

## ОТЧЕТЫ

### Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов

#### Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов

Заседание, 17.09.2015:

**О. Ф. Артюшенко, Т. И. Профатило** (отделение хирургии кисти ГКБ № 31) «Теносиновиты, стенозы запястных каналов». В докладе освещен многолетний опыт лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти в отделении. Особое внимание уделено вопросам этиологии, диагностики, выбора тактики и методов лечения стенозов запястных каналов и хронических тендовагинитов сухожилий. Показаны особенности клинического проявления патологического процесса в зависимости от его локализации. Отмечено, что в последнее десятилетие значительно возросло количество случаев туберкулезного поражения сухожилий кисти и тендовагинитов на фоне подагрических изменений. Авторы подчеркнули, что поражения запястных каналов и тендовагиниты являются, как правило, следствием нарушения общих физиологических и обменных процессов организма. В связи с этим при хронических вялотекущих процессах в сухожильных оболочках кисти необходимо назначать лечение на основе результатов полноценного обследования пациента.

**О. Ф. Артюшенко, Я. О. Слабунов** (ГКБ № 31) «Невролиз лучевого нерва при невритах различной этиологии». Авторы представили результаты лечения 8 больных с нейропатией лучевого нерва, лечившихся в отделении хирургии кисти в 2010–2015 гг. У всех пациентов на основе комплексного обследования, включавшего электромиографию, установлено нарушение проводимости нерва на уровне средней и нижней трети плеча. У 2 пациентов в сочетании с нейропатией лучевого нерва наблюдалась клиника синдрома карпального канала. В этих случаях одновременно с невролизом лучевого нерва выполняли декомпрессию срединного нерва на уровне карпального канала. У 3 больных интраоперационно в зоне стеноза выявили выраженные сосудистые изменения в виде варикозно измененных вен и сужения артериальных сосудов. Во всех случаях отмечено восстановление функции кисти и кожной чувствительности в период от 2 недель до 9 мес.

**О. Ф. Артюшенко, Я. О. Слабунов** (ГКБ № 31) «Случай из практики. Замещение дефекта срединного нерва икроножным нервом». Продемонстрирован клинический пример больного, который получил в зоне АТО осколочные ранения левого плеча и предплечья, осложнившиеся флегмоной и множественными некрозами мягких тканей левого предплечья, сепсисом. Специализированная квалифицированная медицинская помощь была оказана через две недели после травмы в Харьковской областной клинической больнице (некрэтомия, купирование воспалительных процессов). После стабилизации состояния больного перевели в ожоговое отделение Харьковской городской больницы скорой медицинской и неотложной помощи, где выполнили замещение дефектов кожи верхней конечности кожными аутоотрансплантатами. В отде-

ление хирургии кисти ГКБ № 31 он поступил в декабре 2014 г. с диагнозом: грубые рубцовые изменения волярной поверхности и средней трети ладонной поверхности предплечья, посттравматическая стойкая смешанная контрактура левой кисти, полное отсутствие функции и кожной чувствительности левой кисти. Проведено хирургическое вмешательство: миолиз мышц предплечья, невролиз срединного и локтевого нервов, выделение дистальных культей сгибателей кисти, выделение единым конгломератом, Z-образное удлинение и фиксация к пучку дистальных сгибателей проксимальных мышечно-сухожильных рубцов, выделение дистальных концов срединного и локтевого нервов, невролиз. Интраоперационно выявлены дефекты срединного нерва до 15 см, локтевого — до 20 см. В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в виде активных движений пальцев с ограниченной экскурсией. Через 6 мес. проведено хирургическое вмешательство: выделение культей срединного и локтевого нервов, иссечение невром, выделение и иссечение части икроножного нерва, фиксация иссеченной части икроножного нерва к концам срединного внутрисвязочными швами. Через 15 суток после операции отмечены признаки регенерации в виде «прострелов» в кисть, через 3 мес. улучшение кожной чувствительности, «ощущение предметов, как в перчатке», восстановление глубокой чувствительности на уровне ладони и проксимальных фаланг I–III пальцев. Больной продолжает курс физиофункционального лечения.

Презентация фирмы «Органосин».

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Попсуйшапка А. К., доц. Голобородько С. А., Дейнека Ф. Н., Марущак А. П., Рыкун Н. Д., Ершов Д. В.

Заседание, 15.10.2015:

**И. Б. Зеленецкий, А. Ю. Глебов, Ю. И. Вольвач, Р. И. Зеленецкий** (ХОКТБ, ХМАПО) «Результаты лечения детей с синдромом диспластического некроза головки бедренной кости с помощью аппаратов внешней фиксации». Подчеркнута актуальность совершенствования методов лечения пациентов с болезнью Пертеса. Представлен алгоритм выбора тактики и метода лечения в зависимости от типа и тяжести патологических изменений в тазобедренном суставе. Освещена методика и результаты анализа хирургического лечения с применением аппаратной декомпрессии в сочетании с миотомией аддукторов и сгибателей, туннелизацией шейки и головки бедренной кости (ГБК) у детей с синдромом диспластического некроза ГБК. Продемонстрированы клинические примеры. Показано, что использованная методика является малотравматичной, улучшает кровообращение в зоне поражения, позволяет сохранить форму и структуру ГБК и достичь полного восстановления функции тазобедренного сустава. Доступность и обнадеживающие результаты лечения при использовании данной

методики позволяют рекомендовать ее для внедрения в клиническую практику специализированных отделений.

**В. И. Купин** (ХОКТБ) «Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости». Докладчик отметил, что лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами костей в большинстве случаев осложняется коморбидной патологией и состоит как в сохранении жизни больного, так и максимально быстром достижении благоприятного функционального результата. Зачастую после лечения таких больных консервативно или хирургически с применением остеосинтеза наблюдаются неудовлетворительные результаты в виде несращения костей либо происходит развитие асептического некроза ГБК. В связи с этим автор предлагает расширить показания к эндопротезированию при переломах проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста с предпочтительным применением биполярных конструкций. По мнению докладчика, в указанных случаях биполярное эндопротезирование по сравнению с другими его видами имеет ряд преимуществ, среди которых кратковременность хирургического вмешательства и анестезиологического пособия, возможность ранней активизации и полноценной реабилитации пациентов, относительно невысокая стоимость компонентов эндопротеза. Автор продемонстрировал результаты лечения 44 пациентов (13 мужчин, 31 женщина, средний возраст 87 лет) с переломами проксимального отдела бедренной кости, которым выполнено биполярное эндопротезирование в 2013–2015 гг. С помощью дополнительной опоры на 2-е сутки после операции начали ходить 60 % больных, на 3–4-е — 30 %, на 5-е — 10 %. Последние имели тяжелую сопутствующую соматическую патологию. Летальных случаев в указанной группе больных не было.

**А. Н. Хвисьюк** (ХМАПО) «Наш опыт артроскопии крупных суставов». Основное внимание в докладе уделено ошибкам и недостаткам предоперационной диагностики при патологии коленного и плечевого суставов. Показана важность правильной трактовки данных клинико-рентгенологического и дополнительных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ). Представлен детальный анализ информативности, недостатков и преимуществ различных методов диагностики суставной патологии. Освещены особенности диагностики патологических изменений при травматических повреждениях и дегенеративных изменениях, наблюдающихся при артроскопическом исследовании суставов. Автор дал обзорную информацию о методах лечения внутрисуставных повреждений коленного сустава. Особое внимание уделено принципам комбинированной фармакотерапии болевого синдрома у пациентов с артропатиями.

**С. Б. Довгань** (ХОКТБ) «Зеленая ветка: особенности и виды переломов костей у детей». Автор представил концепцию биомеханического воздействия и процессов разрушения (переломов) костей у детей под воздействием травмирующего агента. Выделено три вида переломов, четыре степени смещения отломков. Предложено использовать представленную концепцию для определения тактики лечения переломов костей у детей.

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., доц. Козырев А. А., проф. Хвисьюк Н. И., проф. Шевченко С. Д., Довгань С. Б.

Заседание, посвященное 130-летию со дня рождения профессора М. И. Ситенко, 19.11.2015:

**Н. А. Корж** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»). Вступительное слово о роли личности профессора Ситенко М. И., значение его научной и организационной деятельности в развитии ортопедии и травматологии, создание ортопедо-травматологической службы в Украине.

Подведение итогов конкурса на присвоение премии имени проф. М. И. Ситенко за лучшие научные работы в травматологии и ортопедии для молодых ученых. Объявлены победители конкурса: I ст. — Голка Т. Г. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»); II ст. — Пашенко А. В. (ХМАПО); III ст. — Ершов Д. В. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»)

**В. А. Радченко, В. А. Куценко, К. А. Попсуйшапка, А. А. Левшин, А. Г. Скиданов, А. А. Барков, А. И. Попов** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Современные методы хирургического лечения повреждений позвоночника». В докладе представлены различные классификации травм позвоночника: огнестрельных повреждений по Н. С. Косинской и В. Л. Покотило и по принятой в странах НАТО; переломов шейных позвонков по L. D. Anderson, R. T. D'Alonzo, B. Effendi; повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника по F. Denis и соавт. Освещены клинические особенности различных огнестрельных повреждений позвоночника в зависимости от локализации и вида ранящего снаряда. Указаны показания к неотложному хирургическому лечению и выбор технологий лечения огнестрельных травм позвоночника согласно протоколам США. Обращено внимание на рекомендации по лечению повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника в зависимости от оценки их тяжести по шкале TLISS. Авторы сформулировали основные принципы хирургического лечения травм позвоночника. Доклад проиллюстрирован клиническими примерами.

**В. А. Радченко, В. А. Куценко, К. А. Попсуйшапка, А. И. Попов** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Диагностика и хирургическое лечение опухолей позвоночника». Авторы представили международную классификацию опухолей костей (TNM, 2010) и лечебно-диагностический алгоритм опухолевых поражений костно-мышечной системы. В докладе проанализированы результаты обследования 268 больных в возрасте от 10 до 76 лет, обратившихся в институт в 2007–2015 гг. с подозрением на опухоль позвоночника. Диагноз был подтвержден у 192 пациентов, из них у 59,3 % диагностированы первичные, у 47,7 % — вторичные опухоли позвоночника. Хирургическое лечение проведено 41 больному. Отдаленные результаты лечения прослежены у 37 больных, у 30 из них достигнуто радикальное удаление опухоли, у 2 наблюдались осложнения в виде пареза кишечника и задержки мочеиспускания, у 5 отмечен рецидив опухолевого процесса. В заключение сформулированы основные принципы хирургического лечения опухолей позвоночника.

**П. В. Болховитин** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Превентивная противовоспалительная терапия в системе фармакологического сопровождения эндоскопических операций на позвоночнике и суставах». Докладчик представил результаты лечения 60 пациентов с различной патологией позвоночника и суставов, которым проведены эндоскопические хирургические вмешательства. Автор дал информацию о показаниях и сформулировал требования к НПВП, применяющихся для купирования болевого синдрома

у больных, которым планируется либо уже выполнено эндоскопическое хирургическое вмешательство на позвоночнике и суставах.

**Н. В. Бездетко** (НФаУ) «Препараты кальция в ортопедии и травматологии: реальная польза или фармацевтический маркетинг». Освещена роль кальция в обменных процессах и его метаболизм в организме. Отмечено, что постоянный уровень кальция в сыворотке крови является важным показателем для слаженной работы всех органов и систем. Приведены рекомендуемые ВОЗ суточные нормы потребления кальция для людей различных возрастных групп. Авторы показали факторы, способствующие снижению концентрации кальция в крови, и признаки его дефицита. Подробно охарактеризованы факторы риска развития остеопороза. Приведена современная доказательная база эффективности профилактики и лечения переломов костей на фоне остеопороза с применением препаратов кальция в сочетании с витамином D<sub>3</sub>. Отмечено влияние упомянутых препаратов на состояние сердечно-сосудистой системы, показатели артериального давления, онкозаболеваемости и смертности. Даны рекомендации по рациональному применению препаратов кальция.

Презентация монографии «Эндопротезирование тазобедренного сустава» под редакцией Филиппенко В. А. и Коржа Н. А.

Work Shop «Применение новых аппаратов внешней фиксации». Модераторы: д-р мед. наук Хмызов С. А., канд. мед. наук Романенко К. К. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»).

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Корж Н. А., проф. Радченко В. А., проф. Хвисько Н. И., проф. Шевченко С. Д., д-р мед. наук Зеленецкий И. Б., Пинченко А. Ф.

Заседание, 17.12.2015:

**В. А. Ермовский, В. В. Поддубченко, В. Ф. Абрамчук, С. С. Кухтин** (ГКМБ № 25) «Наш опыт лечения свежих переломов пяточной кости». В докладе освещены исторические аспекты развития методов лечения переломов пяточной кости и их классификации (Bohler, Rowe, Essex-Lopresti, Sander). Описаны диагностические признаки указанных переломов при клиническом осмотре. Авторы представили общие принципы лечения повреждения, показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особое внимание уделено выбору хирургического доступа и металлического фиксатора. Продемонстрированы клинические примеры лечения свежих переломов пяточной кости.

**Д. В. Прозоровский, К. К. Романенко, Р. И. Бузницкий** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Дифференцированный подход к лечению невправленных застарелых переломов пяточной кости». Авторы проанализировали причины неудовлетворительных результатов лечения переломов пяточной кости, данные обследования (клинического, рентгенологического, КТ) и лечения 37 больных в возрасте от 18 до 64 лет с застарелыми невправленными сросшимися переломами указанной локализации. Представили показания и техники проведения диагностических блокад с целью исключения выявления подтаранного сустава в формировании болевого синдрома, описали алгоритм выбора метода хирургического лечения в зависимости от выявленной посттравматической патологии стопы у больных с неудовлетворительными результатами лечения переломов пяточной кости. Доклад про-

иллюстрирован клиническими примерами. Хорошие результаты лечения получены у 78,4 % пациентов, удовлетворительные — у 21,6 %. Авторы подчеркнули, что дифференцированный подход к хирургическому лечению больных с застарелыми невправленными сросшимися переломами пяточной кости позволяет вернуть опорную функцию поврежденной конечности и избавить пациента от болевого синдрома в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

**Л. В. Деримедведь** (НФаУ) «Традиционные и нетрадиционные НПВП в практике ортопеда-травматолога». В докладе освещены основные принципы применения комбинированных фармпрепаратов, главным из которых является достижение высокой эффективности одновременного воздействия на различные звенья патогенеза заболевания нескольких препаратов в дозах ниже, чем при применении монопрепаратов, и минимизация рисков возникновения побочных реакций. Отмечено, что в основе действия многих комбинаций лежит явление потенцированного синергизма. Представлена классификация НПВП по механизму действия, охарактеризованы наиболее распространенные из них. Автор показала роль протеолитических ферментов, в частности серрапептидазы, которая входит в состав некоторых современных НПВП, в купировании воспалительного процесса. Описана фармакокинетика серрапептидазы, дана информация о возможных осложнениях в случае ее применения в составе комбинированных НПВП.

**Н. В. Дедух** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Остеоартроз». Докладчик сообщила о распространенности и современных концепциях патогенеза при остеоартрозе. Описаны патоморфологические изменения в пораженных суставах. Представлена общепринятая в мировой медицинской практике программа лечения данной патологии и новые рекомендации по терапии остеоартрита (ESCEO, 2014). Сформулированы нерешенные вопросы в проблеме остеоартроза.

В обсуждении приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Шевченко С. Д., д-р мед. наук Зеленецкий И. Б., д-р мед. наук Мателенок Е. М., канд. мед. наук Романенко К. К.

Заседание, 21.01.2016:

**В. Г. Рынденко** (ХМАПО) «Организация оказания медицинской помощи при проведении антитеррористических операций». В докладе кратко описана история создания и эволюции огнестрельного оружия. Отмечено, что в современных военных конфликтах значительно возросло количество военно-санитарных потерь среди мирного населения, подчеркнуты особенности организации лечения огнестрельных ранений в Украине. Автор ознакомил присутствующих с организационно-функциональной структурой медицинской службы Вооруженных сил Украины, с принципами ее организации и тактики, основанными на мировом опыте оказания помощи во время локальных войн и антитеррористических операций. Докладчик остановился на необходимых мероприятиях первой неотложной медицинской помощи, направленных на сохранение жизни пострадавших и решение проблемы «золотого часа». Для сравнения приведены данные о медицинском оснащении и организации помощи пострадавшим во время боевых действий в Израиле и армиях стран НАТО.

**А. А. Бурьянов** (НМУ им. А. А. Богомольца, Киев) «Лечение огнестрельных повреждений конечностей».

Докладчик охарактеризовал структуру боевых повреждений конечностей среди пострадавших во время проведения АТО по данным медицинского департамента Министерства обороны Украины за 2014–2015 гг. Среди всех боевых травм 64 % составили повреждения конечностей, 25 % из которых пришлось на огнестрельные переломы. Автор представил основные подходы к лечению огнестрельных ранений на этапах оказания квалифицированной медицинской помощи (Damage Control Orthopaedics), алгоритм проведения первичной хирургической обработки огнестрельных ран и принципы остеосинтеза переломов. Он проинформировал о современных средствах для лечения огнестрельных повреждений мягких тканей — ультразвуковой кавитации Soring, вакуум-ассоциированной системе acti V.A.C., абсорбирующих повязках, гелях и растворах «Аргодерм». Показана эффективность, достоинства и недостатки, а также наиболее частые ошибки применения различных методов хирургического лечения огнестрельных переломов. Уделено внимание диагностике и лечению компартмент-синдрома у пациентов указанной категории. Особо отмечена организация реабилитации пострадавших. Подчеркнуто, что лечение огнестрельных переломов длинных костей конечностей должно проводиться дифференцированно в зависимости от характера и локализации повреждения, комплексно и поэтапно. Важным аспектом в организации медицинской помощи пациентам с боевыми травмами является широкое внедрение телемедицинских технологий. Доклад проиллюстрирован клиническими примерами.

**А. П. Погребняк** («Превент-клиника», Киев) «Лечение заболеваний суставов и позвоночника с точки зрения доказательной медицины». В докладе освещены основные задачи при лечении остеоартроза. Дана характеристика наиболее часто применяемых нестероидных противовоспалительных препаратов, представлены оценки уровня доказательности их эффективности и клинические рекомендации по лечению остеоартроза, опубликованные в разное время Международным объединением по исследованию остеоартроза (OARSI, 2009), Европейской антиревматической лигой (EULAR, 2003), Европейским объединением по исследованию клинических и экономических аспектов остеоартроза (ESCEO, 2014).

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В.А., проф. Шевченко С. Д., д-р мед. наук Мателенко Е. М., канд. мед. наук Дынник А. А., канд. мед. наук Фадеев О. Г., Старостенко В. Г.

Заседание, 18.02.2016:

**Г. Г. Голка, Д. А. Истомина, О. В. Касатка, В. А. Стегний, Л. Е. Луфиренко** (ХНМУ, НМНЦ «УК ХНМУ») «Диагностика и лечение синдрома подвздошно-поясничной связки». В докладе показаны особенности строения и функционирования подвздошно-поясничных связок. Особое внимание уделено вопросам диагностики, лечения и профилактики синдрома такой связки. Представлены возможности и описана методика ударно-волновой терапии для лечения патологических состояний с повреждением указанных связок, продемонстрирована ее эффективность с помощью сравнительного анализа результатов лечения в двух группах пациентов с последствиями травм таза и повреждением подвздошно-поясничных связок. В группе больных, которым проводили ударно-волновую терапию, наблюдали более выраженную динамику регресса болевого синдрома.

**Г. Г. Голка, В. В. Бурлака, Н. В. Перхун, В. В. Паламарчук** (ХНМУ, ХГБСМНП) «Эндопротезирование при переломах шейки бедренной кости. Первый опыт». Доклад посвящен актуальной проблеме — лечению переломов шейки бедренной кости у пациентов старческого и пожилого возраста, результаты которого авторы проанализировали у 37 больных (средний возраст 65,2 года). С учетом характера переломов (типы В2 и В3 по АО) и возрастной категории большинству больных показано эндопротезирование тазобедренного сустава, что позволило бы значительно сократить сроки восстановления функции конечности и пациента. Эндопротезирование выполнено 7 пострадавшим с переломом шейки бедренной кости. Во всех случаях применяли тотальные эндопротезы: у 2 больных — бесцементной фиксации, у 5 — с цементной фиксацией ножек. Несмотря на возможность быстрой подготовки пациентов к операции, хирургические вмешательства выполняли на 5–15-е сутки. Причинами малого количества указанных вмешательств и отсрочки операций была высокая стоимость эндопротезов и отсутствие программ обеспечения больницы имплантатами. Авторы предложили бы поддержке Харьковского медицинского общества и Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов подготовить обращения и рекомендательные письма в департаменты здравоохранения Харькова и области для решения вопросов по обеспечению эндопротезами больниц, в том числе оказывающих urgentную помощь больным с травмами скелета.

**С. С. Страфун, А. В. Долгополов** (ГУ «ИТО НАМН», г. Киев) «Компартмент-синдром при огнестрельных повреждениях конечностей». В докладе определено понятие «компартмент-синдром», описаны анатомические предпосылки для его возникновения и современные методы диагностики. Охарактеризованы анатомические и патоморфологические изменения в зоне огнестрельных раневых каналов, описана тактика лечения огнестрельных повреждений. Представлена авторская классификация компартмент-синдрома. Особое внимание уделено методам профилактики и лечения патологии, а также методике фасциотомии как хирургическому методу профилактики ее развития. Сделан акцент на необходимости комплексного медикаментозного лечения пациентов с огнестрельными повреждениями костно-мышечной системы. Сформулированы основные принципы лечения огнестрельных повреждений костно-мышечной системы, представлен алгоритм профилактики компартмент-синдрома при указанных повреждениях. Дана детальная информация об осложнениях, возникающих вследствие компартмент-синдрома.

**П. В. Болховитин** (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН») «Применение препарата «Депос» в лечении больных с артрозом коленных суставов». Докладчик остановился на показаниях и методологии применения кортикостероидных препаратов при заболеваниях суставов, а именно на тех, которые используются сегодня для внутрисуставных инъекций. Акцентировано внимание специалистов на необходимости четкого соблюдения инструкции. Автор продемонстрировал клинические примеры осложнений, возникших при лечении пациентов с артрозами и артритами вследствие несоблюдения врачами основных принципов применения внутрисуставных инъекций кортикостероидов.

**Н. В. Перхун, Д. Д. Битчук, Н. Г. Ольховский, А. М. Мажуга** (ХНМУ, БСМНП) «Послеоперацион-

ное обезболивание при лечении травматологических больных». В докладе представлены современные концепции анальгезии после хирургических вмешательств в практике ортопеда-травматолога. Отмечено, что послеоперационное обезболивание в основном проводится путем использования системных анальгетиков или регионарных анальгетических методик, которые могут быть разделены на три группы: центральные нейроаксиальные блокады, периферические нервные блокады, длительные раневые инфузии. Рационально спланированная мультимодальная анальгезия обеспечивает быстрое послеоперационное восстановление, предотвращение хронической боли, создание системы периоперационного комфорта пациента. Дооперационное ведение пациента, премедикация, интраоперационная анестезия и методики послеоперационного обезболивания на этапе реабилитации предупреждают формирование периферической и центральной сенситизации как основы интенсивной боли.

Презентация фирмы «Фармак».

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Рынденко В. Г., канд. мед. наук Болховитин П. В., канд. мед. наук Долгополов А. В., Ужегова О. Е., Зайцев М. В., Марущак А. П., Касатка А. В.

Заседание 17.03.2016:

**И. И. Спесивый** (гл. ортопед-травматолог УОЗ Харьковской обл.) «Итоги деятельности ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2015 г.». Докладчик проанализировал основные показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений Харькова и области. Он детально охарактеризовал травматизм и первичную инвалидность вследствие травм опорно-двигательной системы по районам области и региону в целом. Отмечено снижение показателей травматизма по области в 2015 г. при сравнении с 2014 г. Показатели деятельности ортопедо-травматологических отделений в Харьковской области соответствуют рекомендуемым нормативам. Представлена информация о результатах совещания областных специалистов, состоявшегося в январе 2016 г. в МОЗ Украины.

**И. И. Белоконов** (гл. детский ортопед-травматолог УОЗ Харьковской области) «Итоги работы детской ортопедо-травматологической службы Харьковской области за 2015 г.». В докладе представлена структура лечебно-профилактических детских амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, оказывающих специализированную ортопедо-травматологическую помощь детям с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы, а также показатели обеспеченности детского населения Харькова и области ортопедо-травматологическими койками и специалистами. Детально проанализированы показатели качества деятельности детских ортопедических и травматологических стационаров, травматологических пунктов и ортопедических кабинетов. Особое внимание уделено показателям качества диспансерного наблюдения детей с патологией опорно-двигательной системы. Представлены показатели травматизма и распространенности патологии костно-мышечной системы среди детского населения по обращаемости в медицинские учреждения Харькова.

**Л. В. Деримедведь** (НФаУ) «Фармакологические аспекты применения селективных НПВП в комплексе с хондропротекторами в практике ортопеда-травматолога». В докладе дана дефиниция понятий «остеоартроз» и «остеоартрит», подчеркнута актуальность проблемы, представлена информация о факторах риска развития патологии. Сформулированы цели и задачи при лечении больных с остеоартрозом (ОА). Докладчик представила классификацию лекарственных препаратов, применяемых для лечения ОА. Освещены рекомендации по терапии остеоартрита EULAR (2003) и ESCEO (2014), а также требования к «идеальному хондропротектору». Дана сравнительная характеристика наиболее часто применяемых для лечения ОА структурно-модифицирующих средств — гиалуронана, хондроитина сульфата, глюкозамина сульфата. Представлена доказательная база, утверждающая повышение терапевтического эффекта при комбинированном применении хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата. Освещены особенности применения НПВП в комплексе с хондропротекторами для лечения ОА.

**В. А. Филиппенко** (председатель Харьковского областного отделения ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов») «Отчет о деятельности Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов за 2015 г.». В докладе подробно освещена научно-практическая и организационная деятельность правления и членов ХОООВО «УАОТ» в 2015 г.

По словам автора, за отчетный год с участием ХОООВО «УАОТ» были организованы и проведены Дни ортопеда-травматолога (10 заседаний), в том числе посвященные Международному дню борьбы за права инвалидов, Международному дню инвалидов, 130-летию со дня рождения профессора М. И. Ситенко. В среднем посещаемость на Днях травматолога составила 87 человек.

В 2015 г. ХОООВО «УАОТ» совместно с Харьковским медицинским обществом провели очередной конкурс на присвоение премии им. проф. М. И. Ситенко за лучшие научные работы в области травматологии и ортопедии для молодых ученых. Названы победители конкурса и дипломанты: I ст. — Голка Т. Г. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»); II ст. — Пашенко А. В. (ХМАПО); III ст. — Ершов Д. В. (ГУ «ИППС им. проф. М. И. Ситенко НАМН»).

На заседаниях ХОООВО «УАОТ» даны рекомендации 35 врачам ортопедам-травматологам, членам ХОООВО «УАОТ», которые проходили аттестацию для присвоения или подтверждения квалификационной категории.

В 2015 г. с участием членов ХОООВО «УАОТ» издано 4 монографии, 5 методических рекомендаций, опубликовано 230 статей, получено 19 патентов, прочитано 462 лекции, сделано 76 научно-популярных сообщений в СМИ (26 выступлений на телевидении, 8 — на радио, опубликовано 42 научно-популярные статьи в газетах и журналах).

В обсуждении докладов приняли участие: проф. Филиппенко В. А., проф. Деримедведь Л. В., д-р мед. наук. Бэц Г. В., д-р мед. наук Корольков А. И., д-р мед. наук Мателенок Е. М., доц. Зеленецкий И. Б., канд. мед. наук Ковалев С. И., канд. мед. наук Спесивый И. И., Шабаева Л. И.

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

## Чернівецький осередок Української асоціації ортопедів-травматологів

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих обласної комунальної установи «Лікарня швидкої медичної допомоги» (ОКУ ЛШМД), м. Чернівці, 27 березня 2015 р.

Проведено загальний клінічний обхід у травматологічній клініці для дорослих в ОКУ ЛШМД під керівництвом професора Васюка В. Л. (завідувача кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії БДМУ) та Яким'юка Д. І. (завідувача відділення, головного позаштатного ортопедо-травматолога департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА)

З доповідями виступили:

**В. Л. Васюк, Я. М. Васильчин, С. В. Васюк** «Ендопротезування колінного суглоба». Автори проаналізували результати первинного ендопротезування колінного суглоба у 117 пацієнтів (середній вік 62,7 роки — від 44 до 83), прооперованих в шведсько-українському медичному центрі «Ангельхольм» в період з 2013 по 2015 роки. Середній термін спостереження (10,8 ± 4,2) міс. Серед пацієнтів переважали жінки (73,3 %). Більшість пацієнтів прооперовано з приводу первинного та післятравматичного остеоартрозу (89,0 %). Крім того, показаннями до ендопротезування був первинний остеонекроз виростків стегнової та великогомілкової кісток, функціональна недостатність за ревматоїдного, ревматичного та псоріатичного артритів, післяінфекційний остеоартроз, а в одному випадку — контрактура колінного суглоба за гемофілії В із больовим синдромом. Результат оцінювали клінічно та рентгенологічно. Хороші результати отримано у 88,8 %, задовільні — у 9,2 %, незадовільні — у 2,0 %. Причинами незадовільного результату лікування були рання глибока інфекція, стійка контрактура оперованого суглоба і в одному випадку двобічний звичний вивих надколінків, що розвинувся у віддаленому періоді та потребував повторних втручань. До факторів ризику ускладнень первинного ендопротезування можна віднести ревматоїдний артрит, супутній цукровий діабет, поліомієліт в анамнезі із залишковим неврологічним дефіцитом нижньої кінцівки, ожиріння, постійний прийом системних СПЗЗ, множинні операції на суглобі в анамнезі.

**В. Л. Васюк, В. В. Процюк** «Ревізійне ендопротезування в разі асептичної нестабільності компонентів кульшового суглоба». Автори виділили основні причини асептичної нестабільності компонентів ендопротеза кульшового суглоба — остеоліз, зношування поліетилену та руйнування пари тертя, помилки у виборі типорозміру ендопротеза, перелом кістки навколо ніжки ендопротеза, перелом власне ніжки ендопротеза, глибока інфекція (септична нестабільність). Наведені рентгенологічні ознаки розхитування ендопротеза — резорбція між протезом і корковим шаром кістки, перелом ендопротеза або його зміщення, перелом цементної мантії, склероз коркового шару кістки або періостальна реакція в зоні вершини ніжки імплантата. За період з 2010 по 2014 роки в шведсько-українському медичному центрі «Ангельхольм» (м. Чернівці) виконано 94 операції з приводу асептичного розхитування компонентів ендопротеза кульшового суглоба, у 76 застосували кісткову алопластику.

Максимальний термін спостереження становив 48 міс., середній вік пацієнтів 63 роки. У всіх випадках застосовані цементні та безцементні ендопротези фірми Zimmer, Stryker. Кісткову стружку використано

для створення необхідної форми покриття ацетабулярної западини (від 15 до 45 % поверхні тазового компонента) чи проксимального метаепіфіза стегнової кістки та забезпечували адекватну опору. Оцінювали результати за методикою Gerber & Harris на основі післяопераційних рентгенограм на 7, 45 та 90-й дні після хірургічного втручання та сканів комп'ютерної томографії через 6 або 12 міс. Повну кісткову інтеграцію трансплантата спостерігали в 96 % хворих через 8–12 міс. Відмічено незначну резорбцію кісткового матриксу в 15 % випадків.

**Д. І. Яким'юк** «Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню Чернівецької області». Доповідач проінформував, що у Чернівецькій області 11 районів, у кожному з яких є центральна районна лікарня. Травматологічні відділення є в 7 районах, у 4 — травматологічні ліжка на базі хірургічних відділень. Автор проаналізував роботу травматологічної служби в усіх районах. Відмітив, що серед 98 ортопедів-травматологів області вищу категорію мають 36, першу — 28. Хірургічна активність у районах області коливалася від 19,2 до 39 %, а в ортопедо-травматологічному відділенні ОКУ ЛШМД становила 67 %. Травматизм в області був на другому місці в структурі захворюваності. Основними питаннями роботи ортопедо-травматологічної служби на наступний рік є диспансеризація пацієнтів із захворюваннями опорно-рухової системи та наслідками травматичних ушкоджень, підвищення хірургічної активності та кваліфікації ортопедів-травматологів.

**Д. І. Яким'юк, А. Т. Зінченко** «Профілактика венозної тромбоемболії після ортопедичних операцій». У доповіді зазначено, що під венозною тромбоемболією (ВТЕ) розуміють тромбоз глибоких вен (ТГВ), тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). У 80 % пацієнтів перебіг ВТЕ безсимптомний. ВТЕ є однією з головних причин смертності в усьому світі та перевищує показники смертності від ВІЛ, дорожньо-транспортних пригод та раку молочної залози разом узятих. За словами авторів, на розтині в 10 % випадків причиною смерті є ТЕЛА і більшість з цих випадків (60–75 %) не були діагностовані вчасно. Ортопедичні операції охоплюють всі фактори ризику ВТЕ — ушкодження стінки судини (маніпуляції під час операції, термічна травма, використання кісткового цементу та джгута), зміни кровотоку (імобілізація під час операції, обмеження рухової активності в реабілітаційному періоді, позиція кінцівки тощо). Впровадження стратегій тромбoproфілактики та лікування, заснованих на доказовій медицині, забезпечує переваги для хворих, а також захищає медичний персонал від юридичної відповідальності. Автори констатували, що у 2011 р. в Україні ухвалені нові препарати та схеми антикоагулянтної терапії ВТЕ, що відображено в міждисциплінарних клінічних рекомендаціях «Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика». Вони пропонують під час хірургічних втручань у травматолого-ортопедичних відділеннях обов'язково проводити профілактику ВТЕ і в доопераційному, і післяопераційному періодах, використовуючи сучасні антикоагуляційні препарати.

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД, м. Чернівці, 5 червня 2015 р.

Після клінічного обходу в травматологічній клініці з доповідями виступили:

**В. Л. Васюк** «Пі з'їзд Української асоціації травматології та остеосинтезу». Доповідач повідомив, що з'їзд відбувся в м. Києві на базі ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН». На ньому розглянуто організаційні питання — виїзди в обласні центри для проведення лекцій на переривчатих курсах ортопедів-травматологів з остеосинтезу конструкціями АО. Проф. Васюка В. Л. обрано членом правління Української асоціації травматології та остеосинтезу.

**Д. І. Яким'юк** «Міжнародний українсько-китайський травматологічний симпозиум «Від нації до нації». Промовець доповів про симпозиум, який проходив у Чернівцях на базі «Козацького хутора» 3–5 червня 2015 р. і був присвячений лікуванню переломів трубчатих кісток та кісток таза конструкціями китайського виробника. У конференції взяли участь ортопеди-травматологи всіх областей України. Крім лекцій з методики застосування металоконструкцій, відбулися щоденні майстер-класи.

**С. В. Білик, Я. М. Васильчишин** «Особливості лікування ортопедичних хворих у шведсько-українському медичному центрі травматології та ортопедії «Ангельхольм», м. Чернівці». Автори охарактеризували методи лікування хворих із вродженими і набутими деформаціями опорно-рухової системи і які для цього застосовують види ортезів, устілок-супінаторів, корсетів. У доповіді зазначено, що сьогодні широко використовують під наглядом лікаря ударно-хвильову та лазерну терапію, механотерапію на спеціальних мотоплатформах.

**О. Г. Дудко** «Процес біодеградації полімерних фіксаторів для остеосинтезу». У доповіді відмічено, що полімерні фіксатори для остеосинтезу поділяють на конструкції з коротким (полігліколід, полідіаксонон), середнім (сополімер полігліколіду та полілактиду) та тривалим (полі-L-лактид, полі-D-лактид) термінами біодеградації. Проведено дослідження біодеградації фіксувальних конструкцій для остеосинтезу з полігліколіду, розроблених у клініці БДМУ, порівняно їх із зарубіжними фіксаторами «Біоретек» (Фінляндія). У доповіді визначено основні шляхи біодеградації: гідролітичну деструкцію (неферментний та ферментний гідроліз, окислювальну деструкцію), клітинну та бактеріальну деструкцію, механодеструкцію. Автор зазначив, що терміни біодеградації залежать від розмірів фіксатора, площі поверхні та місця імплантації. Для полігліколідних фіксаторів вона триває від 6 міс. до 3 років, для конструкцій із сополімеру полігліколід-полілактиду — від 1,5 до 5 років. Дослідження презентовані на конференції «Актуальні проблеми сучасної ортопедії та травматології» (Чернівці, 2015) і відзначені дипломом I ступеня та грошовою винагородою.

**Д. І. Яким'юк, О. А. Брагар, Р. В. Лесик, А. А. Бочаров** «Видалення великого утворення таза». Автори представили клінічний випадок: хворий Л., 52 роки. Діагноз: остеохондрома в ділянці правої клубової кістки. Хворіє з 12 років, коли отримав травму правої половини таза. У ділянці правої клубової кістки виникла пухлина, яка поступово збільшувалась, але хворого не турбувала. За останні роки пухлина значно збільшилася і розміри її досягли 52x54 см. Пацієнт скаржився на біль, незручності пересування. Після обстеження 19.05.2015 видалено пухлину масою 8 кг. Встановлено гістологічний діагноз: хондрому. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана

загоїлась первинним натягом, хворий почуває себе задовільно.

**Д. І. Яким'юк, М. І. Рибак** «Малоінвазивний остеосинтез човноподібної кістки». Представлено клінічний випадок: хвора М., 41 рік. Діагноз: закритий консолідований крайовий перелом головки променевої кістки, вінцевого відростка променевої кістки без зміщення праворуч. Закритий перелом човноподібної кістки правої кисті зі зміщенням відламків. З приводу перелому човноподібної кістки хворій проведена операція — остеосинтез канюльованим самокомпресувальним гвинтом. Накладено гіпсову шину на два тижні. Після чого хворій призначена ЛФК і фізіофункціональна терапія. Через 8 міс. зафіксовано зрощення перелому. Хвора повернулася до роботи через 3 тижні після операції. Висновок: хірургічне лікування переломів човноподібної кістки зі зміщенням зазначеним способом дає змогу уникнути тривалої іммобілізації гіпсовою пов'язкою і значно скорочує термін непрацездатності.

**Д. І. Кваснюк** «Досвід артроскопічного лікування ушкоджень та захворювань суглобів в ортопедичному відділенні ОКЛ». Доповідач зазначив, що за період з 2014 по 2015 рр. проведено 100 артроскопій колінного суглоба, з них 45 з приводу ушкодження менісків, 15 — хронічного синовіту, 6 — хондроматозу, 6 — аутопластики передньої схрещеної зв'язки, 5 — усунення нестабільності наколінка, 20 — остеартрозу, 3 — кісти Беккера. У 80 % випадків хірургічне втручання виконували без накладання турнікета. Реабілітацію проводили за принципом P.R.I.C.E. (protection, rest, ice, compression, elevation). Автор зауважив, що планується впровадження артроскопії інших суглобів.

**О. Г. Дудко, О. М. Циленко, Є. О. Артюх** «Презентація фірми «Bioretex» — світового лідера з виробництва біодеградувальних імплантів». Автори представили компанію «Bioretex» як відомого виробника біодеградувальних фіксаторів для остеосинтезу переломів. Фіксатори «Bioretex» використовують ортопеди-травматологи 17 країн світу, щорічно виконуючи понад 60 тис хірургічних втручань. Технологію виготовлення постійно вдосконалюють і нині виробляють конструкції 4 і 5-ї генерації (з вмістом антибіотику). Зараз в асортименті продукції компанії гвинти ActivaScrew (зокрема канюльовані, стягувальні), штифти ActivaPin та ActivaNail, інтерферентні гвинти для фіксації зв'язок. Остеосинтез виконують стандартними інструментами АО. Наголошено, що фіксатори виготовлені з високоякісного PLGA, сополімера молочної та глікоєвої кислот в оптимально підбраному співвідношенні (85L/15G). Їх поставляють в одноразовому стерильному футлярі, стерилізацію проводять гама-випромінюванням. Продукція компанії отримала дозвіл від Управлінням санітарного нагляду за якістю харчових і медичних виробів США (US FDA), знак європейської відповідності якості (CE, КЕМА), а з 2014 р. продукцію сертифіковано в Україні.

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД, м. Чернівці, 4 вересня 2015 р.

Проведено загальний клінічний обхід, огляд хворих. Із доповідями виступили:

**Т. Я. Чурсіна** «Регуляторні аспекти використання низькомолекулярних гепаринів у травматології та ортопедії через призму доказової медицини». Наведено наказ МОЗ України № 329 від 15.06.2007. «Клінічний протокол профілактики тромбоемболічних

ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології». За її інформацією, частота об'єктивно підтверженого госпітального тромбозу глибоких вен сягає приблизно від 10 до 40 % серед хворих у загальній хірургії та від 40 до 60 % після великих ортопедичних операцій. У хірургічних та ортопедичних хворих ТЕЛА приблизно в 10 % є основною причиною стаціонарних летальних випадків. До причин підвищеного ризику тромботичних ускладнень у післяопераційному періоді належить гіперкоагуляція, крововтрата, гіпотензія, іммобілізація, вік понад 40 років, ожиріння, онкологічні захворювання, варикоз вен, наявність тромбозів та емболій в анамнезі, застосування естрогенів, порушення ритму серця, особливо миготлива аритмія, серцева та легенева недостатність, запальні захворювання кишечника, нефротичний синдром, мієлопроліферативний синдром, пароксизмальна нічна гемоглобінурія, куріння, наявність катетера в центральній вені, ідіопатична та набута тромбофілія.

Автор рекомендує профілактичні дози нефракціонованого (НФГ) та низькомолекулярного (НМГ) гепаринів (еноксапарин, надропарин, далтепарин) у різних дозах залежно від ризику тромботичних ускладнень. У хворих із великим ризиком без протипоказань антикоагулянтну профілактику починають до операції. Тому для більшості пацієнтів, яким виконують велику ортопедичну операцію, рекомендовано вводити першу дозу НМГ до або після операції. У пацієнтів з великим ризиком кровотечі початкову дозу НМГ треба вводити не раніше ніж через 12–24 год після операції, поки не буде досягнуто первинного гемостазу.

У хворих із великим ризиком ТЕЛА профілактичне введення прямих антикоагулянтів до операції збільшує її ефективність. У систематичних оглядах зазначають достовірне зменшення ризику у випадках, коли профілактику НМГ починали з половини середньої дози за 2 год до ортопедичної операції. Тривалість профілактики була різною: високими профілактичними дозами НМГ або фондапарином (2,5 мг один раз на день), антагоністами вітаміну К не менше ніж 10 днів після операції, у разі високого ризику профілактику продовжувати від 28 до 35 днів після операції.

**В. Л. Васюк, Я. М. Васильчичин, В. В. Процюк** «Клінічні приклади ендопротезування кульшового суглоба з використанням кісткової пластики». Автори підкреслили актуальність проблеми через збільшення з кожним роком в усьому світі операцій первинного та ревізійного ендопротезування кульшового суглоба. Вони представили методику використання авто- і ало-трансплантатів з головки стегнової кістки, зазначили методи їх обробки під час операцій. Наведено п'ять клінічних прикладів, де проведено ендопротезування з кістковою пластикою кульшової западини, проаналізовано віддалені результати.

**Д. І. Яким'юк, О. В. Горпенюк** «Остеосинтез внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу гомілки. Резекція малогомілкової кістки у верхній третині за деформівного артрозу». Автори обґрунтували актуальність теми, яка обумовлена тим, що колінний суглоб є самим рухомих та багатифункціональним серед усіх суглобів скелета. Травми, пов'язані з колінним суглобом, трапляються доволі часто, а впроваджена авторами методика малоінвазивного остеосинтезу в разі імпресивних переломів виростків великогомілкової кістки дає змогу покращити результати їх лікування. У доповіді зацентровано увагу на механізмі переломів виростків великогомілкової кістки, класифікації їх за Шацкером, методиці обстеження пацієнтів, клініч-

ній картині та методах хірургічного втручання. Представлено авторську методику, яка передбачає доступ у ділянці нижче горбистості великогомілкової кістки, розсвердлювання до кістковомозкового каналу, відновлення за допомогою імпактора плато великогомілкової кістки, введення автотрансплантата і фіксацію перелому спонгіозними гвинтами або пластиною. Наведено клінічні приклади. У разі деформівного артрозу колінного суглоба автори користувалися хірургічним методом лікування за методикою професора Чена (Китай), коли у верхній третині малогомілкової кістки виконують остеотомію і утворюють дефект між відламками до 2 см. Автор О. В. Горпенюк представив досвід лікування зазначеної патології, набутий в університетській клініці м. Шцизьячжуан провінції Хебей, де він стажувався протягом тижня. У травматологічній клініці ОКУ ЛШМД прооперовано за цією методикою 5 хворих. Найближчі результати задовільні.

**В. Л. Васюк, О. А. Коваль** «Клінічний досвід лікування переломів pilon та відкритих переломів кісток гомілки». Автори зазначили, що велика кількість ускладнень під час лікування переломів pilon завичай пов'язана з ушкодженнями м'яких тканин цієї ділянки. Це спонукало до пошуку малоінвазивних методів остеосинтезу, зокрема НІРО. Основною технологією хірургічного лікування переломів pilon стало двоетапне хірургічне лікування (TWO-Stage protocol), яке передбачає на I етапі виконання остеосинтезу малогомілкової кістки та накладання апарата зовнішньої фіксації (АЗФ). Через 10–20 днів після нормалізації трофіки м'яких тканин у нижній третині гомілки на II етапі виконують остеосинтез великогомілкової кістки. Ще одним варіантом хірургічного лікування є застосування лігаментотаксиса за допомогою спицевої та стрижневих АЗФ. Доповідь проілюстровано 7 клінічними випадками.

**О. Г. Дудко, Д. І. Яким'юк, В. В. Пікула, І. В. Головчанський** «Застосування сучасних фіксаторів для остеосинтезу переломів кісток кисті». Автори проаналізували способи остеосинтезу у випадку переломів кісток кисті з використанням різноманітних фіксаторів у пацієнтів, яких лікували в травматологічному відділенні для дорослих ОКУ «ЛШМД» м. Чернівців за 12 міс. Загалом прооперований 51 хворий, з відкритими переломами — 34 (остеосинтез спицями проведено у 30 осіб, гвинтами — у 2, АЗФ — у 1, гвинтом і спицею — у 1), із закритими — 17 (закритий остеосинтез з фіксацією спицями — 7, відкритий з фіксацією спицями — 5, мініпластинами і гвинтами — 3, мінігвинтами — 2). На думку авторів, показанням до застосування мініпластин і мінігвинтів є свіжі закриті переломи фаланг пальців та п'ясткових кісток зі зміщенням, а також хибно консолидовані застарілі переломи. У разі відкритих переломів фаланг пальців та п'ясткових кісток з косою і гвинтоподібною лінією зламу доцільно застосовувати стягувальні мінігвинти в поєднанні зі спицями Кіршнера 1,0. У випадку значного ушкодження м'яких тканин за відкритих переломів кісток кисті доцільно проводити фіксацію АЗФ.

**В. М. Нероденко** «Досвід лікування переломів гомілки в травматологічному відділенні Глибокської ЦРЛ». Проаналізовано результати лікування 32 хворих із переломами кісток гомілки, з них закриті переломи були у 29, відкриті — у 3. Превалювали автошляхові травми (поряд проходять траси Чернівці-Порубне, Вадул-Сирет). За відкритих ушкоджень проводили первинну хірургічну обробку і знерухомлення відламків за допомогою АЗФ, решту переломів лікували



консервативно з використанням постійного скелетного витягнення та гіпсової пов'язки. Аналіз віддалених результатів виявив оптимальні терміни зрощення в разі закритих переломів і вище середніх у випадку відкритих.

**А. В. Мартинов** «Ускладнення та помилки в лікуванні травматологічних та ортопедичних хворих дитячого віку». Автор зауважив на недостатній кількості сертифікованих дитячих ортопедів-травматологів у районах області, що обумовлює помилки в лікуванні дітей з травмами і ортопедичними захворюваннями. Наприклад, під час лікування клишоногості за методом Панцеті не дотримано термінів накладання етапних гіпсових пов'язок, що призводить у подальшому до травматичнішого хірургічного втручання за методом Зацепіна. Доповідач наголосив на диспансеризації хворих у зв'язку з випадками пізно виявлених вроджених вивихів стегна. Крім того, він звернув увагу на якості первинної хірургічної обробки ран у дітей, коли залишаються невідаленими сторонні предмети.

Засідання на базі ортопедо-травматологічного відділення для дорослих ОКУ ЛШМД, м. Чернівці, 18 грудня 2015 р.

Проведено клінічний обхід у травматологічній клініці та розгляд хворих. Із доповідями виступили:

**Є. П. Ткач** «Особливості фармакотерапії хворих на остеоартроз препаратами фірми ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА». Доповідач навів інформацію про остеоартроз (ОА), який є найпоширенішим та інвалідизувальним захворюванням опорно-рухової системи та потребує значних бюджетних витрат. Біль є найважливішим симптомом ОА і найважливішою причиною, через яку пацієнти звертаються до спеціаліста.

Наголошено, що базове лікування ОА здійснюють фармакологічними (медикаментозне) і нефармакологічними методами (різні види шин, устілки, мануальна терапія, голковколювання, теплолікування тощо). За неефективності вказаних консервативних методик лікування застосовують хірургічні (ендопротезування). Автор пропонує для медикаментозного лікування ОА використовувати хондропротектори (артромега, до складу якого входять глюкозаміну сульфат, хондроїтину сульфат, метилсульфонілметан), знеболювальні (аркоксія, який діє ефективніше диклофенаку, німесулід, целекосіб і мелоксикаму). Для внутрішньосуглобового і навколосуглобового введення автор рекомендує глюкокортикоїд дипроспан, для зняття болю — найсучасніші препарати (декскетопрофен, депіафен, які за своєю анальгетичною дією значно ефективніші, ніж кетопрофен, кеторолак та ін.). Такі препарати для медичного застосування, зазначив промовець, фірма ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА» надає за запитом.

**Д. І. Яким'юк, А. Й. Матушак, О. А. Коваль** «Первинна пластика дефекту м'яких тканин фаланг пальців кисті шматком із передньої брюшної стінки». Продемонстровано клінічний випадок: хворий К. отримав побутову травму циркулярною пилою. Госпіталізований до лікарні швидкої медичної допомоги з діагнозом: відкритий перелом основної фаланги ІІ пальця лівої кисті, розчавлені рани тильної поверхні ІІ–ІІІ пальців з ушкодженням сухожиль розгиначів та дефектом кісткової та м'яких тканин. В ургентному порядку хворому виконана операція: ПХО рани, остеосинтез основної фаланги ІІ пальця спицею та підшивання шкірного шматка з черевної стінки.

Результат лікування представлений через 2 міс. після травми. Шкірний шматок добре прижився, функція пальця збережена.

**Д. І. Кваснюк** «Артроскопія в лікуванні інфекційного артриту колінного суглоба». Доповідач проінформував, що артроскопічне лікування вказаної патології запропоновано JARRET у 1981 р. за умов локалізації процесу тільки в межах суглоба. Метою лікування інфекційного артриту є санація вогнища інфекції та рання ремобілізація. Завданнями артроскопії є декомпресія, механічне очищення суглоба з видаленням некротичних тканин, фібрину, ретельне промивання суглоба. Іноді проводять «Repeted endoscopic lavage» — повторне промивання через артроскопічну шахту великим об'ємом рідини (не менше ніж 6–10 л із контролем гідростатичного тиску). Зазначено, що артроскопічне лікування закінчують встановленням вакуум-дренажу, постійного промивного дренажу з відсмоктувачем і подальшим промиванням, якщо одного промивання недостатньо. Промовець повідомив, що за період з 2013 по 2015 рр. в ортопедично-травматологічному відділенні ОКЛ проведено артроскопічне лікування інфекційного артриту колінного суглоба 7 хворим у віці від 27 до 72 років. Встановлено, що на ранніх стадіях процесу воно дає змогу адекватно санувати вогнище інфекції методом лаважу. Зазначено, що малоінвазивність методу зменшує нервовотрофічні розлади в запаленому суглобі й значно зменшується необхідність в іммобілізації, що обумовлює скорішу ремобілізацію та відновне лікування.

**Ю. Р. Тугаров** «Випадок одномоментної пластики передньої та задньої схрещених зв'язок в одного пацієнта на двох кінцівках». Автор представив клінічний випадок ушкодження передньої та задньої схрещених зв'язок обох колінних суглобів у хворого К., 43 роки. Виконано артроскопічне поновлення ушкоджених чотирьох зв'язок із позитивним результатом.

**Ю. Р. Тугаров** «Спектр надання невідкладної допомоги пацієнтам із травмою кисті». Автор навів численні випадки різноманітної травми кисті й передпліччя (переломи кісток із дефектами кісткової і м'яких тканин, субтотальні відриви пальців та кисті, повні травматичні відриви фаланг пальців). На базі Тернопільської комунальної лікарні швидкої допомоги (травматологічне відділення) усім пацієнтам проводили первинну хірургічну обробку пальців кисті, знерухомлення кісткових відламків за допомогою спиць та імпровізованих стрижневих мініапаратів, шкірну пластику та відновлення цілісності сухожиль та нервів. Наведені автором віддалені результати здебільшого призвели до відновлення втрачених функцій кисті та пальців.

**В. Л. Васюк, С. В. Кирилюк, О. А. Коваль** «Клінічні випадки малоінвазивного остеосинтезу переломів pilon». Переломи дистального метаепіфіза кісток гомілки зазвичай трапляються в осіб молодого і середнього віку. Для таких травм характерні фрагментація кістки зі значним зміщенням відламків і утворенням її дефектів у метаепіфізарній зоні з різними ушкодженнями суглобової поверхні, м'яких тканин і судинно-нервового пучка. Характерно, що переломи pilon досить часто є компонентом політравми. Наведено 5 клінічних випадків лікування переломів pilon у травматологічній клініці ОКУ ЛШМД, серед яких 2 пацієнти мали відкриті переломи. Хірургічні втручання у 3 хворих із закритими переломами виконано методом закритого остеосинтезу обох кісток

гомилки спицями Ілізарова 2,0 мм. Після операції накладали циркулярні гіпсові пов'язки до колінного суглоба. У хворих з відкритими переломами після ПХО ран для корекції використовували АЗФ. У зв'язку зі значним ушкодженням м'яких тканин, як показав

досвід, застосування пластин для лікування переломів pilon на момент госпіталізації хворих призводило до ускладнень. Такі хірургічні втручання слід проводити після підготовки хворого (витагнення, протинабрякова терапія) через 8–10 днів після травми.

Голова  
Почесний секретар  
Секретар

**В. Л. Васюк**  
**А. Т. Зінченко**  
**О. В. Горпенюк**

## Івано-Франківська обласна асоціація ортопедів-травматологів

Засідання на базі відділення травматології та ортопедії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні (ОКЛ), 28 січня 2016 р.

Клінічний огляд та демонстрація хворих.

Хворий К., 1978 р. н., діагноз: багатовідламковий перелом лівої таранної кістки та перелом переднього краю лівої великогомілкової кістки. Рекомендовано хірургічне лікування, накладання АЗФ на стопу та фіксація переднього краю великогомілкової кістки Т-подібною пластиною.

Хворий Ц., 1976 р. н., діагноз: закритий багатовідламковий перелом верхньої третини і головки лівої плечової кістки зі зміщенням відламків. Рекомендована відкрита репозиція та фіксація відламків ЛСР-пластиною.

Із доповідями виступили:

**М. С. Клепач** (голова асоціації) «Звіт про роботу асоціації ортопедів-травматологів області за 2015 рік». Доповідач провів детальний аналіз роботи громадської організації за звітний період, зупинився на досягненнях та недоліках у роботі, підкреслив важливість чіткої організації в наданні невідкладної лікарської допомоги потерпілим.

**Л. М. Юрійчук** (позаштатний головний ортопед-травматолог ДООЗ ОДА, завідувач відділення травматології-ортопедії ОКЛ) «Стан ортопедо-травматологічної служби та спеціалізованої допомоги населенню Івано-Франківської області за 2015 р.»

Автор прозвітував, що чисельність постійного населення області на 01.01.2016 становила 1 379 827 осіб, серед них 1 099 713 дорослих, а працездатного віку — 817 641. В області працюють 172 лікарі ортопедо-травматологи. Показник забезпеченості населення області лікарями зі спеціальності — 1,44 на 10 000 населення. Атестаційну категорію мають 138 (87 %) лікарів ортопедів-травматологів. Серед атестованих вища категорія у 46 спеціалістів (33,3 %), перша — у 67 (48,5 %), друга — у 25 (18,2 %).

Станом на 01.01.2016 в області функціонує 37 закладів з травматологічними кабінетами для дорослих та 2 травм пункти. Кількість ліжок ортопедо-травматологічного профілю для дорослих у закладах області — 575. Показник забезпеченості населення області травматолого-ортопедичними ліжками для дорослих — 5,18 на 10 000 населення.

У 2015 р. у травматологічних стаціонарах дорослим і підліткам зроблено 7 164 операції на кістково-м'язовій системі (у 2014 р. — 6 614) або 65,1 на 10 000 населення. Хірургічна активність становила 42,4; вищий показник (80,9) — в ортопедо-травматологічному відділенні ОКЛ та травматологічному відділенні МКЛ № 1 (76,8). У трьох відділеннях обласного центру виконано понад 40 % операцій від загальної кількості в області. В ортопедо-травматологічному відділенні ОКЛ

(30 ліжок) виконано 1 159 операцій (16,1 %), у відділенні кістково-гнійної інфекції (КГІ) — 478 (6,6 %), у травматологічному відділенні МКЛ № 1 — 1 333 (18,6 %), у районних відділеннях — 4 017 (58,6 %).

Загальна кількість травм у 2015 р. серед дорослих дорівнювала 43 810, з них 88,4 % побутових травм, 8,7 % вуличних, 1,1 % дорожньо-транспортних. Серед інших відмічені неуточнені впливи зовнішніх факторів (0,9 %), спортивні (0,58 %), виробничі (0,15 %).

Автор констатував, що в області добре розгорнута мережа лікувальних закладів з травматологічними ліжками. Це робить кваліфіковану допомогу доступною для жителів з травмами і захворюваннями кісток та суглобів. Впровадження сучасних методів і технологій лікування дало змогу скоротити терміни лікування. Водночас в області немає жодного стаціонару відновно-реабілітаційного лікування. Доповідач вважає за доцільне перепрофілювати відділення, розташовані близько до обласного центру, на реабілітаційні лікарні. Для підвищення ефективності й доступності для населення спеціалізовану травматологічну допомогу необхідно, на думку автора, сконцентрувати в 5–6 відділеннях ЦРЛ та обласному центрі.

За дорученням клініко-експертної комісії при ДООЗ ОДА проведено ретельний, об'єктивний аналіз надання невідкладної лікарської допомоги лікарями-травматологами Долинської ЦРЛ хворому Льюхерту С. С. 38 років. Діагноз: закриття черепно-мозкова травма, струс головного мозку, закритий перелом X–XI–XII ребер зліва, забійно-рвана рана потиличної ділянки голови, забій грудної клітки, перелом кісток таза, алкогольне сп'яніння. Після багатопланових обстежень та консультацій спеціалістів на 4-й день після травми потерпілого госпіталізували в торакальне відділення ОКЛ, де прооперували. На операційному столі хворий помер. Проведено аналіз усіх дій медперсоналу Долинської ЦРЛ, спрямованих на одужання пацієнта. Під час клінічного розгляду виявлено недоліки в діях медперсоналу, що відмічено у протоколі.

В обговоренні взяли участь проф. Клепач М. С., проф. Сулима В. С., лікарі Юрійчук Л. М., Шибель І. В., Гнатюк З. І., Смолинський О. І. та ін.

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії МКЛ № 1, 25 лютого 2016 р.

Клінічний огляд та демонстрація хворих.

Хворий Т., 1957 р. н., діагноз: закритий перелом верхньої третини діафіза лівої стегнової кістки зі зміщенням відламків. Рекомендовано інтрамедулярний остеосинтез блокувальним стрижнем.

Хвора О., 1968 р. н., діагноз: фіброзна дисплазія діафіза правої плечової кістки. Рекомендовано провести біопсію для обрання тактики лікування.

Із доповідями виступили:

**І. В. Шібель** (головний ортопед-травматолог міста, завідувач відділення травматології та ортопедії МКЛ-1) «Аналіз роботи травматологічної служби міста та профільного відділення за 2015 рік». Доповідач прозвітував про проведену роботу та окреслив перспективу покращення показників роботи ортопедо-травматологічної служби міста, а також впровадження нових методів лікування.

**І. Д. Непорадний** (завідувач міського травматологічного пункту на базі МКЛ-1) «Аналіз роботи травматологічного пункту міста за 2015 рік». Проведено детальний аналіз результатів роботи у підрозділах, загострено увагу присутніх на проблемах та їх вирішенні.

**В. С. Сулима** (завідувач кафедри травматології та ортопедії ІФНМУ) «Особливості надання хірургічної допомоги потерпілим у воєнний час та в надзвичайних ситуаціях». Доповідач підкреслив особливість сучасних військових конфліктів — перебіг у густонаселених регіонах. Досвід війн і збройних конфліктів ХХ ст. виявив чітку тенденцію зростання втрат серед мирного населення, яке стало мимовільним учасником бойових дій та позбавлено індивідуального/колективного захисту. Автор ознайомив слухачів з двома варіантами сучасних воєн: без та з використанням зброї масового ураження. Неочікувана російсько-українська війна виявила повну неготовність Збройних сил України (ЗСУ) і суспільства до забезпечення виживання військових та мирного населення, уражених сучасними видами зброї під час бойових дій. Майже 30 % поранених у цій війні гине. Навіть під час Другої світової війни цей показник у Червоній армії не перевищував 25 %. У військових конфліктах за участю армій країн-членів НАТО гине не більше 3 % поранених. Доповідач пояснив, що, якщо в ЗСУ головним завданням є зберегти життя тим, кого можна врятувати, то медицина країн альянсу вже успішно вирішує завдання вищого рівня — врятувати тих, хто завжди вважався безнадійним і гинув у 100 % випадків. Британські військові медики повідомляють, що їм тепер вдається врятувати 25 % таких «безнадійно» поранених. Цьому сприяє доступна сучасна високотехнологічна медична допомога кращих клінік, ретельно розроблена схема евакуації поранених, що дає змогу надати висококваліфіковану лікарську допомогу не пізніше ніж через годину після поранення, а також вчасно розпочати якісну першу домедичну і медичну допомогу.

Доповідач наголосив, що раннє надання лікарської допомоги є фактором, який значно покращує шанси на виживання та відновлення функцій у пораненого. Розкрито поняття «золотої години» — першої години після поранення, протягом якої надається кваліфікована лікарська допомога. Автор детально висвітлив методіку проведення медичного сортування в тактичній зоні, структуру поранень, основні причини летальних випадків та особливості поранень, які мають множинний, поєднаний і комбінований характер у 32,1 %.

Доповідач зупинився на взаємозв'язку засобів індивідуального захисту та структурою бойової хірургічної травми. Зауважено на термінах медичної евакуації за різної важкості ушкоджень та детально проаналізовано загальні недоліки організації і тактики медичної допомоги у війні.

В обговоренні взяли участь проф. Клепач М. С., проф. Сулима В. С., лікарі Шібель І. В., Непорадний І. Д., Юрійчук Л. М., Тисяк Р. В., Гнатюк З. І. та ін.

Засідання на базі відділення кістково-гнійної інфекції ОКЛ, 31 березня 2016 р.

Клінічний огляд та демонстрація хворих.

Хворий В., 1986 р. н., діагноз: післятравматичний остеомиєліт лівої великогомілкової кістки, активна фаза, норицева форма. Рекомендовано хірургічне лікування — фістулосеквестректомія, санація вогнища запалення.

Хворий Т., 1956 р. н., діагноз: діабетична гангрена кукси лівої гомілки. Рекомендована реампуація лівої нижньої кінцівки на рівні верхньої третини стегна.

Із доповідями виступили:

**С. М. Смачило** (завідувач відділення КГІ, ОКЛ) «Аналіз роботи відділення КГІ ОКЛ за 2015 рік». Проаналізовано роботу відділення за звітний період порівняно з минулим роком, вказано на недоліки та успіхи, намічено шляхи покращення надання стаціонарної допомоги. Автор відмітив, що значний контингент потерпілих неспроможний забезпечити власне лікування через відсутність необхідних коштів.

**В. С. Сулима** (завідувач кафедри травматології та ортопедії ДВНЗ ІФНМУ) «Проблема остеопорозу. Ефекти кальцію та вітаміну D<sub>3</sub>». Доповідач надав інформацію з II Міжнародного симпозіуму «Bone & Joint Disease and age» (Львів, 9–11 березня 2016 р.) та IX Міжнародної школи-семінару «Захворювання кістково-м'язової системи та вік» (Яремче, 13–17 березня 2016 р.). Автор підкреслив, що остеопоротичні переломи є складною медико-соціальною проблемою. Він пояснив фактори виникнення остеопорозу та детально зупинився на особливостях ремоделювання кісткової тканини, рівень якої щорічно охоплює від 2 до 10 % кісткової маси. Загалом формування лакуни резорбції в компактній кістці розміром приблизно 100 мкм відбувається протягом 30 днів, а в губчастій — 40–50 днів. Заміщення резорбованих ділянок кістковою тканиною триває в середньому 90 днів, а повний цикл ремоделювання завершується впродовж 120–140 днів. Кальцій відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу організму людини. Основний запас кальцію міститься в кістках 99 % (близько 1 кг) і лише 1 % у крові, міжклітинній рідині та м'яких тканинах. Фізіологічну активність має саме цей 1 % — іонізована форма кальцію. Тільки 3,2 % жінок у постменопаузальному періоді споживають адекватну кількість кальцію — понад 1000 мг на добу, а у 46,5 % він нижчий і становить 400 мг на добу. Нестача кальцію в раціоні жінок української популяції на критичному рівні. Для потенціювання клінічного ефекту й поліпшення всмоктування кальцію доцільним є його поєднання з вітаміном D, тому в протоколах лікування остеопорозу рекомендовано саме таку комбінацію, тобто призначаючи препарати кальцію, необхідно вибирати комбіновані, які містять кальцій і вітамін D<sub>3</sub>.

Особливу увагу слухачів доповідач зосередив на рекомендованих дозах вітаміну D для населення та необхідності дотримання «Методичних рекомендацій з лікування та профілактики дефіциту вітаміну D для населення країн Центральної Європи: дози препаратів вітаміну D для здорової популяції та груп ризику» Pludows., Povoroznyuk V. 2013.

**М. С. Клепач** (голова асоціації ортопедів-травматологів Івано-Франківської області) провів засідання правління громадської організації, де мова йшла про підготовку до XVII з'їзду ортопедів-травматологів України.

У підсумках роботи засідання та дискусії взяли участь проф. Клепач М. С., проф. Сулима В. С., лікарі

Шібель І. В., Непорадний І. Д., Юрійчук Л. М., Ти-  
сяк Р. В., Гнатюк З. І., Смолинський О. І. та ін.

Засідання на базі відділення травматології та ор-  
топедії обласної дитячої клінічної лікарні (ОДКЛ),  
28 квітня 2016 р.

Клінічний огляд та демонстрація хворих.

Хворий А., 1999 р. н., діагноз: закритий перелом  
кісток верхньої третини лівого передпліччя зі знач-  
ним зміщенням відламків. Рекомендовано закриту ре-  
позицію відламків, МОС спицею Ілізарова лівої про-  
меневої кістки під внутрішньовенним знеболенням та  
гіпсову лонгету.

Хворий К., 2000 р. н., діагноз: рубана рана тильної  
поверхні лівої кисті. Травматичне ушкодження сухо-  
жилків розгиначів II–V пальців лівої кисті. Проведена  
тенорафія ушкоджених сухожилків. Функція пальців  
відновлюється.

Хворий Ю., 2001 р. н., діагноз: глибока рвана рана  
внутрішньої поверхні правого стегна з ушкодженням  
стегнової артерії. Він отримав травму в полі під час  
роботи з механізмом. Кровотечу зупинено джгутом.  
Бригада лікарів-ангіологів провела пластику арте-  
рії. Кровотік кінцівки тимчасово відновився, однак  
наступного дня зафіксовано тотальну оклюзію арте-  
рії, виконано вимушену ампутацію правої кінцівки  
на рівні середньої третини стегна.

З доповідями виступили:

**Ю. С. Балюк** (завідувач ортопедо-травматологіч-  
ного відділення ОДКЛ, головний дитячий ортопед-  
травматолог ДООЗ ОДА) «Аналіз роботи дитячої орто-  
педо-травматологічної служби області та профільного  
відділення ОДКЛ за 2015 рік». Доповідач охарактери-  
зував показники діяльності служби за 2015 рік, про-  
аналізував роботу дитячого травм пункту та профіль-  
ного відділення ОДКЛ, вказав на недоліки у роботі та  
шляхи їх усунення. Детально представив клінічний  
випадок травми стегна з ушкодженням стегнової ар-  
терії.

**І. М. Гудз** (завідувач кафедри загальної хірургії  
головний спеціаліст ДООЗ ОДА з ангіології) «Пробле-  
ма судинно-хірургічної патології в ортопедії та в разі  
травм кінцівок». Однією з важливих ланок практич-  
ної співпраці судинних хірургів та ортопедів-травма-  
тологів, за словами автора, залишається ушкодження  
артерій у разі переломів та вивихів кісток нижньої  
кінцівки. Особливо це стосується гомілки, оскільки  
понад 60 % ампутацій через ушкодження підколін-  
ної артерії виконують за умов зміщення кісток цього  
сегмента. Тому діагностичний алгоритм має містити  
обов'язкове визначення пульсового статусу кінцівки  
(пальпацію артерій стопи), консультацію хірурга ЦРЛ  
(можливість виконання доплерографії), а в сумнівних  
випадках рекомендації судинного хірурга. Представ-  
лені варіанти наслідків травми артерій.

Автор зупинився на проблемі венозного тромбо-  
емболізму в ортопедичній практиці. Він зауважив, що  
не завжди лікарі зважають на рекомендації світових  
товариств, які ґрунтуються на засадах доказової меди-  
цини. Травматологи не використовують сучасних шкал  
Carpini та Padua для оцінювання ризику тромботич-  
них ускладнень і своєчасного їх запобігання. В Україні  
немає рекомендацій з профілактики венозного тромбо-  
емболізму в амбулаторних пацієнтів з іммобілізацією  
кінцівки. Тому промовець представив рекомендації  
Британського коледжу невідкладної медицини, де чітко  
вказані фактори ризику та засоби профілактики веноз-  
ного тромбоемболізму, які допоможуть знизити ризик

ускладнення. Наголошено на різновидах низькомолеку-  
лярних гепаринів. Підкреслено, що оригінальні пре-  
парати є безпечнішими, ніж біосиміляри. Доповідач  
представив алгоритм профілактики венозного тромбо-  
емболізму, який довів свою ефективність в Інституті  
Хопкінса (США).

**В. І. Дубас** (кафедра травматології та ортопедії  
ДВНЗ ІФНМУ) «Забезпечення дітей та підлітків ор-  
топедичним взуттям та іншими ортопедичними за-  
собами лікування». Доповідач підняв питання забез-  
печення дітей та підлітків ортопедичним взуттям,  
правильного виготовлення устілок та інших засо-  
бів для лікування різних ортопедичних захворю-  
вань. Порівняно класифікації Файнберга з виготов-  
лення устілок та рекомендації проф. Яременка Д. А.  
і проф. Лябаха А. П. Автор підкреслив, що викорис-  
тання устілок та ортопедичного взуття має коригу-  
вальний та стабілізувальний ефект у разі деформації  
стопи. Особливо проаналізовано коригувальний ефект  
корсетів Шено, виготовлених ортопедичною фірмою  
«Арал», відмічено позитивні результати лікування.

**Х. Т. Поп** «Презентація фірми «Organosyn».

В обговоренні доповідей взяли участь: проф. Кле-  
пач М. С., лікарі Юрійчук Л. М., Шібель І. В., Стру-  
тинський Я. І. та ін.

Засідання на базі відділення травматології-ортопедії ЦРЛ, м. Косів, 26 травня 2016 р.

Клінічний огляд та демонстрація хворих.

Хворий С., 1955 р. н., діагноз: відкритий багато-  
відламковий перелом лівої великогомілкової кістки  
зі зміщенням відламків. Рекомендовано хірургічне лі-  
кування, накладення апарата зовнішньої фіксації.

Хворий Н., 1928 р. н., діагноз: двобічний дегене-  
ративно-дистрофічний коксартроз справа IV ст., зліва  
III ст. Рекомендовано ендопротезування правого куль-  
шового суглоба.

Хворий Г., 1951 р. н., діагноз: закритий відламко-  
вий перелом нижньої третини правої великогомілко-  
вої кістки зі зміщенням відламків. Рекомендований  
остеосинтез LCP-пластиною.

З доповідями виступили:

**І. Б. Дуб** (головний ортопед-травматолог району,  
завідувач відділення травматології ЦРЛ) «Аналіз ро-  
боти травматологічної служби району та профільного  
відділення ЦРЛ за 2015 рік». Автор провів детальний  
порівняльний аналіз показників стаціонарної допо-  
моги потерпілим, звернув особливу увагу на роботу  
ургентної служби. За його словами, у двох профільних  
кабінетах поліклінік відмічено зменшення звернень  
потерпілих.

**В. С. Сулима** (завідувач кафедри травматології та  
ортопедії ДВНЗ ІФНМУ) «Антикоагулянти для про-  
філактики тромбозів у хворих ортопедо-травмато-  
логічного профілю». Безсумнівною є необхідність  
проведення антикоагулянтної терапії за визнаними  
показаннями (миготлива аритмія, гострий коронар-  
ний синдром (ГКС), тромбоемболія легеневої артерії  
(ТЕЛА), мозкові інсульти). Важливим завданням є ви-  
бір оптимального антикоагулянту та схеми проведення  
терапії для різних груп хворих. Доповідач підкреслив  
необхідність дотримання стандартів призначення ан-  
тикоагулянтів в ортопедичній практиці, які регламен-  
туються наказом МОЗ України № 329 від 15.06.2007  
«Про затвердження клінічних протоколів надання  
медичної допомоги з профілактики тромботичних  
ускладнень в хірургії, ортопедії-травматології, аку-  
шерстві і гінекології» та методичних міждисциплі-

нарних клінічних рекомендаціях 2011 року «Венозний тромбоемболізм. Діагностика, лікування, профілактика». Автор надав детальну інформацію про використання антикоагулянтів відповідно до «NICE Guidelines 2010» та новітніх наукових публікацій 2012–2016 рр. про стандарти використання антикоагулянтів за вимогами Американського коледжу торакальних хірургів.

Особливу увагу слухачів було зосереджено на мінімальній тривалості тромбопрофілактики (НМГ, НФГ, фондапаринукс, рівароксабан, дабігартран, АВК) — 10–14 днів (рівень доказовості 1B). Вказано, що НМГ слід призначати не раніше ніж за 12 год до втручання та не раніше ніж через 12 год після операції (рівень доказовості 1B). Для хворих, якщо проведення операції затримується, треба розпочати тромбопрофілактику із НМГ, а потім перейти на альтернативні пероральні форми (рівень доказовості 2B). Після великих операцій тривалість тромбопрофілактики на амбулаторному етапі має тривати до 35 днів (рівень доказовості 2B). Хворі, яким заплановані великі ортопедичні операції мають отримувати подвійну профілактику венозної тромбоемболії, фармакологічну та переміжну пневмокомпресію (рівень доказовості 2C). За словами автора, у разі високого ризику кровотечі слід надавати перевагу переміжній пневмокомпресії над введенням антикоагулянтів (рівень доказовості 2C). Первинне застосування каві-фільтрів у хворих, які мають про-

типоказання до антитромботичної терапії менш доцільне (рівень доказовості 2C). Для асимптомних хворих недоцільно проводити ультразвуковий скринінг для виявлення тромбозу глибоких вен перед виписуванням (рівень доказовості 1B).

**Т. М. Ковалишин** (кафедра травматології та ортопедії ДВНЗ ІФНМУ) «Лікування хворих з ушкодженнями п'ясткових кісток». Доповідач навів статистичні дані, які актуалізують характер ушкоджень у відсоткових пропорціях співставлень (локалізація, важкість, специфіка поєднаних ушкоджень п'ясткової ділянки тощо). Виділено класифікаційні групи ушкоджень. Наголошено на необхідності застосування не тільки рентгенівського методу обстеження, а й впровадженні ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії.

Автор проаналізував помилки та ускладнення, які виникають у практичній хірургії кисті, запропонував шляхи їх подолання та корекції, а також продемонстрував власні результати лікування хворих із поєднаною та важкою травмою п'ясткової ділянки. Зауважено на необхідності максимально можливого та повного відновлення втраченої функції кисті, враховуючи механізм травми та етапні хірургічні втручання. Доповідь проілюстрована клінічними прикладами.

У дискусії взяли участь проф. Клепач М. С., проф. Сулима В. С. лікарі Тисяк Р. В., Юрійчук Л. М., Попівняк М. М. та ін.

Голова асоціації  
Секретар

**М. С. Клепач**  
**О. І. Смолинський**