

УДК 005.745:317.3:616.31-001

Отчет о работе обществ и ассоциаций ортопедов-травматологов**Харьковское областное отделение Украинской ассоциации ортопедов-травматологов**

Заседание, 16 декабря 2010 г.

В.М. Пузиков (НТК «Институт монокристаллов» НАНУ) *«Работы НТК «Институт монокристаллов» медицинской направленности»*. В государственной научно-технической целевой программе «Разработка технологий получения и применения медицинских имплантатов для ортопедии и травматологии», которая выполняется с 2008 г., наряду с НТК «Институт монокристаллов» НАНУ принимают участие еще 12 инженерно-технических и медицинских научно-исследовательских учреждений.

В работах НТК «Институт монокристаллов» по разработке и использованию современных материалов в медицинской практике можно выделить несколько направлений.

Одним из таких направлений является создание сапфировых имплантатов. Область применения таких имплантатов довольно широкая — это ортопедия, травматология, стоматология (удаление образований в полости рта), челюстно-лицевая хирургия, риносептопластика и офтальмология.

Следующее направление работ НТК ИМК медицинской направленности — производство хирургических сапфировых скальпелей, использование которых снижает травматичность хирургических операций и которые находят сегодня свое применение в нейрохирургии, ЛОР-хирургии, дерматологии, стоматологии, косметологии, офтальмологии. Разработано и выпускается 10 типоразмеров сапфировых скальпелей для использования в офтальмологии, косметологии и нейрохирургии. Планируется разработать еще 50 типоразмеров микро-скальпелей.

Перспективным направлением инженерно-конструкторских работ НТК ИМК является создание аппаратуры для радионуклидной диагностики, в частности томографических гамма-камер для исследования всех органов и систем человека. На сегодня изготовлено 36 гамма-камер, которые используются в 36 клиниках Украины.

В.А. Дубок, А.В. Шинкарук (Институт проблем материаловедения НАНУ, г. Киев) *«Современные синтетические нанобиоматериалы для пластики кости»*. Применение костных имплантатов может быть эффективным только в случае использования для их производства определенных материалов, отвечающих ряду требований по химическим, механическим и биологическим свойствам. Одним из актуальных современных направлений науки, в разработке которого сосредоточились совместные усилия материаловедов, биохимиков и врачей, является создание костных имплантатов с использованием биоактивной керамики. Это сегодня единственный известный вид материала, воспринимаемый всеми системами организма как естественная часть его среды, исключая любые негативные иммунные, ферментные и прочие реакции, не нарушающий процессы метаболизма, с помощью которого можно решать большой круг задач регенеративной медицины, травматологии и ортопедии. Разработано уже

три поколения биокерамики, каждое из которых превосходит по своим свойствам предыдущее. Биокерамику применяют в современных технологиях лечения как для восстановления разной величины дефектов костной ткани, так и в малоинвазивной хирургии в виде инъектируемых и остеоинтегрируемых материалов, в качестве покрытий на металлы как для профилактики металлоза, так и для обеспечения либо полной, либо временной остеоинтеграции имплантатов в зависимости от поставленных задач. Кроме того, биокерамика может быть использована в составе композитов с биодеградирующими полимерами для восстановления хрящевой ткани, изготовления биодеструктурируемых изделий для остеосинтеза, в системах адресной локальной доставки лекарственных средств нового поколения, в составе обеспечения полноценного гомеостаза микроэлементов в организме.

В.А. Проценко, В.А. Дубок, Д.А. Зотиков (ГУ «ИТО АМНУ», Институт проблем материаловедения НАНУ, Национальный институт рака, г. Киев) *«Ремоделирование костной ткани при использовании биокомпозита СИНТЕКОСТЬ»*. Преимущества биоактивных керамических композитов СИНТЕКОСТЬ: повышенная прочность, возможность использовать безусадочную керамику и изготавливать имплантаты по моделям, регулирование биологических свойств имплантируемых материалов (скорости и типа резорбции, остеокондуктивности, взаимодействия имплантата с энзимами, иммунной системой, остеоцитами и т.д.). На основании результатов эксперимента на животных, в котором было проведено 460 операций по имплантации 14 различных видов биоактивных керамических композитов с регулируемой резорбцией, и 200 клинических наблюдений авторы сделали следующие выводы. Биоактивный керамический композит СИНТЕКОСТЬ не вызывает отклонения иммунологических параметров за пределы нормы как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки. Имплантаты из титана не могут быть отнесены к биоинертным, поскольку они вызывают отклонение иммунологических параметров за пределы нормы во все сроки послеоперационных наблюдений. Особенности процессов ремоделирования костной ткани при использовании биокомпозита СИНТЕКОСТЬ — большая скорость и степень резорбции имплантата, большая хаотичность формирования коллагенового остеоида, большая скорость оссификации новообразованного остеоида и образования костеподобных островков вокруг фрагментов имплантата, большая плотность новообразованной костеподобной ткани и большая ее резистентность к кислотной декальцификации.

Проиллюстрированы возможности восстановления различных дефектов костной ткани после удаления костной опухоли с использованием гранул биокерамики СИНТЕКОСТЬ и бактерицидное действие разных составов этого материала.

З.З. Зыман, В.А. Филиппенко, Д.В. Рохмистров, Н.В. Ткаченко, А.В. Гончаренко (ХНУ им. В.Н. Ка-

разина, ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Новые эффекты в кристаллизации и спекании кальций-фосфатных биоматериалов»*. В докладе представлены результаты исследований по материаловедению, касающихся особенностей начальных стадий осаждения гидроксилатапата и получения керамики с заранее заданными физико-химическими свойствами, что особенно важно для разработки костных имплантатов и металлических конструкций с наноструктурными корундовыми покрытиями. Так, различные по свойствам корундовые материалы можно получить, если останавливать процесс кристаллизации гидроксилатапата на каком-либо уровне при его переходе из рентгеноаморфного состояния в нанокристаллы. Если проводить спекание гидроксилатапата в воздушной среде при добавлении углекислого газа с определенной скоростью, то можно получить керамику со свойствами, присущими человеческой кости. При использовании микроволнового облучения синтез гидроксилатапата происходит путем так называемого твердофазового синтеза, что дает возможность получить нанокомпозиты высокой чистоты.

Н.А. Корж, Л.А. Литвинов, В.А. Филиппенко, И.Б. Тимченко, В.А. Танькут, А.Г. Голухова, А.В. Танькут (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ»), НТК «Институт монокристаллов» НАНУ) *«Сапфировые имплантаты в Институте им. проф. М.И. Ситенко: опыт и перспективы применения»*. В докладе были представлены в историческом аспекте исследования мирового значения по разработке и клиническому применению сапфировых имплантатов в ортопедии и травматологии, проведенные в Институте им. проф. М.И. Ситенко.

Первый этап исследований (1978–1998 гг.) был связан с изучением возможности использования сапфира в имплантационной хирургии. Институт монокристаллов (Л.А. Литвинов) по инициативе академика А.А. Коржа и с непосредственным участием лабораторий (ортезирование и биоматериалов, морфологии соединительной ткани, экспериментального моделирования, биомеханики) и клиники института (Г.Х. Грунтовский, В.А. Радченко, Н.В. Дедух, И.Б. Тимченко, А.Г. Голухова, С.В. Малышкина) разработал и клинически апробировал различные варианты имплантатов из сапфира — стержни и спицы для хирургического соединения костных и кожных фрагментов, эндопротезы межпозвоночных дисков и тел позвонков. Исследования показали перспективность выбранного направления исследований.

На втором этапе исследования (1998–2010 гг.) основное внимание было уделено изучению износоустойчивости сапфира при трении по сравнению с существующими имплантационными материалами. Результатом исследования стало создание нового отечественного сверхизносостойкого эндопротеза тазобедренного сустава с сапфиром в шарнире (В.М. Пузиков, Л.А. Литвинов, Н.А. Корж, В.А. Филиппенко, В.А. Танькут, И.Б. Тимченко, А.Г. Голухова, А.В. Танькут). Творческие контакты с коллективами профильных институтов Харькова (Физико-технический институт низких температур им. Б.И. Веркина НАНУ, ОАО «УкрНИИ огнеупоров им. акад. А.С. Бережного»), НТУ «Харьковский политехнический институт») позволили выполнить трибологические испытания пар трения имплантационных материалов (Е.Л. Островская, Т.П. Юхно, А.В. Волошин), физико-механические исследования имплантатов (В.В. Мартыненко, А.В. Дуников). Результаты проводимых исследований позволили найти адекватное применение сапфира в паре трения искусственного сустава. Важной вехой в проведении исследований по созданию нового эндопротеза сустава явилось выполнение диссертационной работы

(А.В. Танькут). Значительная часть работ была проведена при поддержке Государственной научно-технической программы по применению биоматериалов в ортопедии и травматологии, а также научно-технологического Центра в Украине.

На основании проведенных теоретических, экспериментальных и клинических исследований впервые в мировой и отечественной практике разработаны уникальная технология и процесс производства нового высокоэффективного эндопротеза тазобедренного сустава с сапфировым шарниром, что значительно повысило износоустойчивость конструкции и срок работоспособности эндопротеза в организме пациента на период до 20 лет. Работы нашли свое отражение в статьях, докладах на международных конференциях, съездах Украины и за рубежом.

Л.А. Литвинов, В.А. Филиппенко, В.А. Танькут (НТК «Институт монокристаллов» НАНУ, ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Конструкции сапфировых пар трения суставов»*. Для эндопротезирования тазобедренного сустава широко используют искусственные имплантаты с металлическими, керамическими, металлополимерными, а также керамополимерными парами трения, которые соответствуют природному биомеханическому соединению «головка бедренной кости — вертлужная впадина». Однако современные конструкции эндопротезов из металла, керамики и полимеров имеют определенные недостатки. Среди них — недостаточная биологическая инертность и чрезмерное стирание компонентов пар трения, что приводит к недолговечности работы искусственного сустава. Кроме того, в результате изнашивания в паре трения токсические и онкоопасные продукты распада материалов шарнира эндопротеза, попадая в органы и ткани организма, способствуют возникновению тяжелых осложнений.

Сапфир — монокристалл, высокотвердый, биохимически инертный и биосовместимый с организмом человека материал. Физические свойства сапфира позволяют получить идеальную сферическую поверхность, что имеет большое значение для работы эндопротеза. Изучение трибологических свойств в парах трения различных материалов показало, что пара «сапфир-сапфир» имеет определенные преимущества, т.к. обладает наиболее низким и стойким коэффициентом трения. В эксперименте сапфировая головка выдерживала нагрузку в изотропном направлении 49,5 кН (5 тонн) и не разрушалась. Результаты проведенных исследований показали перспективность использования монокристаллического корунда (сапфира) для изготовления эндопротеза тазобедренного сустава. Преимущество предложенных конструкций заключается в том, что в эндопротезе не возникает высокая концентрация напряжения, а следовательно, повышается «срок жизни» эндопротеза в организме человека.

Н.А. Корж, В.А. Филиппенко, А.В. Танькут, Б.А. Замотайло (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ»), ООО «Сумарал-Мед») *«Клинические аспекты применения монокристаллического корунда в паре трения эндопротеза тазобедренного сустава»*. В докладе представлен анализ результатов 18 операций первичного и ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава эндопротезами с монокристаллическим корундом в шарнире, которые были выполнены в отделении ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ» с 1998 по 2010 гг. Средний срок наблюдений составил 7,5 года после операций. Отличные результаты функционального состояния тазобедренного сустава получены в 9 случаях, хорошие — в 8, неудовлетворительные — в одном. Течение послеоперационного

периода проходило стандартно, без отклонений, что подтверждает возможность применения монокристаллического корунда в качестве имплантата.

Заседание, 20 января 2011 г.

Н.А. Корж, В.А. Филиппенко, О.Е. Вырва, А.И. Корольков, К.К. Романенко, Д.В. Прозоровский (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Анализ ошибок и осложнений в хирургическом лечении травматических повреждений костей скелета по данным научно-организационного отдела ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ»*. На основе анализа 2358 анкет результатов лечения больных с последствиями травм опорно-двигательной системы (ОДС), заполненных с участием 126 врачей ортопедов-травматологов различных лечебных учреждений 24 городов Украины, было установлено, что средняя частота замедленно срастающегося перелома составляет 32,7%. По данным исследования, проведенного по материалам Харьковской межрайонной травматологической МСЭК, включающего 441 случай инвалидности в результате дорожно-транспортных травм, выявлено, что процент врачебных ошибок среди причин инвалидности у пострадавших в ДТП в течение десятилетия увеличился с 20,4 до 32%. При этом 48% врачебных ошибок составили нарушения техники хирургического лечения, 24% — ошибки лечебной тактики, 22% — ошибки при консервативном лечении, 6% — диагностические ошибки. Детальный анализ случаев лечения пациентов с последствиями травм ОДС, обратившихся в ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ» в 2008–2010 гг., позволил выделить ряд наиболее часто встречающихся ошибок в травматологической практике, к которым относятся: недостаточная оценка степени повреждения и состояния пациента при оказании первичной, квалифицированной и специализированной помощи, использование метода лечения и/или способа фиксации, которые не соответствуют характеру травматического повреждения сегмента и состоянию пациента, травматичность хирургических вмешательств, отсутствие восстановления осевых и ротационных взаимоотношений, а также длины сегмента при диафизарных или метадиафизарных переломах, отсутствие анатомичного вправления фрагментов при внутрисуставных переломах с обеспечением принципа «абсолютной стабильности» при их фиксации, отсутствие необходимого контакта между фрагментами перелома, ограниченное использование для накостного остеосинтеза современных имплантатов с ограниченным контактом, использование несертифицированных «самодельных» имплантатов из материалов, которые не могут быть применены для остеосинтеза, нарушение технологии остеосинтеза, отсутствие первичной репозиции и стабильности в системах «кость – кость» и «кость – имплантат», необоснованная смена методов лечения, отсутствие преемственности между врачами на этапах лечения, отсутствие адекватной реабилитации.

Н.А. Корж, О.Е. Вырва, Я.А. Головина, И.В. Шевченко, Д.А. Михановский, Р.В. Малык (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Анализ ошибок и осложнений в лечении опухолей костей по данным научно-организационного отдела ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ»*. Согласно данным Украинского реестра Харьковская область занимает 3-е место в стране по количеству больных с опухолями костей, уступая Донецкому и Луганскому регионам. Следствия ошибок в диагностике и лечении опухолей костей: невозможность выполнения органосохраняющих радикальных операций, снижение эффективности специфической

терапии, раннее рецидивирование и отдаленное метастазирование, ампутации, экзартикуляции, Exitus letalis. Наиболее частые из диагностических ошибок, которые обуславливают несвоевременное и неадекватное проведение необходимых лечебных мероприятий при онкозаболеваниях опорно-двигательной системы, — это позднее рентгенологическое обследование, отсутствие онконастороженности специалистов и неквалифицированное прочтение рентгенограмм. Наиболее частые ошибки в лечении — нарушение протоколов лечения опухолей костей, неадекватная специфическая терапия, нерадикальное хирургическое вмешательство.

В.А. Филиппенко, О.Е. Вырва, В.А. Танькут, А.И. Корольков, В.В. Краснобай, В.В. Бурлака, К.И. Озеров (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Анализ ошибок и осложнений после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов по данным научно-организационного отдела ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ»*. Авторами разработана рабочая классификация основных групп факторов, влияющих на развитие осложнений: I группа — факторы дооперационного периода (неправильный выбор показаний к операции, неточный подбор типа конструкции эндопротеза, некачественный индивидуальный подбор типоразмеров эндопротеза, несоблюдение правил дооперационного обследования и подготовки пациентов к операции); II группа — факторы операционного периода (неполное или некачественное технологическое обеспечение хирургического процесса, недостаточное соблюдение техники операций, в т.ч. объективные причины — отсутствие необходимых инструментов и пособий, субъективные причины — вероятные, непредвиденные обстоятельства во время выполнения операции, недостаточный опыт хирурга-эндопротезиста); III группа — факторы послеоперационного периода (нарушение правил восстановительного лечения в ближайшем послеоперационном периоде (от 1 до 14 дней) или в раннем послеоперационном периоде (14–30 дней)). Наиболее часто встречающиеся осложнения после операции эндопротезирования: нестабильность «чашки» эндопротеза (16,5% от общего количества осложнений), нестабильность «ножки» эндопротеза (10,5% от общего количества осложнений), нестабильность обоих компонентов эндопротеза (31%). Освещены причины и пути профилактики для каждого из указанных видов осложнений. Представлены динамика результатов лечения и частота встречаемости осложнений среди пациентов, которым была проведена операция эндопротезирования в клинике ортопедической артрологии и эндопротезирования ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ» в 1976–1995 гг. и 1996–2009 гг.

Н.А. Корж, В.А. Филиппенко, И.И. Спесивый, Г.В. Бэц, О.Е. Вырва, А.И. Корольков (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ», УОЗ Харьковской обл., УОЗ г. Харьков) *«Итоговый консенсус по результатам анализа осложнений в ортопедо-травматологической практике в Харькове и Харьковской области»*. Объединение усилий врачей ортопедов-травматологов и специалистов медико-социальной экспертизы, соблюдение принципов преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи и создание «единого медицинского пространства» позволяют комплексно охватить и решить вопросы повышения качества оказания медицинской помощи населению конкретного региона или области. Ретроспективный анализ ошибок и осложнений при лечении патологии опорно-двигательной системы у взрослых позволил выявить и систематизировать факторы, которые являются причинами неудовлетворительных

результатов лечения и обуславливают длительную утрату нетрудоспособности или инвалидность пациентов. Наиболее значимые из этих факторов такие: тяжесть травмы или патологии (до 75% случаев), осложнения (до 65% случаев), врачебные ошибки (от 20 до 32% случаев), организационно-методические и материально-технические (до 18% случаев), неудовлетворительные социально-бытовые и экономические факторы (до 75% случаев). Предложена программа совместных действий главных специалистов УОЗ Харьковской области и г. Харьков, Харьковского областного Центра МСЭ и Харьковского областного отделения Украинской ассоциации ортопедов-травматологов по снижению количества неудовлетворительных результатов лечения больных с патологией костно-мышечной системы.

В.А. Филиппенко (ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМНУ») *«Проблема профилактики и лечения гнойно-септических осложнений после тяжелых ортопедических операций»*. В ортопедо-травматологической практике инфекционные осложнения являются одними из наиболее тяжелых постоперационных осложнений наряду с тромбозом боковыми. Это обусловило повсеместное распространение профилактического применения антибиотиков после хирургических вмешательств на костях и суставах. К факторам риска послеоперационных инфекционных осложнений относятся: степень бактериальной контаминации раны, вирулентность и токсичность возбудителя; состояние раны (наличие посторонних предметов, дренажей, сгустков крови и омертвевших тканей, недостаточное кровоснабжение); состояние пациента (сахарный диабет, лечение стероидами, ожирение, опухолевая кахексия, возраст); технические факторы (предоперационная подготовка, хирургическая техника, длительность операции, совершенство асептики). Показания к проведению антибиотикопрофилактики в травматологии и ортопедии: большие ортопедические операции; реконструктивные операции на костях с применением металлоконструкций; восстановительные операции на сосудах кисти и стопы; любые «чистые» операции длительностью более 3 часов; операции, связанные с травматическими ранами; плановые операции на органах брюшной, грудной полости и малого таза. Цель антибиотикопрофилактики: создание бактерицидной концентрации антибиотика в зоне хирургического вмешательства и поддержание ее на протяжении всей операции и в раннем послеоперационном периоде. Критерии выбора препарата для антибиотикопрофилактики: активность по отношению к основным вероятным возбудителям инфекционных осложнений; хорошее проникновение в ткани в зоне хирургического вмешательства; достаточный для поддержания бактерицидной концентрации в крови на протяжении всего времени операции период полувыведения; отсутствие фармакокинетического взаимодействия со средствами для анестезии; минимальная токсичность.

Заседание, 17 февраля 2011 г.

Е.В. Гарячий, Н.И. Березка, И.И. Спесивый, В.В. Григорук, А.С. Кравченко (ХОКБ, ХНМУ) *«Лечебная тактика при множественных и сочетанных переломах костей скелета»*. Особенностью травматизма на современном этапе является тенденция к увеличению пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, смертность среди которых даже на госпитальном этапе достигает 60–70%. Неправильная лечебная тактика и врачебные ошибки при лечении таких больных в 65–70% случаев становятся причиной инвалидности пациентов. В отделении политравмы ХОКБ оказание медицинской

помощи пострадавшим с множественными и сочетанными травмами костно-мышечной системы проводят с использованием хирургической тактики «Orthopaedic damage control» в три этапа. Авторами разработана шкала травматичности операций на опорно-двигательной системе, что позволяет оценить возможность проведения хирургических вмешательств в комплексе противошоковых мероприятий с учетом тяжести состояния больного. Цели и задачи остеосинтеза на реанимационном и дальнейшем клиническом этапе заключаются в восстановлении в короткие сроки анатомии и функции поврежденных сегментов, предупреждении инфекционных и гипостатических осложнений. Сочетанный характер травмы исключает шаблонный подход к выбору способа остеосинтеза. Обобщение опыта лечения больных в отделении политравмы позволило сделать авторам следующие выводы. Остеосинтез при множественных и сочетанных повреждениях является важным реанимационным мероприятием. У пострадавших с баллом тяжести по ISS меньше 25 возможно выполнение любого вида остеосинтеза на фоне проведения противошоковых мероприятий. У пострадавших с нестабильным состоянием (балл тяжести по шкале ISS 26–40) необходимо выполнять первичную стабилизацию крупных сегментов аппаратными методами, при этом достаточно устранить грубые смещения по длине и ширине. У пострадавших в критическом состоянии (балл тяжести по шкале ISS больше 40) применяют концепцию «Orthopaedic damage control». При повреждении крупных анатомо-функциональных зон необходимо первично выполнять стабилизацию сегментов малотравматичными видами остеосинтеза (внеочаговый остеосинтез). Приоритет при выполнении окончательного остеосинтеза должны иметь малотравматичные стабильные виды фиксации, в первую очередь интрамедуллярный блокирующий остеосинтез.

В.А. Литовченко, Е.В. Гарячий, В.Г. Власенко, А.Н. Иванов, Рами Аль Масри (ХОКБ, ХНМУ) *«Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез в лечении множественных и сочетанных повреждений костей конечностей»*. В течение десятилетий интрамедуллярный остеосинтез с рассверливанием костномозгового канала был «золотым стандартом» в лечении диафизарных переломов. Однако и этот способ остеосинтеза имел существенные недостатки: отсутствие предотвращения ротационных смещений костных отломков, невозможность ранней статокинематической и динамической нагрузки конечности, необходимость дополнительной гипсовой иммобилизации. Г. Кюнчер (1968) с помощью устройства, которое состоит из штифта и винтов, устранил эти недостатки. В 1972 году такая хирургическая технология остеосинтеза получила название «Verriegelungsnagelung» («остеосинтез с запорами») и приобрела широкое распространение в мире. В украинской специальной литературе такая методика МОС получила название «блокирующий остеосинтез» или БИОС, в английской — «interlocking». В настоящее время в Украине для блокирующего остеосинтеза используют имплантаты различных фирм-производителей, из которых наиболее известными являются фирма «ChM» (Польша), «Магма-Сич» (Украина), фирма «Stryker» (США), «Synthes» (Швейцария), «Intercus» (Германия) и др. Конструктивные особенности имплантатов разных фирм-производителей имеют свои преимущества и недостатки. Наиболее частыми ошибками и осложнениями при использовании методики БИОС являются: 1) применение технологии БИОС не по показаниям; 2) несоблюдение техники операции БИОС; 3) неправильный подбор имплантата (несоответствие ширины и длины канала выбранному

штифту); 4) несоблюдение послеоперационной тактики ведения больного (невыполненная или несвоевременно выполненная динамизация, нарушение ортопедического режима); 5) переломы и миграция частей металлоконструкции (винтов, штифтов).

Г.Г. Голка, О.В. Рябов, Т.В. Лукьяненко (ХОКБ, ХНМУ) «Лечение повреждений позвоночника при политравме». Под наблюдением авторов находилось 36 пациентов с повреждениями позвоночника при сочетанной и множественной травме, что составило 8% всех пострадавших. По локализации наблюдалось следующее распределение повреждений: нижнегрудной и поясничные отделы — 75%; шейный отдел — 15%; грудной отдел — 10% пострадавших. При этом травма позвоночника сочеталась с повреждениями органов брюшной полости у 2% больных, органов грудной полости у 16% больных, с черепно-мозговой травмой у 7% больных, с другими повреждениями опорно-двигательной системы у 12% больных, сочетанные повреждения более

чем двух органов и систем отмечались у 12% больных. В докладе сформулированы цели и задачи оказания медицинской помощи при сочетанных и множественных травмах с повреждением позвоночника, изложена последовательность лечебно-реанимационных и лечебно-диагностических мероприятий, освещены задачи хирургических вмешательств и показания к хирургическому лечению. Акцентируется внимание на том, что медицинская реабилитация больных с множественными и сочетанными травмами с повреждением позвоночника начинается уже в остром периоде травмы в стационаре и заключается в проведении лечебных мероприятий, направленных не только на восстановление функции позвоночника и поврежденных нервных структур в максимально возможном объеме, но и на профилактику дальнейших повреждений и вторичных изменений, обусловленных компрессией и ишемией спинного мозга, а также на предупреждение таких осложнений, как пролежни, контрактуры, мочевые свищи и др.

Председатель правления
Секретарь

В.А. Филиппенко
Е.Г. Шевченко