

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 18 июня 2009 г.

Доклады:

Л.И. Шабаева (Изюмская ЦГБ) «Состояние травматологической помощи населению Изюмского района Харьковской области». Травматологическое отделение Изюмской ЦГБ как самостоятельное подразделение начало свою деятельность с 6 августа 1975 года. До этого помощь пострадавшим с травмами опорно-двигательной системы оказывалась врачами хирургами на условно выделенных травматологических койках в составе хирургического отделения. В связи с ростом уровня травматизма, обусловленного развитием промышленности и увеличением интенсивности автомобильного движения, возникла необходимость укрепления травматологической службы в районе и открытия специализированного отделения на 40 коек для оказания квалифицированной помощи травмированным. В 2003 году в связи с недостаточным финансированием коечный фонд отделения сокращен на 10 единиц и в настоящее время составляет 30 коек. Кроме того, в городской поликлинике ведется амбулаторный прием в 2 смены. Ежегодно в травматологическом отделении ЦГБ оказывают квалифицированную ортопедо-травматологическую помощь более 750 больным, взрослым и детям, с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы, а также с черепно-мозговыми и челюстно-лицевыми травмами. Ортопеды-травматологи, работающие в ЦГБ, оказывают также и антирабическую помощь пострадавшим от укусов животных. Показатель средней занятости койки в отделении составляет от 340 до 356 дней, средняя длительность пребывания больного на койке — от 13,1 до 13,7 дня, оперативная активность составила в 2008 г. 37 %, летальных случаев не зарегистрировано. Травматологическое отделение оснащено необходимым оборудованием и инструментарием. В составе оперблока имеется отдельная травматологическая операционная. Отделение работает в режиме круглосуточного ургентирования.

А.Е. Барыш (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Диагностика и лечение свежих повреждений шейного отдела позвоночника». Адекватная предоперационная диагностика повреждений шейного отдела позвоночника должна включать детальное клиническое и рентгенологическое обследование (при необходимости КТ и/или МРТ). Закрытое вправление должно выполняться как можно раньше, оно является в ряде случаев эффективным средством непрямого декомпрессии нервных и сосудистых структур позвоночника. При невозможности закрытого вправления показано открытое вправление из заднего или переднего доступа. Декомпрессивно-стабилизирующие оперативные вмешательства из переднего доступа являются вариантом выбора при осложнённых повреждениях шейного отдела позвоночника. После выполнения декомпрессивной ламинэктомии необходимо осуществлять задний спондилодез. При хирургическом лечении нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника после восстановления межтеловой опоры оперативное вмешательство необходимо завершать дополнительным передним межтеловым спондилодезом пластинами, а в случае необходимости — задним спондилодезом надёжными фиксирующими конструкциями. Надёжная

внутренняя фиксация позвонков позволяет наиболее эффективно проводить комплекс реабилитационных мероприятий и отказаться от громоздкой внешней иммобилизации шейного отдела позвоночника. Вопросы выработки показаний к тому или иному варианту спондилодеза требуют уточнения и дальнейшего исследования.

Л.И. Шабаева, Е.В. Мойсеенко, О.В. Широкий (Изюмская ЦГБ) «Лечение открытых переломов длинных костей в условиях ЦГБ». В травматологическом отделении Изюмской ЦГБ в течение последних четырех лет пролечен 61 пациент с открытыми переломами костей конечностей. Из них 48 человек были доставлены с места ДТП и 13 человек травмировались в быту. Возраст пострадавших колебался от 10 до 72 лет. Все пострадавшие были доставлены в течение первых суток, из них 54 больных доставлены машиной скорой помощи и 7 пациентов — попутным транспортом. Лечение больных проводили согласно существующим стандартам качества лечения. В обязательном порядке проводили первичную хирургическую обработку ран, противошоковые мероприятия, профилактику столбняка, газовой гангрены и жировой эмболии. Внеочаговый остеосинтез по Илизарову был выполнен 32 больным, на костный остеосинтез — 13 пациентам. В 16 случаях применено скелетное вытяжение. Средний койко-день пребывания больных с открытыми переломами костей конечностей в стационаре составил 26,2 дня. Сращение переломов наступило у 55 (90,2 %) человек. У 6 больных наблюдалось замедленное сращение переломов, у 2 больных — осложнение в виде посттравматического остеомиелита и у 7 пациентов — контрактуры суставов.

Л.И. Шабаева, С.А. Листратов, Е.В. Мойсеенко (Изюмская ЦГБ) «Опыт лечения жировой эмболии». Синдром жировой эмболии — одно из тяжелых осложнений механической травмы, которое приводит в 15–58 % случаев к смертельному исходу. Существует несколько теорий патогенеза: классическая, энзимная, коллоидно-химическая, гиперкоагуляционная. Клиническая картина жировой эмболии проявляется тетрадой, которая включает симптоматику нарушений ЦНС, нарушения кардиореспираторной функции, капилляропатию (петехиальные высыпания) и гипертермию по типу постоянной лихорадки (до 39–40° С).

Комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития жировой эмболии, включает как общепринятые лечебные мероприятия по лечению травматических повреждений (стабилизацию переломов, противошоковую терапию и назначение препаратов, улучшающих реологические свойства крови и ее циркуляцию), так и превентивную инфузию этилового спирта в средних терапевтических дозах (0,5–1 мл на кг/сутки) в течение 1–3-их суток и раннее назначение препаратов фосфолипидного ряда (эссенциале, липостабил). Такая тактика лечения наиболее показана при множественной скелетной травме с повреждением длинных костей и при переломах костей таза, так как риск развития жировой эмболии при этих повреждениях наибольший. Лечебно-диагностические мероприятия должны носить ургентный характер и начинаться немедленно при малейшем подозрении на возникновение жировой эмболии.

С.А. Нистратов (Изюмская ЦГБ) «Случай лечения болезни Реклингаузена». Проведена демонстрация больной Н., 1959 г.р., которая находится под наблюдением ортопедов-травматологов Изюмской ЦГБ с 2000 года по поводу болезни Реклингаузена и нарушения функции правой нижней конечности вследствие «лизиса» головки, верхней и средней трети правой бедренной кости. В настоящее время после проведенного оперативного лечения по поводу аденомы паращитовидной железы и оказания специализированной ортопедо-травматологической помощи опорно-кинематическая функция правой конечности восстановлена с полным восстановлением костной структуры пораженного (проксимального) отдела бедренной кости.

Заседание, 17 сентября 2009 г.

Доклады:

И.Г. Бэц (МГКБ № 17) «Лечение переломов дистального метаэпифиза костей предплечья дистракционными методами». Переломы дистального метаэпифиза костей предплечья составляют от 11% до 30% среди всех переломов костей скелета и до 90% переломов костей предплечья. Для лечения таких переломов наиболее часто применяют метод закрытой репозиции с последующей иммобилизацией гипсовой лонгетой. Однако в некоторых случаях невозможно обеспечить удержание костных отломков в положении анатомической репозиции с помощью гипсовой иммобилизации. Это обуславливает необходимость применения оперативно-дистракционных методов лечения таких повреждений. Автором продемонстрированы случаи применения спицевых и стержневых аппаратов внеочаговой фиксации при лечении переломов дистального метаэпифиза костей предплечья, когда классическая тактика ручной репозиции и гипсовой иммобилизации оказалась несостоятельной.

А.А. Тяжелов, Р.В. Паздников (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Передняя нестабильность плечевого сустава». Вывихи головки плечевой кости составляют 60% среди всех вывихов костей. Наибольшая частота развития нестабильности плечевого сустава наблюдается у молодых больных до 30 лет. Характерными повреждениями при передней нестабильности плечевого сустава являются: отрыв переднего отдела хрящевой губы и капсулы сустава (85% случаев), импрессионные переломы задневерхнего отдела головки плечевой кости (77% случаев), дефекты переднего края суставной поверхности лопатки (73% случаев). В ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» разработаны технологии анкерной стабилизации плечевого сустава и хирургического лечения дефектов Hill-Sach's. Выбор тактики лечения проводят с учетом рентгенометрического исследования, КТ и артроскопической диагностики, что позволяет установить характер нестабильности, выявить повреждения переднего отдела хрящевой губы, капсулы сустава, дефекты задневерхнего отдела головки плечевой кости и другие повреждения плечевого сустава.

Заседание, 15 октября 2009 г.

Доклады:

П.С. Мельник, В.Т. Полищук, А.Л. Бородай, В.И. Лищук (ВМКЦ СР) «Мобильный госпиталь ВМКЦ СР в общей системе оказания медицинской помощи пострадавшим при техногенных авариях». Законом Украины «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера» (статья

24) предусмотрено для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций привлекать части и подразделения Военных Сил Украины. Одной из таких частей является военный мобильный госпиталь (ВМГ), который размещается на базе Военно-медицинского клинического центра Северного региона (г. Харьков). В настоящее время в Украине действуют 5 военных мобильных госпиталей, каждый из которых закреплен за определенным регионом и относится к постоянно действующим функциональным подсистемам общегосударственного уровня. Задача ВМГ — оказание первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. Структура и штаты ВМГ позволяют проводить прием, медицинскую сортировку пострадавших и больных, обеззараживание их одежды, оказание квалифицированной медицинской помощи с элементами специализированной, а также организовывать и проводить необходимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в местах развертывания ВМГ. В условиях чрезвычайных ситуаций ВМГ сотрудничает с учреждениями МЗ Украины.

А.Л. Бородай, К.Н. Погребной, В.А. Бородай, В.В. Негодуйко (ВМКЦ СР) «Современная боевая огнестрельная травма, принципы хирургической тактики и консервативного лечения: наш опыт по оказанию медицинской помощи раненым в период боевых действий в Афганистане (1978–1989 гг.), миротворческих операций в бывшей Югославии, Ираке, Афганистане в настоящее время». Особенности огнестрельных ран и морфологических изменений, которые возникают при повреждениях тканей осколками или пулей, обуславливаются суммой физико-химических и механических факторов и объединены современной теорией прямого и бокового удара. Особое место по степени тяжести и сложности механических повреждений отводится минновзрывной травме, которая характеризуется также особой сложностью диагностики и детализации всех повреждений, высокой летальностью, частым развитием осложнений и приводит к инвалидности. Наличие раны при огнестрельных переломах, тяжесть повреждения, кровотечение, шок, осложнения (нагноения и пр.) требуют проведения специальных диагностических и лечебных мероприятий при оказании медицинской помощи раненым. В докладе на конкретных клинических примерах наглядно освещены особенности механизма возникновения, принципы диагностики и основные направления тактики лечения различных огнестрельных повреждений.

А.Л. Бородай, К.Н. Погребной, С.В. Бондарь, Ю.В. Клапчук, А.Б. Антонов, С.И. Бибиченко (ВМКЦ СР) «Особенности обследования допризывников согласно приказу МО Украины от 14.08.2008 г. № 402 и «Положение о военно-врачебной экспертизе в Вооруженных Силах Украины». При обследовании призывников с патологией опорно-двигательной системы используют многоосевые и функциональные рентгенологические методы исследования, по показаниям используют также компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Определение степени нарушения функции опорно-двигательной системы проводят с учетом данных таблиц оценки объема движений в суставах конечностей, функции позвоночника и степени плоскостопия, утвержденных приказом министра обороны Украины от 14.08.2008 г. № 402. Решение о временной непригодности к военной службе принимают на срок не более 1 года с последующим переосвидетельствованием.

А.Л. Бородай, В.И. Тарасенко, К.Н. Погребной, И.С. Мороз, В.Ф. Прозоровский, С.В. Бондарь,

А.Б. Антонов, Ю.В. Клапчук, С.И. Бибиченко (ВМКЦ СР, ХМАПО) «Анализ работы травматологического отделения клиники поврежденных за последние три года». Травматологическое отделение входит в состав клиники поврежденных. В 2007 г. на лечении в отделении находились 935 больных, в 2008 г. — 867, за 9 месяцев 2009 г. — 702 больных. Средняя длительность пребывания на койке составила 14,1 дня. За девять месяцев 2009 г. выполнено 312 оперативных вмешательств, из них сложных — 275. Хирургическая активность составила 44,3%. В лечебную практику отделения внедрены новые эффективные методики лечения и оперативных вмешательств, в том числе: тотальное цементное эндопротезирование коленного сустава имплантатом “Endoplant” с подвижной вкладкой, тотальное бесцементное эндопротезирование коленного сустава имплантатом ЕFK “Endoplant”, погружной металлоостеосинтез переломов костей конструкциями “Intercus”, малоинвазивное бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава колпачковым эндопротезом “ICON”, дугфракционная пластика ПКЗ лавсановым протезом с использованием керамических фиксаторов, использование стволовых аутоклеток при лечении отдаленных последствий тяжелой спинальной травмы.

Заседание, 19 ноября 2009 г.

Доклады:

В.В. Ключевский (Ярославская ГМА, Россия) «Хирургическое лечение переломов шейки бедренной кости». Переломы шейки бедренной кости характеризуются высокой частотой неудовлетворительных результатов. Причины плохой потенции к сращению переломов бедренной кости: внутрисуставной характер, отсутствие надкостницы, значительное ухудшение после перелома кровоснабжения головки, невозможность полной репозиции при оскольчатых переломах, в значительном числе случаев невозможность выполнения операции в первые сутки после перелома. По данным Levi N., Kofeod H. (1999), чем позже проведен остеосинтез перелома шейки бедренной кости, тем выше риск развития осложнений. Выбор метода остеосинтеза при данных переломах осложняется большим многообразием металлоконструкций и методик для его осуществления. Многие из предложенных на сегодня методик хирургического лечения переломов шейки бедренной кости были опробованы лишь в небольших сериях клинических наблюдений, что не дает возможности рекомендовать их к широкому внедрению.

В Ярославском ортопедо-травматологическом центре, организованном на базе Клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева, разработан четкий алгоритм выбора тактики хирургического лечения переломов шейки бедренной кости. Факторы, влияющие на выбор тактики: тип перелома (аддукционный или абдукционный), возраст пациента, стабильность перелома. Наряду с металлоостеосинтезом для лечения переломов у больных старшего возраста широко применяют эндопротезирование. Выбор типа эндопротеза осуществляется по системе клиники Lahey (Burlington, USA) с учетом возраста, веса пациента, его предполагаемой активности после операции, общего состояния здоровья и качества бедренной кости (бедренный индекс).

По наблюдениям автора, применение современных эндопротезов для тотального протезирования суставов и гемипротезов позволяет в короткие сроки и крайне эффективно восстановить качество жизни пациента. При этом тотальное замещение при переломах шей-

ки бедренной кости сложнее, чем при «банальном» коксартрозе: выше риск осложнений (инфекция, перипротезные переломы), из-за мышечного дисбаланса наблюдается большая частота вывихов эндопротезов. Среди 399 больных с переломами шейки бедренной кости, которым было выполнено тотальное замещение тазобедренного сустава в 1994–2003 гг., наблюдались такие осложнения: вывихи — 4,2%, интраоперационные переломы бедренной кости — 3,5%, инфекционные осложнения — 1,5%. Внутрибольничная летальность после операций тотального эндопротезирования составила 2,1%. Применение гемаиартропластики у больных старческого возраста и долгожителей позволяет снизить внутрибольничную летальность, восстановить двигательную активность пациента, а также значительно облегчить уход за больным. В период 2001–2009 гг. в клинике было выполнено 620 операций гемаиартропластики с использованием протеза ЯРТЭЗ у пациентов в возрасте от 76 лет до 101 года. Определены противопоказания для применения данной методики. Рассчитана ежегодная потребность в гемаиартропластике при переломах шейки бедренной кости по Ярославской области, которая составила 120–140 операций на 330 тысяч населения в возрасте старше 60 лет.

Н.А. Корж (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Перспективы улучшения отдаленных результатов по снижению смертности в «большой» ортопедии». Несмотря на достижения современной медицины, в большинстве случаев тромбозомболические осложнения (ТЭО) являются причиной летальных исходов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде после тотального эндопротезирования тазобедренного (ТЭТС) или коленного сустава (ТЭКС). При отсутствии профилактики тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей возникает не менее чем у 50% оперированных пациентов. Часто венозный тромбоз проявляется после выписки пациентов из стационара (бессимптомные тромбозы начинаются еще в стационаре, а после выписки при отсутствии продленной профилактики манифестируют в виде ТГВ). Фатальные последствия ТЭО можно свести к минимуму благодаря выбору эффективного препарата для профилактики и адекватному режиму его назначения. Согласно рекомендациям АССР-2008 минимальная длительность тромбопрофилактики после больших ортопедических вмешательств должна составлять не менее 10 дней (уровень 1А). Для пациентов после ТЭТС тромбопрофилактика должна быть продлена от 10 до 35 дней (уровень 1А) — низкомолекулярные гепарины (НМГ, уровень 1А), непрямые антикоагулянты (НАК, уровень 1В) или фондапаринукс (уровень 1С). Для пациентов после ТЭКС тромбопрофилактика должна быть продлена от 10 до 35 дней (уровень 2В) — НМГ (уровень 1С), НАК (уровень 1С) или фондапаринукс (уровень 1С). Для пациентов с переломами бедренной кости тромбопрофилактика должна быть продлена от 10 до 35 дней (уровень 1А) — фондапаринукс (уровень 1А), НМГ (уровень 1С) или НАК (уровень 1С).

В.А. Филиппенко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Повышение эффективности профилактики тромбозомболических осложнений в ортопедии с позиций доказательной медицины». Риск развития тромбозомболических осложнений (ТЭО) наиболее высок при ортопедических операциях, таких как эндопротезирование тазобедренного сустава, ампутации нижней конечности на уровне бедра и остеосинтез при переломах бедренной кости. Период риска тромбозомболии длится, как правило, не менее месяца после оперативного вмешательства или перелома кости. С

учетом этого медикаментозная профилактика должна назначаться на весь период риска и проводиться под наблюдением специалиста.

С целью профилактики ТЭО применяют ряд препаратов, среди которых довольно эффективными являются «Фраксипарин» и «Арикстра». Результаты нескольких многоцентровых, рандомизированных исследований, целью которых было изучение эффективности профилактики тромбозов указанными препаратами, показали, что применение фраксипарина снижает риск тромбоза глубоких вен у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава на 79%, а у пациентов с переломами костей конечностей — на 71%. Применение арикстры снижает риск развития ТЭО после эндопротезирования тазобедренного сустава на 56%, после эндопротезирования коленного сустава — на 55%. Общее количество больших кровотечений при применении указанных препаратов достоверно не увеличивается. Авторы считают целесообразным для профилактики тромбоэмболических осложнений назначение препарата «Арикстра» после проведения операций по эндопротезированию тазобедренного и коленного суставов, а также при переломах бедренной кости. После прочих оперативных вмешательств по поводу ортопедической патологии при умеренном риске ТЭО целесообразно назначение фраксипарина.

Заседание, 17 декабря 2009 г.

Доклады:

Г.Г. Голка, А.В. Танцура, А.Ю. Беда, С.Ю. Потимков, Т.Г. Голка (ОТБ № 1 г. Харьков) «*Современные проблемы диагностики костно-суставного туберкулеза*». Рост заболеваемости легочной формой туберкулеза, который наблюдался в Украине в начале 90-х годов прошлого столетия, обусловил увеличение количества случаев костно-суставного туберкулеза в настоящее время. По локализации костно-суставной туберкулез распределяется следующим образом: от 40% до 50% составляют поражения позвоночника, 15% — тазобедренный и столько же коленный суставы, 20% — другие локализации. Риск заболевания значительно возрастает у людей пожилого и старческого возраста, в случаях тесного контакта с больным и при снижении иммунитета. Сложность диагностики в отдельных случаях заключается в том, что не у всех больных с костно-суставным туберкулезом в легких наблюдаются изменения, характерные для туберкулезного

процесса. Поэтому важно в неясных случаях и при малейшем подозрении на туберкулезное поражение направить больного на консультацию к специалисту в соответствующее специализированное учреждение. Современные методы диагностики костно-суставного туберкулеза: рентгенография легких и пораженного участка скелета, КТ, ЯМРТ, специфические методы — бактериологические и патоморфологические. Кроме базового обследования больного, необходимо также учитывать факторы риска — образ жизни, характер питания, перенесенные и имеющиеся хронические заболевания, прием гормональных препаратов, цитостатиков и других лекарственных средств, снижающих иммунитет. Отсутствие настороженности и недостаточный уровень подготовки врачей по вопросам диагностики костно-суставного туберкулеза приводит к росту количества своевременно не выявленных случаев туберкулезного поражения опорно-двигательной системы.

Г.Г. Голка (ХНМУ) «*Современные методы лечения костно-суставного туберкулеза*». По наблюдениям специалистов, после вспышки заболеваемости легочной формой туберкулеза через 10–15 лет наблюдается рост уровня костно-суставного туберкулеза. Это объясняется тем, что туберкулезное поражение костей и суставов, как правило, происходит в результате вторичного инфицирования и обусловлено рядом неблагоприятных факторов, в том числе недостаточно высоким уровнем качества диагностики и лечения туберкулеза, а также ростом общей устойчивости микобактерий туберкулеза к лекарственным препаратам. В настоящее время программа лечения костно-суставного туберкулеза включает в себя обязательное проведение специфической терапии и хирургическое лечение по показаниям. Продемонстрированы клинические наблюдения 184 больных с туберкулезом позвоночника и крупных суставов, лечившихся оперативно в отделении костно-суставного туберкулеза в областной туберкулезной больнице № 1 г. Харьков в 2002–2008 гг. Сделан вывод о том, что методики оперативного лечения костно-суставного туберкулеза с использованием керамических имплантатов позволяют обеспечить первичную стабилизацию пораженного сегмента и получить хорошие клинические и функциональные результаты, что соответствует требованиям, предъявляемым к радикальным вмешательствам при туберкулезе опорно-двигательной системы. Определены первоочередные мероприятия по улучшению оказания специализированной медицинской помощи больным с костно-суставным туберкулезом.

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