

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 15 апреля 2010 г.

И.И. Спесивый (гл. ортопед-травматолог УОЗ Харьковской обл.) *«Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2009 год»*. Представлен детальный анализ показателей травматизма среди населения и деятельности травматологических отделений в Харьковской области. Отмечено снижение количества дорожно-транспортных травм и стабильно высокий уровень бытового травматизма в области по сравнению с предыдущим годом. Дефицита коек и кадров ортопедо-травматологической службы Харьковского региона не испытывает, но по-прежнему наблюдается недостаточное обеспечение службы квалифицированными кадрами и специализированными койками в сельских районах области. На протяжении нескольких лет отсутствуют травматологические койки в 13 сельских районах Харьковской области. Подчеркнута важность решения вопросов специализации по травматологии для врачей-хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с патологией костно-мышечной системы в хирургических отделениях ЦРБ.

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.

Г.В. Бэц (гл. ортопед-травматолог УОЗ г. Харьков) *«Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы г. Харьков за 2009 год»*. Освещены недостатки в организации ортопедо-травматологической службы г. Харькова. Отмечено несоответствие нормативных сроков пребывания больного на койке, рекомендованных МЗ Украины, средним срокам лечения при тяжелых травмах костно-мышечной системы и гнойно-некротических осложнениях при переломах костей скелета. Уделено внимание организации амбулаторной ортопедо-травматологической помощи в городе. По результатам мониторинга качества оказания ортопедо-травматологической помощи в травматологических стационарах города и в 14 городских поликлиниках, проведенного в 2009 г., подготовлены проекты приказов по улучшению организации ортопедо-травматологической службы и по улучшению качества реабилитационной помощи населению по УОЗ г. Харьков.

И.Б. Зеленецкий (гл. детский ортопед-травматолог УОЗ Харьковской области) *«Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2009 г. и перспективы ее развития»*. Подробно проанализированы показатели деятельности детской ортопедо-травматологической службы Харьковского региона по сравнению с предыдущим годом. Отмечено увеличение численности детей в возрасте до 14 лет по сравнению с предыдущим годом на 1515 человек. Количество детей от 14 до 18 лет уменьшилось на 5161 человека.

Обеспеченность населения детскими ортопедо-травматологами в Харьковской области с учетом врачей ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» и УкрНИИ протезирования составила 2,1 на 10 тыс. детей, укомплектованность штатами в лечебно-профилактических учреждениях практического здравоохранения области — 98,3%. Дефицита коечного фонда не наблюдается. В специализированных стацио-

нарах прошли лечение 5387 детей с ортопедо-травматологической патологией, выполнено 2429 хирургических вмешательств, в том числе 1434 операции на костях и суставах.

Отмечается рост распространенности заболеваний костно-мышечной системы среди детского населения области, а также увеличение количества «запущенных» случаев врожденного вывиха бедра и сколиоза, выявленных либо в результате позднего обращения к специалисту, либо во время профилактических осмотров. Это может быть обусловлено невозможностью проведения ортопедо-травматологами плановых профилактических осмотров новорожденных и детей раннего возраста в связи с вступлением в действие в 2008 г. приказа МЗ Украины № 149 и недостаточным качеством подготовки педиатров и семейных врачей, осуществляющих наблюдение за развитием ребенка, по вопросам ранней диагностики ортопедической патологии, низким уровнем санитарного просвещения родителей.

Сформулированы основные задания по развитию и укреплению специализированной ортопедо-травматологической помощи детям с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы на 2010 г.

О.Е. Ужегова (Харьковская межрайонная травматол. МСЭК) *«Состояние инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы в г. Харьков и Харьковской области в 2009 г.»*. Отмечено снижение показателей первичной инвалидности вследствие травм в 2009 г. по сравнению с предыдущим годом. Первично признаны инвалидами 452 больных, в том числе 430 пациентов трудоспособного возраста. Акцентировано внимание на необоснованном направлении больных на МСЭК. Отмечено, что наиболее часто необоснованное продление сроков лечения и врачебные ошибки наблюдаются в случаях лечения больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы хирургами в ЦРБ. Показатели реабилитации в 2009 г.: полная реабилитация — 9,0%, частичная — 53,7%, суммарная — 22,4%. Подчеркнута необходимость улучшения в Харьковском регионе материальной и кадровой базы для восстановительного лечения и реабилитации больных и инвалидов с патологией опорно-двигательной системы, создания в Харьковском регионе специализированных реабилитационных отделений для лечения пациентов с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы.

В.А. Филиппенко (председатель Харьковского областного отделения ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов») *«Отчет о деятельности Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов за 2009 г.»*. В докладе подробно освещена научно-практическая и организационная деятельность правления и членов ассоциации в 2009 г., 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») *«Пути решения проблем тромбозомболических и гнойно-септических осложнений после тяжелых ортопедических операций»*. Тромбозомболические осложнения (ТЭО) — одна из ведущих причин смертности после «больших» хирургических вмешательств. Адекватная профилактика ТЭО снижает риск смерти прооперированных пациентов на 71%.

Наибольший риск ТЭО наблюдается при операциях эндопротезирования суставов, умеренный — при других операциях на костях и суставах, в том числе при артроскопии коленного сустава. Исходы ТЭО — тромбоз эмболия легочной артерии (фатальная и субклиническая), тромбоз эмболия глубоких вен (симптоматическая и асимптоматическая), посттромбофлебитический синдром. Средние сроки возможного развития ТЭО составляют (24 ± 16) дней. 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 фраксипарином, показали снижение риска тромбоза глубоких вен у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава на 79%. Важным условием для профилактики ТЭО является ее проведение в течение всего периода риска развития таких осложнений. Наряду с ТЭО одними из наиболее грозных и тяжелых после ортопедических операций являются гнойно-септические осложнения. Это обусловило повсеместное распространение профилактического применения антибиотиков после таких вмешательств. Выбор антибиотиков для профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, как правило, определяется чувствительностью к препарату штаммов стафилококков и синегнойной палочки. По наблюдению автора, наиболее эффективными препаратами из последнего поколения антибиотиков для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений являются «Зинацеф™» и «Фортум™».

Заседание, 20 мая 2010 г.

И.В. Кабаненко (УкрНИИ протезирования) «Алгоритм реабилитации инвалидов с последствиями поврежденной позвоночника и спинного мозга». Проведена оценка функциональных возможностей и состояния сегментарно-периферического нейромоторного аппарата у 46 инвалидов с последствиями спинномозговой травмы в возрасте от 16 до 35 лет, которые прошли курс реабилитации в УкрНИИ протезирования. На основе полученных данных определен реабилитационный потенциал, в соответствии с которым выделены клинико-реабилитационные группы. Разработан алгоритм проведения реабилитационных мероприятий, показания к назначению и виды технических средств реабилитации. Предлагаемый алгоритм может быть использован при построении индивидуальных реабилитационных программ для данной категории инвалидов.

П.А. Басев, Р.В. Андрухова, В.В. Пивоваров, Р.А. Бобшко (УкрНИИ протезирования) «Ортезирование инвалидов с последствиями травм и заболеваниями тазобедренного сустава». В УкрНИИ протезирования разработаны показания к ортезированию тазобедренного сустава при неудовлетворительных последствиях травм и остеоартрозах крупных суставов нижних конечностей. В докладе освещены основные принципы лечебного действия ортезов, рассмотрены способы их индивидуального подбора и изготовления. Применение предлагаемых ортезов в плане консервативного лечения больных с последствиями травм и заболеваниями крупных суставов нижних конечностей, по наблюдениям авторов, позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома за счет разгрузки конечности, улучшить опорно-кинематическую функцию, повысить качество жизни и снизить степень ограничения жизнедеятельности у 96,5% пациентов.

Д.Д. Чекрыжев (ООО «ПОП» Оргоспайн) «Дифференцированный подход к изготовлению корсетов для лечения сколиотической деформации». Одной из совре-

менных и высокоэффективных методик консервативного лечения деформаций позвоночника у детей является корсетотерапия по технологии, предложенной Жаком Шено. Применяемые конструкции корсетов обязательно должны соответствовать типу сколиотической деформации позвоночника. Авторы на основании исследования 2700 рентгенограмм выделили рентгенологические критерии оценки типа деформации, имеющие значение для изготовления корсетов. Для использования в клинической практике предложены корсеты трех типов (А, В и С), разработанные по технологии Шено с учетом клинических и рентгенологических критериев оценки типа сколиотической деформации. Определены четкие показания для назначения каждого типа корсета.

Дифференцированный подход к назначению и изготовлению корсетов при лечении сколиоза позволит повысить эффективность лечения и снизить риск ятрогенных осложнений, сопряженных с использованием неверно изготовленных корсетов.

В.Г. Петров, М.А. Борисов, М.А. Басев, И.Н. Чернышева (УкрНИИ протезирования) «Ортезное обеспечение в системе реабилитации детей со сколиотической деформацией позвоночника». Около 1% населения земного шара страдают сколиозом. Согласно «Протоколу диагностики и лечения больших сколиозом» в комплексе консервативного лечения показаны корсеты типа Шено и Бостон при значении угла деформации от 20° до 40° , при признаках неоконченного роста или при невозможности проведения хирургического вмешательства. Недостатком вышеуказанного документа является отсутствие методики назначения вида корсета в зависимости от типа сколиотической деформации и порядка диспансерного наблюдения на разных этапах корсетотерапии. С целью улучшения результатов лечения больных сколиозом в УкрНИИ протезирования были разработаны методические рекомендации по назначению корсетов для лечения сколиоза позвоночника, в которых особое место уделяется системе взаимодействия мультидисциплинарной бригады пациент–врач–ортезист–реабилитолог. Отдельно выделены задачи для врача-травматолога и врача протезно-ортопедического предприятия, для техника-ортезиста на этапе проведения гипсовых работ и примерки корсета, а также для реабилитолога на этапах освоения корсета и диспансерного наблюдения. Выделены четыре типа деформации и девять вариантов расположения поясничных позвонков, для каждого из которых предложены схемы приложения корректирующих усилий пелотов в корсете. Более 80 клинических наблюдений показали эффективность предлагаемой схемы. Предложенные методические рекомендации позволяют более широко внедрить в практику врача ортопеда-травматолога методику корсетотерапии, что повысит эффективность лечения больных.

И.Н. Чернышева, П.А. Басев, В.Г. Петров, С.Д. Шевченко (УкрНИИ протезирования) «Ортопедические аспекты реабилитации детей с нарушением функций передвижения с помощью реципрокного аппарата». В структуре первичной инвалидности детей, по данным Центра медицинской статистики Украины (2007 г.), неврологические заболевания занимают второе место и составляют 15,4%. Неврологическим заболеваниям, как правило, сопутствует ортопедическая патология, связанная с нарушением мышечного тонуса, патологическими установками и контрактурами в суставах конечностей и позвоночника, приводящая к гиподинамии.

В УкрНИИ протезирования разработан реципрокный аппарат (RGO) для детей, позволяющий пациентам передвигаться с минимальными энергозатратами за счет моделирующего ходьбу шагающего устройства. Аппарат был использован для вертикализации 35 пациентов.

Восстановление вертикальной позы и ходьбы проводили в 3 этапа. По результатам пятилетнего наблюдения отмечена положительная динамика в ортопедическом статусе всех больных. Биомеханические исследования опороспособности и устойчивости пациентов в реципрокном ортезе, проведенные в динамике (стабилобазометрия), свидетельствовали о хорошей адаптации детей всех групп к вертикальной позе в аппарате.

Таким образом, результаты клинических и функциональных методов исследования показали эффективность применения реципрокного ортеза для восстановления вертикальной позы и передвижения детей с выраженными функциональными нарушениями вследствие патологии нервной системы.

К.В. Беренов (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «*Применение тазового ортеза у беременных с пояснично-тазовой болью*». Течение беременности у многих женщин осложняется пояснично-тазовой болью (ПТБ), частота которой достигает 89%. После родов у большинства женщин ПТБ исчезает спонтанно уже в первые 3 месяца, но у 10% резидуальная боль сохраняется с периодическими обострениями в течение нескольких лет. Сотрудниками ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» разработан ортез для стабилизации тазового кольца, который обеспечил более надежную и эффективную стабилизацию таза. Ортез разработанной конструкции применен у 18 беременных женщин с синдромом тазовой нестабильности. По результатам наблюдения за вышеуказанными пациентками сделан вывод, что раннее и своевременное клиническое применение ортеза для стабилизации тазового кольца при различных вариантах ПТБ у беременных обеспечивает стойкое уменьшение интенсивности болевого синдрома (до 70% и более) и существенно уменьшает дисабилитацию пациентки (в 5,4 раза).

С.Б. Костерин (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины») «*Современные подходы к терапии остеоартроза*». В докладе подробно представлены этиология, патогенез, основные клинические и рентгенологические признаки остеоартроза. Отмечено, что основными задачами в лечении остеоартроза является замедление прогрессирования болезни и сохранение структурной целостности суставного хряща, что способствует улучшению качества жизни и предупреждению инвалидизации. В лечении остеоартроза необходимо решать несколько вопросов: уменьшение выраженности болевого синдрома и воспаления, снижение частоты обострений, замедление деструкции хряща и развития функциональной недостаточности суставов. Высокая частота развития выраженных побочных эффектов (особенно в отношении пищеварительного тракта) при применении нестероидных противовоспалительных препаратов, относящихся к группе симптоматических средств, отсутствие позитивного влияния на течение болезни делают нецелесообразным длительное бесконтрольное применение этих препаратов у больных остеоартрозом. Препаратом выбора является ревмоксикам — селективный ингибитор ЦОГ-2. Проведенные исследования по применению ревмоксикама доказывают его безопасность и эффективность в комплексном лечении заболеваний костно-мышечной системы, в том числе у людей старшего возраста.

Заседание, 17 июня 2010 г.

М.В. Сиверчук (Змиевская ЦРБ) «*Состояние травматологической помощи населению Змиевского района*».

Травматологическая помощь населению Змиевского района Харьковской области обеспечивается в травматологическом отделении и в травматологическом кабинете поликлиники Змиевской ЦРБ, а также травматологом участковой больницы пос. Комсомольский. Экстренная травматологическая помощь оказывается сотрудниками травматологического отделения круглосуточно. Обеспеченность населения района травматологическими койками составляет 4,2 на 10 тыс. населения, врачами ортопедами-травматологами — 0,98 на 10 тыс. населения. В 2007–2009 гг. находилось на лечении 2917 больных с повреждениями костно-мышечной системы, в том числе 33 больных, пострадавших от ожогов, и 21 больной с обморожениями. Из общего количества пациентов 74% составили жители сел. В 2009 г. средние сроки пребывания больного на койке составили 10,6 дня, средняя длительность занятости койки — 348,4 дня, хирургическая активность — 51,5%. При лечении больных с травмами костно-мышечной системы в отделении применяют как консервативные, так и хирургические методы лечения. Применяют различные варианты остеосинтеза — накостного, чрескостного, внутрикостного, блокирующего. Предпочтение отдают методикам, исключающим дополнительную фиксацию гипсовыми повязками, что ускоряет процесс реабилитации больного.

Д.Д. Битчук, В.М. Сиверчук, Р.А. Мороз (ХНМУ, Змиевская ЦРБ) «*Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости в условиях травматологического отделения Змиевской центральной районной больницы*». В травматологическом отделении Змиевской ЦРБ в 2007–2009 гг. находились на лечении 64 пациента с переломами проксимального отдела бедренной кости. Сложность лечения данной патологии обусловливается тем, что большинство пострадавших с переломами проксимального отдела составляют лица пожилого и старческого возраста, и в процессе лечения необходимо учитывать возрастные изменения со стороны других органов и систем, наличие сопутствующих заболеваний, усугубляющих прогноз лечения. В отделении для лечения больных с указанной патологией применяют как метод постоянного скелетного вытяжения, так и хирургическое лечение. В течение последних трех лет было прооперировано 24 пациента с медиальными переломами и 21 пациент с латеральными переломами шейки бедренной кости. При лечении пациентов с медиальными переломами шейки бедренной кости проводили вправление отломков экстензионным методом. После вправления проводили чрескостный остеосинтез по методике В.И. Пастуха, Д.Д. Битчука, В.Ф. Трубникова. При хирургическом лечении пациентов с латеральными переломами использовали метод остеосинтеза Г-образными пластинами. Хорошие и удовлетворительные результаты лечения наблюдались более чем у 75% прооперированных больных.

Г.Г. Голка, А.И. Белостоцкий, В.А. Литовченко, В.В. Паламарчук, В.В. Григорук (ХНМУ) «*Хирургическое лечение при нарушениях репаративного остеогенеза после околоуставных переломов в области коленного сустава*». Представлена информация о современных методах хирургического лечения при нарушениях репаративного остеогенеза дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела большеберцовой кости. Из 15 пациентов с указанной патологией, находившихся под наблюдением на клинических базах кафедры травматологии и ортопедии ХНМУ, у 14 больных получено сращение в сроки от 4 до 8 месяцев. Результаты лечения были оценены по шкале Маттиса. Хорошие результаты

наблюдались у 65%, удовлетворительные — у 20%, неудовлетворительные — у 15% больных.

Заседание, 21 октября 2010 г.

Б.П. Введенский (ДКБ ст. Харьков) *«Организация медицинской помощи на Южной железной дороге»*. Развитие сети лечебно-профилактических учреждений для оказания медицинской помощи пассажирам поездов и железнодорожникам началось в середине XIX века. Толчком к этому послужила катастрофа царского поезда под станцией Борки в октябре 1888 г., когда пострадавшим членам царской семьи понадобилась помощь. В г. Харьков первая узловая больница была открыта в 1922 г. После 1950 г. началось строительство целого ряда лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих работников Южной железной дороги, в т.ч. и в Харькове. С 1991 г. все медицинские учреждения на железной дороге переданы в ведомство Министерства транспорта Украины.

Хирургический стационар Дорожной клинической больницы ст. Харьков (ДКБ ст. Харьков), в котором находится 12 профильных отделений, в т.ч. и ортопедо-травматологическое, был открыт в 1986 г. В стационаре в 2008 г. был проведен капитальный ремонт и установлено современное высокотехнологичное оборудование. Врачами больницы совместно с сотрудниками кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина, которая находится на базе хирургического стационара ДКБ ст. Харьков, разрабатываются и внедряются в практику новые методы диагностики и лечения больных с использованием современных малоинвазивных технологий.

С 2000 г. на Южной железной дороге введено добровольное медицинское страхование работающих железнодорожников, а с 2003 г. такая система страхования введена и для пенсионеров-железнодорожников.

Ортопедо-травматологическая помощь железнодорожникам оказывается как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом уровне. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в поликлинике ДКБ ст. Харьков, в отделенческих больницах ст. Полтава, ст. Купянск, ст. Люботин, а также в узловой больнице ст. Основа. Стационарная помощь ортопедо-травматологическим больным оказывается врачами-специалистами отделенческой больницы ст. Полтава и ДКБ ст. Харьков.

В настоящее время в ортопедо-травматологическом отделении ДКБ ст. Харьков имеется 40 коек. Ежегодно в отделении оказывают специализированную медицинскую помощь более 1,5 тыс. больным, выполняют более 250 хирургических вмешательств. Отделение тесно сотрудничает с ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины», профильными кафедрами ХНМУ и ХМАПО.

Б.П. Введенский, А.И. Бабенко, И.И. Гордеев (ДКБ ст. Харьков) *«Опыт медицинской реабилитации больных с травмами опорно-двигательной системы на стационарном этапе»*. С целью профилактики возможных осложнений у больных с травмами опорно-двигательной системы в отделении проводится комплекс лечебных мероприятий по восстановительному лечению травмированных с учетом периодов травматической болезни. Применяемая тактика восстановительного лечения больных с последствиями травм ОДС заключается в использовании современных методов хирургического и консервативного лечения с соблюдением принципов реабилитации: раннее начало, последовательность, непрерывность, комплексность. В период 2007–2009 гг. на

лечении находилось 3,2 тыс. больных с последствиями травм ОДС, осложнения были отмечены у 39 человек: у 21 — контрактуры, у 10 — замедленно срастающиеся переломы, у 8 — нейродистрофические синдромы. С целью уменьшения количества осложнений в виде контрактур суставов после переломов костей конечностей врачами отделения была разработана методика профилактики и лечения контрактур коленного сустава с использованием специального устройства. По разработанной методике проведено лечение 11 больных, что позволило получить хорошие результаты и сократить сроки пребывания больных в стационаре на 5–7 дней.

Б.П. Введенский, С.А. Колесник (ДКБ ст. Харьков) *«Работа травматологического кабинета поликлиники ДКБ, мероприятия по снижению травматизма»*. В поликлиническом отделении ДКБ ст. Харьков амбулаторная ортопедо-травматологическая помощь железнодорожникам и членам их семей оказывается в травматологическом кабинете. В задачи врачей травматологического кабинета поликлиники входят: оказание квалифицированной специализированной ортопедо-травматологической помощи обратившимся в поликлинику больным, оказание реабилитационной помощи, продолжение лечения пациентов с последствиями травм и ортопедической патологией после выписки их из стационара, участие в работе ВКК и реабилитационной комиссии, участие в профилактических осмотрах работающих и поступающих на работу на железной дороге, санитарно-просветительская деятельность. Ежегодно врачами травматологического кабинета поликлиники проводится до 200 хирургических вмешательств, более 100 блокад, десятки пункций и других манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи больным с травмами костно-мышечной системы и ортопедическими заболеваниями. За последние два года врачи поликлиники выступили с 36 лекциями по вопросам оказания медицинской помощи при несчастных случаях. Особое значение в работе ортопедов-травматологов в поликлинике ДКБ ст. Харьков отводится проведению профилактических осмотров железнодорожников, согласно приказу Министерства транспорта и связи Украины. Это обусловлено, прежде всего, необходимостью обеспечения безопасности движения на железной дороге.

Б.П. Введенский, А.С. Бабушкин (ДКБ ст. Харьков) *«Использование автоматического аппарата «LEGTRONIC-1» в реабилитации больных с повреждениями коленного сустава»*. С целью профилактики контрактур и восстановления движений в тазобедренном и коленном суставах в ортопедо-травматологическом отделении ДКБ ст. Харьков в течение последних четырех месяцев применяется аппарат «LEGTRONIC-1». Его применение показано при лечении больных после хирургических вмешательств на коленных суставах, больных с частичными повреждениями капсульно-связочного аппарата коленного сустава, больных с около- и внутрисуставными переломами различной локализации. Обязательным условием для применения аппарата при лечении больных с переломами костей конечностей является стабильное положение отломков. Под наблюдением было 14 больных, у всех отмечен положительный результат.

А.Г. Истомир, С.И. Ковалев, В.Б. Журавлев, Н.Г. Гасанов (ХНМУ, ХМАПО, 17 КМБ) *«Принципы медицинской реабилитации больных с последствиями травм таза»*. При лечении последствий переломов таза традиционными методами (например ортопедическая укладка по Волковичу) редко учитываются биомеханические закономерности движений таза, в частности подвздошно-поясничных связок и крестца (нутаия

крестця). В соответствии с классификацией переломов костей таза АО/АСIF разработан ряд ортезов для лечения последствий травм таза.

А.Г. Истомин, Г.Г. Голка, А.А. Олейник, Д.А. Исто-мин (ХНМУ) «Применение ортезирования в комплексном лечении и реабилитации больных с пояснично-тазовыми тензопатиями». Тензопатии — один из важнейших аспектов в реабилитации пациентов после поврежденных

таза. Наряду с костными структурами важную роль в стабилизации таза имеет задний подвздошно-крестцовый связочный комплекс, что не всегда учитывается при лечении пациентов с последствиями переломов костей таза. В докладе представлена обзорная информация об ортезах, разработанных авторами, и методике их применения у больных с различными видами переломов костей таза.

Председатель правления
Секретарь

В.А. Филиппенко
Е.Г. Шевченко

Івано-Франківська обласна асоціація травматологів-ортопедів

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

Протокол № 134, 29 вересня 2010 р.

Демонстрація хворих

Хворий П., 1948 р.н., діагноз: закритий медіальний перелом шийки лівої стегнової кістки. Рекомендовано: хірургічне лікування — остеосинтез (трьома компресійними шурупами).

Хворий К., 1964 р.н., діагноз: псевдоартроз у нижній третині правої променевої кістки. Стан після остеосинтезу відламків променевої кістки пластиною. Нейродистрофічний синдром правої кисті. Рекомендовано: хірургічне лікування — видалення металокопункції. Проведення остеосинтезу спицевим апаратом зовнішньої фіксації та кісткової пластики з крила клубової кістки.

Доповіді

1. **М.Д. Олійчук** (Головне управління охорони здоров'я Івано-Франківської області) *«Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби в області»*. Проведено оцінку роботи ортопедо-травматологічної служби області в результаті планової перевірки декількох районів. У ході перевірки виявлено значні недоліки в проведенні стаціонарного лікування хворих, хірургічної допомоги травмованим. Серед стаціонарних хворих у відділеннях травматологічного профілю кількість тих, що перебувають на консервативному лікуванні, переважає порівняно з хірургічним лікуванням. У відділеннях хірургічного профілю проводиться невелика кількість хірургічних втручань. З урахуванням реальної картини хірургічного лікування хворих у центральних районних лікарнях планується реорганізація роботи, суть якої полягає в скороченні відділень хірургічного профілю в ЦРЛ, які не виконують необхідного обсягу хірургічного лікування. Тому районним ортопедам-травматологам рекомендовано звернути увагу на зазначені недоліки та покращити стан хірургічної активності відділень.

2. **О.І. Купчак** (травматологічне відділення Богородчанської ЦРЛ) *«Аналіз роботи відділення травматології Богородчанської ЦРЛ за 2009 рік»*. Стаціонарна медична допомога хворим ортопедо-травматологічного профілю надається на базі відділення травматології Богородчанської центральної районної лікарні та ліжок ортопедо-травматологічного профілю в хірургічному відділенні Солотвинської районної лікарні. У районі працюють 8 лікарів травматологів. Забезпеченість лікарями наразі складає 1,2 на 10000 населення, середній обласний показник становить 1,2.

Захворюваність кістково-м'язової системи у 2009 році склала 12577,2 на 100 тис. населення проти 12743,2 на 100 тис. населення у 2008 році. За 2009 рік у стаціонарі

перебували на лікуванні 933 хворих, з яких планово госпіталізовано 477, ургентно — 456. Доповідач подав показники роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2009 рік та провів їх аналіз, порівнюючи з показниками в області та попереднім роком.

У 2010 році відділення травматології Богородчанської ЦРЛ за допомогою адміністрації придбало набір сучасного інструментарію фірми «Медгал» для проведення хірургічного лікування хворих з переломами довгих кісток методом інтрамедулярної блокуючої фіксації. Виконано 4 операції за цим методом. Доповідач наголосив, що надалі планується оновлювати матеріально-технічну базу відділення.

3. **О. Приступлюк**. Презентація фірми «ЗМ».

4. Презентація фірми «Pfizer».

В обговоренні хворих та доповідей взяла участь: професор Клепач М.С., лікарі Юрійчук Л.М., Купчак О.І., Рихлевич О.М., Белей Л.М. та інші.

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

Протокол № 135, 28 жовтня 2010 р.

Демонстрація хворих

Хвора К., 1969 р.н., діагноз: двобічний гонартроз III ст. з варусною деформацією колінних суглобів. Рекомендовано: хірургічне лікування – ендопротезування правого колінного суглоба.

Хворий З. 1955 р.н., діагноз: закритий гвинтоподібний перелом лівої великогомілкової кістки в нижній третині зі зміщенням відламків. Стан після металоостеосинтезу шурупами. Проведено обговорення методу лікування даного хворого, зроблено зауваження щодо використання нестабільного методу остеосинтезу, який додатково потребує використання гіпсової іммобілізації та подовження терміну відновлення функції кінцівки.

Хвора К., 1953 р.н., діагноз: закритий перелом акроміального кінця лівої ключиці зі значним зміщенням. Рекомендовано: хірургічне лікування – металоостеосинтез за Вебером.

Доповіді

1. **О.М. Рихлевич** (травматологічне відділення Рогатинської ЦРЛ) *«Аналіз роботи ортопедо-травматологічної служби району за 2009 рік. Диспансеризація ортопедо-травматологічних хворих»*. Стаціонарна ортопедо-травматологічна допомога пацієнтам з травмами та захворюваннями опорно-рухової системи надається в Рогатинській центральній районній лікарні та Букачівській міській лікарні. У Рогатинській ЦРЛ травматологічне відділення розгорнуто на 30 ліжок, у Букачівській міській лікарні 5 ліжок травматологічного

профілю розміщено в хірургічному відділенні. У районі працюють 6 лікарів ортопедів-травматологів. Цілодобово проводиться ургентна допомога населенню району. Для надання травматологічної допомоги в амбулаторних умовах у районі функціонують два травматологічні кабінети. Доповідач провів аналіз показників роботи ортопедо-травматологічної служби району за звітний період. Виконання плану ліжко-днів у відділенні за звітний період становить 88% по Рогатинській ЦРЛ та 104% по Букачівській МЛ, загальний показник — 96%. Хірургічна активність становить 30,5%. Амбулаторний прийом хворих за звітний період порівняно з 21828 у 2008 році зріс до 20378 у 2009 році. Проведено аналіз інших показників роботи ортопедо-травматологічної служби району, розглянуто перспективи розвитку служби та покращання матеріально-технічного забезпечення відділення.

2. **Р.Д. Бородайкевич** (Рогатинська ЦРЛ) «Лікування деформацій стоп у випадках уражень ЦНС».

3. **Я.Я. Юхимик**. Презентація фірми «Юніфарм».

В обговоренні доповідей взяли участь: професор Клепач М.С., професор Сулима В.С., лікарі Юрійчук Л.М., Рихлевич О.М., Гой М.М. та інші.

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

Протокол № 136, 25 листопада 2010 р.

Демонстрація хворих

Хворий К., 1969 р.н., діагноз: політравма. ЗЧМТ, струс головного мозку. Вторинновідкритий перелом у середній третині діафіза правої стегнової кістки, стан після позаосередкового остеосинтезу стержневим АЗФ. Травматичний шок I ступеня. Жирова емболія. Проведено хірургічне лікування: остеосинтез стегнової кістки стержневим апаратом зовнішньої фіксації. Лікування жирової емболії в умовах реанімаційного відділення ОКЛ. Проведено аналіз помилок та ускладнень на етапі надання невідкладної лікарської допомоги в умовах ЦРЛ та на етапі евакуації в ОКЛ.

Хворий О., 1989 р.н., діагноз: консолидований закритий перелом кісток таза з порушенням безперервності тазового кільця типу С. Консолидований закритий багатоосколковий перелом у середній третині лівої стегнової кістки. Металоостеосинтез відламків кісток таза і стегнової кістки стержневим апаратом зовнішньої фіксації. З анамнезу — травма в листопаді 2009 року. Лікувався в Івано-Франківській ОКЛ. Демонтаж АЗФ проведено в червні 2010 року. Функціональний стан лівої нижньої кінцівки: укорочення до 4 см, об'єм рухів у лівому кульшовому суглобі в межах норми, ходить без палиці з кульгавістю. Рекомендовано: продовження реабілітаційного лікування, ортопедичне взуття для корекції довжини кінцівки.

Хворий П., 1949 р.н., діагноз: консолидований перелом сідничої кістки з розривом крижово-клубового з'єднання та лобкового синдесмозу, який вправлений і синтезований стержневим апаратом зовнішньої фіксації Клепача. З анамнезу — травма в жовтні 2008 року, лікувався в травматологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ. Демонтаж АЗФ проведено в лютому 2009 року. Функціональний стан таза та нижніх кінцівок задовільний.

Доповіді

1. **Л.М. Юрійчук** (відділення травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ) «Травми кісток таза та кульшової западини. Механогенез, клініка, лікування». Актуальність питання ушкодження кісток таза зумовлена декілько-

ма факторами: велика шокогенність; висока смертність — 10–18%, з них 4% унаслідок внутрішньої кровотечі; ушкодження органів малого таза, що у разі стабільних переломів складає 30%, нестабільних — 60%. Причиною переломів кісток таза частіше є дорожньо-транспортні події, падіння з висоти тощо. Переломи кульшової западини часто виникають у випадку непрямой травми, у зв'язку з чим вони часто поєднуються з травмами нижньої кінцівки. Доповідач звернув увагу слухачів на класифікацію ушкоджень кісток таза та методи їх діагностики, зупинився на основних принципах лікування таких ушкоджень, показаннях до консервативного та хірургічного методів лікування. Підкреслив, що незадовільні результати лікування хворих з ушкодженнями кісток таза є наслідком декількох факторів: особливо тяжкої травми, неточної діагностики, нефункціональної репозиції, травматичного хірургічного доступу, неадекватної фіксації відламків, відсутності навичок з хірургії таза і кульшової западини, відсутності сучасного обладнання та інструментарію.

Доповідач продемонстрував хворих з травмами кісток таза і нижніх кінцівок і результати їх хірургічного лікування.

2. **Т.М. Ковалишин** (кафедра травматології-ортопедії та ХВНС ІФНМУ) «Хвороба Дюпюїтрена: етіологія, патогенез, діагностика та лікування». Доповідач наголосив, що хвороба Дюпюїтрена відноситься до дистрофічної патології сполучнотканинних структур з невідомим патогенезом та етіологією. Визначено групи ризику її виникнення та перебігу, асоціацію з іншими захворюваннями. Автор зупинився на історії вивчення даної проблеми, профілактиці та прогнозі. На значній кількості ілюстративного матеріалу висвітлено анатомію будови долоні, форми хвороби Дюпюїтрена, показано локальні зміни в розвиненні та прогресуванні захворювання, динаміку патоморфологічної перебудови тканин кисті. Наведено класифікації різних авторів та нозологічні форми захворювання, з якими слід проводити диференційну діагностику. Окреслено широке коло методів консервативного лікування, показання до різних методів хірургічного втручання залежно від локалізації та характеру змін. Власні результати лікування, можливі помилки та ускладнення ілюстровані слайдами і демонстрацією хворих.

3. **М.С. Клепач** (кафедра травматології-ортопедії та ХВНС ІФНМУ). Представлено лікарів ортопедів-травматологів, які підготували атестаційні справи для одержання відповідної кваліфікаційної категорії, заслухано їх звіти з подальшою оцінкою. Схвалено рекомендації Правління асоціації на адресу атестаційної комісії ГУОЗ.

4. Презентація фірми «Sanofi».

В обговоренні хворих та доповідей виступили професор Клепач М.С., професор Сулима В.С., лікарі Юрійчук Л.М., Белей Л.М., Дзюбак М.В. та інші.

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

Протокол № 137, 23 грудня 2010 р.

Демонстрація хворих

Хвора М., 1968 р.н., діагноз: опік кип'ятком тулуба, обох верхніх та нижніх кінцівок II, III А, Б ступеня 40% (16%) площі тіла. Опікова хвороба, період гострої опікової токсемії. Виконано етапні некротомії та некректомії. Рекомендовано поступову вільну автодермопластику.

Хворий О., 1959 р.н., діагноз: опік полум'ям обличчя, шиї, тулуба та обох верхніх кінцівок II, III А, Б ступеня

25% (18%) площі тіла. Опік верхніх дихальних шляхів I ступеня. Опікова хвороба, період опікової токсемії. Рекомендовано етапні некректомії та вільну автодермопластику.

Хвора К., 2008 р.н., діагноз: опік кип'ятком тулуба, обох верхніх кінцівок I–II ступеня 12% поверхні тіла. Рекомендовано консервативне лікування.

Доповіді

1. **К.Б. Кіршак** (відділення термічної травми ОКЛ) «Аналіз роботи відділення термічної травми ОКЛ за 2010 рік». Доповідач подав звіт про роботу відділення, показники діяльності за звітний період. Розгорнуто відділення на 30 ліжок та палата інтенсивної терапії на 3 ліжка. У відділенні працюють 6 комбустіологів, терапевт, педіатр і 3 анестезіологи. Для лікування хворих використовуються найсучасніші методи, як консервативні, так і хірургічні: компресійна терапія, ксенотрансплантація, ранні некректомії, дерматогензія тощо. Матеріальне забезпечення відділу знаходиться на рівні 60–70%. З них м'який інвентар — 70%, інструментарій — 60%, медичне обладнання та наркозна апаратура — 70%. За 9 місяців 2010 року перебували на лікуванні 393 хворих, проведено 408 операцій, план ліжко-днів у відділенні виконується на 105,8%. Проведено аналіз показників роботи та складено перспективний план покращання матеріально-технічного забезпечення відділення на наступний рік.

2. **І.В. Хохряков** (головний позаштатний комбустіолог Івано-Франківської області) «Аналіз та дефекти роботи травматологічних відділень області в процесі лікування хворих з термічною травмою». Доповідач демонстрував клінічні випадки помилок та ускладнень у хворих з термічною травмою. Проведено їх детальний аналіз і визначено шляхи профілактики. Доповідач надав інформацію щодо протоколів лікування хворих з термічною травмою різних вікових груп з метою дотримання єдиної тактики лікування й евакуації хворих з травматологічних відділень ЦРЛ, запобігання помилок та ускладнень.

3. **М.С. Клепач** (кафедра травматології-ортопедії та ХВНС ІФНМУ) «План роботи асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області на 2011 рік». Доповідач представив план роботи асоціації ортопедів-травматологів області на 2011 рік. Проведено обговорення та затверджено його шляхом голосування з урахуванням поправок і доповнень.

4. Проведено засідання правління асоціації та ревізійної комісії, на якому обговорено результати та підсумки роботи асоціації за 2010 рік, фінансовий звіт. Виключено з членів асоціації лікарів, які не сплатили членські внески.

5. **Н.В. Карач**. Презентація фірми «Berlin Chemie».

В обговоренні хворих і доповідей взяли участь: професор Клепач М.С., лікарі Хохряков І.В., Кіршак К.Б., Шібель І.В. та інші.

Голова асоціації
Секретар

М.С. Клепач
Ю.Д. Валовіна