли Пелед, директор Департамента травматологии (Государственный медицинский центр Рамбам, г. Хайфа, Израиль). 15.03.2018 выступили главные специалисты УОЗ Харьковской облгосадминистрации и председатель Харьковской травматологической МСЭК с докладами о состоянии специализированной ортопедо-травматологической помощи и инвалидности вследствие

травм и ортопедических заболеваний в г. Харькове и Харьковской области. 15.11.2018 проведено совместное заседание с Ассоциацией травматологов и радиологов, где выступала с докладом зав. кафедрой лучевой диагностики ХМАПО проф. Шармазанова Е. П. В Днях травматолога, проведенных в 2018 г., приняли участие 978 человек, посещаемость в среднем составила 97 человек против 69 — в прошлом году.

За отчетный период даны рекомендации 56 врачам ортопедо-травматологам, членам ХОООВО «УАОТ», для присвоения или подтверждения квалификационной категории.

С участием членов Харьковской ассоциации в 2018 г. издано 7 монографий, 8 методических рекомендаций, 2 информационных листов, опубликовано 259 статей, получено 16 патентов. Членами Харьковской ассоциации в 2018 г. прочитано 494 лекции, в том числе 430 для врачей, 14 — для среднего медицинского персонала и 50 научно-популярных лекций для населения. Было 17 выступлений по телевидению, 2 — по радио, опубликовано 24 научно-популярные статьи в газетах и журналах.

**С. Б. Костерин** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Остеопороз в практике врача травматолога. Стандарты диагностики и лечения». Остеопороз — бессимптомное распространенное заболевание. Каждые 22 секунды в мире происходит компрессионный перелом позвоночника и только треть пациентов об этом знает. Каскад переломов при остеопорозе у женщин после 50 лет — это увеличение риска следующего перелома после предыдущего. Для диагностики остеопороза используют исследование DEXA (двухэнергетическая рентгенологическая абсорбциометрия), являющееся «золотым стандартом», а также количественную компьютерную томографию QCT. При планировании хирургического вмешательства для травматолога очень важно знать состояние костной ткани пациента, т. к. для лучшей остеоинтеграции необходима нормальная минеральная плотность костной ткани. Для лечения остеопороза используют препараты 1-й линии — бисфосфонаты или биологическую терапию (денасумаб), а также кальций (1000 мг), витамин D (2000 МЕ), заместительную гормональную терапию, белок из расчета на 1 кг веса — ежедневно. Важной частью профилактики является предотвращение падений, адекватная медикаментозная непрекращающаяся терапия, использование немедикаментозных средств (дополнительная опора, ортопедические стельки, корсеты и др.). Цель лечения остеопороза — снижение риска возникновения переломов путем улучшения качества костной ткани.

**И. Ф. Федотова** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Современные аспекты медикаментозного лечения вертеброгенной радикулопатии». В сообщении дана информация о клиническом исследовании препарата группы НПВП (неселективный ингибитор циклооксигеназы). Исследуемые 57 пациентов в возрасте от 48 до 79 лет с острыми вертеброгенными радикулопатиями были разделены на 2 группы — лечение с исследуемым препаратом и без. Изложены используемые шкалы оценки боли, принципы медикаментозной терапии боли, история создания препарата и опыт применения, а также средний прирост индекса активности повседневной жизнедеятельности Бартела (Barthel index) в обеих группах. Перечислены преимущества анальгезии в сравнении с наркотическими анальгетиками.

**Н. Медведев** (Банк Восток) «Актуальные практические аспекты валютных операций и финансового мониторинга Украины». В докладе представлена общая информация о ПАО «Банк Восток». Изложены изменения в системе валютного регулирования и валютного надзора, отправка переводов за пределы Украины и получение их, нормы ввоза и вывоза наличной валюты. Также освещены вопросы о документах, являющихся подтверждением источника происхождения денежных средств и информационная безопасность.

Заседание 18.04.2019

**А. К. Попсуйшанка, С. Д. Шевченко** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Вклад профессора Бондаренко Николая Степановича в развитие детской травматологии». Представлен путь Н. С. Бондаренко в науку. Охарактеризована его врачебная деятельность и научные исследования, вклад в клинические исследования по диагностике и лечению повреждений области локтевого сустава у детей. Благодаря его работам детская травматология и ортопедия позже была выделена в отдельную специальность. Николай Степанович приложил много усилий для воспитания специалистов по детской травматологии, работая долгое время профессором кафедры ХМАПО.

**Т. Г. Ивашина** (Харьковский санаторный УВК № 13) «Консервативное лечение сколиотической болезни в условиях санаторной школы и результаты лечения у выпускников». В докладе изложены результаты лечения 173 учеников УВК № 13 за 10 лет (2008–2018 гг.), которых в выпускном классе обследовали с помощью Formetrik 4D диагностики позвоночника и на приборе с датчиками давления Pedoscan (динамика развития плоско-вальгусной деформации стоп). Эффективность лечения оценивали по классификации Станьяра, типы сколиоза — по классификации Чаклина, углы искривления рассчитывали по Cobb. Освещены мероприятия, проводимые в УВК № 13 для лечения сколиоза, в том числе семиразовое питание, музыкальные паузы, сонный час в позах пассивной коррекции, массаж, плавание и др. В заключение отмечена перспективность использования полужесткого корсета «ленинградского» типа. Подчеркнуто, что комплексное и системное лечение сколиоза дарит детям 11 лет комфортной школьной жизни в среде подобных себе, без комплексов и психотравм на этой почве.

**С. Д. Шевченко, А. А. Мезенцев, С. А. Хмызов, Д. А. Демченко** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Эффективность лечения ювенильных кифозов методом этапной корсетной коррекции». Дана информация об особенностях диагностики и лечения юношеского кифоза в детском отделении института им. проф. М. И. Ситенко. Показаны 3 этапа лечения заболевания пластиковым корригирующим, а также гипсовым корсетами с возможными осложнениями и показания к хирургической коррекции. Выводом отмечено, что лечение пациентов с юношеским кифозом должно быть комплексным и своевременным, а при проведении лечения с использованием корсета необходимо учитывать наличие сколиотического компонента деформации. Представлены клинические примеры.

**З. Г. Березюк** (Харьковский санаторный УВК № 13) «Formetrik 4D в мониторинге лечения сколиотической болезни в условиях санаторной школы (обследование в центре Бубновского)». Автор представ-

лены методы сканирования измерительных систем DIERS formetric 3D/4D и DIERS pedoscan, сочетание которых позволяет осуществить биомедицинское исследование формы спины, позвоночника, таза, ног и стоп методом видеорастростереографии за одну процедуру с автоматическим определением анатомических контрольных точек на спине. Компьютерное программное обеспечение дает возможность получить трехмерное изображение, практически виртуальный «гипсовый слепок» спины, документирует и анализирует имеющиеся анатомические искривления. Продемонстрированы методы работы с инновационным программным обеспечением. Отмечено, что применение Formetric 3D/4D позволяет ортопеду анализировать основные параметры трехмерной деформации позвоночника в мониторинге лечения через более короткие промежутки времени, не прибегая к рентгенограмме, и своевременно корректировать лечебный процесс; объективно дифференцировать сколиоз/осанку по «диагностическому ключу» Харцмана; выявлять нестабильность разных профилей позвоночника и появление дуг противоскривления и др.

**С. Д. Шевченко** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «История развития лечения сколиоза на Харьковщине». Автор освещены основные вехи истории лечения сколиоза в Харьковской области, начиная от первого упоминания в 1880 г. Существенный вклад в лечение сколиоза внесли Ю. Ф. Финк, М. Г. Зеленин, А. И. Цукерман, внедривший в 1936 г. в практику института им. проф. М. И. Ситенко мышечный корсет. Далее, в 1969 г., под руководством С. Д. Шевченко основана санаторная школа-интернат для детей больных сколиозом, а с 1999 г. А. А. Мезенцевым и Д. А. Чекрыжевым в институте и школе-интернате внедряется корсетная технология Жака Шено. Представлены клинические примеры с авторскими конструкциями и методами хирургического лечения сколиоза.

**О. А. Подгайская** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Консервативное лечение пациентов с артрозом». Актуальность лечения артроза (ОА) не вызывает сомнений. В докладе изложены современные подходы к лечению ОА с позиций доказательной медицины. Наиболее часто используют рекомендации таких мировых обществ, изучающих проблему ОА, как EULAR (Европейская антиревматическая Лига), ESCO (Европейское общество по клиническому и экономическим аспектам остеопороза, остеоартроза и заболеваний опорно-двигательной системы), OARSI (Международное общество по исследованию остеоартроза), AAOS (Американская Академия хирургов-ортопедов). Автор акцентировала внимание на одном из производных глюкозамина — базисном препарате первой линии, который эффективно использует в работе для лечения пациентов с ОА.

Заседание 16.05.2019

**Н. А. Корж, А. Д. Салеева, В. А. Филиппенко, А. А. Дынный** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»), УкрНИИ протезирования) «Проф. Д. А. Яременко — организатор и первый директор УкрНИИ протезирования в системе Минсоцобеспечения». Авторами освещены основные события становления Д. А. Яременко: от ученика Уманского медицинского училища (1951–1955), где он был старостой группы и играл в духовом оркестре на трубе, до директора УкрНИИ протезирования (1974–1986). Рассказано, чем дышали и над чем работали в институте в эти годы:

основные научные направления, клиническая практика, встречи с администрацией и министрами, отделения и лаборатории, разработки тех лет, семинары, депутатская деятельность и многое другое интересное из жизни УкрНИИ протезирования.

**А. Д. Салеева, М. В. Зайцев, В. Г. Петров** (УкрНИИ протезирования) «Яременко Д. А. — последователь и реформатор протезной отрасли в Украине». В 1974 г. на базе УкрЦИЭТИНа (Украинский центральный НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов) был создан УкрНИИ протезирования в системе Минсобеса Украины. По рекомендации проф. Коржа А. А. директором института в 37 лет стал Дмитрий Александрович Яременко. В докладе раскрыты организаторские, клинические и хозяйственные таланты Д. А. Яременко, который всегда находился в процессе активного творческого поиска.

**А. Д. Салеева, И. Н. Чернышова, С. В. Ковалева** (УкрНИИ протезирования) «Организация и перспективы развития направления реабилитации УкрНИИ протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности». Отмечено, что проблема реабилитации является одной из 43 научных программ, разрабатываемых всемирной организацией здравоохранения. Одно из приоритетных направлений в Украине — организация полноценной нейрореабилитации и реабилитации пациентов с нарушением функции опорно-двигательной системы. Дана информация об этапах развития физической реабилитации в научно-практической деятельности института протезирования с момента его основания в 1974 г. Так, после создания в институте детского отделения (1996) реабилитацию стали проходить дети с неврологическими заболеваниями и деформацией позвоночника. В последующие годы произошла реорганизация и расширение спектра услуг физиокабинета и отделения реабилитации, в связи с чем изменился штатный состав специалистов, которые проходят специальную подготовку в различных клиниках мира. Например, в 2013 г. в отделение реабилитации включен сектор диагностики (УЗИ, ЭМГ, биомеханические методы) и появилось новое роботизированное оборудование для детей, а в 2018 г. оборудована комната бытовой адаптации. В настоящее время реабилитационное лечение в клинике института получают пациенты: с дефектами конечностей; с ДЦП и другой патологией нервной системы, нарушением функции опорно-двигательной системы; с последствиями травм, заболеваний и пороков развития спинного мозга; с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения; с ортопедической патологией, в т. ч. после операции. Используется 19 методик физической реабилитации. Для всех пациентов составляется Индивидуальная Программа Реабилитации по мультидисциплинарному принципу. В мультидисциплинарную команду входят: ортопед, невропатолог, физиотерапевт, реабилитолог, ортезист, психолог, эрготерапевт, узкие специалисты — по необходимости. Были представлены 42 разработанные методические рекомендации и практические пособия за последние 6 лет. В заключении изложены перспективные направления научно-практической работы института, в частности, освоение новых методик подготовки лиц с ампутационными дефектами к снабжению протезами повышенной функциональности и др.

**А. Д. Салеева, М. В. Зайцев, И. В. Кабаненко, В. М. Юткин** (УкрНИИ протезирования) «Опыт реабилитации и протезирования пациентов после огне-

стрельных ранений». Вопросы реабилитации получили особую актуальность (в т. ч. протезирование лиц с дефектами верхних и нижних конечностей) в настоящее время, когда на территории Украины продолжается военный конфликт. В докладе представлен опыт хирургического лечения и реабилитации пациентов с ампутационными дефектами верхних и нижних конечностей. Начиная с 2014 г. в институте прошли реабилитацию и протезирование 96 военнослужащих. Приведено 6 клинических примеров хирургического лечения. Изложены критерии готовности пациента к протезированию. Доклад проиллюстрирован примерами обеспечения протезами пациентов с различными поражениями верхних и нижних конечностей.

Заседание 20.06.2019

**В. М. Чеверда** (главный врач КПОЗ «Мерефянская ЦРБ») «Организация и предоставление ортопедо-травматологической помощи населению Харьковского района». В докладе освещена организация ортопедо-травматологической помощи жителям Харьковского района с населением более 170 тыс. человек и опорными пунктами амбулаторно-поликлинической ортопедо-травматологической службы в Мерефе, Песочине, Будах и Безлюдовке. Проанализированы основные показатели специализированной травматолого-ортопедической помощи в Мерефянской ЦРБ за 2018 г. На нескольких клинических примерах представлены современные технологии, используемые в Мерефянской ЦРБ: система интрамедуллярного остеосинтеза длинных костей с блокировкой, накостный МОС с угловой стабильностью, эндопротезирование крупных суставов, артроскопическая диагностика и лечение патологии крупных суставов и др.

**И. Р. Кабат** (КПОЗ «Мерефянская ЦРБ») «Отчет о работе травматологического кабинета травматологического отделения поликлиники КПОЗ Мерефянская ЦРБ в пос. Безлюдовка за 2016–2018 гг.». Докладчик осветил методы и режим работы травматологического кабинета в пос. Безлюдовка, организованного в 2000 г. с целью оказания квалифицированной ортопедо-травматологической помощи сельскому населению южных пригородов, куда входят Безлюдовка, Васищево, Хорошево, Лизогубовка, Темновка и Котляры. Представлены такие основные показатели своей работы за 3 года, как распределение пациентов по возрасту, заболеваниям, травме, населенным пунктам, хирургическим вмешательствам, диспансеризации, экспертизе трудоспособности и др.

**В. М. Чеверда, А. Ю. Шматько** (КПОЗ «Мерефянская ЦРБ») «Внедрение малоинвазивных методов лечения патологии коленных и плечевых суставов в условиях Мерефянской ЦРБ». Докладчик отметил, что уже 15 лет в Мерефянской больнице осуществляют артроскопические операции и акцентировал внимание на их преимуществах. Изложены показания и противопоказания, представлены типы разрывов менисков, возможные осложнения, а также свой опыт артроскопических операций за 5 лет (169 операций), в основном на внутреннем мениске коленного сустава. В заключении отмечено, что своевременно проведенные операции с правильным ведением послеоперационного периода способствуют раннему восстановлению функции суставов.

**В. А. Бабалян** (ХМАПО) «Эндопротезирование крупных суставов при ортопедической и травматологической патологии в условиях Мерефянской ЦРБ». Автор отметил хорошо адаптированную и изложенную

информацию о лечении переломов проксимального отдела бедренной кости на сайте Государственного экспертного центра МОЗ Украины. Продемонстрировал собственный опыт лечения таких переломов в Меревянской ЦРБ, учитывая распространенность патологии, возраст пациентов (пожилые люди с сердечно-сосудистой недостаточностью, когнитивными расстройствами), прогнозы, осложнения. Автор использует классификацию указанных травм АО/ASIF, классификацию физического состояния больных по

ASA, принимая решение о выборе тактики лечения. Отмечено преимущество применения интрамедуллярных фиксаторов у молодых и соматически здоровых пациентов; тотального протезирования при медиальных переломах пациентам в пожилом возрасте; преимущество биполярной гемиартропластики лицам старческого возраста при соматической патологии и остеопорозе. Докладчик отметил, что все диагностические мероприятия по протоколу возможно осуществить в Меревянской ЦРБ.

Председатель **В. А. Филиппенко**  
Секретарь **С. Ю. Золотарева**