

Звіт про конференцію «Сучасні технології ендопротезування колінного та кульшового суглобів» (присвячену 80-річчю кафедри травматології та ортопедії Дніпропетровської державної медичної академії)

17–18 вересня 2009 року в місті Дніпропетровську відбулася Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні технології ендопротезування колінного та кульшового суглобів», яка присвячена 80-річчю кафедри травматології та ортопедії Дніпропетровської державної медичної академії.

У конференції взяли участь 212 фахівців з усіх регіонів України та 12 провідних спеціалістів з Німеччини та Канади. Очолили роботу конференції президент асоціації ортопедів-травматологів України, директор ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України» професор М.О. Корж, головний ортопед-травматолог МОЗ України, заступник директора ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України» професор С.І. Герасименко, віце-президенти асоціації ортопедів-травматологів України професори В.Г. Климовицький, С.С. Страфун, В.О. Радченко, О.Є. Лоскутов.

Відкрив конференцію ректор Дніпропетровської державної медичної академії, академік АМН України, доктор мед. наук професор Г.В. Дзяк. У своїй промові професор Г.В. Дзяк підкреслив важливе соціальне значення ортопедії та травматології в сучасній медицині. Він окремо виділив напрямок, який зв'язаний з ендопротезуванням суглобів, зокрема в разі ревматоїдного артриту, травмах кульшового та колінного суглобів. З вітальними промовами виступили заступник голови Дніпропетровської облдержадміністрації професор Є.І. Бородин та заступник голови Дніпропетровської обласної ради народних депутатів А.Ф. Шипко.

Перше та друге пленарне засідання було присвячено питанням складного та нестандартного ендопротезування кульшового суглоба. Цей напрямок висвітлили у своїх доповідях проф. Лоскутов О.Є., проф. Герасименко С.І., доц. Канзюба А.І., Олініченко Г.Д. Питанням нових технологій в ендопротезуванні суглобів було присвячено доповіді проф. Філіпенка В.А., Косякова О.М. Про проблемні питання ендопротезування плечового та ліктьового суглобів доповів проф. Страфун С.С. Тема двобічного ендопротезування кульшового суглоба докладно була викладена Синегубовим Д.А. Про вивчення позиції ацетабулярного компонента і первинний об'єм рухів у разі тотального ендопротезування кульшового суглоба з використанням головок 28, 32, 36 та 40 мм з різним рівнем посадки доповів Сафір О. (Канада).

Третє пленарне засідання було присвячено питанням ревізійного ендопротезування кульшового суглоба. Професор Корж М.О. розкрив сучасні погляди на ревізійне ендопротезування кульшового суглоба. Про свій досвід використання модульних ендопротезів «Ортен» у ревізійній хірургії кульшового суглоба доповів проф. Лоскутов О.Є. Можливостям системи «Октопус» у разі ревізійного ендопротезування кульшового суглоба з використанням кісткової пластики «Тугопласт» було присвячено доповідь Косякова О.М. Великим досвідом ревізійного ендопротезування поділився Сафір О. (Канада). Його доповіді були присвячені таким темам: вивихи та інфекційні ускладнення після

ревізійного тотального ендопротезування кульшового суглоба, ацетабулярні ревізії з використанням антипротрузійного кейджа та трабекулярної металевої чашки («Cup-Cage Technique») у разі значної втрати кісткової тканини в ацетабулярній зоні та порушення цілісності тазового кільця, «врятування» нестабільних ацетабулярних кейджів за допомогою трабекулярних металевих чашок, ревізії в разі дефектів проксимального відділу стегнової кістки.

Також на третьому пленарному засіданні було розглянуто питання реабілітації хворих після ендопротезування суглобів. Проф. Полулях М.В. розповів про ендопротезування колінного суглоба в разі наявності згинальної контрактури. Проф. Климовицький В.Г. поділився особливостями ранньої реабілітації хворих після тотального ендопротезування колінного суглоба.

Четверте пленарне засідання було присвячено проведенню ХІХ Українсько-німецького симпозиуму ортопедів-травматологів у межах конференції, головуючими на засіданні були: професор Лоскутов О.Є., професор Хайзель Ю., професор Корж М.О., професор Шпрингорум Х.-В., професор Радченко В.О. Німецькі колеги виступили з широким спектром доповідей. Про сучасні підходи до ендопротезування колінного суглоба у Німеччині та стандарти післяопераційної реабілітації після тотального ендопротезування кульшового та колінного суглобів у Німеччині доповів Jürgen Heisel (Bad Urach). Доповідь про ендопротезування та спорт зробив К. Steinbrück (Stuttgart). Про тотальне ендопротезування кульшового суглоба в разі диспластичного коксартрозу авторським ендопротезом доповів R. Brückl (Detmold). Проблемам медикаментозної профілактики осифікації після тотального ендопротезування кульшового суглоба, її науковим та практичним аспектам присвятив свою доповідь Klaus K. Förster (Engelskirchen).

Наприкінці четвертого пленарного засідання професори Корж М.О., Філіпенко В.А., Лоскутов О.Є., Герасименко С.І. обговорили національний реєстр ендопротезування кульшового та колінного суглобів та питання про організацію роботи асоціації ендопротезування суглобів.

Учасниками конференції була прийнята резолюція: «В останні два десятиріччя найбільш яскраво та динамічно в галузі ортопедії і травматології України розвивається ендопротезування суглобів. Однак у багатьох регіонах ці технології ще не впроваджено. Спостерігається високий відсоток ускладнень у разі ендопротезування суглобів.

Незважаючи на те, що, за висловом академіка О.О. Коржа: «Наприкінці ХХ сторіччя нарешті здійснився прорив в Україні у сфері ендопротезування суглобів...», проблеми, пов'язані з імплантацією штучних суглобів, продовжують накопичуватися, а деякі потребують свого негайного вирішення. Слід зауважити, що в умовах економічної кризи рішення більшості проблем у сфері ендопротезування не потребує додаткових коштів, а пов'язано з розробкою нових заходів та удосконаленням організації вітчизняного ендопротезування. Асоціацією

ендопротезування суглобів та асоціацією ортопедів-травматологів України з метою забезпечення наших громадян висококваліфікованою спеціалізованою допомогою та подальшого розвинення наукових досліджень і більш широкого впровадження технологій ендопротезування в різних регіонах України прийнято постанову:

1. Центрами ендопротезування в Україні слід вважати: м. Київ — керівник проф. Г.В. Гайко; м. Харків — керівник проф. М.О. Корж; м. Дніпропетровськ — керівник проф. О.Є. Лоскутов; м. Донецьк — керівник проф. В.Г. Климовицький.
2. Зазначені центри проводять підготовку фахівців на курсах інформації та стажування, навчання на робочому місці з видачею відповідного сертифікату спеціаліста. Відповідальні — керівники центрів, термін — постійно.
3. Директорів ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України» проф. М.О. Коржу, завідувачу кафедри травматології та ортопедії Дніпропетровської державної медичної академії проф. О.Є. Лоскутову підготувати та затвердити програму «Базисного курсу з ендопротезування кульшового та колінного суглобів». Термін — до 1 грудня 2009 р.
4. Правлінню Асоціації ендопротезування суглобів провести до 1 січня 2010 р. необхідну роботу, передбачивши організацію осередків асоціації ендопротезування суглобів при обласних асоціаціях ортопедів-травматологів України, з формуванням списків фахівців регіону для проходження підготовки і стажування з ендопротезування. Відповідні матеріали направити Президенту асоціації ендопротезування суглобів проф. О.Є. Лоскутову. Термін — до 1 січня 2010 р.
5. Правлінню Асоціації ендопротезування суглобів розробити стандарти для проведення ліцензування і сертифікації регіональних обласних центрів ендопротезування. Відповідальні: проф. О.Є. Лоскутов, проф. С.І. Герасименко, проф. В.А. Філіпенко. Термін — до 10.01.2010 р.
6. Сертифікацію і ліцензування регіональних обласних центрів ендопротезування доручити: у м. Київ — проф. С.І. Герасименку; у м. Харкові — проф. В.А. Філіпенку; у м. Дніпропетровську — проф. О.Є. Лоскутову; у м. Донецьку — проф. В.Г. Климовицькому за участі не менш одного представника з кожного центру).
7. Асоціації ортопедів-травматологів України та асоціації ендопротезування суглобів України з 01.01.2010 р. ввести єдиний перелік реєстрації ендопротезування в Україні. Відповідальні: проф. М.О. Корж, проф. О.Є. Лоскутов, проф. С.І. Герасименко, проф. В.А. Філіпенко, голови регіональних осередків ортопедів-травматологів.
8. З метою забезпечення сучасними видами ендопротезів і технологіями ендопротезування рекомендувати

МОЗ України занести до складу тендерного комітету керівників Українських центрів ендопротезування. Відповідальні: проф. М.О. Корж, проф. С.І. Герасименко.

9. Рекомендувати МОЗ України вносити експертні висновки Української асоціації ендопротезування суглобів у разі проведення місцевих тендерів з закупівлі ендопротезів. Відповідальні: проф. М.О. Корж, проф. С.І. Герасименко.
 10. З огляду на високу якість та позитивні результати використання вітчизняних ендопротезів «Ортен» протягом більше 15 років рекомендувати МОЗ України та Управлінням охорони здоров'я облдержадміністрацій для забезпечення широкого клінічного застосування внести в перелік тендерів ендопротези «Ортен».
 11. Правлінню асоціації ендопротезування суглобів провести обговорення та створити комісію з проведення клінічних випробувань ендопротезів, виробів для ендопротезування та технологій ендопротезування. Відповідальні: проф. М.О. Корж, проф. О.Є. Лоскутов, проф. С.І. Герасименко, проф. В.А. Філіпенко, проф. В.Г. Климовицький.
 12. Правлінню асоціації ендопротезування суглобів обговорити та визначити бази для проведення ревізійних оперативних втручань з урахуванням регіональних особливостей та закону про місцеве самоврядування. Відповідальні: проф. С.І. Герасименко, проф. М.О. Корж, проф. В.А. Філіпенко, проф. О.Є. Лоскутов.
 13. Правлінню асоціації ендопротезування суглобів вивчити питання забезпечення центрів кістковими трансплантатами для проведення ревізійних операцій та надати пропозиції щодо покращання цього напрямку трансплантології. Відповідальні: проф. С.І. Герасименко, голови регіональних асоціацій ортопедів-травматологів. Термін — до 31.01.2010 р.
- Після обговорення, внесення поправлень та доповнень за результатами голосування резолюцію було прийнято одногослосно як керівництво до дії. На цьому роботу конференції було завершено.
- Також у рамках конференції 19 вересня відбувся work-shop «Актуальні питання реконструктивної хірургії стопи». Заняття було проведено під керівництвом професорів: Лоскутова О.Є. (Україна), першого віцепрезидента асоціації стопи та надп'ятково-гомількового суглоба Томаса М. (Німеччина), Зібера Е. (Німеччина), доцентів Габеля М. (Німеччина) та Брюкла Р. (Німеччина). Лекції та практичні заняття було присвячено вивченню та виробленню практичних навичок сучасних технологій реконструктивних операцій на стопі. З України пройшли підготовку та отримали відповідні сертифікати 25 лікарів.
- Насичена та продуктивна робота конференції, XIX Українсько-німецького симпозіуму та work-shop свідчать про високий стан наукової та педагогічної діяльності в Україні, гідної європейського рівня ортопедії та травматології.

О.Є. Лоскутов
О.Є. Олейник

Звіт про проведення Міністерством охорони здоров'я України робочої наради «Актуальні проблеми санаторно-курортної реабілітації дітей з ортопедо-травматологічною патологією»

2 жовтня у м. Євпаторії на базі дитячого спеціалізованого клінічного санаторію «Орлятко» відбулася нарада головних ортопедів-травматологів обласних управлінь охорони здоров'я спільно з головними лікарями дитячих спеціалізованих санаторіїв на тему «Актуальні проблеми санаторно-курортної реабілітації дітей з ортопедо-травматологічною патологією». Організатори заходу — Міністерство охорони здоров'я України, МОЗ АР Крим та ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів».

З провідною доповіддю «Показання до реабілітації дітей з ортопедо-травматологічною патологією» виступив головний позаштатний дитячий ортопед-травматолог Міністерства охорони здоров'я України професор А.Ф. Левицький. Він визначив основні напрямки та проблеми в організації санаторно-курортної реабілітації юних пацієнтів. Було підкреслено, що санаторно-курортний етап є невід'ємною частиною цілісної системи реабілітації хворих (дітей) з патологією опорно-рухової системи.

З доповіддю «Роль інституту ім. проф. М.І. Ситенка у розвитку санаторно-курортної допомоги дітям з ортопедо-травматологічною патологією» виступив завідувач науково-організаційного відділу інституту канд. мед. наук О.І. Корольков. Він представив детальний аналіз більш як 85-річного досвіду плідної співпраці санаторіїв Євпаторійського курорту та інституту ім. проф. М.І. Ситенка. Результати науково-практичного співробітництва інституту та санаторіїв Євпаторійського курорту на сьогоднішній день виглядають досить вагомо: опубліковано у збірниках і журналах близько 600 статей і тез, обговорено та викладено близько 500 доповідей, захищено 10 кандидатських дисертацій. Доповідач підкреслив, що найбільш тісні та ефективні стосунки склалися між санаторієм «Орлятко» та інститутом ім. проф. М.І. Ситенка, які перетворились на систематичне проведення курсів удосконалення та підвищення кваліфікації лікарів з ортопедії та травматології, а також з реабілітаційного фізіотерапевтичного лікування на Євпаторійському курорті, проведення конференцій і семінарів з актуальних питань ортопедії та травматології, у тому числі через залучення зарубіжних спеціалістів (Жак Шено та ін.). Така співпраця інституту, санаторію «Орлятко» та фірми «Ортоспайн» дозволила вперше використати корсет Шено на санаторному етапі лікування дітей з патологією хребта (сколіотична хвороба, спондилолітез, післятравматичні деформації).

Констатовано ефективну в останні роки наукову та практичну співпрацю зі Слав'янським курортом. Проведена протягом ряду років науково-дослідна робота дозволила обґрунтувати та уточнити показання до певних видів санаторно-курортного лікування з урахуванням різних вікових груп, зокрема особливостей температурного режиму пелюдотерапії. У доповіді констатовано, що плідна раніше співпраця з санаторіями «Затока» та «Люстдорф» Одеської області знаходиться на сьогодні у «замороженому стані» та потребує нових підходів щодо її відновлення та подальшого поглиблення.

Головний лікар санаторію «Орлятко» В.М. Прочан виступив з доповіддю про можливості та високу ефективність відновлювального лікування дітей з патологією опорно-рухової системи в умовах спеціалізованого клінічного дитячого санаторію та про перспективи його

розвитку. Особливий акцент у своєму виступі В.М. Прочан зробив на своєчасному проведенні відновлювальних реабілітаційних заходів у разі найбільш тяжких захворювань кісток та суглобів (ранній остеоартроз, сколіоз, запальні артропатії та ураження кісток тощо), які досить ефективно лікуються в санаторних умовах.

Про важливу роль лікувальної фізкультури та масажу в лікуванні сколіозу доповів начальник дитячого клінічного санаторію Міністерства оборони України А.М. Ненько.

У ході наради її учасники висловили загальну думку про необхідність більш тісної співпраці між дитячими ортопедами-травматологами України та клінічними санаторіями як місцевого, так і державного рівня. Головний лікар дитячого спеціалізованого клінічного санаторію ім. Н.К. Крупської О.І. Креслов відзначив, що досягти більш ефективних результатів у наданні допомоги дітям з ортопедо-травматологічною патологією можливо шляхом створення на базі клінічних санаторіїв спеціалізованих санаторно-реабілітаційних профільних центрів. Він також розповів про нову методику гідропланшетної терапії, яка ефективно застосовується спеціалістами його оздоровниці.

Учасники робочої наради були одностайними в тому, що санаторно-курортна реабілітація є невід'ємною частиною комплексного медико-соціального лікування дітей з патологією опорно-рухової системи, і з цієї точки зору, в санаторії «Орлятко» створено всі необхідні умови.

У результаті обговорення доповідей та виступів спеціалістів з усіх областей України на робочій нараді одностайно була прийнята така резолюція:

1. Міністерству охорони здоров'я Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій вжити заходів щодо покращення взаємодії з керівництвом санаторіїв, де лікуються діти з захворюваннями опорно-рухової системи, з головними дитячими ортопедами-травматологами на місцях, забезпечити їх участь у роботі санаторно-курортних відбіркових комісій з метою раціонального та ефективного використання ліжкового фонду санаторіїв.
2. Санаторно-курортний етап є невід'ємною частиною медико-соціальної реабілітації дітей з ортопедо-травматологічною патологією, а позитивні результати співпраці інституту ім. проф. М.І. Ситенка з закладами санаторно-курортного профілю свідчать про необхідність розвинення та поширення цього досвіду в межах країни. Необхідно ширше залучати до співпраці профільні кафедри, практикувати спільні науково-дослідні та госпрозрахункові теми тощо.
3. В обов'язки обласних спеціалістів впровадити регулярну (не менше як один раз на зміну) курацію місцевих санаторіїв або одного з провідних фахівців дитячих ортопедів-травматологів за погодженням з обласним спеціалістом.
4. Головному дитячому ортопеду-травматологу МОЗ України проф. Левицькому А.Ф. спільно з провідними науковими установами МОЗ, АМН та з залученням до цієї роботи санаторіїв провести відповідну роботу щодо розробки та впровадження Положення

- про індивідуальні програми реабілітації з основних нозологічних одиниць дитячої ортопедії та травматології з урахуванням оптимальних термінів відновлення функціональних можливостей і формування компенсаційно-приспосувальних процесів.
5. Особливу увагу необхідно приділити подальшому розвитку та удосконаленню підготовки фахівців (лікарів, середнього медичного та технічного персоналу) з комплексної реабілітації дітей з патологією органів опори та руху у відповідності до створених типових програм реабілітації.
 6. Забезпечити в повному обсязі диспансеризацію дітей з ортопедо-травматологічною патологією, розглянути питання про створення єдиного реєстру дітей, які потребують тривалого відновлювального лікування та медичної реабілітації.
 7. Щороку проводити підсумкову нараду головних лікарів дитячих спеціалізованих санаторіїв ортопедо-травматологічного профілю за участі головних дитячих ортопедів-травматологів за результатами роботи за рік.
 8. Міністерству охорони здоров'я Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити першочергове направлення на санаторне лікування за бюджетними путівками дітей з патологією опорно-рухової системи, а саме:
 - дітей-інвалідів із захворюванням опорно-рухової системи;
 - хворих після перенесених тяжких травм та оперативних втручань;
 - хворих, у ранні строки, після гострих запальних захворювань кісток та суглобів;
 - хворих з прогресуючим сколіозом;
 - хворих з дегенеративними захворюваннями суглобів та хребта з вираженими порушеннями функцій (асептичний некроз, остеоартроз, ювенільний остеохондроз, диспластичний спондилолітез та ін.);
 - хворих у ранні строки після термічної травми;
 - дітей, постраждалих після надзвичайних ситуацій.
 9. Вивчити питання та обґрунтувати можливість створення на базі СКС „Орлято” (м. Євпаторія) Центру відновної артрології та вертебології, для лікування та реабілітації найбільш складних захворювань опорно-рухової системи у дітей.
 10. Вивчити питання та обґрунтувати можливість створення нейроортопедичного Центру на базі Центрального клінічного санаторію Міністерства оборони України (м. Євпаторія) для лікування та реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем та іншими неврологічними захворюваннями, що супроводжуються порушеннями з боку опорно-рухової системи.
 11. Міністерству охорони здоров'я України та МОЗ АР Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій розробити заходи щодо створення в умовах спеціалізованих санаторіїв місцевого та курортного значення відділень матері та дитини для лікування дітей віком до 6 років і дітей-інвалідів, які потребують постійного догляду матері.

А.Ф. Левицький
О.І. Корольков
В.М. Прочан

Звіт про проведення III Міжнародної (уперше в Україні) українсько-польської науково-практичної конференції «Помилки та ускладнення в травматології та ортопедії»

Уперше в Україні в м. Яремча Івано-Франківської області 9–10 жовтня 2009 року проведено III Міжнародну українсько-польську науково-практичну конференцію ортопедів-травматологів, присвячену аналізу помилок та ускладнень у травматології та ортопедії. У роботі конференції взяли участь 315 делегатів з Польщі та різних регіонів України. Учасників конференції привітали заступник міністра охорони здоров'я України професор З.М. Митник та ректор Івано-Франківського національного медичного університету академік АМН України, професор Є.М. Нейко. Протягом конференції відбулося два пленарних, п'ять секційних засідань та стендова мультимедійна сесія. Упродовж двох днів заслухали 13 доповідей провідних ортопедів-травматологів України та Польщі на пленарних та 44 доповідей на секційних засіданнях. Демонструвалось 19 стендових мультимедійних презентацій.

На першому пленарному засіданні з оглядовими доповідями виступили професор Корж М.О. — президент Української асоціації ортопедів-травматологів та професор Marczynski W. — президент асоціації ортопедів-травматологів Республіки Польща. Особливу увагу доповідачі приділили системному аналізу помилок та ускладнень у травматології та ортопедії. У доповіді проф. М.О. Коржа вказано конкретні шляхи їх запобігання згідно з Указом Президента України № 1694/2005 від

6.12.2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення».

Проблемі, а також перспективам і віддаленим наслідкам лікування хворих з гнійними ускладненнями після ендопротезування кульшового суглоба було присвячено доповідь Почесного президента Асоціації ортопедів-травматологів Республіки Польща професора К. Rapala. Глибокий аналіз факторів, що впливають на виникнення асептичної нестабільності ендопротеза кульшового суглоба, та шляхи її профілактики викладено в доповіді Почесного президента Української асоціації ортопедів-травматологів, члена-кореспондента АМН України професора Гайка Г.В. зі співавт. Можливим ускладненням у разі ендопротезування суглобів у хворих на ревматоїдний поліартрит та анкілозний спондиліт приділив увагу у своїй доповіді головний ортопед-травматолог МОЗ України професор Герасименко С.І. У доповіді президента Української асоціації ортопедів-травматологів професора Коржа М.О. зі співавт. викладено загальні результати аналізу ускладнень після ендопротезування кульшового суглоба. J. Wlacha зі співавт. (Люблін, Польща) у доповіді зробили аналіз ускладнень кровообігу після ендопротезування кульшового суглоба.

З особливим зацікавленням було заслухано доповідь нашого гостя з Канади професора-ортопеда

університету в Торонто (Синбрук) Joseph Schatzker, яку присвячено висвітленню біомеханічних аспектів і причин ускладнень у разі інтрамедулярного блоківостеосинтезу. Професор Грицай М.П. (Київ) у своїй доповіді приділив увагу помилкам та ускладненням у разі остеосинтезу довгих кісток. Професор Сулима В.С. (Івано-Франківськ) у доповіді звернув увагу на труднощі інтрамедулярного блоківостеосинтезу в разі переломів довгих кісток у складних клінічних випадках.

Професор Страфун С.С. доповів про необхідність глибокого вивчення критеріїв діагностики та лікування хворих з післятравматичними порушеннями кровообігу кінцівок. Цікавими напрацюваннями, присвяченими недолагоді у лікуванні хворих з ушкодженнями таза за допомогою апаратів зовнішньої фіксації, поділились ортопеди з Донецька (Лобанов Г.В., Оксимець В.М. зі співавт.).

Два секційних засідання було присвячено питанням ендопротезування великих суглобів у дорослих. Доповіді умовно було розділено на 2 напрямки: ускладнення, які пов'язані з виникненням інфекційного процесу та з нестабільністю імплантата. З цікавістю було заслухано доповіді професора Грицай М.П., Гаврилова І.І., Вирви О.Г. зі співавт., присвячені питанням діагностики та лікування гнійних ускладнень після ендопротезування кульшового та колінного суглобів.

Причини виникнення нестабільності ендопротеза, діагностичну та лікувальну тактику було розкрито в доповіді професора Філіпенка В.А., Підгайської О.О. (Харків). Основною причиною ранньої асептичної нестабільності ніжки ендопротеза автори вважають неадекватне передопераційне планування. Професор J. Schatzker детально розглянув техніку та результати застосування кілець і сіток у разі ревізійного ендопротезування. Аналізу різних видів дефектів кісткового ложа ендопротеза кульшового суглоба в результаті асептичного розхитування його компонентів та диференційованому підходу до лікування таких хворих було присвячено доповідь професора Гайка Г.В., Суліми О.М.

З цікавістю було заслухано виступи ортопедів з Польщі. Wlacha J., Ratura M. (Люблін) зі співавт., які доповіли про явище металозу як ускладнення у разі ендопротезування кульшового суглоба. Професор Jabłoński M., Gorzelak M. (Бялосток) на прикладі 200 клінічних випадків зазначили місце та роль операції Swansona в ендопротезуванні кульшового суглоба. Професор Grańczuk B. зі співавт. (Краків) доповів про власний досвід ендопротезування кульшового та колінного суглобів, а професор Mazurkiewicz T., Wlacha J. (Люблін) проаналізували причини післярезекційних невдач у разі ендопротезування колінного суглоба. Kościak T. зі співавт. доповіли про труднощі та ускладнення ендопротезування кульшового суглоба у хворих на диспластичний коксартроз, а Magdalena Wilk-Frańczuk — про реабілітацію після ендопротезування кульшового та колінного суглобів. Роботи Худобіна В.Ю., Пруднікова Ю.В. зі співавт. (Донецьк) було присвячено аналізу помилок у діагностиці ушкоджень кульшової западини, Оксимця В.М. зі співавт. (Донецьк) — діагностиці та лікуванню хворих з несправжніми суглобами кісток таза. У роботі Касація М.С., Гошка В.Ю. (Київ) було висвітлено результати, помилки та ускладнення оперативного лікування дітей з соха vara colly lysis. Шевченко С.Д. зі співавт. доповідь присвятили помилкам у діагностиці травматичного дистального епіфізеолізу променевої кістки «без зміщення епіфіза».

На секційному засіданні «Помилки та ускладнення в разі лікування хворих з переломами кісток» було

заслухано десять доповідей. Професор Marczyński W. (Варшава) приділив увагу стабілізації коротких кісткових фрагментів. У роботі Deszczyński J. зі співавт. (Варшава) доповідач розкрив фактори ризику та результати лікування хворих з вертлюговими переломами. Доповідачі професор Грицай М.П., Ліненко О. (Київ) проаналізували помилки та ускладнення в лікуванні хворих з післяостеомієлітичними сегментарними дефектами великогомілкової кістки. Черниш В.Ю., Антонов А.А. зі співавт. (Донецьк) приділили увагу лікуванню хворих з псевдоартрозами довгих кісток; професор Бур'янов О.А., Омельченко Т.М. зі співавт. (Київ) — переломам у ділянці надп'яtkово-гомількового суглоба; Kołodziej R. зі співавт. (Люблін) — дефектам головки плечової кістки в разі застарілих вивихів.

Цікавими були доповіді: Вирви О.Є., Головіної Я.О. зі співавт. (Харків) — про можливість остеосинтезу в лікуванні хворих з метастатичними переломами кісток кінцівок, професора Гайка Г.В., Калашникова А.В. зі співавт. (Київ) — про фактори впливу виникнення розладів репаративного остеогенезу та професора Jabłoński M. зі співавт. (Люблін) — про профілактику низькоенергетичних переломів та нові дані про випадки віддаленої міграції кісткового цементу.

Цікаво відбулось об'єднане секційне засідання, яке було присвячено іншим помилкам та ускладненням у разі лікування хворих з переломами, де було заслухано 12 доповідей. У виступі на тему «Хірургічне лікування при незрощеннях внутрішньосуглобових переломів» професор Schatzker J. (Канада) повідомив про складнощі в лікуванні хворих з внутрішньосуглобовими переломами кісток колінного суглоба, а Коструб О.О., Булонський Р. зі співавт. (Київ) — про відновлення передньої схрещеної зв'язки. Kołodziej R. зі співавт. (Люблін) розкрили шляхи усунення причин порушення зрощення довгих кісток. Андрейчин В.А. зі співавт. (Івано-Франківськ) розкрили можливості застосування автологічного кісткового мозку в разі порушень регенерації.

Травмам проксимального відділу плечової кістки було присвячено доповідь Литвина Ю.П., Півня Ю.М. зі співавт. (Дніпропетровськ). Про наслідки невдалого лікування хворих з переломами дистального епіфіза променевої кістки доповіли Bogacz A. зі співавт. (Люблін), а про результати різних методик лікування хворих з тунельним синдромом — Strychar J., Deszczyński J. зі співавт. (Варшава). Ускладненням під час лікування хворих з переломами кісток гомілки було присвячено доповідь Шимона В.М., Шерегуй А.А. зі співавт. (Ужгород). Про лікування хворих з післятравматичним гнійним артритом надп'яtkово-гомількового суглоба доповіли професор Грицай М.П., Білоус Д.І. зі співавт. Цікавими були роботи, які виконані під керівництвом проф. Міхневича О.Є.: про особливості діабетичної артропатії стопи доповів Пятковський В.М. зі співавт., про помилки та ускладнення в разі лікування хворих на спадкову моторно-сенсорну нейропатію — Турчин О.А. зі співавт., про помилки та ускладнення у випадку лікування хворих з макродактилією стопи — Лазаренко Г.М. зі співавт. Сучасним аспектам діагностики кістково-суглобового туберкульозу приділив увагу у своїй доповіді Голка Т.Г.

На конференції було представлено 19 стендових мультимедійних доповідей. Проблемам дитячої ортопедії кульшового суглоба приділили увагу професор Гайка Г.В., Яремін І.В. зі співавт., Корольков О.І. (Харків), клишоногості — Струтинський Я.І., Дубас В.І. зі співавт. (Івано-Франківськ), неправильній консолідації переломів передпліччя у дітей — професор Сулима В. С.,

Дубас В.І. зі співавт. (Івано-Франківськ), ДЦП — професор Шевченко С.Д. зі співавт. (Харків). Про ускладнення та проблеми їх усунення в лікуванні хворих з переломами стегнової кістки, надп'ятого-гомількового суглоба, хребта, ребер та груднини, ушкодження менісків колінного суглоба повідомили Костицький М.М. зі співавт. (Івано-Франківськ), Філь А.Ю. (Львів), Бабуркіна О.П. (Харків). Ендопротезуванню кульшового суглоба було присвячено стендові доповіді професора Гайка Г.В., Худобіна В.Ю. Вивченню раневої мікрофлори приділив увагу Побел А.М. (Запоріжжя), системи оцінки функції кульшового суглоба на базі таблиці Excel — Омельчук В.П., Бруско А.Т. Проблемам лікування хворих з патологією кисті та нейроцистозичному синдрому присвятили свою роботу Ковалишина Т.М., Сулима В.С. (Івано-Франківськ), Науменко Л.Ю. (Дніпропетровськ), Павленко С.М. (Полтава).

На конференції вирішено:

- регулярно проводити систематичний аналіз помилок та ускладнень у лікуванні хворих з травмами та захворюваннями органів опори та руху;
- стимулювати експериментально-теоретичні дослідження у сфері профілактики, ранньої діагностики та лікування гнійно-некротичних та ішемічних ускладнень, що виникають після остеосинтезу та ендопротезування. Особливу увагу слід приділяти якісному навчанню новим сучасним методам лікування хворих з травмами та захворюваннями органів опори та руху;
- систематично висвітлювати помилки та ускладнення, які виникають у процесі лікування хворих з патологією опорно-рухової системи;
- забезпечити координацію діяльності наукових закладів та створення базових навчально-тренувальних центрів з метою якісного навчання сучасним технологіям у травматології та ортопедії під керівництвом досвідчених сертифікованих дипломованих спеціалістів;
- директорам інститутів та завідувачам профільних кафедр передбачити введення в лекційні курси інформації про сучасні наукові досягнення у сфері ортопедії та травматології, а також створити умови для проведення комплексних наукових досліджень. Посилити роботу кафедр медичних університетів і академій післядипломної освіти з підготовки висококваліфікованих кадрів, які володіють сучасними методами лікування;
- для підвищення ефективності сучасних оперативних втручань з застосуванням металоконструкцій, запобігання помилок та ускладнень у разі їх використання необхідно забезпечити розробку новітніх технологій остеосинтезу та ендопротезування, обмін досвідом між спеціалістами на наукових форумах;
- розробити уніфіковані критерії оцінки ефективності лікування хворих з ушкодженнями та захворюваннями опорно-рухової системи;
- розширювати наукову, педагогічну, практичну співпрацю між ортопедами України та Польщі, регулярно проводити один раз на два роки міжнародні тематичні конференції, поглиблювати співпрацю, спрямовану на обмін практичним досвідом, сприяти навчанню молодих спеціалістів новітніми технологіям в ортопедії та травматології;
- сприяти поширенню інформації про найбільш типові помилки та ускладнення через Інтернет.

Сулима В.С.
Омельчук В.П.

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 19 февраля 2009 г.

Доклады:

Г.Г. Голка, В.В. Паламарчук, А.И. Белостоцкий (ХНМУ, ХГКБСНМП) «*Абсолютная и относительная стабильность остеосинтеза*». Понятия абсолютной и относительной стабильности остеосинтеза впервые были рассмотрены Мюллером (1963) при изучении процесса сращения перелома. Характеристикой стабильности является величина деформации в области перелома, возникающей вследствие нагрузки на сегмент конечности. Согласно теории Перрена (Perren and Cordey, 1977, 1980), подвижность между фрагментами кости не препятствует сращению перелома при условии, что возникшая при этом деформация не превышает некоторого критического уровня. Детально рассмотрены условия стабилизации переломов костей конечностей в зависимости от конструктивных особенностей наконечных пластин для наконечного остеосинтеза (полноконттактные пластины, пластины с ограниченным контактом, пластины с точечным контактом, а также компрессирующие, блокирующие компрессионно-блокирующие пластины).

В.В. Паламарчук, В.В. Суховецкий, К.А. Булавин (ХГКБСНМП) «*Наш опыт применения БИОС в лечении переломов костей нижних конечностей*». Первое оперативное вмешательство с использованием блоки-

рующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) во 2-м травматологическом отделении ХГКБСНМП было выполнено в ноябре 2007 г. В течение двух лет проведено 27 подобных операций (14 мужчин и 13 женщин), в том числе по поводу перелома бедренной кости — 16, переломов большеберцовых костей — 11. Возраст пациентов — от 18 до 76 лет. В двух случаях БИОС бедренной кости был выполнен в качестве реостеосинтеза по причине несостоятельности первичного остеосинтеза кости пластинами. Во всех случаях переломов бедренной кости наблюдалось сращение в сроки от 6 до 8 месяцев. При этом все пациенты через 1,5 месяца после операции не нуждались в какой-либо дополнительной опоре. Ограничений объема движений в тазобедренном и коленном суставах не отмечено. При переломах большеберцовой кости в одном случае получен неудовлетворительный результат — несращение перелома в течение 6 месяцев. В остальных случаях — сращение переломов в сроки от 3 до 4 месяцев. Также все пациенты через 1,5 месяца после операции не нуждались в какой-либо дополнительной опоре. Ограничений объема движений в коленном и голеностопном суставах не наблюдалось. Авторы пришли к выводу об эффективности метода БИОС и необходимости его дальнейшего использования в практике лечения переломов бедренной и большеберцовой костей.

В.В. Паламарчук, В.В. Суховецкий, К.А. Булавин, А.В. Витохин, А.И. Белостоцкий (ХГКБСНМП) «*Наши опыты применения пластин с угловой стабильностью в лечении переломов*». Под наблюдением находились 54 пациента с переломами костей конечностей, которым было проведено оперативное вмешательство с применением пластин с угловой стабильностью конструкции ЛСР. Оперативные вмешательства выполняли отсроченно, после обсуждения с пациентом преимуществ ЛСР-конструкции. В послеоперационном периоде в большинстве случаев дополнительную фиксацию гипсовыми повязками не применяли. Исключение составили пациенты с переломами костей предплечья и дистального отдела плечевой кости, которым проводили иммобилизацию конечности в течение первых 3–4 суток после операции в целях создания покоя для послеоперационных ран. Каждому пациенту был предписан индивидуальный режим реабилитации по специальной схеме с графиком нагрузок. Активизацию движений в смежных суставах оперированной конечности начинали с 3–4-х суток после операции и купирования послеоперационного болевого синдрома. Отдаленные результаты лечения прослежены у 29 пациентов. В 28 случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Д.Д. Битчук, Н.В. Перхун, А.А. Олейник, М.А. Гаркуша (ХНМУ) «*Чрескожный полиметаллоостеосинтез шейки бедренной кости стержнями у лиц пожилого возраста*». Разработана тактика лечения переломов шейки бедренной кости у лиц старшего возраста, предусматривающая раннюю активизацию пациента и профилактику возможных осложнений травматической болезни. Методика лечения заключается в следующем. При поступлении больному монтируют систему скелетного вытяжения, проводят лечебные мероприятия, направленные на профилактику тромбоэмболических осложнений и явлений застойной пневмонии. На 4–5-е сутки под интраоперационным контролем выполняют чрескожный металлоостеосинтез перелома. Противопоказанием для применения предложенного метода лечения является сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации. Под наблюдением было 112 больных старше 50 лет. Отдаленные результаты лечения в течение двух лет после операции изучены у 82 пациентов. У 79 больных наступило сращение переломов, функция конечности восстановлена. Авторы пришли к выводу, что предложенная тактика лечения позволяет активизировать больного в максимально ранние сроки, обеспечить стабильную фиксацию перелома без дополнительной иммобилизации и значительно улучшить качество жизни пациентов.

П.В. Болховитин (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «*Современные технологии лечения поврежденных суставного хряща*». Хрящевой покров играет в суставе роль своеобразного амортизатора и прокладки, снижает силу трения между сочленяющимися костями и обеспечивает их высокую подвижность. В здоровом суставе хрящ абсолютно гладкий. В суставе, пораженном остеоартрозом, хрящ подвергается постепенному разрушению. Повреждение хряща в результате остеоартроза вызывает ряд симптомов, среди которых главными являются боль в суставе при движениях и ограничение движений в суставе. Вовремя начатое и систематически проводимое консервативное лечение позволяет достигнуть хороших результатов у большинства пациентов с начальными и умеренными проявлениями остеоартроза. Консервативное лечение остеоартроза заключается в регулярном медикаментозном лечении (НПВС, хондропротекторы, внутрисуставные блокады

с дипроспаном, кеналогом и т.д.), разгрузке больных суставов путем использования трости, костылей и снижения массы тела, выполнении специальных физических упражнений. При тяжелой степени остеоартроза консервативное лечение, как правило, неэффективно. Наиболее часто применяемые на современном этапе оперативные методы лечения при гонартрозе: эндопротезирование, околосуставная остеотомия, артроскопический дебридмент. Цель оперативного вмешательства при остеоартрозе состоит в устранении или уменьшении интенсивности болевого синдрома и улучшении функции сустава. Артроскопия — высокотехнологичный хирургический метод точной диагностики и щадящего хирургического лечения коленного сустава. Операционные процедуры уменьшают боль, улучшают функцию, после чего замедляется прогрессирование остеоартроза за счет уменьшения дегенерации суставного хряща. Дебридмент включает удаление свободных хрящевых тел, иссечение разрушенных участков хряща, менисков, резекцию остеофитов, гипертрофированных участков синовиальной оболочки. Положительный эффект артроскопического дебридмента усиливается тем, что его проведение сопровождается массированным промыванием суставной полости физиологическим раствором, в результате чего из сустава удаляются частицы хряща. Их удаление уменьшает раздражение синовиальной оболочки и снижает вероятность воспаления. Положительный результат артроскопического дебридмента при остеоартрозе наблюдается у 68 % больных. В послеоперационном периоде особое внимание необходимо уделить продолжению этиопатогенетического лечения и медикаментозной терапии гонартроза.

Заседание, 19 марта 2009 г.

Доклады:

И.И. Спесивый (главный ортопед-травматолог УОЗ Харьковской области), **Г.В. Бэц** (главный ортопед-травматолог УОЗ г. Харькова) «*Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области и г. Харькова*». Проведен анализ показателей деятельности ортопедо-травматологической службы г. Харькова и Харьковской области в 2008 г. Отмечено, что в настоящее время дефицита коек и кадров ортопедо-травматологической службы Харьковского региона не испытывает, но в то же время наблюдается недостаточное обеспечение службы квалифицированными кадрами и специализированными койками в сельских районах области. В некоторых сельских районах ставки травматологов заняты хирургами, которые не имеют специализации по травматологии и ортопедии, а в некоторых ЦРБ ставки травматологов либо не заняты, либо вовсе не предусмотрены.

Все вышеизложенное имеет прямое отражение на показателях качества работы стационаров. В 2008 году в стационарах города и области было пролечено более 23384 больных. Занятость койки в среднем составила 343,9 дня. При этом данный показатель по сельским районам области составил 353,4 дня, по г. Харькову — 326,7 дня. Средняя длительность пребывания ортопедо-травматологического больного на койке в целом по Харьковской области в 2005 году составила 12,5 дня. В то же время в некоторых ортопедо-травматологических отделениях этот показатель составлял от 9,1 до 18,9 дня. Показатель хирургической активности в среднем по области составил 44,3 %. Показатель летальности в среднем составил 0,4 %. Летальность в ортопедо-травматологических стационарах сельских районов составляла 0,6 %, г. Харькова — 0,2 %, областных

лечебных учреждений — 0,5 %.

Уделено внимание недостаткам в организации ортопедо-травматологической службы г. Харькова и Харьковской области. Среди наиболее важных организационных вопросов по улучшению оказания специализированной помощи ортопедо-травматологическим больным отмечена необходимость стандартизации тактики оказания медицинской помощи и внедрения протоколов лечения при травмах, исключения случаев применения некачественных металлоконструкций для остеосинтеза, специализации хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с патологией костно-мышечной системы.

Предложен ряд организационных мероприятий по улучшению работы ортопедо-травматологической службы и повышению уровня качества специализированной медицинской помощи больным с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательной системы в Харьковской области.

И.Б. Зеленецкий (главный детский ортопед-травматолог УОЗ Харьковской области) «Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2008 г. и перспективы ее развития». Подробно проанализированы показатели деятельности детской ортопедо-травматологической службы Харьковского региона по сравнению с предыдущим годом. Количество детей в области в возрасте до 14 лет увеличилось на 2,57 %, численность детей от 14 до 18 лет уменьшилась на 1,5 %. Количество детских ортопедов-травматологов составило 1,04 на 10 тыс. детей, укомплектованность штатов — 98,3 %. Дефицита коечного фонда не наблюдается. В специализированных стационарах пролечено 5426 детей с ортопедо-травматологической патологией, выполнено 2409 оперативных вмешательств, в том числе 1582 операции на костях и суставах.

Отмечен рост распространенности заболеваний костно-мышечной системы среди детского населения области. Причем во время профилактических осмотров ортопедами-травматологами наибольшее количество детей с ортопедической патологией было выявлено в районах, где прием детского ортопеда-травматолога не ведется. Сформулированы основные задания по развитию и укреплению специализированной ортопедо-травматологической помощи детям с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы на 2009 г.

О.Е. Ужегова (председатель Харьковской межрайонной травматологической МСЭК) «Состояние инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы в г. Харькове и Харьковской области в 2008 г.». Отмечено снижение показателей первичной инвалидности вследствие травм в 2008 г. по сравнению с предыдущим годом. Также значительно снизилось количество необоснованных направлений на МСЭК. Первично признаны инвалидами 969 больных, в том числе 878 пациентов трудоспособного возраста. По продленному больничному листку пролечено 738 человек. Из них закончили лечение по временной нетрудоспособности 78,9 % пациентов. Среди признанных инвалидами после лечения по продленному больничному листку лишь в 4,5 % случаев была установлена II группа, в остальных случаях — III группа инвалидности. Показатели реабилитации в 2008 г.: полная реабилитация — 7,1 %, частичная — 59,1 %, суммарная — 23,6 %.

В.А. Филиппенко (председатель Харьковского областного отделения ВГО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов») «Отчет о деятельности Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов за 2008 г.». С января 2008 г. Харьковское областное отделение Украинской

ассоциации ортопедов-травматологов (ХООВГОУА-ОТ) осуществляет полноправную деятельность как общественная организация и юридическое лицо. В докладе подробно освещена научно-практическая и организационная деятельность правления и членов ХООВГОУАОТ, показана связь ассоциации с практическим здравоохранением, уделено внимание вопросам популяризации научных и практических достижений ортопедии и травматологии среди населения Харьковского региона.

В.А. Филиппенко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «Профилактика тромбоэмболических осложнений у различных категорий травматологических пациентов в зависимости от степени риска». Наибольший риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) наблюдается при политравмах и переломах бедренной кости, умеренный — при травме нижних конечностей. Также риск ТЭО наблюдается при операции пластики связок коленного сустава, а также при артроскопии коленного сустава. Факторы, увеличивающие риск ТЭО: ограничение подвижности (постельный режим, гипсовая повязка), избыточная масса тела, возраст более 40 лет. Исходы ТЭО — тромбоэмболия легочной артерии (фатальная и субклиническая), тромбоэмболия глубоких вен (симптоматическая и асимптоматическая), посттромбофлебитический синдром.

С целью профилактики ТЭО применяют ряд препаратов, среди которых достаточно эффективными и безопасными являются «Фраксипарин» и «Арикстра». Результаты нескольких многоцентровых, рандомизированных исследований, целью которых было изучение эффективности профилактики тромбозов «Фраксипарином», показали снижение риска тромбоза глубоких вен у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава на 79 %, у пациентов с переломами костей конечностей — на 71 %. В 1993 г. на международном конкурсе препарат «Фраксипарин» получил премию Галена за безопасность и эффективность. Автор считает целесообразным для профилактики тромбоэмболических осложнений назначение препарата «Арикстра» после проведения операций по эндопротезированию и при переломах бедренной кости, а также назначение «Фраксипарина» после всех других оперативных вмешательств по поводу ортопедической патологии.

Заседание, 16 апреля 2009 г., посвященное 85-летию со дня рождения профессора Николая Степановича Бондаренко

Доклады:

Н.А. Корж, А.К. Попсуйшапка, С.Б. Довгань (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины», ХМА-ПО) «Вклад профессора Н.С. Бондаренко в становление и развитие детской травматологии и ортопедии». После окончания в 1951 г. медицинского института Н.С. Бондаренко работал в Алтайском крае (г. Барнаул) ургентным травматологом, но мечтал о большем. В 1962 году, по представлению профессора Н.П. Новаченко, он был зачислен ассистентом на кафедру ортопедии и травматологии УИУВ. Первым серьезным шагом в науку было исследование, посвященное биоэлектрическим показателям гомокожи, консервированной замораживанием при различных исходных условиях, которое закончилось присвоением Н.С. Бондаренко ученой степени кандидата медицинских наук. Основной, наиболее плодотворный этап научной деятельности Н.С. Бондаренко начался с момента изучения им детской травматологии и ортопедии. Одной из самых актуальных научно-практических проблем, раскрытых

Николаем Степановичем, за что ему присуждена ученая степень доктора медицинских наук, была диагностика и лечение переломов и переломовывихов в области локтевого сустава у детей. Он сумел выявить биомеханические и патоморфологические принципы этих повреждений, определил принципы и усовершенствовал систему их клинико-рентгенологической диагностики, открыв тем самым новые пути к совершенствованию методов лечения этой сложной патологии. Совместно с академиком А.А. Коржом им было подготовлено и издано руководство по детской травматологии, которое и на сегодняшний день является настольной книгой практикующих ортопедов-травматологов. Разработки профессора Н.С. Бондаренко в области ортопедии при оперативном лечении диспластического вывиха надколенника, врожденных и приобретенных деформаций конечностей у детей, при высоком стоянии лопатки и др. и не утратили своей научной и практической значимости.

Более 25 лет профессор Н.С. Бондаренко возглавлял Харьковское областное общество ортопедов-травматологов и с 2007 года является его Почетным председателем.

Ученики профессора, курсанты и сотрудники кафедры травматологии и ортопедии ХМАПО, где более 40 лет трудился проф. Н.С. Бондаренко, вспоминают его как талантливого педагога и лектора, который не только учил профессии, но и воспитывал молодых учащихся личным примером. Некоторые из цитат, которые любил повторять Николай Степанович: «Ортопедия — любимая дочь хирургии», «Врачом может быть только безукоризненной чистоты, морально устойчивый и профессионально подготовленный человек». Общественный авторитет кафедры во многом связан с личностью профессора Н.С. Бондаренко.

С.А. Хмызов, И.Н. Гарбузняк, В.В. Баев (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «*Новые возможности реконструкции скелета на современном этапе*». В отделении детской ортопедии ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» разработан и внедрен в практику ряд принципиально новых, эффективных, научно обоснованных медицинских технологий лечения патологии костно-мышечной системы и коррекции деформаций скелета у детей и подростков. Дана обзорная информация о показаниях к применению и эффективности методик консервативного лечения и реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств при тяжелых последствиях травм, заболеваниях и врожденных дефектах опорно-двигательной системы, проводимых на сегодняшний день в институте.

А.А. Мезенцев, Д.Е. Петренко, А.А. Барков, Д.О. Чекрыжев (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины», ПОП «Ортоспайн») «*Консервативное лечение деформаций позвоночника у детей и подростков*». Одной из современных и высокоэффективных методик

консервативного лечения деформаций позвоночника у детей является технология, предложенная Жаком Шено. Первый доклад об опыте использования этой технологии в институте был сделан в 2002 году. В течение последующих семи лет проводилось интенсивное освоение этой технологии. В 2005 г. сотрудники института прошли обучение гипсовой технике непосредственно под руководством Жака Шено. Проведено исследование, доказавшее эффективность корсетотерапии при сколиотической болезни, окончившееся защитой кандидатской диссертации. К сожалению, на сегодняшний день в связи с недостаточным ознакомлением и практически с отсутствием какой-либо подготовки специалистов по вопросам применения данной методики и особенностей изготовления корсетов наблюдается значительное количество неудачных попыток исправления деформаций и лечения сколиотической болезни у детей и подростков. Необоснованное или неправильное применение корсетотерапии без учета основных принципов физической реабилитации, не в комплексе со специальными упражнениями ЛФК, приемами массажа и мануальной терапии, ведет к прогрессированию сколиотической болезни и увеличению количества больных с тяжелой степенью сколиотической деформации. В докладе детально представлены основные правила «применения технологии коррекции деформации позвоночника с использованием корсетов Шено, комплекс средств физической реабилитации, разработанный сотрудниками института, освещены типичные ошибки при назначении и изготовлении корсетов для лечения сколиотической болезни по указанной технологии.

А.И. Корольков, С.Д. Шевченко, Г.В. Кикош (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «*Ошибки и осложнения в детской ортопедии и травматологии*». Проведен ретроспективный анализ 269 случаев неудачного лечения ортопедической патологии у детей. Отмечено, что основными факторами, которые становятся причиной неудовлетворительных результатов лечения ортопедических заболеваний, приобретенных и врожденных деформаций опорно-двигательной системы у детей, являются: тяжесть патологии; сочетание нескольких нозологий; факторы, обуславливающие наследственную предрасположенность; погрешности в диагностике; лечебные (тактические и технические) ошибки; недостатки материально-технического и организационного обеспечения лечебно-диагностического процесса. Наиболее часто диагностические и лечебные ошибки наблюдаются при системной патологии, что обуславливается сложностью диагностики и уровнем теоретической и практической подготовки специалиста. Продемонстрированы случаи некачественного лечения детей с ортопедической патологией, ставшие причиной развития осложнений и прогрессирования заболевания. Предложены мероприятия, направленные на уменьшение количества лечебно-диагностических ошибок в практике ортопедов-травматологов.

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

Днепропетровская областная ассоциация ортопедов-травматологов

481-е заседание, 23.04.2008 года.

День травматолога на базе Украинского государственного НИИ медико-социальных проблем инвалидности (УкрГосНИИ МСПИ)

Демонстрации:

И.И. Жердев, Власюк Ф.Г. «*Результат лечения объемного дефекта большеберцовой кости вследствие перенесенного посттравматического остеомиелита*». Был представлен результат восстановления дефекта большеберцовой кости длиной 14 см посредством биллокального ЧКДО по Илизарову. Получен хороший результат, восстановлена опороспособность конечности.

Л.Ю. Науменко, В.Н. Хомяков, Ю.Г. Шимон. «*Результат лечения больной с энхондромой пальца кисти*». Представлен положительный результат лечения энхондромы проксимальной фаланги третьего пальца правой кисти путем экскохлеации опухоли и костной пластики «Остеоматриксом». Сделан следующий вывод: биокомпонитный материал «Остеоматрикс» при помещении его в костный дефект характеризуется высокой биосовместимостью и биоинтеграцией в костную ткань за счет природной архитектоники биоматериала и его крайне низкой иммуногенности, может использоваться для замещения костных дефектов как самостоятельный костный материал.

И.И. Бойко, Е.А. Даукш. «*Случай лечения больного с паралитической эквиноварусной деформацией стопы после удаления липомы спинномозгового канала поясничного отдела позвоночника*». Представлен случай коррекции паралитической деформации стопы методом ЧКДО по Илизарову.

Доклады:

А.Е. Лоскутов, А.Е. Олейник, И.И. Жердев. «*Отчет о внедрении новых методов лечения в клинике травматологии и ортопедии областной больницы*». В клинике широко внедрены методы эндопротезирования тазобедренного, коленного, плечевого и локтевого суставов, различные варианты чрескостного, на костного и интрамедуллярного остеосинтеза как свежих, так и застарелых повреждений. Артроскопические технологии лечебно-диагностического характера применяются при патологии коленного, плечевого, тазобедренного и голеностопного суставов. Внедрены современные алгоритмы лечения больных с онкологической патологией.

А.С. Бербенец, А.И. Саусь, В.В. Пилипенко. «*Отчет о работе ортопедо-травматологической службы г. Днепродзержинск в 2007 г.*». В докладе отображены результаты работы ортопедо-травматологической службы г. Днепродзержинск в 2007 г. Укомплектованность штатов в ортопедо-травматологических отделениях практически 100 %. В 2007 году основные показатели работы стационаров города в сравнении с прошедшим годом практически на том же уровне. Оперативная активность в отделениях на недостаточном уровне. В современной ортопедии и травматологии оперативная активность должна составлять 50 % и выше. Не всех больных с переломами в проксимальном отделе плечевой кости оперируют в связи с отсутствием современных фиксаторов. Небольшое количество корригирующих остеотомий коленного сустава в ортопедическом отделении 7 больницы — по тем же причинам. Предоперационный койко-день в ГБСМП

составляет четверо суток. В ургентной травматологии оперативное лечение при закрытых переломах проводят или в первые трое суток, или на 11–12-й день после травмы. По экономическим причинам оперировать в первые три дня не всегда возможно. Количество послеоперационных осложнений выросло на два случая и составляет 6 случаев: это гематома послеоперационной раны, лигатурные свищи, некрозы краев раны, посттравматический неврит. Причины: недостаточный гемостаз, недостаточное дренирование, использование несовременного шовного материала, неосторожное отношение к мягким тканям. В стационарах умерли 14 больных, 11 — это люди пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и переломами в проксимальном отделе бедренной кости.

И.В. Бойко, Е.Л. Лифаренко, Д.С. Носивец. «*Биомеханическое трехмерное моделирование системы «кость-аппарат Илизарова» при выполнении дистракционного артролиза локтевого сустава*». С помощью биомеханического трехмерного моделирования обосновано использование шарового шарнира в системе «кость – аппарат Илизарова» для максимально возможной имитации физиологических движений в локтевом суставе при выполнении артролиза.

Первый этап — трехмерное моделирование костей, составляющих локтевой сустав, в среде “AutoCad 2006” на основе макрофотографий поперечных распилов (с шагом 1 мм) замороженного тела здорового мужчины, предоставленных компанией “Visible Human”, USA.

Второй этап — геометрическая модель, отвечающая необходимым условиям для проведения работы, была переведена в математическую модель, на которой проводили численные расчеты с целью демонстрации напряжений в различных положениях сгибания и разгибания в локтевом суставе в программной среде ANSYS. В результате исследования разработан шарнир с тремя степенями свободы, на который получен патент Украины.

А.Е. Лоскутов, А.Е. Олейник, Д.А. Синегубов. «*Применение препарата «Цикло-3-Форт» в комплексном лечении послеоперационных отеков в травматологии и ортопедии*». В докладе освещены вопросы отрицательного действия отека: венозная и лимфатическая атония, капиллярспазм, реологические и париетальные нарушения, что приводит к поддержанию воспаления, способствует диастазу краев раны, повышает риск нагноения раны, способствует формированию грубоволокнистой соединительной ткани, увеличивает сроки заживления раны. Тем самым обоснована необходимость комплексной борьбы с проявлениями отека.

Физические:

- ранняя активизация пациента;
- эластичное бинтование конечностей;
- этапный комплекс ЛФК со вторых суток после операции;
- локальная гипотермия первые 2–3 суток;
- электропроцедуры.

Медикаментозные:

- локальная мазевая/гелевая терапия;
- прием препаратов, повышающих венозный тонус.

В медикаментозной терапии согласно проведенным исследованиям достойно занял свое место «Цикло-3-Форт», особенностями действия которого является увеличение венозного тонуса, уменьшение венозного стаза, увеличение лимфотонуса, улучшение лимфатического дренажа, повышение резистентности капилляров, защита эндотелия от повреждения, уменьшение вос-

палительной реакции, уменьшение агрегации эритроцитов и вязкости крови, улучшение микроциркуляции. Применение «Цикло-3-Форт» в комплексе с другими медикаментозными и немедикаментозными методами

позволяет в сравнительно короткие сроки достичь уменьшения отека в послеоперационном периоде и предупредить его возникновение на этапах восстановительного лечения.

Председатель **А.Е. Лоскутов**
Секретарь **А.С. Богуславский**

Івано-Франківська обласна асоціація травматологів-ортопедів

Засідання асоціації травматологів-ортопедів Івано-Франківської області на базі відділення травматології-ортопедії Обласної клінічної лікарні

Протокол №120, 29 січня 2009 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.
Хворий А., 1953 р.н., діагноз: остеосаркома проксимального епіметафіза правої стегнової кістки, патологічний перелом шийки стегнової кістки. Метастатичне ураження верхньої долі правої легені. Хворому проводиться дообстеження з метою верифікації діагнозу. Рекомендовано: відкрита трепан-біопсія шийки стегнової кістки, консультація торакального хірурга, гастроентеролога, уролога, онколога.

Доповіді:

Л.М. Юрійчук (відділення травматології-ортопедії ОКЛ, головний ортопед-травматолог області) «Аналіз роботи відділення травматології ОКЛ за 2008 рік». Доповідач навів основні показники роботи відділення за звітний період та провів їх аналіз. Звернув увагу на використання сучасних методів оперативного лікування ушкоджень та захворювань опорно-рухової системи: інтрамедулярний блоківний металоостеосинтез, стабільно-функціональний металоостеосинтез, малоінвазивний металоостеосинтез шийки стегнової кістки під рентген-контролем, артроскопія колінного і плечового суглобів, ендопротезування кульшового і колінного суглобів, корекція природжених і набутих пороків, виправлення деформацій кісток і суглобів, кісткова пластика, пластика зв'язок і сухожилків, фіксація переломів кісток кінцівок, ключиці, таза апаратами позаосередкової фіксації. Розглянуто перспективи розвинення сучасних методик оперативного лікування хворих з травмами та ортопедичною патологією опорно-рухової системи.

М.С. Клепач (голова асоціації травматологів-ортопедів області) «Звіт про роботу асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області за 2008 рік та затвердження плану роботи на 2009 рік». Кількість членів асоціації на 31.12.08 — 171 чол. Вибули 5 чол., прибув 1. Склад асоціації ортопедів-травматологів за кваліфікаційними категоріями:

- атестовано 147 чол. (85,96 %; по Україні — 77,84 %);
- вища кваліфікаційна категорія — 42 чол. (24,56 %);
- перша категорія — 56 чол. (32,74 %);
- друга категорія — 49 чол. (28,65 %);
- не атестовано — 20 чол. (11,69 %).

За звітний період проведено 4 засідання Правління асоціації, на яких розглядалися основні питання роботи асоціації:

- стан якості лікування профільних хворих у районах області, у відділенні кістково-гнійної інфекції ОКЛ, у відділенні травматології ОКЛ;
- післядипломне навчання лікарів на передатестаційних

циклах, стажування, спеціалізації і тематичних циклах удосконалення;

- атестація лікарів;
- впровадження нових методів лікування хворих;
- фінансова діяльність та результати роботи ревізійної комісії.

На засіданнях Правління розглядалися атестаційні справи у присутності лікарів-претендентів із затвердженням списків на атестаційну комісію. Проведено 10 загальних засідань членів асоціації, з яких 4 на базах ЦРЛ Снятина, дитячого санаторію «Смерічка» (Ворохта), Косова, Долини, а також у травматологічних відділеннях МКЛ, ОДКЛ, КП, у відділенні термічної травми. Заслухано 7 наукових доповідей на такі теми: «Біль як фактор захисту», «Помилки і ускладнення при ургентній травматі кисті», «Проблема незрощення відламків: причини, профілактика, лікування», «Хвороба Літля, етіопатогенез, методи хірургічного лікування», «Однополюсне ендопротезування медіальних переломів шийки стегнової кістки в похилому віці», «Хірургічні методи лікування деформівного артрозу», «Туберкульоз кісток і суглобів, етіологія, патогенез, клініка, лікування». Члени нашого осередку беруть активну участь у роботі з'їздів, конференцій, пленумів Української асоціації ортопедів-травматологів, а також виступають з науковими доповідями на різних форумах. Публікації членів асоціації складають 28 наукових статей. Переважна більшість їх у працівників кафедри та лікарів обласного центру. Проведено роботу зі страхування професійної діяльності ортопедів-травматологів області в АСТ «Вексель». Сертифікат страхування одержали 40 чоловік. Представлено на засіданнях асоціації 9 звітів з аналізом роботи профільних відділень ОКЛ, відділень міста, ЦРЛ та аналізом дефектів лікування хворих. У листопаді цього року заслухали доповідь зав. відділу особливо небезпечних інфекцій ОблСЕС про епідемічну та епізоотичну ситуацію сказу в Україні та області з подальшим проведенням семінару і заліку з видачею сертифікатів лікарям районів, відповідальним за рабіологічну службу. На кожному засіданні проводили клінічний обхід, обговорення та демонстрацію хворих. Розглядали надання консультативної допомоги хворим в області, аналіз непрацездатності та інвалідності унаслідок травм і захворювань опорно-рухової системи, впровадження сучасних методів лікування хворих.

В.С. Сулима (кафедра травматології-ортопедії та ВПХ ІФНМУ) «Профілактика тромбоемболічних ускладнень при хірургічному лікуванні травматологічних та ортопедичних хворих». В доповіді викладено принципи профілактики тромбоемболічних ускладнень у хворих з травмами та захворюваннями опорно-рухової системи. Представлено препарат групи низькомолекулярних гепаринів «Цибор». Подано клініко-фармакологічну характеристику лікарського засобу, переваги його перед іншими препаратами цієї групи та показання до застосування у разі хірургічних втручань у травматології та ортопедії.

В обговоренні взяли участь: професор Клепач М.С., професор Сулима В.С., доцент Дубас В.І., лікарі Юрійчук Я.М., Непорадний І.Д., Балук Ю.С. та ін.

Засідання асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на базі відділення травматології-ортопедії Бурштинської МЛ.

Протокол №124, 28 травня 2009 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.

Хворий К., 1966 р.н., діагноз: відкритий перелом обох кісток правої гомілки в середньонижній третині, остеосинтез АЗФ. Хронічний післятравматичний остеомієліт нижньої третини правої гомілки, норицева форма. Рекомендовано: лікування у відділенні кістково-гнійної інфекції Івано-Франківської ОКЛ.

Хвора А., 1958 р.н., діагноз: двобічний диспластичний коксартроз III стадії з кістоподібною перебудовою справа та больовим синдромом. Рекомендовано: оперативне лікування — тотальне ендопротезування в умовах травматологічного відділення Івано-Франківської ОКЛ.

Доповіді.

Ю.Б. Булдовський (головний ортопед-травматолог Галицького району) «Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби Галицького району за 2008 рік». Травматологічну службу в Галицькому районі створено в 1970 році. З огляду на демографічну ситуацію та певні економічні чинники в районі поки що не вдається відкрити окреме травматологічне відділення, однак ортопедо-травматологічна допомога населенню району надається на належному рівні. За штатним розкладом у районі є 7,5 ставки лікаря ортопед-травматолога. Розподіл лікарів за категоріями: 1 — вищої кваліфікаційної категорії, 2 — першої категорії, 3 — другої категорії, 2 — без категорії, після закінчення інтернатури. Амбулаторна допомога хворим з травмами та захворюваннями ОРС надається в травматологічному кабінеті поліклініки в Галицькій ЦРЛ та Бурштинській МЛ. У 2007 році в поліклініці Галицької ЦРЛ відкрито дитячий ортопедо-травматологічний кабінет. Стаціонарна допомога хворим надається в хірургічному відділенні Галицької ЦРЛ та Бурштинській МЛ, де розміщено по 10 ліжок ортопедо-травматологічного профілю. Забезпеченість ліжками травматологічного профілю становить 3,0 на 10 тис. населення (по області — 5,4). Спеціалізованих ліжок дитячого ортопедо-травматологічного профілю в районі немає. Стаціонари укомплектовано металоконструкціями для оперативного лікування хворих за допомогою компресійно-дистракційного остеосинтезу та заглибним методом остеосинтезу. Хірургічна активність за звітний період становить 35,9 (у 2007 році — 41,2). Проведено аналіз показників роботи ортопедо-травматологічної служби в порівнянні з попередніми роками. Заплановано покращити матеріально-технічне забезпечення лікарень і поліклінік.

Презентація фірми «Юніфарм».

В обговоренні взяли участь: професор Клепач М.С., лікарі Ліктей Т.М., Ільницький Ю.З., Валовіна Д.І., Дзюбак М.В. та ін.

Засідання асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на базі відділення травматології-ортопедії Тисменицької НРЛ

Протокол №125, 25 червня 2009 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.

Хворий С., 1981 р.н., діагноз: післятравматичний остеомієліт правої великогомілкової кістки в нижній третині,

хронічний перебіг, норицева форма. З анамнезу: травма в лютому 2009 року, лікувався в Івано-Франківській МКЛ №1, виконано операцію металоостеосинтезу пластиною та шурупами. Через два місяці після операції з'явилися гнійні виділення в ділянці операції. Через чотири місяці пластину видалено. На даний час нориця функціонує. Рекомендовано: направити хворого на лікування у відділення кістково-гнійної інфекції Івано-Франківської ОКЛ.

Хворий А., 1964 р.н., діагноз: асептичний остеонекроз головки лівої стегнової кістки, несправжній суглоб шийки лівої стегнової кістки. Післяампутаційна кукса правої гомілки у верхній третині. З анамнезу — травма в листопаді 2008 року. Оперований, виконано остеосинтез шийки лівої стегнової кістки трьома компресійними шурупами. Через сім місяців після фізичного навантаження метало-конструкції зламалися. Рекомендовано: оперативне лікування — тотальне ендопротезування лівого кульшового суглоба в умовах Івано-Франківської ОКЛ.

Доповіді

Т.Я. Скоропад (головний лікар Лисецької ЦРЛ), В.П. Буртик (головний лікар Тисменицької НРЛ) «Стан медичної служби Тисменицького району, перспективи розвинування». Доповідачі надали характеристику медичної служби Тисменицького району. Матеріально-технічна база медичних закладів Тисменицького району знаходиться не на високому рівні, хоча за останній період відзначається значне покращання її стану. Зокрема, у березні 2009 року введено в експлуатацію новий, сучасний корпус поліклінічного відділення в Тисменицькій НРЛ. Кожного року облаштовуються сучасною технікою, інструментарієм операційні хірургічного профілю. Травматологічні ліжка входять до складу хірургічного відділення Лисецької ЦРЛ і Тисменицької НРЛ. Операційні травматологічного профілю обладнано для проведення оперативного лікування ушкоджень опорно-рухової системи як заглибними, так і позаосередковими методами остеосинтезу. У доповіді подано показники, охарактеризовано стан медичної служби Тисменицького району та подальші перспективи розширення матеріальної бази.

П.М. Морицан (колишній завідувач травматологічного відділення Лисецької ЦРЛ), В.В. Гайдаш (головний травматолог-ортопед Тисменицького району) «Аналіз роботи травматологічної служби Тисменицького району за 2008 рік». Медична допомога хворим з ушкодженнями та захворюваннями опорно-рухової системи надається в стаціонарних та амбулаторних умовах. Амбулаторний прийом ведеться в травматологічному кабінеті Лисецької ЦРЛ, Тисменицької НРЛ та Єзупільської МЛ, стаціонарне лікування отримують у хірургічному відділенні, де є палати травматологічного профілю Лисецької ЦРЛ і Тисменицької НРЛ. Роботу ортопедо-травматологічної служби Тисменицького району забезпечують 5 атестованих лікарів-травматологів: 1 — вищої категорії, 1 — першої категорії, 3 — другої кваліфікаційної категорії. Населення Тисменицького району становить 84287 чоловік, з яких дітей 3780, підлітків 13872, дорослого населення 66635. Для надання амбулаторної допомоги в районі зайнято 3 ставки дорослого травматолога та 0,5 ставки дитячого травматолога. Для стаціонарного лікування хворих у відділеннях травматологічного профілю розміщено 30 ліжок, що становить 3,53 на 10 тис. населення (по Україні — 4,34). Хірургічна активність — 19,9, виконання плану ліжко-днів 90,54. Проведено аналіз показників роботи травматологічної служби Тисменицького району за 2008 рік та намічено перспективи щодо покращення рівня надання спеціалізованої допомоги хворим.

В.А. Андрейчин (доцент кафедри травматології-ортопедії та ХВНС ІФНМУ) «Алкоголь і травматизм». Всесвітня Організація Охорони Здоров'я ще 34 роки тому, у 1975

році, на 28-й сесії прийняла рішення про визнання алкоголю «провідним наркотиком у сучасному світі, який підриває здоров'я населення». XI Пироговський з'їзд російських лікарів ще в 1915 році прийняв резолюцію: «Алкоголь не може бути віднесений до засобів харчування, з чим необхідно ознайомити населення». У Великій Радянській енциклопедії вказано, що алкоголь чинить наркотичну дію. Світова статистика свідчить, що кожен десятий, вживаючи алкоголь, стає залежним. Алкоголь в Україні на сьогоднішній день є ворогом здоров'я нації номер один. Проведено демонстрацію КТ досліджень головного мозку людини, яка помірно вживає алкоголь, і алкоголіка, а також МРТ головного мозку здорової людини та алкоголіка. Найвні вражаючі зміни структури головного мозку в алкоголіків (виражена дистрофія півкуль головного мозку, які зморщені та зменшені в об'ємі). За даними травматологічного стаціонару МКЛ №1 м. Івано-Франківськ, 3,5 % хворих отримали травму в стані алкогольного сп'яніння. За даними травм пункту МКЛ №1 м. Івано-Франківськ, цей показник становить 3,4 %.

Поради для хворих і населення:

- Не купуйте алкоголь — не заради цього ви працюєте.
- На святковий стіл не ставте багато спиртного.
- Прийміть рішення вести здоровий спосіб життя без надмірного вживання алкоголю.

Презентація фірми "Nucomed".

В обговоренні взяли участь: професор Клепач М.С., лікарі Юрійчук Л.М., Спетрук П.П., Белей Л.М., Іванчук Р.І. та ін.

Засідання асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на базі відділення травматології-ортопедії Надвірнянської ЦРЛ.

Протокол №126, 24 вересня 2009 р.

Обхід, клінічний розбір, демонстрація хворих.

Хворий Н., 1933 р.н., діагноз: відкритий травматичний перелом обох кісток правої гомілки в середній третині. Остеопороз. ПХО рани. Остеосинтез стержневим АЗФ. Повторний перелом зі зміщенням відламків через три тижні. Прийнято рішення домонтувати АЗФ з фіксацією п'яткової кістки, виконати distraкцію та закрите вправлення відламків апаратом.

Хворий К., 1971 р.н., діагноз: закритий осколковий внутрішньосуглобовий перелом плечової та ліктьової кісток в обох ліктьових суглобах. Рекомендовано: оперативне лікування з санацією суглобів і заглибним остеосинтезом великих відламків.

Хворий П., 1960 р.н., діагноз: закритий осколковий перелом у нижній третині лівої стегнової кістки зі зміщенням відламків. Знаходиться на скелетному витягненні з метою передопераційної підготовки.

Рекомендовано: остеосинтез АЗФ з фіксацією колінного суглоба або інтрамедулярний блоківний остеосинтез в умовах травматологічного відділення Івано-Франківської ОКЛ.

Доповіді

Ю.М. Васін (завідувач травматологічного відділення Надвірнянської ЦРЛ) «Аналіз роботи відділення травматології Надвірнянської ЦРЛ за 2008 рік». Для надання спеціалізованої медичної допомоги населенню Надвірнянського району в центральній районній лікарні розміщено відділення травматології на 50 ліжок. Забезпеченість ліжками в районі становить 4,4 на 10 тис. населення (по Україні 4,34). У районі працює 9 лікарів ортопедів-травматологів, з яких атестовано 7 (4 лікарі з вищою категорією, 3 — з другою категорією). Амбулатор-

ний прийом проводиться в ортопедо-травматологічному кабінеті поліклініки центральної районної лікарні. Доповідач навів показники роботи відділення травматології за звичайний період та зробив їх порівняльну характеристику з попередніми роками.

Р.Д. Бородайкевич (клініка відновлювальної та косметичної ортопедії «Ортос-Центр») «*Ортопедо-косметична корекція осі та довжини нижніх кінцівок*». Попит на косметичні операції у нашій країні росте з кожним роком. Прагнення до досягнення естетично привабливої форми нижніх кінцівок призвело до розробки та впровадження в практику сучасних підходів у вирішенні питання корекції їх осі та довжини. У доповіді на підставі проведених автором комплексних експериментально-клінічних досліджень і досвіду лікування 120 пацієнтів подано клінічну характеристику косметичних недоліків осі нижніх кінцівок, уточнено їх робочу класифікацію та напрацьовано показання до оперативного лікування. Експериментально доведено щадний характер запропонованих оперативних втручань. Показано внутрішньокісткову судинну мережу та вміст кістковомозкового каналу великогомілкової кістки експериментально тварини до оперативного втручання та гіперваскуляризацію кістки відразу після порушення її цілісності в процесі корекції осі та через три місяці після її завершення. Підкреслено визначну роль параосальних та інтрамедулярних структур у перебігу процесу репаративної регенерації та необхідність дбайливого відношення до остеогенних тканин під час виконання оперативного втручання. У залежності від поставлених завдань та клінічної характеристики косметичних недоліків виділено три клінічних групи пацієнтів, яким для досягнення очікуваного результату було застосовано різні методики оперативного лікування. З метою проведення ортопедо-косметичної корекції осі застосовували монолокальний distraкційно-компресійний полісегментарний остеосинтез. Для вирішення завдання зміни пропорцій нижніх кінцівок та їх осі проводили монолокальний distraкційний полісегментарний остеосинтез. Для збільшення довжини кінцівок та ортопедо-косметичної корекції їх осі використовували білокальний distraкційний полісегментарний остеосинтез. Кількість та спектр ускладнень, що зустрічалися в процесі хірургічного лікування косметичних недоліків нижніх кінцівок, докорінно не відрізняються від ускладнень, що мають місце в разі оперативного лікування деформацій довгих кісток. На підставі проведеного аналізу помилок та ускладнень уточнено шляхи їх профілактики та лікування. Застосування сучасних методик ортопедо-косметичної корекції, що базуються на дбайливому відношенні до м'яких тканин і остеогенних структур на підставі керування остеосинтезу, дозволяють у допустимі короткі строки радикально змінювати зовнішній вигляд нижніх кінцівок, створюючи їх біомеханічно правильну та естетично привабливу форму, повертаючи пацієнтам радість краси та гармонії тіла, тим самим значно підвищуючи їх самосприйняття та якість життя. Доповідь ілюстровано схематичними зображеннями, діаграмами та рентгенограмами документально засвідчених клінічних випадків. Проведено засідання правління асоціації. Обговорено питання участі в проведенні Міжнародної українсько-польської конференції «Помилки та ускладнення в травматології та ортопедії» у м. Яремча Івано-Франківської області 9–10 жовтня 2009 р. Також розглянуто питання атестації лікарів травматологів-ортопедів області, поточні питання, що стосуються роботи асоціації.

Презентація фірми "Sandoz".

В обговоренні хворих та доповідей взяли участь: професор Клепач М.С., лікарі Колінко О.Я., Іванчук Р.І., Ломпас М.Ю. та ін.

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